

Научная статья

УДК 331.56

JEL I15, C81

DOI 10.25205/2542-0429-2024-24-1-16-43

Влияние безработицы на здоровье в России: систематический обзор литературы (2015–2023)

**Мария Александровна Канева¹
Анастасия Михайловна Карунина²**

Институт экономики и организации промышленного производства СО РАН
Новосибирск, Россия

¹kaneva@iep.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9540-2592>

²a.karunina@g.nsu.ru, <https://orcid.org/0009-0003-3822-0770>

Аннотация

В мировой экономической литературе широко обсуждается влияние безработицы на здоровье. Однако остается открытым вопрос об отрицательном прямом эффекте, т. е. ухудшении здоровья безработных в условиях существования обратного эффекта – влияния здоровья на занятость. Цель исследования – оценка статистически значимых ассоциаций между безработицей и состоянием здоровья, а также выделение прямого и обратного эффектов в этой взаимосвязи в российских исследованиях. Авторы используют систематический обзор литературы в качестве основного метода исследования. Он проводится в базах данных Elibrary, Cyberleninka и Google Scholar для поиска опубликованных работ по теме исследования за 2015–2023 гг. для мужчин и женщин трудоспособного возраста. Полнотекстовый поиск выявил пятнадцать публикаций, которые вошли в систематический обзор. В отобранных работах в качестве индикатора здоровья использовались самооценка здоровья, психическое здоровье, а также сердечно-сосудистое здоровье и общее самочувствие. Все работы подтвердили наличие статистически значимых отрицательных ассоциаций между статусом «безработный» и здоровьем. В то же время занятые респонденты обоих полов сообщали о хорошем здоровье в полтора раза чаще, чем незанятые индивиды. Девять исследований представляли эконометрические модели, связывающие переменные статуса на рынке труда и здоровье. Из них лишь одна работа давала оценки прямого и обратного эффектов для переменной психического здоровья. Отсутствовала оценка прямого эффекта для самооценки здоровья. Данный пробел в литературе будет устранен авторами в их следующей публикации с использованием метода мэчинга. Если оценка прямого эффекта будет отрицательной, авторы планируют разработать серию практических рекомендаций по укреплению здоровья безработных и экономически неактивных индивидов на региональном и федеральном уровнях.

Ключевые слова

безработица, здоровье, самооценка здоровья, систематический обзор, эконометрическое моделирование, эффект самоотбора

© Канева М. А., Карунина А. М., 2024

Финансирование

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект № 24-28-00119)

Для цитирования

Канева М. А., Карунина А. М. Влияние безработицы на здоровье в России: систематический обзор литературы (2015–2023) // Мир экономики и управления. 2024. Т. 24, № 1. С. 16–43. DOI 10.25205/2542-0429-2024-24-1-16-43

The Effect of Unemployment on Health in Russia: a Systematic Literature Review (2015–2023)

Maria A. Kaneva¹, Anastasiya M. Karunina²

Institute of Economics and Organization of Industrial Production SB RAS
Novosibirsk, Russian Federation

¹kaneva@iep.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9540-2592>

²a.karunina@g.nsu.ru, <https://orcid.org/0009-0003-3822-0770>

Abstract

The influence of unemployment on health is widely discussed in the economic literature. However, the question about the negative direct effect or the deterioration of health of the unemployed population remains open in the context of the existence of a reverse effect – the influence of health on employment. This study aims to assess the statistical associations between unemployment and health status, as well as to identify direct and reverse effects in this relationship in the Russian studies. The authors use a systematic literature review as the main research method. The search is conducted in Elibrary, Cyberleninka and Google Scholar databases to find published works on the research topic in 2015–2023 for men and women of working age. The full-text search identified fifteen publications that were included in the systematic review. The selected papers used self-rated health, mental health, cardiovascular health, and general well-being as health indicators. All studies confirmed the presence of statistically significant negative associations between the “unemployed” status and health. At the same time, employed respondents of both sexes reported good health one and a half times more often than unemployed individuals. Nine studies presented econometric models linking the labor market status variables to health. Of these, only one paper estimated direct and reverse effects for a mental health variable. There was no direct effect estimate for the self-rated health. This gap in the literature will be addressed by the authors in their next article using the matching method. If the assessment of the direct effect is negative, the authors plan to develop a series of policy recommendations to improve the health of unemployed and economically inactive individuals at the regional and federal levels. Due to the innovative approach, this study is of a great value to the research in health economics.

Keywords

unemployment, self-reported health, systematic review, econometric modeling, selection effect

Funding

The research was funded by the Russian Science Foundation (project No. 24-28-00119).

For citation

Kaneva M. A., Karunina A. M. The effect of unemployment on health in Russia: a systematic literature review (2015–2023). *World of Economics and Management*, 2024, vol. 24, no. 1, pp. 16–43. (in Russ.) DOI 10.25205/2542-0429-2024-24-1-16-43

Введение

В зарубежной экономической литературе широко обсуждается вопрос о влиянии безработицы на здоровье в развитых странах [1–5].

Исследователи различают два механизма, регулирующих взаимосвязь между безработицей и здоровьем. Во-первых, это *прямой эффект*, согласно которому безработица ухудшает здоровье. Прямой механизм связан со снижением доходов, поскольку безработные вынуждены корректировать свой уровень жизни и тратить свои сбережения. В результате люди вынуждены соблюдать самую дешевую диету, прекратить заниматься спортом, а иногда и вернуться к нездоровым привычкам, таким как курение и употребление алкоголя. Чем длительнее период безработицы, тем сильнее снижается здоровье у индивида [6–8].

Одновременно с существованием прямого эффекта существует обратный эффект, называемый *эффектом самоотбора*. Люди с плохим здоровьем с большей вероятностью оказываются безработными и остаются безработными в течение более длительного срока. Проблемы со здоровьем могут снизить производительность труда сотрудника, увеличить количество дней его отсутствия и вероятность потери работы. После увольнения сотруднику с проблемами со здоровьем требуется больше времени, чтобы найти новую работу, или он может оказаться менее успешным в поиске работы из-за снижения усилий и эффективности [9]. В результате у такого работника периоды безработицы будут более длительными, чем у здорового работника. Таким образом, эффект самоотбора постулирует, что плохое здоровье приводит к безработице и снижению заработков, а не наоборот. В эконометрическом моделировании обратный эффект представляет собой частный случай проблемы эндогенности.

Зарубежные исследования используют различные методы для оценки влияния безработицы на здоровье. В эконометрических кросс-секционных исследованиях представляются оценки общей взаимосвязи или статистически значимой ассоциации между статусом на рынке труда и индикатором здоровья, поскольку аппарат кросс-секционных моделей не позволяет учесть проблему эндогенности и сделать выводы о причинно-следственной связи между зависимой и независимой переменными. Тем не менее абсолютное большинство кросс-секционных работ подтверждает общую отрицательную ассоциацию между отсутствием работы и здоровьем [1; 2; 5].

В лонгитюдных исследованиях, в которых используются дополнительные статистические приемы для контроля эффекта отбора, результаты моделирования взаимосвязи безработицы и ухудшения здоровья в настоящее время противоречивы. Исследование по Финляндии [10] и по Франции [11] с использованием методов мэтчинга (matching) и разности разностей (difference-in-difference) показали, что безработица не ухудшает здоровье, поскольку люди со слабым здоровьем сами покидают рынок труда (т. е. эффект отбора доминирует над прямым эффектом). Однако исследования на основе других методологий, позволяющих выделить эффект отбора, таких как инструментальные переменные на данных Великобритании [12] и натурный эксперимент в виде массового увольнения рабочих в США [13], обнаружили ухудшение здоровья среди индивидов, оставшихся без работы. Таким образом, в западной литературе нет единого мнения относительно оценки прямого влияния безработицы на здоровье с учетом эффекта самоотбора.

В нашей статье предпринимается попытка выявить и оценить взаимосвязь между переходом в категорию безработных и изменением здоровья в российской экономической литературе. Нами выбрана методология систематического обзо-

ра, позволяющего на основе заранее определенного метода поиска и обработки информации получить комплексные результаты по вопросу исследования [14]. В систематическом обзоре заранее определяются критерии включения исследований в обзор, проводится поиск в базах данных литературы по сформулированным ключевым словам на основе заранее запрототолированной стратегии поиска. Систематический обзор полностью исключает фрагментарный поиск по базам данным, а также субъективизм при принятии решений о включении или исключении определенной публикации и ее результатов из обзора. *Целью исследования* является оценка статистически значимых ассоциаций между безработицей и состоянием здоровья, а также выделение прямого и обратного эффектов на основе систематического обзора российской литературы за 2015–2023 гг. Полученные результаты дополняют выводы о типе взаимосвязи, сделанные выше для других стран в зарубежной литературе. Результаты системного обзора также позволяют выявить существующие пробелы в литературе, открывая возможности для новых исследований, направленных на ликвидирование найденных пробелов.

Методология

Поиск эмпирических исследований

Методологией настоящего исследования является систематический обзор литературы. На первом этапе определяются основные характеристики предстоящего поиска в базах данных (табл. 1).

Таблица 1

Критерии включения исследований в систематический обзор

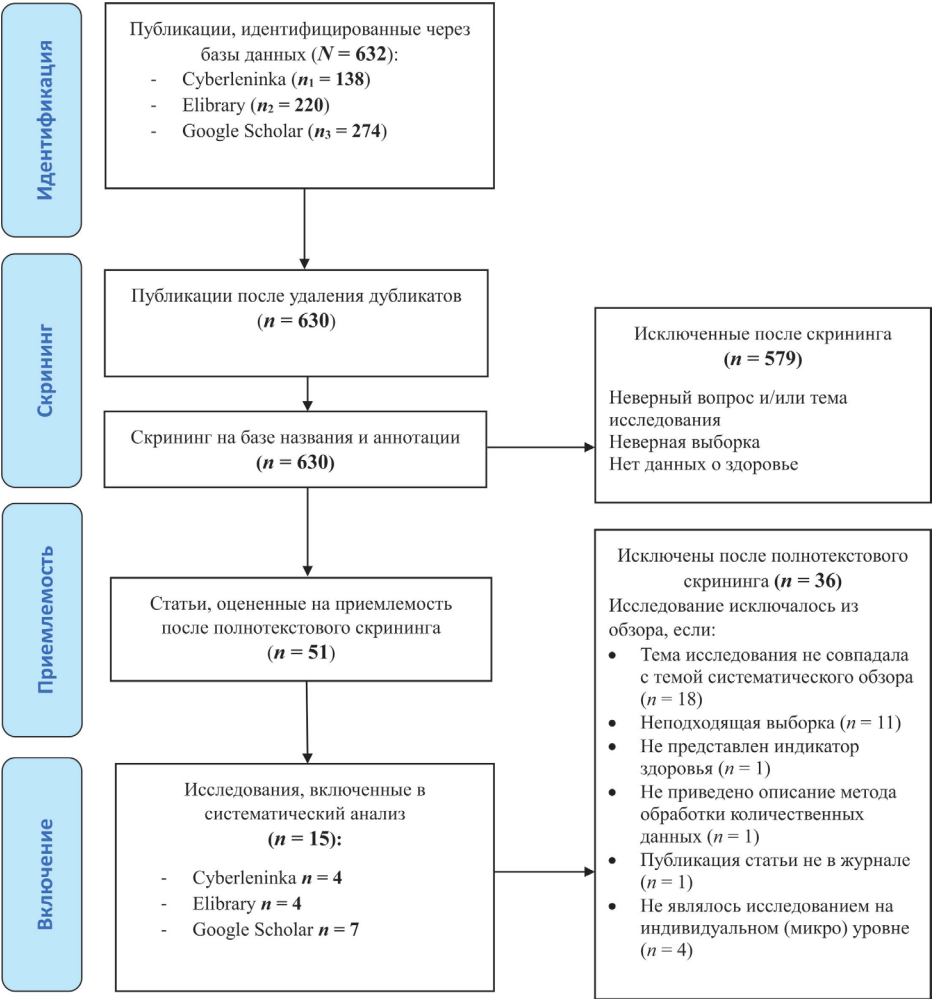
Table 1

Criteria for inclusion of the articles in the systematic review

Типы исследований	Количественные и качественные исследования на микроуровне, опубликованные на русском языке в библиотеках Elibrary и Cyberleninka и на английском языке в Google Scholar с 2015 по 2023 г.
Изучаемое население	Взрослое работоспособное население старше 18 лет и младше 60 лет (мужчины) и 55 лет (женщины)
Виды вмешательства или воздействия	В настоящем исследовании под вмешательством подразумевался переход индивида из категории «работающий» в категорию «безработный»
Виды индикаторов и оценок	Самооценка здоровья, психическое здоровье и другие индикаторы здоровья
Контекст исследования	Исследования, проведенные по России или по группе стран, включающих РФ

Источник: составлено автором на основе образца протокола систематического обзора издания Sage¹

¹ Review protocol template, URL: <https://study.sagepub.com/sites/default/files/Review%20Protocol%20Template.pdf> (дата обращения: 26.10.2023).



Примечание: составлено авторами на основе [15].

Рис. 1. Блок-схема PRISMA: стратегия поиска и обзор статей

Fig. 1. PRISMA flow chart: search strategy and articles' review

Из исследования исключались работы, в которых связь между безработицей и здоровьем оценивалась на мезо- или макроуровне. Также исключались исследования, если они проводились в зарубежных странах или группе стран, не включающих Россию. К индикаторам здоровья были отнесены самооценка здоровья, психическое здоровье и благополучие, а также любые другие показатели изменения здоровья.

Следующие ключевые слова использовались для поиска в Elibrary и Cyberleninka: «безработица и самооценка здоровья», или «рынок труда и само-

оценка здоровья», или «безработица и здоровье». В базе данных Google Scholar использовалась следующая строка поиска: “self-reported health” or “self-assessed health” or health and unemplo* and Russia*². Выгрузка данных была проведена 6 октября 2023 г. одним автором, затем повторена вторым автором, чтобы убедиться, что выборки совпадают. Всего было идентифицировано 632 публикации.

На первом этапе после удаления дубликатов был проведен скрининг на базе названия и аннотации, были удалены работы, которые не рассматривали взаимосвязи между статусом на рынке труда и здоровьем, в которых использовалась неверная выборка (например, молодежь или люди пенсионного возраста), а также вообще отсутствовали данные о связи безработицы и здоровья. Затем был проведен полнотекстовый скрининг 51 отобранной работы (рис. 1). В итоге в систематический анализ попали 15 публикаций.

Оценка качества отобранных источников

Для формулировки выводов на основе собранной информации коллектив авторов выполнил критическую оценку качества отобранных исследований. Критическая оценка определяется как «...процедура с целью оценить достоверность данных, полноту отчетности, методы и процедуры, выводы, соблюдение этических норм и т. д. Правила проведения процедуры (и ее методология) варьируются в зависимости от обстоятельств» [16, с. 82]. Оценка качества публикаций позволяет авторам и читателям обзора получить представление о надежности выводов исследований и возможности их обобщения. В данном систематическом обзоре критическая оценка выполняется на основе двух методов – с использованием контрольных вопросов из оценочного листа [14] и на основе статистики цитирования отобранных публикаций в различных системах цитирования.

В современной литературе по экономике здравоохранения и эпидемиологии представлен широкий выбор оценочных листов в зависимости от характера исследований. Так, для рандомизированных контролируемых исследований стандартом оценки качества является модуль Risk of Bias² [17], разработанный международным сообществом Кокрейн (Cochrane.org) – некоммерческим сообществом специалистов в области доказательной медицины. Опросник STROBE³ одноименного сообщества исследователей, поставивших целью улучшение качества обсервационных исследований, представляет собой альтернативный оценочный лист. Его вопросы направлены на критический анализ качества обсервационных исследований трех типов: когортных исследований, кросс-секционных исследований и исследований типа «случай – контроль» (подробнее см. [18]).

Для нашего системного обзора, включающего как количественные, так и качественные исследования, был выбран наиболее общий оценочный лист, первоначально состоящий из 10 вопросов [16]. Он был укорочен нами до 8 вопросов.⁴

² Risk of Bias (англ.) – оценка риска систематических ошибок.

³ STROBE Checklist. Strengthening Report of Observational Studies. URL: <https://www.strobe-statement.org/checklists/> (дата обращения: 25.10.2023).

⁴ Вопросы оценочного листа: Актуален ли вопрос исследования? Характеризуется ли исследование новизной? Сформулирована ли цель исследования (вопрос исследования)? Соответствовала ли выбранная методология изучаемому вопросу? Исследовала ли работа заранее сформулированную

Таблица 2

Оценка качества выбранных статей

Table 2

Quality assessment of the selected articles

Автор, год издания	Цитирование, всего	Среднее число цитирований за год *	Качество публикации	Общее число баллов из анкеты	Оценка качества по анкете	Общая оценка качества
1. Анаева, Халдаева, Алханов, 2015	8	0,88	Ниже среднего	5	Среднее	Среднее
2. Белов, Роговина, 2015	2	0,22	Ниже среднего	5	Среднее	Среднее
3. Дудина, Арсельгова, 2019	28	5,6	Высокое	7	Высокое	Высокое
4. Канева, Байдин, 2019	11	2,2	Среднее	8	Высокое	Высокое
5. Каравай, 2020	7	2,33	Среднее	7	Высокое	Высокое
6. Котоманова, Осинский, 2015	3	0,33	Ниже среднего	5	Среднее	Среднее
7. Максимов и др., 2016	1	0,125	Ниже среднего	7	Высокое	Среднее
8. Русинова, Сафронов, 2017	4	0,57	Ниже среднего	8	Высокое	Среднее
9. Свердликова, 2019	1	0,33	Ниже среднего	6	Среднее	Среднее
10. Gordeev et al., 2015	9	1	Среднее	7	Высокое	Высокое
11. Gugushvili et al., 2019	14	2,8	Среднее	6	Среднее	Среднее
12. Gugushvili et al., 2020	34	5	Высокое	6	Среднее	Высокое
13. Kaneva and Gerry, 2023	3	1	Среднее	8	Высокое	Высокое
14. Paul and Valtonen, 2016	7	0,88	Низкое	7	Высокое	Среднее
15. Platts, 2015	8	0,89	Низкое	8	Высокое	Среднее

Примечание: Оценка по количеству цитирований за год * < 1 – качество ниже среднего, $\Rightarrow 1$ & < 5 – среднее, $\Rightarrow 5$ – высокое; Общая оценка по баллам анкеты: 1–4 – низкое качество, 5–6 – хорошее качество, 7–8 – высокое качество. При сопоставлении категорий смежных категорий присваивается наиболее высокая категория. Работа [Kaneva and Gerry] была выпущена в электронном виде в 2021 г., в печатном – в 2023 г.

Максимальный возможный балл по оценочному листу, соответствующий высокому качеству публикаций, составил 8 баллов. Нами были выбраны интервалы для оценки качества – от 7 до 8 баллов – высокое качество публикаций, 5–6 баллов – среднее качество публикации и ниже 5 баллов – низкое качество публикации. Оценка качества по оценочному листу представлена в табл. 2.

Второй метод оценки качества публикаций исходил из количества цитирований работы в базе данных, из которых она была выбрана первоначально. Данный подход основывался на предположении о том, что более высокое количество цитирований статьи ассоциируется с ее более высоким качеством [19]. Так, Саоп et al. (2020) пишут о том, что цитирование означает, что автор цитаты не только ознакомился с публикацией, но и нашел ее полезной для своего собственного исследования. Авторы метаанализа «Безработица и здоровье» [20] используют среднегодовое количество цитирований в Google Scholar как индикатор качества работ и объясняющую переменную в метарегрессии.

С учетом вышесказанного мы выбрали следующую методологию для оценки качества публикаций. На первом этапе каждая статья оценивалась по вопросам оценочного листа из восьми вопросов и определялось качество публикаций (низкое, среднее, высокое). На втором этапе использовалась информация о цитировании каждой работы в той базе данных, из которых она была выбрана. Исходя из общего количества цитирований и года публикации, было рассчитано среднегодовое количество цитирований. Качество публикации определялось согласно определенной нами шкале: меньше одного цитирования в год – низкое качество; от 1 до 5 – среднее качество и больше 5 – высокое качество. Общая оценка качества публикаций определялась на основе совокупности двух полученных оценок. При этом соблюдалось следующее правило: при сравнении двух соседствующих оценок (например, среднее и высокое качество), общая оценка определялась по верхней границе (в приведенном примере это высокое качество). Если сравнивались две крайние оценки (т. е. низкое и высокое качество), итоговой оценкой становилась промежуточная категория (среднее качество).

Поскольку оценка качества любого систематического обзора предполагает вынесение субъективного суждения, два автора параллельно выполняли эту работу. В случае если по какому-либо критерию возникали разные оценки, авторы привлекали стороннего эксперта и совместно принимали окончательное решение. В результате из 15 отобранных работ 6 являются работами высокого качества, а остальные 9 – среднего качества. Отсутствие публикаций низкого качества позволяет говорить о том, что настоящий системный анализ основан на достоверных оценках эффекта влияния безработицы на здоровье.

Результаты

Краткое описание отобранных исследований представлено в табл. 3.

гипотезу? Правильно ли был проведен статистический анализ? Подтверждают ли данные выводы исследования? Есть ли конфликт интересов у автора?

Таблица 3

Краткое описание отобранных исследований

Table 3

Brief description of the selected articles

Исследование (авторы, год)	Выборка	Измерение здоровья	Метод	Выводы
1	2	3	4	5
1. Анаева, Халдаева, Алханов, 2015 (CL)	Росстат на вторую неделю декабря 2014 г.	Психическое здоровье	Выборочное об- следование Рос- статом жителей по проблемам занятости	Безработица подрывает психическое здоровье насе- ления: утрачиваются квалификация и практические навыки, возникает депрессия, возрастает число забо- леваний из-за нервных, психических и сердечно-сосу- дистых расстройств. Ученые выявляют взаимосвязь между увеличением случаев самоубийств, психиче- ских заболеваний, смертности от сердечно-сосуди- стых заболеваний и высоким уровнем безработицы
2. Белов, Роговина, 2015 (EL)	РМЭЗ, 2010 г.	Плохая самооо- ценка здоровья (доля тех, кто считает свое здо- ровье плохим)	Обработка статистических данных РМЭЗ	Доля оценки своего здоровья как плохого составляет у работающих мужчин в возрасте 36–45 лет – 3 %, у женщин – 3 %, в то время как эта доля равна у нера- ботающих мужчин в возрасте 36–45 лет – 7 %, у жен- щин – 14 %
3. Дудина, Ар- сельгова, 2019 (CL)	Анкетирование в 2015–2016 гг. на форумах «Без- работица в Рос- сии», «Безрабо- тица в Москве»	Психическое здоровье	Социологи- ческое исследо- вание, интер- нет-опрос	Опрос показал, что 10 % безработных озабочены собственным здоровьем. Выявлены гендерные осо- бенности: подавленными чувствуют себя 72 % жен- щин и 28 % мужчин. Наблюдается ухудшение пси- хического здоровья: подавленность (36 %), чувство вина (20 %), чувство тревоги и надвигающейся беды (18 %)

4. Канева, Байдин, 2019 (EL)	РМЭЗ, 2013–2016 гг.	Самооценка здоровья (1 = хорошее здоровье, 2 = среднее здоровье, 3 = плохое здоровье)	Объединенная обобщенная порядковая логистическая регрессия	Отношение шансов плохого и среднего здоровья к хорошему здоровью у безработных мужчин составило $OR = 1,175^{**}$ ($se = 0,122$), а плохого здоровья к среднему и хорошему здоровью $OR = 2,287^{**}$ ($se = 0,268$). У безработных женщин OR плохого здоровья к среднему и хорошему здоровью составило $OR = 1,696^{***}$ ($se = 0,218$)
5. Каравай, 2020 (EL)	Восьмая волна мониторингового общероссийского исследования Института социологии РАН (апрель 2008 г.)	Самооценка здоровья (бинарные переменные: плохое здоровье и хорошее здоровье)	Мультиномиальная логистическая регрессия	Шансы плохого здоровья в нижней страте были в 2,162 выше, чем в средней страте. Страты выделены на основе шкалы Жизненных шансов и рисков (индекс ЖШир). Она включает четыре субшкалы, каждая из которых отражает ситуацию в различных сферах жизни: экономической; ситуации на работе; возможности сохранения и наращивания здоровья и образования; и возможности потребления и досуга
6. Котоманова, Осинский 2015 (CL)	Опрос безработных в Улан-Удэ, состоящих на учете в центре занятости населения в октябре 2014 г.	Самочувствие рассматривается как ощущение физиологической и психологической комфортности внутреннего состояния индивида	Методика САН (самочувствие, активность, настроение)	Благоприятно оценили свое самочувствие 40 % женщин и 35 % мужчин, которые совсем недавно расстались с работой. Можно предположить, что они избрали стратегию «всему свое время». Противоположную оценку самочувствия выбрали безработные «со стажем» (период безработицы от 6–10 месяцев) – 45 % женщин и 48 % мужчин, для которых характерны разбитость и усталость, изнуренность и утомляемость
7. Максимов и др. 2016 (GS)	Выборки из 13 российских и 34 иностранных источников	Сердечно-сосудистое здоровье	Систематический литературный обзор двух баз Elibraty	У работающих женщин 45–64 лет установлен меньший риск ишемической болезни сердца ($OR = 0,7$, CI 0,56–0,86) и ишемического инсульта ($OR = 0,62$, CI 0,47–0,84). У работающих женщин ниже смерт-

Продолжение табл. 3

1	2	3	4	5
8. Русинова, Сафронов 2017 (EL)	European Social Survey (ESS), 33 страны Европы, включая РФ, в 2006, 2008, 2010, 2012 гг.	Самооценка здоровья (очень хорошее, хорошее, среднее, плохое и очень плохое)	и HighWire Press Стэнфордского университета	ность от всех причин (OR = 0,65, CI 0,49-0,86). У неработающих женщин выше удельный вес лиц, госпитализировавшихся в течение года. Наблюдается благоприятная статистическая взаимосвязь между занятостью и уровнем депрессии: объединенная оценка эффекта составила OR = 0,52 при 95 % (CI 0,33–0,83)
9. Свердловская, 2019 (CL)	Комментарии относительно безработицы в сети интернет в 2017–2018 гг.	Депрессия на фоне невозможности найти работу	Контент-анализ комментариев	Ухудшение физического здоровья по причине эффекта депривации (потеря дохода, ограниченные материальные ресурсы). Психологические последствия – утрата индивидуальными престожа и снижение статуса. Общественный контекст – безработица снижает здоровые сильнее в странах с невысоким уровнем благосостояния и низким уровнем социальной защиты. Низкое образование и безработица оказывают кумулятивный отрицательный эффект на здоровье. Коэффициент гамма для безработных в модели $\gamma = 0,19^{***}$, p-value 0,000. С ростом ВВП растут неравенства по признаку занятости
10. Gordeev et al., 2015 (GS)	РМЭЗ, волны 5–21 (1994–2012)	Бинарная переменная «хорошо»	Логистическая регрессия	Безработные впадают в депрессию, начинают страдать низкой самооценкой и самокритикой. Этой теме посвящено 5,8 % всех комментариев. 79 % у женщин и 47 % у мужчин отметили у себя депрессию
				В группе, в которой индивиды были занятыми в году t, но потеряли работу в году t + 1, средняя самооценка

		шее здоровье» (1 = хорошее здоровье, 0 = плохое здоровье) Самооценка здоровья (5 = очень хорошее, 1 = очень плохое)		здоровья снижалась с 3,40 (sd = 0,65) до 3,36 (sd = 0,65). В группе безработных в году t, которые находили работу в год t + 1, средняя самооценка здоровья росла с 3,42(sd = 0,65) до 3,43(sd = 0,63). В логистической регрессии ассоциация между занятостью и хорошим здоровьем для обоих полов составила OR = 1,508 (CI 1,344–1,691).
11. Gugushvili et al., 2019 (GS)	Life in Transition Survey (LiTS) ЕБРР, 2015 и 2016 гг. 34 страна, включая Россию	Бинарная переменная «хорошее здоровье»	Многоуровневая множественная регрессия Пуассона с переменными эффектами	Оценки в общем для 34 стран, не выделяя РФ. Отношение распространенности (prevalence ratio) хорошего здоровья было для безработных на 14 процентных пунктов ниже, чем для никогда не работавших мужчин и на 13 процентных пунктов ниже у никогда не работавших женщин, чем у занятых женщин
12. Gugushvili et al., 2020 (GS)	Life in Transition Survey (LiTS), ЕБРР 2015 и 2016 гг. 31 страна, включая Россию	Бинарная переменная «плохое здоровье»	Многоуровневая множественная логистическая регрессия с переменными эффектами	Шансы плохого здоровья для группы безработных были в 1,26 раза выше (1,07–1,48) чем для никогда не работавших респондентов
13. Kaneva, Gerry, 2023 (GS)	РМЭЗ, 2011–2017	Бинарная переменная психического здоровья depress (1 = респондент испытывал депрессию и ли нервное рас-	Панельные логистические регрессии со случайными эффектами	Для оценки прямого эффекта в уравнение включаются переменные длительности безработицы. Значимость переменных длительности интерпретируется как наличие прямого эффекта безработицы на психическое здоровье. OR депрессии для безработных мужчин = 1,833**(CI 1,366–2,462), для безработных женщин OR = 1,829*** (CI 1,369–2,443). Переменные

Окончание табл. 3

1	2	3	4	5
		стройство в последние 12 месяцев)		длительности не были значимыми, т. е. в связи между безработицей и здоровьем превалируют эффект отбора – плохое здоровье индивида приводит к потере работы и безработице
14. Paul, Valtonen, 2016 (GS)	РМЭЗ (1994–2012)	Бинарная переменная хорошего здоровья, самооценка здоровья (5 = очень хорошее, 1 = очень плохое), индекс концентрации (отражает степень, в которой плохое здоровье концентрируется среди менее богатых групп населения)	Логистическая регрессия со случайными эффектами	Статус безработного ассоциировался с повышением риска плохого здоровья на 8 %. В 2012 г. статус занятого имел наибольший вклад в индекс концентрации и определял неравенства в здоровье
15. Platts, 2015 (GS)	РМЭЗ, 2000–2007 и BHPS 2000–2007 гг.	Самооценка здоровья, переход от хорошего здоровья к плохому здоровью	Анализ выживаемости, непараметрическая модель Кокса	В модели Кокса отношение риска плохого здоровья для безработных индивидов составило 1,50 (95 % CI: 1,26–1,79) по сравнению с работающими индивидами. Данный эффект был ниже, чем для безработных в модели для Великобритании 1,89 (95 % CI: 1,57–2,27)

Примечание: EL – Elibrary, CL – Cyberleninka, GS – Google Scholar, CI – доверительный интервал на уровне значимости 95 %; OR – отношение шансов; BHPS – Британской панельный опрос домохозяйств; LiTs – Мониторинг уровня жизни домохозяйств/индивидов в развитых, переходных и развивающихся странах; ESS – Европейское социальное исследование; EBPP – Европейский банк реконструкции и развития; РМЭЗ – российский мониторинг экономического положения и здоровья населения; se – стандартная ошибка, sd – стандартная ошибка, ***, **, * – значимость на уровне 1, 5 и 10 % соответственно.

Физическое здоровье

Показатель самооценки здоровья как субъективной оценки физического здоровья использовался в [21–29]. При этом авторами использовалась либо бинарная переменная «хорошее» [23, 26, 28] или «плохое» здоровье [23, 27], либо категориальная переменная самооценка здоровья с несколькими категориями. В работе [22] самооценка состояла из трех категорий (1 = хорошее здоровье, 2 = среднее здоровье и 3 = плохое здоровье), в то время как в исследованиях [24; 25; 29] самооценка здоровья была представлена пятью категориями (1 = очень хорошее; 2 = хорошее; 3 = среднее; 4 = плохое и 5 = очень плохое). Наконец, Белов и Роговина [21] в качестве индикатора здоровья определяют долю населения, сообщивших о плохом здоровье.

Исследования самооценки здоровья можно разделить на две широкие категории. В первую категорию входят работы, целью которых является статистическое или экономико-математическое моделирование взаимосвязи между статусом на рынке труда и самооценкой здоровья [21; 25; 29]. В остальных работах влияние статуса «безработный» на здоровье не является вопросом исследования, однако эффект безработицы на самооценку здоровья оценивается в рамках эконометрических моделей, в которых статус «безработный» входит как основной социально-экономический детерминант самооценки здоровья. Так, например, Канева и Байдин [22] изучают влияние дохода и его неравенства на здоровье индивидов в рамках Российского мониторинга экономического положения и здоровья (РМЭЗ)⁵ за 2013–2016 гг. на основе построения обобщенной порядковой логистической регрессии. Согласно модели, отношение шансов плохого и среднего здоровья к хорошему здоровью у безработных мужчин составило $OR = 1,175^{***}$ ($se^6 = 0,122$), а плохого здоровья к среднему и хорошему $OR = 2,287^{**}$ ($se = 0,268$)⁷. У женщин отношение шансов плохого и среднего здоровья к хорошему здоровью не было значимо в модели, в то время как отношение шансов плохого здоровья к среднему и хорошему здоровью составило $OR = 1,696^{**}$ ($se = 0,218$).

В работе [28] авторы оценивают степень неравенства в здоровье на основе индекса концентрации [30; 31], т. е. связи здоровья с уровнем доходов. Исследование показало, что разница в здоровье между группами более обеспеченных и менее обеспеченных снижалась с течением времени (с 1994 по 2012 г.), при этом здоровье обеспеченных групп за этот период улучшилось. Занятость ассоциировалась с более высокой вероятностью хорошего здоровья, тогда как по расчетам логистической модели со случайными эффектами на данных РМЭЗ среди безра-

⁵ Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (РМЭЗ, RLMS-HSE) проводится национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ЗАО «Демоскоп» при участии центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел-Хилле (США) и Института социологии РАН.

⁶ Se = standard error (стандартная ошибка).

⁷ С логистической регрессией связано понятие отношения шансов. Термин «шанс» означает отношение числа случаев, когда событие наступило, к числу случаев, когда оно не наступило. Пусть среди независимых переменных есть одна независимая переменная X (предиктор) и группа дополнительных предикторов $Z_1, \dots, Z_p$, которые могут принимать какие угодно значения. Зависимая переменная Y также является бинарной, как и предиктор X . Тогда отношение шансов OR (от англ. odds ratio) записывается как

$$OR = \frac{\Pr(Y = 1 | X = 1, Z_1 \dots Z_p) / \Pr(Y = 0 | X = 1, Z_1 \dots Z_p)}{\Pr(Y = 1 | X = 0, Z_1 \dots Z_p) / \Pr(Y = 0 | X = 0, Z_1 \dots Z_p)}.$$

ботных риск плохого здоровья был выше на 8 %. В 2012 г. статус занятого среди демографических и социально-экономических характеристик имел наибольший вклад в индекс концентрации.

Два исследования используют микроданные «Мониторинга уровня жизни домохозяйств/индивидов в развитых, переходных и развивающихся странах» (LiTS – Life in Transition Survey) [26; 27]. Данные LiTS Европейского банка реконструкции и развития включают опросники для 34 стран, включая Россию, в 2015 и 2016 гг. В работе [26] изучаются референтные группы для самооценки здоровья, т. е. ставится цель определить, с кем индивиды сравнивают свое здоровье, когда оценивают его по пятибалльной шкале. В анкете в качестве возможных групп сравнения указываются: родители; члены семьи, жившие до 1989–1991 гг.; друзья и соседи; элита страны, в которой проживает респондент; жители бывших социалистических стран или жители западных стран. Для учета набора стран и респондентов в каждой из 34 стран авторы применяют метод многоуровневой множественной регрессии Пуассона с переменными эффектами. Расчеты авторов [26] показали, что отношение распространенности (prevalence ratio)⁸ хорошего здоровья было на 14 процентных пунктов ниже у безработных мужчин, чем у никогда не работавших мужчин, и на 13 процентных пунктов ниже у безработных женщин, нежели у никогда не работавших женщин.

Еще одна работа на базе LiTS [27] ставит целью измерить влияние представления об экономическом неравенстве в стране на оценку здоровья. В рамках построенной многоуровневой множественной логистической регрессии с переменными эффектами было показано, что шансы плохого здоровья были в 1,26 раза выше (CI 1,07–1,48) для безработных индивидов, чем для никогда не работавших. Данная оценка являлась статистически значимой. Эконометрическая модель подтвердила, что мужчины и женщины, которые сталкивались с экономическим неравенством непосредственно по отношению к ним самим, чаще заявляли о плохом здоровье, нежели те, кто черпал информацию о неравенстве из средств массовой информации, но не испытывал неравенство по отношению к себе в жизни. Необходимо подчеркнуть, что представленные в [27] оценки влияния статуса «безработный» приведены в целом для 31 страны⁹, а не отдельно для России.

Исследование [23], использующее восьмую волну мониторингового общероссийского исследования Института социологии РАН, посвящено факторам неравенства жизненных шансов и рисков россиян. В работе рассчитывается Индекс жизненных шансов и рисков. Он включает четыре субшкалы, каждая из которых описывает различные сферы жизни: 1) экономическая субшкала; 2) производственная; 3) доступ к образованию и возможность поддерживать здоровье и 4) сфера потребления и досуга [23]. Все респонденты были разделены на три страты, в качестве референтной страты в регрессионном анализе использовалась средняя страта. В третью или самую высокую страту вошли наиболее успешные, здоровые и обеспеченные индивиды. Мультиномиальная логистическая регрессия

⁸ Отношение распространенности эквиваленты относительному риску (RR) в когортных исследованиях.

⁹ Из рассмотрения были исключены Узбекистан, Албания и Азербайджан.

показала, что в нижней страте шансы плохого здоровья были в 2,162***¹⁰ раза выше, чем в средней страте. Таким образом, наиболее депривированные слои в России характеризовались наиболее слабым здоровьем.

Более подробно остановимся на работах, целью которых является анализ и моделирование влияния статуса на рынке труда на самооценку здоровья [21; 24; 25; 29].

Белов и Роговина [21] провели статистический анализ РМЭЗ за 2010 г. и сравнили доли мужчин и женщин, оценивающих свое здоровье как плохое, в выборках работающих и неработающих индивидов. Расчеты показали, что оценили свое здоровье как плохое 3 % работающих мужчин и 3 % работающих женщин в возрасте 36–45 лет. В то же время эти доли у неработающих респондентов составили 7 % для мужчин и 14 % для женщин. Однако авторы не учитывали возможное влияние контрольных переменных из числа социально-экономических и демографических характеристик, поскольку не рассчитывали регрессионные модели, связывающие здоровье и статус на рынке труда.

Статья [24] посвящена вопросам влияния безработицы на здоровье в условиях разных социальных политик государств Европы. Авторы пытаются найти ответ на вопрос, связана ли большая щедрость государств в социальном страховании безработных с сокращением различий в самочувствии между работающими и безработными. Для этого авторы используют данные Европейского социального исследования за 2006, 2008, 2010 и 2012 гг. Опрос содержит данные по 33 странам Европы, включая Россию. Авторы используют аппарат иерархического линейного моделирования со случайными коэффициентами для переменных первого уровня (различия между индивидами) и переменными взаимодействия и факторами второго уровня (различия между странами). В рамках построенной модели результаты показали, что статус безработного ассоциировался с более слабым здоровьем, нежели здоровье работающих, даже при контроле социальных и демографических характеристик (пол, возраст, образование). Низкое образование и статус безработного были связаны со снижением здоровья. Коэффициент гамма в модели для безработных составил $\gamma = 0,19^{***}$, при этом более высокий коэффициент ассоциировался с более низким уровнем здоровья¹¹.

Для характеристики государств и их социальных моделей использовались показатели ВВП на душу населения, расходы на безработицу, на социальную помощь и на здравоохранение. Они были включены в двухуровневые модели как переменные взаимодействия между переменными первого и второго уровней. Расчеты продемонстрировали, что более высокие расходы на безработицу, как и на здравоохранение и социальную помощь, сглаживают кумулятивное негативное воздействие низкого образования и отсутствия работы [24].

Резильентность (от англ. resilience) – это врожденное динамическое свойство личности, лежащее в основе способности успешно преодолевать трудности и стрессовые ситуации. Гордеев и соавторы [25] анализируют резильентность в области здоровья для населения России в 1994–2012 гг. на базе данных РМЭЗ. Согласно построенной ими логистической регрессии, шансы сообщить о хорошем

¹⁰ Не указаны доверительный интервал или стандартная ошибка для оценки.

¹¹ Не указаны доверительный интервал или стандартная ошибка для оценки.

здоровье были в 1,5 раза выше у занятых респондентов, по сравнению с безработными и экономическими неактивными индивидами ($OR = 1,508$, $CI\ 1,344\text{--}1,691$). Авторы также рассчитали среднюю оценку здоровья (по шкале от 1 до 5) для занятых и безработных индивидов, опираясь на лонгитюдный характер данных. Так, в группе, в которой индивиды были занятыми в году t , но теряли работу в году $t + 1$, средняя самооценка здоровья снижалась с 3,4 ($sd^{12} = 0,65$) до 3,36 ($sd = 0,65$). И, наоборот, у безработных индивидов в году t , нашедших работу в году $t + 1$, средняя самооценка здоровья росла с 3,42 ($sd = 0,65$) до 3,43 ($sd = 0,63$).

Наконец, проспективное когортное исследование [29] посвящено влиянию статуса на рынке труда в РФ и Великобритании. Для Российской Федерации традиционно используются данные РМЭЗ (2000–2007 гг.), в то время как для Великобритании используются данные Британского панельного опроса домохозяйств (BHPS) за тот же период. Основным методом исследования является анализ выживаемости и непараметрическая модель Кокса. Считается, что событие в модели наступало, если индивид менял свою оценку здоровья с положительной оценки (очень хорошее, хорошее или среднее здоровье) на плохую. Особенностью анализа является то, что автор объединяет в категорию безработных тех, кто не имеет работу и ищет ее, и тех, кто не имеет и не ищет ее. В модели Кокса основным показателем является отношение риска (ориг. hazard ratio)¹³, которое составило в модели по РФ для индивидов, не имеющих работу, $HR = 1,5^{***}$ ($CI\ 1,26\text{--}1,79$). Этот коэффициент ниже отношения риска для Великобритании, в которой этот показатель составил $HR = 1,89^{***}$ ($CI\ 1,57\text{--}2,27$).

Психическое здоровье

В рамках темы влияния безработицы на здоровье четыре исследования рассматривали взаимосвязь между психическим здоровьем и статусом на рынке труда [6; 32–34].

Выборочное обследование Росстата по проблемам занятости на вторую неделю декабря 2014 г. показало, что безработица подрывает моральное здоровье населения, у населения возникает депрессия, возрастает число нервных и психических расстройств [32]. Авторы связывают увеличения числа психических расстройств с высоким уровнем безработицы на уровне страны и подчеркивают важность процесса регулирования рынка занятости государством.

Дудина и Арсельгова [33] на основании анкетирования индивидов в 2015–2016 гг. на форумах «Безработица в регионах» и «Безработица в Москве» составили социальный портрет российского безработного путем анализа его демографических, социальных свойств и общих черт. Молодежь является наиболее представительной группой среди безработных. По уровню образования подавляющую долю безработных составляют лица с высшим или неоконченным высшим образованием. Среди ценностей безработные указывают «хорошие отношения в семье» (94 %) и «дети и их здоровье» (66 %). Несмотря на то что профиль без-

¹² Sd – standard deviation (стандартное отклонение).

¹³ Отношение рисков связано с вероятностью того, что событие, не произошедшее к определенному моменту времени, случится в следующий интервал времени.

работного не включает их здоровье напрямую, дается косвенная оценка их психического здоровья на основе ответов на вопрос о влиянии безработицы на качество жизни безработных. Так, 94 % опрошенных указали, что они чувствуют себя «людьми второго сорта», а 62 % жаловались на «невозможность реализовать себя». Ответы указывают на корреляцию статуса «безработный» с возникновением психических и нервных расстройств. Опрос также показал, что 10 % безработных озабочены собственным здоровьем. Выявлены гендерные особенности плохого психического самочувствия – подавленными себя чувствуют 72 % женщин и 28 % мужчин. Опрошенные жалуются на подавленность (36 %), испытывают чувство вины (20 %), чувство тревоги (18 %).

Еще одно социологическое исследование [34] о взаимосвязи психического здоровья и безработицы использовало метод контент-анализа в отношении комментариев в российском сегменте Интернета о состоянии безработных. Было проанализировано 233 комментария 2017 г. и 167 комментариев 2018 г. Содержание комментариев показало, что на фоне отчаяния найти работу у безработных возникают депрессия и негативная оценка себя. Этой теме посвящено 5,8 % всех комментариев. О депрессии заявили 79 % женщин и 47 % мужчин. Примечательно, что меньшее количество как общих комментариев, так и комментариев относительно депрессии принадлежат мужчинам. Это связано с ролью мужчин в обществе и неприятием жалоб мужчин на судьбу в социокультурном плане [34, с. 166].

Статья [6] представляет количественный анализ взаимосвязи между статусом «безработный» и вероятностью сообщить о депрессии или нервном расстройстве за последние 12 месяцев. Основным методом является эконометрическое моделирование с использованием данных РМЭЗ за 2011–2017 гг. Использование панельных данных и дополнительного анализа переменных длительности позволяет отделить прямой эффект влияния статуса на рынке труда на состояние психического здоровья индивида от эффекта самоотбора, т. е. влияния здоровья на статус на рынке труда.

В работе [6] предполагается, что прямой эффект влияния безработицы на здоровье в первую очередь связан со снижением дохода, в результате которого индивид вынужден переходить на более дешевую диету, отказываться от абонементов в спортзалы и снижать уровень физической активности, а также возвращаться к рискованным практикам (курению и потреблению алкоголя) в силу стресса [7]. При эконометрическом моделировании оценку прямого эффекта могут дать переменные длительности безработицы (безработный два года, три года, четыре года и т. д.). Если эти переменные значимы в регрессионном уравнении, то можно говорить о существовании прямого эффекта. Незначимость коэффициентов длительности будет говорить о доминировании обратного эффекта над прямым в общей оценке взаимосвязи между безработицей и оценкой здоровья.

В исследовании [6] построены панельные логистические регрессии со случайными эффектами для зависимой бинарной переменной психического здоровья (переменная *depress* = 1, если индивид за последние 12 месяцев испытывал депрессию или нервное расстройство). В регрессии для мужчин отношение шансов депрессии среди безработных мужчин по сравнению с занятыми мужчинами равнялось $OR = 1,833^{**}$ (CI 1,366–2,462). Для женщин отношение шансов составило

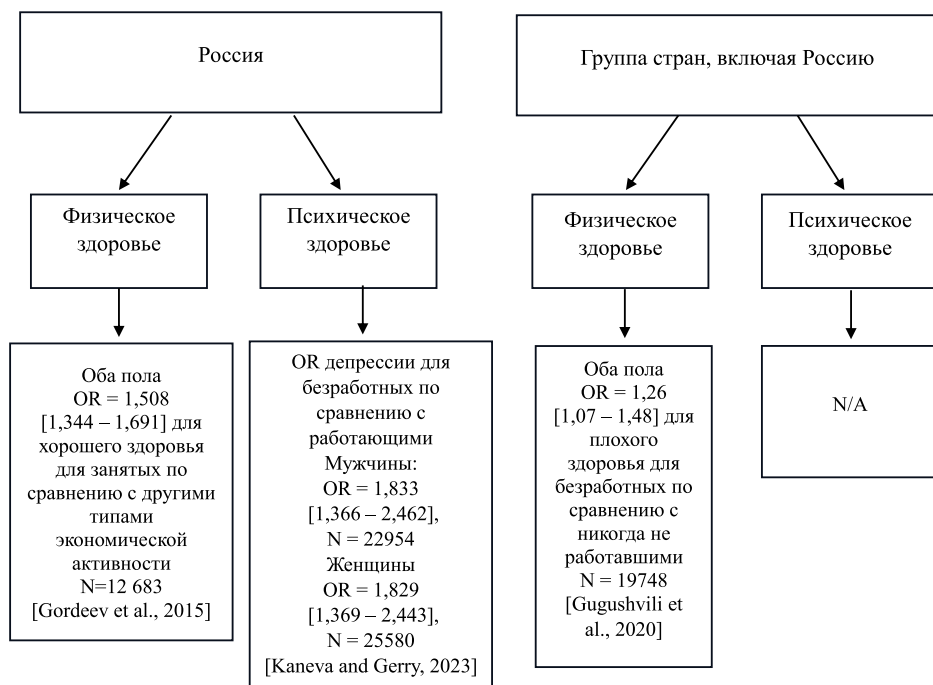


Рис. 2. Отношения шансов плохого здоровья для безработных и хорошего здоровья для занятых

Fig. 2. Odds ratios for bad health for the unemployed and good health for the employed

OR = 1,829*** (CI 1,369–2,443). Включение в основное уравнение переменных длительности безработицы показало, что они были статистически незначимыми. Это означало, что на российском рынке труда преобладал эффект самоотбора, а не прямой эффект: индивиды со слабым психическим здоровьем покидали рынок труда как самостоятельно, так и по причине возможной дискриминации со стороны работодателей [6].

На рис. 2 схематично представлены отношения шансов плохого здоровья для безработных и хорошего здоровья для занятых, позволяющие оценить силу статистически значимых ассоциаций относительно альтернативных оценок.

Альтернативные показатели здоровья

Из собранных в данном систематическом обзоре статей в двух использовались альтернативные показатели здоровья.

Работа [35] – это систематический обзор, целью которого является установление связей между занятостью и сердечно-сосудистым здоровьем населения. Сердечно-сосудистое здоровье может быть определено как отсутствие сердечно-сосудистых заболеваний у населения, включая низкую вероятность смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Согласно методологии систематического обзора, Максимов и соавторы [35] провели поиск в базе Elibrary и базе данных

Стэнфордского университета HighWire Press. Всего из 1139 источников были отобраны 13 российских и 34 зарубежных работы. Систематический обзор показал, что профессиональная занятость ассоциируется с лучшими показателями состояния здоровья, меньшей смертностью и заболеваемостью от всех причин и от сердечно-сосудистых заболеваний. У работающих женщин 45–64 лет установлен меньший риск ишемической болезни сердца ($OR = 0,7$, $CI\ 0,56–0,86$) и ишемического инсульта ($OR = 0,62$, $CI\ 0,47–0,84$). Собранные в рамках систематического обзора данные свидетельствуют о более высокой выживаемости после перенесенного инфаркта миокарда в группе работающих, по сравнению с неработающими. У работающих женщин ниже смертность от всех причин ($OR = 0,65$, при 95 % $CI\ 0,49–0,86$).

Наконец, в исследовании [36] по методике САН, дающей оценку самочувствию, активности и настроению по 30 вопросам, были опрошены безработные в Улан-Удэ, состоящие на учете в центре занятости населения в октябре 2014 г. Исследование показало, что среди тех, кто недавно расстались с работой, благоприятно оценили свое самочувствие 40 % женщин и 35 % мужчин. Можно предположить, что они избрали стратегию «всему свое время» и использовали временное отсутствие работы для того, чтобы отдохнуть и разобраться с домашними делами. Противоположную оценку самочувствия выбрали безработные «со стажем» (период безработицы от 6–10 месяцев) – 45 % женщин и 48 % мужчин указали, что для них характерны разбитость и усталость, изнуренность и утомляемость. Таким образом, оценки продемонстрировали, что ухудшение здоровья происходит со временем, что согласуется с другими работами, указывающими на эффекты длительности безработицы и снижения дохода как на факторы снижения здоровья (см. [6]).

Обсуждение и выводы

В настоящем систематическом обзоре из 15 отобранных исследований 9 работ представляют эконометрические модели, связывающие статус на рынке труда и здоровье [6; 22–29]. Являются ли связи между данными переменными причинно-следственными, т. е. вызывает ли безработица снижение здоровья?

Логистические кросс-секционные модели не являются причинно-следственными. Это означает, что коэффициенты в регрессионных моделях исследований [22; 23; 25; 26] необходимо трактовать как статистически значимые ассоциации. При этом неверным будет трактовка коэффициентов в рамках причинно-следственных связей (т. е. переход в группу безработных не приводит к снижению здоровья). Вместо этого правильная интерпретация будет звучать как «наблюдается статистически значимая взаимосвязь между статусом «безработный» и более низким уровнем здоровья». Аргумент отсутствия причинно-следственных связей справедлив также и для кросс-секционной модели Пуассона в [27]. В контексте темы нашего обзора это означает, что при установке статистически значимых ассоциаций невозможно разделить прямой и обратный эффекты. Означает ли положительный статистически значимый коэффициент при переменной «безработица» в эконометрической модели, что безработица ухудшает здоровье, или же слабое здоровье приводит к безработице – ответ на этот вопрос дать невозможно.

Согласно [37], коэффициенты иерархических многоуровневых моделей также нельзя трактовать как причинно-следственные, а значит работа [24], основанная на иерархической двухуровневой модели, представляет лишь статистически значимые ассоциации. Относительно модели Кокса [29] приводятся выводы против трактовки коэффициентов как причинно-следственных связей. Причиной является особенности определения показателя отношения риска (HR) [38].

Две работы используют аппарат панельных регрессий [6; 28]. Панельная регрессия сама по себе не является причинно-следственной моделью (см. подробнее [39]), таким образом исключая [28] из набора причинно-следственных моделей. Статья [6], основанная на панельной модели, использует дополнительный анализ для того, чтобы результаты разделяли прямой эффект от эффекта самоотбора. Как было описано выше, включение переменных длительности периода безработицы позволяет разделить два эффекта и показать, что в настоящее время в России в оценке психического здоровья эффект отбора доминирует над прямым эффектом.

Проведенный систематический обзор показал, что, как и в зарубежной литературе, большинство работ по выбранной тематике представляет собой оценки статистически значимых ассоциаций между статусом «безработный» и индикатором здоровья. Так же как и в зарубежной литературе, эти ассоциации являются отрицательными – переход в группу безработных повышает вероятность сообщить о плохом здоровье или понизить оценку здоровья. Кроме того, во всех работах, кроме [6], оцененные взаимосвязи не являются причинно-следственными.

На основе проведенного систематического обзора и обнаружения пробелов в литературе авторы приняли решение провести исследование для оценки прямого эффекта статуса «безработный» на самооценку здоровья. Исследование будет проводиться методом мэчинга [40]. Метод мэчинга относится к методам псевдорандомизации, которые позволяют для экспериментальной группы безработных искусственно подобрать контрольную группу занятых, близких по социально-экономическим, демографическим и поведенческим характеристикам. Псевдорандомизация позволяет исключить возможность эффекта самоотбора. Подобное исследование, оценивающее прямой эффект безработицы на физическое здоровье, станет первым подобным исследованием для России. В том случае, если эффект на здоровье будет отрицательным, следующим шагом будет разработка мер по укреплению здоровья безработных и экономически неактивных индивидов со стороны министерств труда и здравоохранения на региональном и федеральном уровнях.

Список литературы

1. Åhs A., Westerling R. Self-rated health in relation to employment status during periods of high and of low levels of unemployment // *European Journal of Public Health*. 2006. Vol. 16, no. 3. P. 294–304.
2. Cohen F., Kemeny M. E., Zegans L. S., Johnson P., Kearney K. A., Stites D. P. Immune function declines with unemployment and recovers after stressor termination // *Psychosomatic Medicine*. 2007. Vol. 69, no. 3. P. 225–234.

3. **Drydak N.** The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: A longitudinal study before and during the financial crisis // *Social Science and Medicine*. 2015. Vol. 128. P. 43–51.
4. **Johansson E., Böckerman P., Lundqvist A.** Self-reported health versus biomarkers: does unemployment lead to worse health? // *Public Health*. 2020. Vol. 179. P. 127–134.
5. **Theodossiou I.** 1998. The effects of low-pay and unemployment on psychological well-being: A Logistic regression approach // *Journal of Health Economics*. 1998. Vol. 17, no. 1. P. 85–104.
6. **Kaneva M., Gerry C. J.** Labour market status and depression in Russia: A longitudinal study 2011–2017 // *Scandinavian Journal of Public Health*. 2023. Vol. 51, no. 5. P. 1077–1085. DOI: 10.1177/14034948211026784, Epub 2021 Jul 2.
7. **Stauder J.** Unemployment, unemployment duration, and health // *European Journal of Health Economics*. 2019. Vol. 20. P. 59–73.
8. **Vaalavuo M.** Deterioration in health: What is the role of unemployment and poverty? // *Scandinavian Journal of Public Health*. 2016. Vol. 44, no. 4. P. 347–53.
9. **Paul K. I., Moser K.** Unemployment impairs mental health: Meta-analyses // *Journal of Vocational Behavior*. 2009. Vol. 74, no. 3. P. 264–282.
10. **Böckerman P., Ilmakunnas P.** Unemployment and self-assessed health: evidence from panel data // *Health Economics*. 2009. Vol. 18, no. 2. P. 161–179.
11. **Ronchetti J., Terriau A.** Impact of unemployment on self-perceived health: Evidence from French panel data // *The European Journal of Health Economics*. 2019. Vol. 20. no. 6. P. 879–889.
12. **Gathergood J.** The instrumental variable approach to unemployment, psychological health, and social norm effects // *Health Economics*. 2013. Vol. 22, no. 6. P. 643–654.
13. **Sullivan D., von Watcher T.** Job displacement and mortality: an analysis using administrative data // *The Quarterly Journal of Economics*. 2009. Vol. 124, no. 3. P. 1265–1306.
14. **Лаврик О. Л., Калюжная Т. В., Плешакова М. А.** Систематический обзор как вид обзорно-аналитических продуктов // *Библиотекосведение*. 2019. № 2. С. 33–51.
15. **Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D. G., Prisma Group.** Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement // *PLoS Med*. 2009. Vol. 6, no. 7. P. e1000097.
16. **Young J. M., Solomon M. J.** How to critically appraise an article // *Nature Clinical Practice Gastroenterology and Hepatology*. 2009. Vol. 6, no. 2. P. 82–91.
17. **Higgins J. P., Savović J., Page M. J., Elbers R. G., Sterne J. A.** Assessing risk of bias in a randomized trial. In: J. Higgins, J. Thomas (eds). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Chichester, UK: John Wiley and Sons, 2019. P. 205–228.
18. **Холматова К. К., Гржибовский А. М.** Применение исследований «случай-контроль» в медицине и общественном здравоохранении // *Экология человека*. 2016. № 8. С. 53–60.

19. **Caon M., Trapp J., Baldock C.** Citations are a good way to determine quality of research // *Physical and Engineering Sciences in Medicine*. 2020. Vol. 43.P. 1145–1148.
20. **Picci M., Ubaldi M.** Unemployment and Health: A Meta-Analysis. IZA Discussion Paper, no. 15433. Bonn: Institute of Labor Economics (IZA), 2022.
21. **Белов В. Б., Роговина А. Г.** Безработица как предиктор плохого здоровья // Бюллетень НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко. 2015. № 2. С. 13–15.
22. **Канева М. А., Байдин В. М.** Неравенство в доходе и самооценка здоровья в России // ЭКО. 2019. № 12 (546). С. 105–123.
23. **Каравай А. В.** Факторы неравенства жизненных шансов россиян (опыт эмпирического анализа) // *Социологическая наука и социальная практика*. 2020. № 8 (1). С. 63–78.
24. **Русинова Н. Л., Сафронов В. В.** Влияние безработицы на здоровье в странах Европы: значение социального государства // *Социологический журнал*. 2017. № 23 (2). С. 28–50.
25. **Gordeev V. S., Goryakin Y., McKee M., Stuckler D., Roberts B.** Economic shocks, and health resilience: lessons from the Russian Federation // *Journal of Public Health*. 2015. Vol. 38, no. 4. P. e409–e418.
26. **Gugushvili A., Jarosz E., McKee M.** Compared with whom? Reference groups in socioeconomic comparisons and self-reported health in 34 countries // *International Journal of Epidemiology*. 2019. Vol. 49, no. 5. P. 1710–1720.
27. **Gugushvili A., Reeves A., Jarosz E.** How do perceived changes in inequality affect health? // *Health and Place*. 2020. Vol. 62. P. 102276.
28. **Paul P., Valtonen H.** 2016. Inequalities in perceived health in the Russian Federation, 1996-2012 // *BMC Public Health*. 2016. Vol. 16. P. 165.
29. **Platts L. G.** A prospective analysis of labour market status and self-rated health in the UK and Russia // *Economics of Transition*. 2015. Vol. 23, no. 2. P. 343–370.
30. **O'Donnell O., van Doorslaer E., Wagstaff A., Lindelow M.** Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. Washington, DC: The World Bank, 2008. 234 p.
31. **Wagstaff A., Doorslaer E.** Measuring and testing for inequity in the delivery of health care // *Journal of Human Resources*. 2000. Vol. 35, no. 4. P. 716–733.
32. **Анаева З. К., Хайдаева С. К., Алханов Л. Д.** Безработица и ее социально-экономические последствия // *Евразийский союз ученых*. 2015. № 7 (16). С. 14–16.
33. **Дудина О. М., Арсельгова М. А.** Социальные и экономические последствия безработицы // *Креативная экономика*. 2019. № 6 (2). С. 923–940.
34. **Свердликова Е. А.** Влияние социальных и психологических аспектов безработицы в российском сегменте интернета // *Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология* 2019. № 25 (2). С. 157–174.
35. **Максимов С. А., Табакаев М. В., Артамонова Г. В.** Профессиональная занятость и сердечно-сосудистое здоровье населения // *Социальные аспекты здоровья населения*. 2016. № 50 (4). С. 5.

36. **Котоманова О. В., Осинский И. И.** Социальное самочувствие мужчин и женщин в ситуации безработицы (на примере г. Улан-Удэ) // Вестник Бурятского государственного университета. 2015. № 5. С. 139–144.
37. **Goldstein H.** Multilevel Statistical Models. 2nd ed. London: Edward Arnold; New York: Halsted Press, 1995. 178 p.
38. **Allen O., Cook R., Roysland K.** 2015. Does Cox analysis of a randomized survival study yield a causal treatment effect? // Lifetime Data Analysis. 2015. Vol. 21. P. 579–593.
39. **Leszczensky L., Wolbring T.** How to deal with reverse causality using panel data? // Sociological Methods and Research. 2022. Vol. 51, no. 2. P. 837–865.
40. **Rosenbaum P. R., Rubin D. B.** The central role of the propensity score in observational studies for causal effects // Biometrika. 1983. Vol. 70, no. 1. P. 41–55.

References

1. **Åhs A., Westerling R.** Self-rated health in relation to employment status during periods of high and of low levels of unemployment. *European Journal of Public Health*, 2006, vol.16, no. 3, pp. 294–304.
2. **Cohen F., Kemeny M. E., Zegans L. S., Johnson P., Kearney K. A., Stites D. P.** Immune function declines with unemployment and recovers after stressor termination. *Psychosomatic Medicine*, 2007, vol. 69, no. 3, pp. 225–234.
3. **Drydakis N.** The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: A longitudinal study before and during the financial crisis. *Social Science and Medicine*, 2015, vol. 128, pp. 43–51.
4. **Johansson E., Böckerman P., Lundqvist A.** Self-reported health versus biomarkers: does unemployment lead to worse health? *Public Health*, 2020, vol. 179, pp. 127–134.
5. **Theodossiou I.** 1998. The effects of low-pay and unemployment on psychological well-being: A Logistic regression approach. *Journal of Health Economics*, 1998, vol. 17, no. 1, pp. 85–104.
6. **Kaneva M., Gerry C. J.** Labour market status and depression in Russia: A longitudinal study 2011–2017. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2023, Vol. 51, no.5., pp. 1077–1085. DOI: 10.1177/14034948211026784, Epub 2021 Jul 2.
7. **Stauder J.** Unemployment, unemployment duration, and health. *European Journal of Health Economics*, 2019, vol. 20, pp. 59–73.
8. **Vaalavuo M.** Deterioration in health: What is the role of unemployment and poverty? *Scandinavian Journal of Public Health*, 2016, vol. 44, no. 4, pp. 347–53.
9. **Paul K. I., Moser K.** 2009. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 2009, vol. 74, no. 3, pp. 264–282.
10. **Böckerman P., Ilmakunnas P.** 2009. Unemployment and self-assessed health: evidence from panel data. *Health Economics*, 2009, vol. 18, no. 2, pp. 161–179.
11. **Ronchetti J., Terriau A.** Impact of unemployment on self-perceived health: Evidence from French panel data. *The European Journal of Health Economics*, 2019, vol. 20, no. 6, pp. 879–889.

12. **Gathergood J.** 2013. The instrumental variable approach to unemployment, psychological health, and social norm effects. *Health Economics*, 2013, vol. 22, no. 6, pp. 643–654.
13. **Sullivan D., von Watcher T.** Job displacement and mortality: an analysis using administrative data. *The Quarterly Journal of Economics*, 2009, vol. 124, no. 3, pp. 1265–1306.
14. **Lavrik O.L., Kaljuzhnaja T.V., Pleshakova M.A.** Systematic review as a type of overview-analytical products. *Library Science*, 2019, vol. 2, pp. 33–51. (in Russ.)
15. **Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D. G., Prisma Group.** 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*, 2009, vol. 6, no. 7, p. e1000097.
16. **Young J.M., Solomon M.J.** How to critically appraise an article. *Nature Clinical Practice Gastroenterology and Hepatology*, 2009, vol. 6, no. 2, pp. 82–91.
17. **Higgins J. P., Savović J., Page M. J., Elbers R. G., Sterne J. A.** Assessing risk of bias in a randomized trial. In: J. Higgins, J. Thomas (eds). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Chichester, UK: John Wiley and Sons, 2019, pp. 205–228.
18. **Holmatova K.K., Grzhibovskij A.M.** 2016. The use of «case-control» studies in medicine and public health. *Human Ecology*, 2016, vol. 8, pp. 53–60 (in Russ.)
19. **Caon M., Trapp J., Baldock C.** Citations are a good way to determine quality of research. *Physical and Engineering Sciences in Medicine*, 2020, vol. 43, pp. 1145–1148.
20. **Picci M., Ubaldi M.** 2022. Unemployment and Health: A Meta-Analysis. IZA Discussion Paper, no. 15433. Bonn: Institute of Labor Economics (IZA).
21. **Belov V.B., Rogovina A.G.** Unemployment as a predictor of bad health. *Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko*, 2015, vol. 2, pp. 13–15. (in Russ.)
22. **Kaneva M. A., Bajdin V. M.** Income inequality and self-reported health in Russia. *EKO*, 2019, vol. 12, no. 546, pp. 105–123. (in Russ.)
23. **Karavaj A. V.** Factor of inequalities of life chances of the Russian population: the experience of empirical analysis. *Sociological Science and Social Practice*, 2020, vol. 8, no. 1, pp. 63–78. (in Russ.)
24. **Rusinova N. L., Safronov V. V.** The effects of unemployment on health in European countries: the role of welfare state. *Sociological Journal*, 2017, vol. 23, no. 2, pp. 28–50. (in Russ.)
25. **Gordeev V. S., Goryakin Y., McKee M., Stuckler D., Roberts B.** Economic shocks, and health resilience: lessons from the Russian Federation. *Journal of Public Health*, 2015, vol. 38, no. 4, pp. e409–e418.
26. **Gugushvili A., Jarosz E., McKee M.** Compared with whom? Reference groups in socioeconomic comparisons and self-reported health in 34 countries. *International Journal of Epidemiology*, 2019, vol. 49, no. 5, pp. 1710–1720.
27. **Gugushvili A., Reeves A., Jarosz E.** How do perceived changes in inequality affect health? *Health and Place*, 2020, vol. 62, p. 102276.
28. **Paul P., Valtonen H.** 2016. Inequalities in perceived health in the Russian Federation, 1996–2012. *BMC Public Health*, 2016, vol. 16, p. 165.

29. **Platts L. G.** A prospective analysis of labour market status and self-rated health in the UK and Russia. *Economics of Transition*, 2015, vol. 23, no. 2, pp. 343–370.
30. **O'Donnell O., van Doorslaer E., Wagstaff A., Lindelow M.** 2008. Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. Washington, DC: The World Bank, 2008, 234 pp.
31. **Wagstaff A., Doorslaer E.** Measuring and testing for inequity in the delivery of health care. *Journal of Human Resources*, 2000, vol. 35, no. 4, pp. 716–733.
32. **Anaeva Z. K., Hajdaeva S. K., Alhanov L. D.** Unemployment and its socio-economic consequences. *Euroasian Union of Scientists*, 2015, vol. 7, no. 16, pp. 14–16. (in Russ.)
33. **Dudina O. M., Arsel'gova M. A.** Social and economic consequences of unemployment. *Creative Economy*, 2019, vol. 6, no. 2, pp. 923–940. (in Russ.)
34. **Sverdlikova E. A.** Perception of social and psychological aspects of unemployment in the Russian segment of internet. *Bulletin of Moscow State University, Series 18. Sociology and Politics*, 2019, vol. 25, no. 2, pp. 157–174. (in Russ.)
35. **Maksimov S. A., Tabakaev M. V., Artamonova G. V.** Professional employment and cardiovascular health. *Social Aspects of Population Health*, 2016, vol. 50, no. 4, p. 5. (in Russ.)
36. **Kotomanova O. V., Osinskij I. I.** 2015. Social well-being of men and women experiencing unemployment: an example of Ulan-Ude. *Bulletin of Buryat State University*, 2015, vol. 5, pp. 139–144. (in Russ.)
37. **Goldstein H.** Multilevel Statistical Models. 2nd ed. London: Edward Arnold; New York: Halsted Press, 1995, 178 pp.
38. **Allen O., Cook R., Roysland K.** Does Cox analysis of a randomized survival study yield a causal treatment effect? *Lifetime Data Analysis*, 2015, vol. 21, pp. 579–593.
39. **Leszczensky L., Wolbring T.** How to deal with reverse causality using panel data? *Sociological Methods and Research*, 2022, vol. 51, no. 2, pp. 837–865.
40. **Rosenbaum P. R., Rubin D. B.** The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*, 1983, vol. 70, no. 1, pp. 41–55.

Сведения об авторах

Канева Мария Александровна, доктор экономических наук, ведущий научный сотрудник отдела регионального и муниципального управления Института экономики и организации промышленного производства СО РАН
Researcher ID WoS: O-6955-2019
Scopus Author ID: 56500734100
SPIN-РИНЦ: 181535

Карунина Анастасия Михайловна, лаборант отдела регионального и муниципального управления Института экономики и организации промышленного производства СО РАН

Information about the Authors

Mariya A. Kaneva, Doctor of Economics, Leading Researcher of the Department of Regional and Municipal Administration, Institute of Economics and Industrial Engineering, SB RAS

Researcher ID WoS: O-6955-2019

Scopus Author ID: 56500734100

SPIN-РИНЦ: 181535

Anastasiya M. Karunina, laborant, the Department of Regional and Municipal Administration, Institute of Economics and Industrial Engineering, SB RAS

Статья поступила в редакцию 09.01.2024;

одобрена после рецензирования 20.01.2024; принята к публикации 20.01.2024

The article was submitted 09.01.2024;

approved after reviewing 20.01.2024; accepted for publication 20.01.2024