

ИНВЕСТИЦИИ ВРЕМЕНИ В ЗАБОТУ О ЗДОРОВЬЕ: ОЦЕНКА НА ОСНОВЕ ВЫБОРОЧНОГО СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Лейла Натиговна Наун (leyla.natsun@yandex.ru)

Вологодский научный центр Российской академии наук,
Вологда, Россия

Цитирование: Наун Л.Н. (2020) Инвестиции времени в заботу о здоровье: оценка на основе выборочного социологического исследования. *Журнал социологии и социальной антропологии*, 23(5): 74–102. <https://doi.org/10.31119/jssa.2020.23.5.3>

Аннотация. Одним из показателей ценности здоровья для населения служат данные о времени и ресурсах, направляемых на поддержание хорошей физической формы. Несмотря на давний интерес исследователей к этой тематике, ранее не ставился вопрос о том, какие группы населения наиболее активно инвестируют время в заботу о своем здоровье. Цель работы — проанализировать особенности инвестиций времени в заботу о здоровье, характерные для российского населения в разрезе отдельных социально-демографических категорий. Информационной базой послужили микроданные выборочного наблюдения бюджетов времени российского населения за 2019 г. Установлено, что временно или длительно нетрудоспособные люди тратят наибольшее количество времени на заботу о своем здоровье, а учащаяся молодежь — наименьшее. Значимо варьируют затраты времени на заботу о здоровье в группах респондентов с разным уровнем дохода и длительностью рабочей недели. Показано, что работающие респонденты увеличивают продолжительность отдельных практик заботы о здоровье в выходные дни, но их медицинская активность остается практически неизменной. В заключительной части статьи сформулированы рекомендации, направленные на совершенствование методов ведения профилактической и просветительской работы по проблемам здоровьесбережения с населением разных социально-демографических групп. В перспективе планируется оценить влияние социальных, экономических и демографических факторов на осуществление инвестиций времени в здоровье работающими индивидами.

Ключевые слова: выборочное наблюдение, инвестиции времени в здоровье, здоровьесбережение, поведенческие факторы здоровья, неравенство по здоровью, социологические исследования.

Введение

В условиях демографического старения (Шабунова 2014) важнейшими задачами государства становится создание благоприятных условий для продления периода здоровой жизни людей, предотвращение смертности и инвалидности в молодых возрастах. Для их решения необходимо

обладать достоверными знаниями о факторах, определяющих состояние здоровья населения. Это делает востребованными в том числе социологические исследования поведенческих факторов, влияющих на здоровье индивидов.

Общепризнано, что здоровье — сложное многокомпонентное понятие. В трактовке Всемирной организации здравоохранения здоровье означает не только отсутствие болезней, но и общее психофизиологическое благополучие, позволяющее человеку принимать полноценное участие в социальной жизни. Социологические и экономические исследования, связанные с тематикой здоровья, привели к формированию новых значений этого термина. Так, в качестве одной из основных жизненных ценностей они определяют общее смысловое поле, характеризующее отношение людей к своему здоровью. При рассмотрении через призму теории человеческого капитала здоровье понимают в качестве особой формы капитала, который можно пополнять, сберегать или тратить. В связи с этой трактовкой обсуждают проблематику инвестиций в капитал здоровья, которые могут осуществляться акторами разного организационного уровня — индивидами, семьями, корпорациями, государствами (Антоненко, Антонов 2019; Кузнецова и др. 2019; Антоненко и др. 2014). М. Гроссман предложил разделять «здоровье как потребительское благо» и «здоровье как капитал» (Grossman 1972). Создано немало методических разработок, призванных наиболее точно оценить эффективность инвестиций в капитал здоровья (Веретенникова, Костина 2011; Овод 2018). Причем в отечественных исследованиях рассматривались преимущественно затраты именно в денежном выражении, тогда как о затратах других ресурсов на поддержание здоровья (например, времени) речь велась редко. Зарубежные авторы раньше обратились к обсуждению инвестиций времени в капитал здоровья и стали выделять факторы, влияющие на величину негативных и позитивных инвестиций индивидов в собственное здоровье (Du, Yagihashi 2017). Затронута была и проблематика затрат времени на заботу о здоровье в зависимости от его текущего состояния (Jowsey, Yen, Mathews 2012; Jowsey et al. 2013; Anand, Ben-Shalom, 2014; Miller, Nugent, Russell 2016). Детально исследовалось, как именно затраты времени родителей на заботу о здоровье влияют на активность их детей в данной сфере (Bonke, Greve 2012). Выполнялись также исследования взаимосвязи временных инвестиций в заботу о здоровье с качеством и доступностью соответствующей инфраструктуры в районе работы и проживания респондентов (Liu et al. 2020).

Интересный подход к рассмотрению здоровья предложен в работе Л.А. Сабуровой (Сабурова 2015). Автор предложила разделить понимание

здоровья как составляющей человеческого капитала (собственно капитал здоровья) и как символического капитала, воплощением которого становится имидж индивидов или целых социальных групп, сформированный вокруг их отношения к здоровью, практик заботы о нем, презентации своего образа жизни. Методологическая особенность такого подхода состоит в том, что здоровье как символический, а не реальный капитал приобретает прямую связь с социальным функционированием индивидов. По сути, этим термином собирательно обозначаются все их поведенческие практики по отношению к здоровью, в том числе содержание общения с окружающими по тематике здоровья. На практике нетождественность капитала здоровья и здоровья как символического капитала означает, что человек может презентовать себя окружению как полностью здорового, приверженца определенных практик поддержания здоровья и физической формы, но при этом с медицинской точки зрения не являться здоровым. Видимость в этом случае заменяет содержание. Но индивид продолжает пользоваться преимуществами от созданного социально одобряемого имиджа. Методическим следствием обсуждаемой философской концепции здоровья как символического капитала становится необходимость разработки и применения специальных инструментов дифференцированной оценки состояния здоровья индивидов, их инвестиций в реальный капитал здоровья, а также инвестиций в здоровье как символический капитал.

Неясно, как именно соотносятся друг с другом инвестиции в капитал здоровья в денежной форме и затраты на удовлетворение потребности в здоровье, если оно рассматривается как потребительское благо. Можно предположить, что эти подходы применяются в разных дисциплинах: в первом случае — в рамках экономики народонаселения, во втором — в рамках поведенческой экономики и т.п. Также открытым остается и вопрос о том, стоит ли вообще рассматривать здоровье как потребительское благо. Действительно, в существующей трактовке это понятие соприкасается по смыслу с трактовкой здоровья как одной из жизненных ценностей. Однако методическая разница очевидна: при рассмотрении ценности здоровья в рамках социологических исследований респондентам предлагают оценить ее субъективную значимость, а при рассмотрении здоровья в качестве потребительского блага оценивают преимущественно затраты на товары и услуги, приобретение и использование которых сопряжено с заботой о здоровье. То есть подобные затраты можно рассматривать в качестве денежных инвестиций в здоровье, как одну из форм капитала. Следует отметить, что в исследованиях российских авторов негативные инвестиции в капитал здоровья рассматриваются сравни-



Рис. 1. Различные аспекты понимания и изучения здоровья в экономике и социологии

Источник: составлено автором на основании обзора современных работ отечественных исследователей.

тельно реже, чем положительные, а обобщенной методики пока предложено не было (Розмаинский 2020). В то же время термин «негативные инвестиции» применительно к поведению в отношении здоровья можно заменить тождественным по смыслу «затраты капитала здоровья», который также противоположен термину «инвестиции в капитал здоровья», но более понятен (условно: если индивид курит, то сокращает потенциальную продолжительность своей здоровой жизни, т.е. тратит свой капитал здоровья).

Перечисленные теоретико-методические проблемы актуализируют междисциплинарные исследования поведения представителей разных социально-демографических групп в отношении своего здоровья с применением подходов к здоровью как к жизненной ценности, особой форме капитала и потребительскому благу (рис. 1). Эти факты определили выбор темы, цели и задач настоящего исследования.

Цель работы — проанализировать особенности инвестиций времени в заботу о здоровье, характерные для российского населения в разрезе социально-демографических категорий. Постановка цели определила выбор задач исследования:

1) на основе данных выборочного социологического исследования сформировать систему индикаторов, характеризующих величину инвестиций времени в здоровье на индивидуальном уровне;

2) оценить величину индивидуальных инвестиций времени в капитал здоровья в разрезе социально-демографических групп респондентов.

Материалы и методы исследования

Информационную базу настоящего исследования составили материалы выборочного наблюдения использования суточного фонда времени населением (БВ-2019), проведенного Федеральной службой государственной статистики в 2019 г. Единицей наблюдения выступали домохозяйства, проживающие на территории Российской Федерации. В выборку обследования бюджетов времени были включены 45 тысяч домохозяйств, среди членов которых были лица в возрасте 10 лет и старше. Участие в индивидуальном опросе приняли 37 123 мужчины, 52 336 женщин. Дневники наблюдений в будние и выходные дни (отдельные формы наблюдений) заполнили 46 076 респондентов. Для этого этапа обследования использовались две формы дневников — для детей 10–14 лет и для лиц в возрасте 15 лет и старше. В статье мы будем пользоваться данными, полученными из дневников второго типа. Помимо индивидуального опросника и двух дневников, в обследовании бюджетов времени респондентам предлагалось заполнить общую для домохозяйства форму, характеризующую его как единицу статистического наблюдения.

Микроданные выборочного наблюдения бюджетов времени представлены в отдельных файлах по результатам опроса домохозяйств, заполнения индивидуальных опросников и дневников. Для реализации настоящего исследования мы объединили данные, полученные в ходе индивидуального опроса и в ходе заполнения дневников. Поскольку каждому респонденту предлагалось заполнить два дневника — для одного из будних дней и одного из выходных, то мы получили два сводных файла, которые объединили результаты индивидуального опроса и заполнения одного из дневников — для выходного или буднего дня. Объединение данных в общие файлы позволило детально проанализировать взаимосвязи между поведением индивидов в отношении своего здоровья, их жизненными ценностями и продолжительностью времени, которое они затрачивают на выполнение работы.

Методологические ограничения выполненного исследования обусловлены спецификой социологических данных и обуславливают невозможность прямой экстраполяции полученных на их основании выводов на все население.

Результаты

Опираясь на данные российских исследований по тематике инвестиций в здоровье, можно предложить три основания для классификации таких инвестиций: по их природе, сроку и уровню субъекта инвестирования. Первый критерий разделяет инвестиции на денежные и временные.



Рис. 2. Варианты классификации инвестиций в здоровье

Источник: составлено автором.

Соответственно к первому типу можно относить все прямые затраты на медицинские товары и услуги, а также на товары и услуги, предназначенные для поддержания хорошего самочувствия и физической формы (спортивные занятия, тренажеры, диетические продукты и т.п.). Ко второму типу принадлежит время, которое человек целенаправленно затрачивает на заботу о здоровье (на отдых, посещение врачей, спортивные занятия, просмотр информации о здоровье и т.п.). По сроку инвестиции можно разделить на долгосрочные, дающие отложенный эффект в перспективе нескольких лет, среднесрочные (в пределах одного года) и краткосрочные, видимый эффект от которых наступает практически сразу (в пределах одного месяца). Учитывая разнообразие уровней рассмотрения здоровья и инвестиций в него следует выделять государственные и частные инвестиции, а среди последних — корпоративные (осуществляемые работодателями), семейные и индивидуальные (рис. 2).

Мы остановимся на рассмотрении индивидуальных инвестиций времени в капитал здоровья, что согласуется с методическими особенностями социологического опроса, послужившего информационной базой исследования. Проанализируем ответы респондентов в возрасте 20–60 лет как группы населения, наиболее вовлеченной в социальную и экономическую деятельность. Этот выбор основан на предположении, что именно взрослые трудоспособные индивиды испытывают наибольший дефицит времени для заботы о своем здоровье и именно для них в максимальной степени важно сохранять хорошее самочувствие и работоспособность.

Был сформирован следующий перечень переменных, характеризующих эти инвестиции. К ним отнесены традиционные критерии ведения

здорового образа жизни: показатели физической активности, соблюдения гигиены, режима сна и бодрствования, уход за здоровьем (самостоятельный и с посторонней помощью; табл. 1). В рамках исследования бюджетов времени не собиралась информация по таким параметрам здорового образа жизни, как соблюдение режима питания и контроль его сбалансированности, не задавалось респондентам и прямых вопросов о профилактических обращениях за медицинской помощью. Следовательно, анализируемый перечень переменных не претендует на полноту охвата всех инвестиций времени респондентов в заботу о здоровье. Это дает основание для дальнейших исследований в данном направлении.

Таблица 1

Индикаторы инвестиций времени в капитал здоровья

№	Вопрос-индикатор	Область значений показателя (время, в минутах)*
1	Занятия спортом	0–500
2	Физические упражнения	0–600
3	Основной сон	0–1080
4	Гигиена и уход за собой	0–770
5	Уход за своим здоровьем, медицинский уход за собой	0–1120
6	Получение услуг по уходу за собой	0–420
7	Получение услуг по уходу за здоровьем	0–710
8	Время, затраченное на передвижения в связи с уходом за собой	0–660
9	Пешая ходьба	0–960

* Минимальное значение равно 0, максимальное для каждого показателя отмечено в соответствии с наблюдаемым максимальным значением по выборке обследования.

Источник: (Микроданные выборочного наблюдения 2019).

Согласно данным обследования, поведение мужчин и женщин в отношении собственного здоровья отличается. Чуть больше у женщин продолжительность сна, длительность пеших прогулок. Также женщины больше времени уделяют гигиене и уходу за собой. Для мужчин характерны более длительные спортивные занятия и физические упражнения. Выявленные различия имеют максимальную значимость по всем крите-

риям, за исключением продолжительности ночного сна и затрат времени на получение услуг по уходу за здоровьем и медицинскому уходу*. В то же время большие отличия наблюдаются, если рассматривать мужчин и женщин независимо, в разрезе будних и выходных дней. Так, практически по всем индикаторам значения выше в выходные, причем как для мужчин, так и для женщин. Исключения составляют получение услуг по уходу за здоровьем и затраты времени на передвижения в связи с уходом за собой. Данная особенность может быть связана с режимом работы учреждений здравоохранения, амбулаторная медицинская помощь в которых оказывается главным образом по будням. Также их посещение, вероятно, определяет большие затраты времени на передвижения респондентов в эти дни (табл. 2). Для установления статистической значимости отличий затрат времени на заботу о здоровье в будни и выходные дни рассчитаны значения критерия Уилкоксона (отдельно для мужчин и женщин). Полученные результаты указывают на существование максимально значимых отличий по всем рассматриваемым видам активности ($p=0,000$), за исключением ухода за своим здоровьем. У мужчин по этому критерию различие незначимо ($p=0,918$), у женщин — значимо, но в меньшей степени, чем по другим сравниваемым критериям ($p=0,027$). Выявленные различия свидетельствуют о существовании разных моделей заботы о здоровье: мужчины чаще обращают внимание на поддержании хорошей физической формы, а женщины — на эстетические аспекты заботы о здоровье. Низкие затраты времени у обоих полов непосредственно на медицинский уход за собой и получение медицинских услуг, а также отсутствие существенных отличий продолжительности данной практики в будни и выходные дни делают актуальной задачу повышения медицинской активности взрослого населения, в том числе в рамках профилактических медицинских мероприятий на рабочих местах.

* На основании расчета критерия Манна-Уитни. Нулевая гипотеза формулировалась следующим образом: «Распределение совокупных затрат времени на заботу о здоровье является одинаковым для мужчин и женщин в будни и выходные дни соответственно». Доверительный интервал 95 %, уровень значимости 0,05. Нулевая гипотеза опровергнута для всех переменных ($p=0,000$), за исключением переменных «ночной сон» при $p=0,739$ (для будней) и $p=0,850$ (для выходных дней); «получение услуг по уходу за здоровьем / медицинскому уходу со стороны» при $p=0,198$ (для выходных дней). Для переменной «ходьба пешком» критерий не рассчитывался, поскольку это среднее значение для любого из дней недели, без выделения будней и выходных.

Таблица 2

Затраты времени на поддержание здоровья мужчинами и женщинами в будние и выходные дни (минут; средние значения по выборке)

Переменная	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	будни	выходные	будни	выходные	будни	выходные
Ночной сон	464,5	546,1	468,7	547,52	466,9	546,9
<i>в часах</i>	7,7	9,1	7,8	9,1	7,8	9,1
Гигиена и уход за собой	58,7	67,8	64,5	70,5	62,1	69,4
Время, затраченное на передвижения в связи с уходом за собой	4,1	2,0	3,6	2,9	3,8	2,5
Физические упражнения	2,7	5,0	2,3	3,5	2,5	4,1
Занятия спортом	1,5	2,9	0,6	0,8	0,9	1,6
Уход за своим здоровьем, медицинский уход за собой	0,9	1,0	1,2	1,3	1,1	1,2
Получение услуг по уходу за собой	0,2	0,6	1,2	3,7	0,8	2,5
Получение услуг по уходу за здоровьем	0,9	0,3	1,4	0,3	1,2	0,3
Совокупные затраты времени на заботу о здоровье, часов (в среднем в день)	10,6	12,1	10,8	12,3	10,7	12,2
Ходьба пешком, минут ¹	103,2		107,4		105,6	

¹ Вопрос из индивидуального опросника, не предполагал деления на будни и выходные дни.

Источник: (Микроданные выборочного наблюдения 2019).

Суммарно на заботу о своем здоровье в той или иной форме (помимо ходьбы пешком) респонденты тратят в среднем 10,8 часа в будние дни и 12,2 часа в выходные дни. Основную долю в этих затратах составляет продолжительность основного (ночного) сна. Его средняя величина в будние дни 7,78 часа, а в выходные — 9,12 часа. Второй по средней продолжительности практикой здоровьесбережения выступает гигиена и уход за собой. Показатели по остальным практикам существенно ниже.

Рассмотрим дифференциацию затрат времени на заботу о здоровье в разрезе групп респондентов, имеющих разный статус на рынке труда. Для этого разделим рассматриваемую выборку на категории на основании

ответа респондентов на вопрос о наличии на прошлой неделе оплачиваемой работы или доходного занятия. По этому критерию выборочная совокупность разделилась на неравные группы: тех, кто имел оплачиваемую работу или доходное занятие (35 744 человека), и тех, кто не имел таковых (11 019 человек). Как и ожидалось, в первой группе по будням совокупные затраты времени на заботу о собственном здоровье были заметно ниже, чем во второй. Аналогичное соотношение наблюдалось по всем анализируемым параметрам, кроме критерия «личная гигиена и уход за собой», значения которого были выше у респондентов, которые выполняли оплачиваемую работу. В выходные дни распределение было несколько иным. В группе работавших суммарные затраты времени на заботу о здоровье выросли и превысили аналогичные значения для респондентов, которые не работали. Рост произошел за счет увеличения затрат времени на сон, гигиену, уход за собой и получение соответствующих услуг, медицинский уход за собой, физкультуру и спорт. Значимость различий между работавшими и не работавшими респондентами подтверждают расчеты критерия U Манна-Уитни* (табл. 3).

У занятых на основной работе затраты времени на заботу о здоровье по будням тем ниже, чем выше совокупная продолжительность рабочего времени в неделю. Если в группе занятых на основной работе более 40 часов в неделю забота о здоровье занимает в среднем 10,2 часа в день, то у занятых в течение стандартных 40 часов в неделю на заботу о здоровье расходуется 10,5 часов, а у работающих менее 40 часов в неделю — 10,9 часов. Для сравнения, респонденты, не имеющие основного места работы, уделяют заботе о здоровье 11,6 часа ежедневно. Попарное сравнение категорий респондентов по критерию U Манна-Уитни выявило максимальными значимые различия в суммарном времени заботы о здоровье между ними ($p=0,000$). Аналогичный результат был получен и по критерию Краскала-Уоллиса при сравнении всех четырех категорий ($p=0,000$). Тестовые значения рассчитаны также по всем оцениваемым критериям заботы о здоровье. Значимые различия групп получены по каждому из них, за исключением среднего времени на занятия спортом ($p=0,255$; табл. 4). Полученные результаты свидетельствуют, что работающее население находится в невыгодном положении: имея высокую потребность в хорошем

* Тест Манна-Уитни. Нулевая гипотеза формулировалась следующим образом: «Распределение совокупных затрат времени на заботу о здоровье является одинаковым для работавших и не работавших в будни и выходные дни соответственно». Доверительный интервал 95 %, уровень значимости 0,05. Нулевая гипотеза опровергнута для всех переменных ($p=0,000$), за исключением переменной «занятия спортом» при $p=0,928$ (для выходных).

Таблица 3

**Затраты времени на поддержание здоровья респондентами
в будние и выходные дни (по наличию источника трудового дохода;
приводятся средние значения в минутах)**

Переменная	Будни		Выходные	
	1	2	1	2
Суммарное число минут хождения пешком в среднем в день*	102,0	117,4	102,0	117,4
Занятия спортом	0,9	0,9	1,8	1,1
Выполнение физических упражнений	2,2	3,5	4,2	3,7
Ночной сон/основной сон	457,4	498,2	551,6	531,5
<i>в часах</i>	7,6	8,3	9,2	8,9
Личная гигиена и уход за собой	62,3	61,5	70,5	65,9
Уход за собственным здоровьем/медицинский уход за собой	0,5	2,9	0,6	3,0
Получение услуг по уходу за собой со стороны	0,5	1,5	2,7	1,6
Получение услуг по уходу за здоровьем / медицинскому уходу со стороны	0,4	3,6	0,2	0,5
Время, затраченное на передвижения в связи с уходом за собой	3,7	4,3	2,7	2,0
Совокупные затраты времени на заботу о здоровье, часов (в среднем в день)	10,5	11,6	12,3	12,1

* Переменная представлена единственным значением, поскольку данные о ней содержались в индивидуальных вопросниках, которые заполнялись однократно, без деления на будни и выходные дни.

Обозначения: 1 — имевшие оплачиваемую работу или доходное занятие на прошлой неделе, 2 — не имевшие оплачиваемой работы или доходного занятия на прошедшей неделе.

Источник: (Микроданные выборочного наблюдения 2019).

самочувствию, эта категория не может позволить себе выделить время на ее реализацию. Такая ситуация актуализирует разработку и внедрение инструментов охраны и укрепления здоровья граждан на рабочих местах.

Дифференцированное рассмотрение затрат времени на отдельные виды заботы о здоровье позволяет утверждать, что респонденты, продолжительность рабочей недели у которых 40 часов и более, вынуждены экономить время и минимально расходовать его на заботу о своем здоровье. Об этом говорят самая низкая по сравнению с другими группами респондентов величина совокупной продолжительности пеших прогулок, непродолжительность спортивных занятий, ночного сна и низкие затраты времени

Таблица 4

**Затраты времени на поддержание здоровья респондентами
в будние дни (по продолжительности рабочей недели;
приводятся средние значения в минутах)**

Переменная	1	2	3	4	Н-тест Краскала-Уоллиса* (p)
Суммарное число минут хождения пешком в среднем в день	106,1	100,6	103,5	117,9	0,000
Занятия спортом	0,9	1,0	0,9	1,0	0,255
Выполнение физических упражнений	2,4	2,3	1,8	3,5	0,000
Ночной сон / основной сон	470,9	460,6	440,0	498,6	0,000
<i>в часах</i>	7,9	7,7	7,3	8,3	
Личная гигиена и уход за собой	65,3	62,4	59,4	61,4	0,000
Уход за собственным здоровьем / медицинский уход за собой	0,6	0,6	0,5	2,9	0,000
Получение услуг по уходу за собой со стороны	0,9	0,5	0,5	1,6	0,000
Получение услуг по уходу за здоровьем / медицинскому уходу со стороны	0,7	0,5	0,5	3,6	0,000
Время, затраченное на передвижения в связи с уходом за собой	3,4	4,1	3,1	4,2	0,000
Совокупные затраты времени на заботу о здоровье, часов (в среднем в день)	10,9	10,5	10,2	11,6	0,000

Обозначения: 1 — работают менее 40 часов в неделю; 2 — работают 40 часов в неделю; 3 — работают более 40 часов в неделю; 4 — не имеют основной работы.

*Нулевая гипотеза: «Распределение совокупных затрат времени на заботу о здоровье является одинаковым для всех категорий респондентов». Доверительный интервал 95 %, уровень значимости 0,05. Критерий рассчитан для четырех рассматриваемых групп.

Источник: (Микроданные выборочного наблюдения 2019).

на получение услуг по уходу за собой, в том числе медицинских. Лица, не занятые на основной работе, в отличие от работающего населения, могут позволить себе тратить время на медицинский уход, выполнение физических упражнений. Среди данной категории респондентов присутствовали лица, вышедшие на пенсию по старости, а также те, кто не мог работать по состоянию здоровья. Их потребность в медицинском уходе объективно выше, что отражается в более высоких, чем для работающих респондентов, показателях инвестиций времени в получение медицинских услуг, уход за здоровьем, передвижения, связанные с уходом за здоровьем.

Характерно, что на фоне этих различий респонденты, занятые на основной работе, уделяют больше времени личной гигиене и самостоятельному уходу за собой, чем незанятые. При этом внутри самой группы работающих также присутствует дифференциация: больше времени личной гигиене посвящают те, кто работает менее 40 часов в неделю, наименьшее внимание данному аспекту уделяют респонденты, работающие более 40 часов в неделю (см. табл. 4).

Наибольшие различия затрат времени на здоровье характерны для таких групп, как «работающие более 40 часов в неделю» и «не имеющие основного места работы». Для них незначимыми оказались различия только в затратах времени на спортивные занятия, личную гигиену и уход за собой. Наименьшее число различий в затратах времени на заботу о здоровье наблюдается между группами респондентов, рабочая неделя которых длится 40 часов и более 40 часов. Эти группы не имеют значимых различий по продолжительности пешей ходьбы (по тесту Манна-Уитни значение $p=0,745$), занятий спортом ($p=0,045$), ухода за здоровьем (0,161), затрат времени на получение услуг по уходу за собой (0,243) и своим здоровьем (0,283). Продолжительность занятий спортом — наиболее устойчивая характеристика, слабо различающаяся у респондентов всех рассматриваемых категорий. Прямо противоположная картина наблюдается для ночного сна, продолжительность которого в анализируемых группах заметно варьирует. Выполнение физических упражнений наиболее сходно по времени в группах работающих менее 40 часов в неделю и 40 часов в неделю. Незначимы различия по данному критерию и между группами работающих менее 40 часов в неделю и не имеющих основной работы, а также работающих 40 часов в неделю и не имеющих основной работы (табл. 5).

В выходные дни лица, занятые на основной работе 40 часов в неделю и более, проводят больше времени, занимаясь спортом и физическими упражнениями, дольше спят, чем в будни. Наибольшее время физической активности уделяют лица, не имеющие основной работы. Респонденты, занятые менее 40 часов в неделю, занимают промежуточное положение

Таблица 5

**Сравнение различных групп респондентов
по затратам времени на поддержание здоровья в будние дни
(значения p теста Манна-Уитни)**

Переменная	1 и 2	1 и 3	1 и 4	2 и 3	2 и 4	3 и 4
Суммарное число минут хождения пешком в среднем в день	0,000	0,000	0,000	0,745	0,000	0,000
Занятия спортом	0,559	0,241	0,811	0,045	0,718	0,131
Выполнение физических упражнений	0,786	0,002	0,327	0,000	0,329	0,000
Ночной сон / основной сон	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Личная гигиена и уход за собой	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,058
Уход за собственным здоровьем / медицинский уход за собой	0,012	0,002	0,000	0,161	0,000	0,000
Получение услуг по уходу за собой со стороны	0,000	0,000	0,000	0,243	0,000	0,000
Получение услуг по уходу за здоровьем / медицинскому уходу со стороны	0,000	0,022	0,000	0,283	0,000	0,000
Время, затраченное на передвижения в связи с уходом за собой	0,000	0,146	0,000	0,000	0,000	0,000
Совокупные затраты времени на заботу о здоровье, часов (в среднем в день)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Обозначения: 1 — работают менее 40 часов в неделю; 2 — работают 40 часов в неделю; 3 — работают более 40 часов в неделю; 4 — не имеют основной работы.

Примечание: доверительный интервал 95 %, уровень значимости 0,05. Нулевая гипотеза: «Распределение совокупных затрат времени на заботу о здоровье является одинаковым для всех категорий респондентов». Тест проведен попарно для четырех групп респондентов.

Источник: рассчитано автором на основе микроданных выборочного наблюдения использования суточного фонда времени населением.

между названными группами по характеристикам как физической активности, так и целенаправленного ухода за здоровьем (табл. 6). Сравнение затрат времени на заботу о здоровье в будни и выходные для каждой из групп работающих респондентов показало, что их поведение значительно меняется в отношении практически всех рассматриваемых параметров*.

* Рассчитан критерий Уилкоксона для каждой из четырех категорий респондентов. Нулевая гипотеза: «Затраты времени на заботу о здоровье в будни и вы-

Исключение составили затраты времени на уход за собственным здоровьем у респондентов, работающих менее 40 часов в неделю ($p=0,06$), и более 40 часов в неделю ($p=0,08$). В целом работающие склонны восполнять дефицит заботы о здоровье в будни более продолжительным уходом за ним в выходные, но при этом не готовы тратить дополнительное время на передвижения в связи с уходом за собой. Сокращение таких затрат времени является одним из ориентиров при планировании размещения объектов спортивной инфраструктуры на территории городов. У неработающих респондентов значимыми (при $p=0,000$) оказались различия в продолжительности ночного сна, затрат времени на гигиену, получение медицинских услуг, передвижения, связанные с уходом за собой.

Таблица 6

Затраты времени на поддержание здоровья респондентами в выходные дни (по продолжительности рабочей недели; приводятся средние значения в минутах)

Переменная	1	2	3	4
Суммарное число минут хождения пешком в среднем в день	106,0	100,6	103,5	117,9
Занятия спортом	1,5	1,9	1,8	0,9
Выполнение физических упражнений	3,6	4,6	3,7	3,6
Ночной сон / основной сон	550,8	556,1	537,9	530,8
в часах	9,2	9,3	8,9	8,9
Личная гигиена и уход за собой	69,2	71,7	67,8	65,8
Уход за собственным здоровьем / медицинский уход за собой	0,8	0,7	0,7	3,0
Получение услуг по уходу за собой со стороны	3,0	2,8	1,9	1,6
Получение услуг по уходу за здоровьем / медицинскому уходу со стороны	0,2	0,2	0,3	0,4
Время, затраченное на передвижения в связи с уходом за собой	2,6	2,7	2,6	2,0
Совокупные затраты времени на заботу о здоровье, часов (в среднем в день)	12,3	12,4	12,0	12,0

Обозначения: 1 — работают менее 40 часов в неделю; 2 — работают 40 часов в неделю; 3 — работают более 40 часов в неделю; 4 — не имеют основной работы.

Источник: (Микроданные выборочного наблюдения 2019).

ходные дни у рассматриваемых категорий не отличаются». Доверительный интервал 95 %, уровень значимости $p=0,05$. Нулевая гипотеза не принимается ($p=0,000$).

Ввиду вышесказанного рассмотрим, как соотносится уровень дохода работающих респондентов с инвестициями времени в заботу о здоровье. В будни существенные различия касаются только затрат времени на физическую активность и личную гигиену. Эти величины тем выше, чем выше уровень дохода респондентов. Практически не зависит от уровня дохода продолжительность ночного сна, затрат времени на уход за собственным здоровьем и получение соответствующих услуг со стороны. В некоторой степени, но не слишком существенно по мере увеличения дохода растут затраты времени на получение услуг по уходу за собой. Эти наблюдения свидетельствуют о том, что по мере роста благосостояния люди наращивают потребление тех благ, которые способствуют созданию социально-одобряемого имиджа: спортивных занятий, услуг по уходу за собой. В то же время спрос на медицинские услуги не растет. В целом совокупная величина затрат времени на заботу о здоровье по мере увеличения дохода снижается и вновь вырастает только в наиболее обеспеченной группе респондентов (табл. 7). Значимость выявленных между группами различий подтвердилась при проведении теста Краскала-Уоллиса для всех рассматриваемых переменных ($p=0,000$)*.

В выходные дни затраты времени на заботу о здоровье у респондентов становятся выше. Такое различие значимо для всех доходных групп и для всех практик (тест Уилкоксона показал значения $p=0,000$). Исключение составило соотношение продолжительности медицинского ухода за собой в группах с доходами 15–20 тыс. руб. ($p=0,148$), 30–40 тыс. ($p=0,940$), 40–50 тыс. ($p=0,435$), более 50 тыс. руб. ($p=0,456$). Не было выявлено и значимого отличия в затратах времени на получение медицинских услуг в группе респондентов с доходом 15–20 тыс. руб. ($p=0,097$)**. Приведенные данные позволяют утверждать, что в выходные работающим гражданам свойственно посвящать заботе о своем здоровье более длительное время, чем в будние дни. И это различие значимо для всех видов заботы о здоровье, за исключением медицинского ухода за собой и получения медицинских услуг. У самых обеспеченных респондентов сильнее выражена разница между временем, затраченным на спорт и физкультуру в будни и выходные дни. Это говорит, с одной стороны, о том, что для дан-

* Доверительный интервал 95 %, уровень значимости 0,05. Нулевая гипотеза: «Распределение совокупных затрат времени на заботу о здоровье является одинаковым для всех категорий респондентов». Тест проведен для шести доходных групп респондентов.

** Доверительный интервал 95 %, уровень значимости 0,05. Нулевая гипотеза: «Распределение совокупных затрат времени на заботу о здоровье является одинаковым в будни и выходные дни».

Таблица 7

Затраты времени на поддержание здоровья респондентами в будни (по средней величине трудового дохода, в тыс. руб.; приводятся средние значения в минутах)

Переменная	менее 15	15–20	20–30	30–40	40–50	от 50
Суммарное число минут хождения пешком в среднем в день	113,7	105,5	103,2	97,5	94,3	95,1
Занятия спортом	0,3	0,5	0,7	1,0	1,4	2,4
Выполнение физических упражнений	1,5	1,6	1,9	2,3	2,8	3,9
Ночной сон / основной сон	457,8	457,8	457,2	459,9	458,8	459,3
в часах	7,6	7,6	7,6	7,7	7,6	7,7
Личная гигиена и уход за собой	59,8	61,9	62,4	62,7	64,0	63,8
Уход за собственным здоровьем / медицинский уход за собой	0,9	0,4	0,5	0,5	0,4	0,9
Получение услуг по уходу за собой со стороны	0,3	0,5	0,5	0,6	0,6	0,8
Получение услуг по уходу за здоровьем/медицинскому уходу со стороны	0,6	0,4	0,4	0,5	0,7	0,6
Время, затраченное на передвижения в связи с уходом за собой	3,9	3,6	3,5	3,8	4,3	3,7
Совокупные затраты времени на заботу о здоровье, часов (в среднем в день)	10,6	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5

Источник: (Микроданные выборочного наблюдения 2019).

ной категории опрошенных более доступными являются спортивные товары и услуги, а с другой — о том, что высокодоходным группам в будни сложнее выделить время на физическую активность (табл. 8).

Приведенные данные свидетельствуют, что рост уровня дохода человека сопровождается в первую очередь увеличением затрат времени на уход за внешностью и поддержание физической формы, а не на уход за здоровьем. Медицинский уход за собой не занимает значимого места в перечне поведенческих практик работающих респондентов, и эта закономерность справедлива вне зависимости от уровня их дохода. В свою очередь, желание хорошо выглядеть, по данным региональных социологических исследований, служит одним из ведущих мотивов заботы о здоровье у молодежи (Груздева, Короленко 2018). Следует отметить, что в зарубежных исследованиях были получены иные результаты. Так, на основании данных

Таблица 8

**Затраты времени на поддержание здоровья респондентами
в выходные (по средней величине трудового дохода, в тыс. руб.;
приводятся средние значения в минутах)**

Переменная	менее 15	15–20	20–30	30–40	40–50	от 50
Занятия спортом	1,1	0,9	1,5	1,9	2,7	3,9
Выполнение физических упражнений	2,9	2,8	4,1	4,7	5,1	6,9
Ночной сон / основной сон	530,8	545,8	553,3	558,9	558,9	561,5
в часах	8,8	9,1	9,2	9,3	9,3	9,4
Личная гигиена и уход за собой	67,5	69,7	70,7	71,8	72,0	71,2
Уход за собственным здоровьем / медицинский уход за собой	1,1	0,5	0,5	0,8	0,4	1,0
Получение услуг по уходу за собой со стороны	2,0	2,3	3,0	2,7	3,0	3,2
Получение услуг по уходу за здоровьем / медицинскому уходу со стороны	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3
Время, затраченное на передвижения в связи с уходом за собой	2,3	2,2	2,7	2,9	3,1	3,0
Совокупные затраты времени на заботу о здоровье, часов (в среднем в день)	12,0	12,2	12,3	12,4	12,3	12,4

Источник: (Микроданные выборочного наблюдения 2019).

американского исследования использования времени было показано, что повышение уровня дохода способствует более активному инвестированию в укрепление здоровья и, напротив, снижению деятельности, ухудшающей здоровье (Du, Yagihashi 2017).

Наши исследования позволяют получить и представление об инвестициях в здоровье, которые осуществляют неработающие категории респондентов: лица, находящиеся в отпуске в связи с беременностью и уходом за детьми до 1,5 или 3 лет, безработные, учащиеся и студенты, неработающие пенсионеры, лица, занимающиеся ведением домашнего хозяйства, временно или длительно нетрудоспособные, лица, не работающие и не ищущие работу по другим причинам. Респонденты перечисленных групп по-разному распределяют время между отдельными практиками заботы о здоровье. Средняя продолжительность ночного сна в будни максимальна у лиц, которые не работают в силу неудовлетворительного состояния здоровья или не ищут работу по каким-либо иным

причинам, и составляет 8,7 часа. Самый короткий ночной сон у студентов и учащихся — 7,8 часа в среднем в будние дни. Максимально длительные пешие прогулки (по 2,4 часа) совершают лица, ответившие, что находятся в отпуске по беременности или уходу за ребенком до 1,5 или 3 лет. По всей видимости, это обусловлено тем, что они выполняют врачебные рекомендации, направленные на укрепление здоровья детей. Наименее продолжительная ходьба характерна для временно или длительно нетрудоспособных респондентов — 99 минут в день (в среднем за 7 дней, предшествовавших опросу), это почти на 45 минут меньше, чем значение у лиц, находящихся в отпуске по уходу за ребенком.

Еще одной категорией, ведущей малоподвижный образ жизни, являются неработающие пенсионеры, которые ходят примерно по 108 минут в день. На фоне других категорий опрошенных заметно выделяются учащиеся и студенты, для которых характерны наибольшая продолжительность затрат времени на спортивные занятия и выполнение физических упражнений. Вероятно, это обусловлено тем, что физподготовка входит в перечень обязательных дисциплин в учреждениях среднего и высшего профессионального образования. То, что интерес к спорту не является следствием осознанного выбора самих молодых людей подтверждает тот факт, что для них характерны минимальные затраты времени на самостоятельный уход за здоровьем и получение таких услуг. Меньше времени, чем студенты и учащиеся, на уход за здоровьем тратят только лица, находящиеся в декретном отпуске. Но при этом они больше времени уделяют получению соответствующих медицинских услуг. Как и можно было ожидать, максимальные временные затраты на уход за здоровьем и получение соответствующих услуг осуществляют лица, которым неудовлетворительное состояние здоровья не позволяет работать. На втором месте по этим показателям — неработающие пенсионеры, которым необходимо в силу возраста заботиться о здоровье.

Как следует из приведенных данных, на поведение людей может оказывать воздействие текущий социальный статус. Наиболее ярко это проявляется в период отпуска по беременности и уходу за детьми. Респонденты этой категории продемонстрировали экономию времени по таким позициям, как личная гигиена и уход за собственным здоровьем. Для них характерны и минимальные временные затраты на передвижение, связанное с осуществлением ухода за собой. В целом количество времени, которое респонденты уделяют гигиене, тем больше, чем выше их вовлеченность в социальные взаимодействия. Так, максимальное значение характерно для учащихся и студентов — 69 минут в день. Минимальные затраты времени на этот вид занятий осуществляют экономически неактивные лица: неработающие,

ведущие домашнее хозяйство, находящиеся в отпуске по беременности и уходу за детьми (табл. 9). Для проверки значимости выявленных различий было рассчитано значение критерия Краскала-Уоллиса для всех групп неработающих респондентов. Расчет показал, что различия между группами максимально значимы ($p=0,000$) по всем рассматриваемым критериям*.

Таблица 9

**Затраты времени на поддержание здоровья
неработающими респондентами в будние дни
(по категориям; приводятся средние значения в минутах)**

Переменная	1	2	3	4	5	6	7
Суммарное число минут хождения пешком в среднем в день	144,6	118,5	108,5	111,7	119,2	99,7	118,6
Занятия спортом	0,3	2,2	0,4	7,3	0,6	0,0	0,7
Выполнение физических упражнений	1,0	3,0	4,9	6,5	2,1	2,9	4,1
Ночной сон / основной сон в часах	478,0 8,0	510,3 8,5	511,8 8,5	470,6 7,8	474,1 7,9	523,4 8,7	522,8 8,7
Личная гигиена и уход за собой	58,3	60,8	62,7	69,0	60,3	63,2	57,9
Уход за собственным здоровьем / медицинский уход за собой	0,3	1,1	4,9	0,4	0,6	15,3	2,3
Получение услуг по уходу за собой со стороны	0,7	1,9	1,5	0,7	2,3	2,2	2,1
Получение услуг по уходу за здоровьем / медицинскому уходу со стороны	2,7	2,1	5,2	1,0	1,3	11,5	3,1
Время, затраченное на передвижения в связи с уходом за собой	2,8	3,3	5,2	3,7	2,7	11,6	4,0
Совокупные затраты времени на заботу о здоровье, часов (в среднем в день)	11,5	11,7	11,7	11,2	11,1	12,0	11,9

Обозначения: 1 — лица, находящиеся в отпуске в связи с беременностью и уходом за детьми до 1,5 или 3 лет; 2 — безработные; 3 — неработающие пенсионеры; 4 — учащиеся и студенты; 5 — лица, занимающиеся ведением домашнего хозяйства; 6 — временно или длительно нетрудоспособные; 7 — лица, не работающие и не ищущие работу по другим причинам.

Источник: (Микроданные выборочного наблюдения 2019).

* Доверительный интервал 95 %, уровень значимости $p=0,05$. Нулевая гипотеза: «Распределение затрат времени на заботу о здоровье является одинаковым для всех категорий респондентов». Тест проведен для семи категорий неработающих респондентов.

В ходе опроса респондентам предлагалось высказать самооценку здоровья. Этот критерий широко применяют в исследованиях здоровья населения как достаточно чувствительный индикатор социального благополучия. Полученное распределение свидетельствует о преобладании среди участников выборочного наблюдения положительной самооценки здоровья: 49,7 % считают его хорошим. В выборке присутствуют и те, кто назвал свое здоровье «плохим» (2,83 %) и «очень плохим» (0,21 %). Самооценка здоровья в определенной мере может влиять на характеристики поведения людей в отношении своего здоровья. Согласно данным опроса, респонденты заботятся о собственном здоровье тем активнее, чем хуже его состояние. Особенно наглядны различия между поведением респондентов с «очень хорошим» и «очень плохим» здоровьем по таким критериям заботы о нем, как физическая активность, получение услуг по уходу за здоровьем, время, затраченное на передвижение в связи с уходом за собой. О значимости показанных различий групп респондентов свидетельствуют результаты расчета критерия Краскала-Уоллиса (табл. 10).

Таблица 10

**Затраты времени на поддержание здоровья
респондентами в будни (по самооценке здоровья;
приводятся средние значения в минутах)**

Переменная	Очень хорошее	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Очень плохое	Н-тест Краскала-Уоллиса*
Суммарное число минут хождения пешком в среднем в день	111,6	104,7	106,3	102,2	98,8	0,000
Занятия спортом	3,1	1,2	0,5	0,2	0,0	0,000
Выполнение физических упражнений	3,3	2,7	2,1	3,8	7,5	0,000
Ночной сон / основной сон	467,5	465,1	467,1	491,8	525,9	0,000
в часах	7,8	7,8	7,8	8,2	8,8	
Личная гигиена и уход за собой	61,5	62,3	62,2	60,7	57,1	0,001

Окончание таблицы 10

Переменная	Очень хорошее	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Очень плохое	Н-тест Краскала-Уоллиса*
Уход за собственным здоровьем / медицинский уход за собой	0,2	0,5	1,2	9,9	17,5	0,000
Получение услуг по уходу за собой со стороны	1,1	0,8	0,7	1,5	2,4	0,000
Получение услуг по уходу за здоровьем / медицинскому уходу со стороны	0,4	0,6	1,5	7,6	7,7	0,000
Время, затраченное на передвижения в связи с уходом за собой	3,1	3,5	4,0	7,8	10,6	0,100
Совокупные затраты времени на заботу о здоровье, часов (в среднем в день)	10,9	10,7	10,8	11,4	11,9	0,001

* Нулевая гипотеза: «Распределение совокупных затрат времени на заботу о здоровье является одинаковым для всех категорий респондентов». Доверительный интервал 95 %, уровень значимости 0,05. Критерий рассчитан для пяти рассматриваемых групп, выделенных по самооценке здоровья.

Источник: (Микроданные выборочного наблюдения 2019).

Заключение

Проведенное исследование подтверждает, что инвестиции времени индивидов в заботу о здоровье варьируют в группах с разными уровнем экономической активности, характеристиками трудовой деятельности,

самооценками здоровья. В то же время общей для всех рассмотренных групп респондентов чертой является преобладание рутинных практик в структуре инвестиций времени в заботу о здоровье. Эти действия (ночной сон, личная гигиена и уход за собой) не требуют от человека особых волевых усилий, выступая неотъемлемой составляющей социального функционирования. Противоположная ситуация складывается с практиками активной заботы о здоровье, выполнение которых возможно только при наличии у человека соответствующих жизненных приоритетов и поведенческих установок, — занятия спортом, выполнение физических упражнений, медицинский уход за собой. На примере групп с разным уровнем дохода показано, что к занятиям спортом и физкультурой человека может мотивировать стремление поддерживать свой благоприятный имидж. Но в случае организации медицинского ухода за своим здоровьем данный мотив оказывается незначимым. Заметно более высокими затратами времени на этот вид деятельности отличаются лишь респонденты с низкой самооценкой здоровья. Перечисленные особенности свидетельствуют о необходимости более интенсивных и адресных мер в сфере медицинской профилактики, направленных на повышение мотивации населения к занятиям спортом и физкультурой, формирование навыков регулярного контроля основных показателей своего здоровья (вес, артериальное давление, содержание сахара в крови), своевременное выявление нарушений работы основных систем организма.

На первый взгляд, наиболее благополучной группой в плане активной заботы о здоровье является учащаяся молодежь — у них больше средняя продолжительность физических упражнений, пеших прогулок. Но при этом молодые люди уделяют очень мало времени целенаправленной заботе о здоровье (медицинскому уходу и получению услуг по уходу за здоровьем). Здесь кроется опасность: хорошее здоровье в молодости при отсутствии должного ухода и при интенсивной эксплуатации резервов организма к зрелому и старшему возрасту может обернуться хроническими заболеваниями, ограничениями жизнедеятельности и инвалидностью. И в таком случае, как видно на примере категорий респондентов с низкой самооценкой здоровья, затраты времени на уход за здоровьем вынужденно будут более продолжительными, но будут иметь не восстановительный, а компенсаторный эффект.

Нехватка времени у работающих респондентов вынуждает их отказываться от спортивных занятий, физической активности и обращения за медицинскими услугами, жертвовать продолжительностью ночного сна, пеших прогулок. В то же время необходимость активных социальных коммуникаций побуждает тратить больше времени на личную гигиену

и самостоятельный уход за собой (по сравнению с незанятыми индивидами). Закономерна дифференциация суммарных затрат времени на заботу о здоровье среди групп респондентов, имеющих разную продолжительность рабочего времени: чем больше часов в неделю человек проводит на рабочем месте, тем меньше времени он расходует на заботу о собственном здоровье. Работающие уделяют более длительное время заботе о здоровье в выходные дни. Однако это различие достигается преимущественно благодаря увеличению продолжительности ночного сна, а не медицинскому уходу за собой, спортивным занятиям и другой физической активности. Высокодоходные группы работающих в выходные дни уделяют заметно большее внимание двигательной активности и получению услуг по уходу, по сравнению с низкодоходными. На фоне этого в выходные практически неизменными остаются инвестиции времени непосредственно в медицинскую активность. Приведенные факты позволяют предположить, что рост дохода формирует потребность в имидже здорового человека как атрибуте социального благополучия, но высокая медицинская активность в представлении людей не является атрибутом такого образа. Данное предположение требует проверки в рамках дальнейших исследований.

Полученная картина демонстрирует, что в обществе сложилась ошибочная поведенческая практика: чем лучше состояние здоровья, тем меньше время люди уделяют заботе о нем. Риск, тесно связанный с таким поведением, — обострение вовремя не выявленных хронических заболеваний, которые создают прямую угрозу для жизни людей. На уровне населения в целом следствиями выступают низкая величина показателя ожидаемой продолжительности жизни, потеря части трудоспособного населения в результате преждевременной смертности, нарастание «бремени болезней» общества. В связи с этим актуальность приобретают адресные профилактические меры, ориентированные на разные социально-демографические группы населения. Так, в отношении работающих необходимо развивать и поощрять корпоративные программы поддержки здорового образа жизни сотрудников. В молодежной среде могут быть востребованы различные технологические вспомогательные средства для оперативной оценки соответствия параметров образа жизни критериям поддержания здоровья. Это могут быть различные приложения для смартфонов, оценивающие качество питания, сна и физической активности пользователей. Такие продукты уже широко представлены и используются населением, но необходима их дальнейшая популяризация и совершенствование. Для пенсионеров на первый план выходит необходимость посещения врачей-специалистов с профилактической целью,

формирование навыков контроля своего состояния (измерение артериального давления, уровня сахара в крови).

Результаты работы позволяют обозначить направления дальнейшего углубленного изучения инвестиций времени в здоровье с привязкой данной тематики к более общим проблемам экономики народонаселения — исследованию факторов и последствий заболеваемости и инвалидности. Требуется детальной оценки степень и направленность влияния на инвестиции времени в заботу о здоровье трудовой деятельности, самооценки здоровья, уровня дохода в сочетании с такими параметрами, как возраст, уровень образования, ценностные установки, состав семьи, местность проживания, доступность и качество медицинской помощи, которые не рассматривались в рамках данного исследования. Внимания также заслуживает оценка воздействия перечисленных факторов на величину негативных инвестиций в здоровье.

Литература

Антоненко В.В., Антонов Г.В. (2019) Инвестиции российских домохозяйств в человеческий капитал детей: межпоколенный анализ. *Экономический анализ: теория и практика*, 18(11): 2059–2077.

Антоненко В.В., Антонов Г.В., Лактюхина Е.Г. (2014) Инвестиции в здоровье как элемент человеческого капитала индивида: на примере молодежи Волгоградской области. *Альманах современной науки и образования*, 7(85): 18–22.

Веретенникова И.И., Костина Н.А. (2011) Методические аспекты определения эффективности инвестиций, направляемых на улучшение качества жизни и возрастание человеческого капитала. *Вестник Белгородского университета кооперации, экономики и права*, 1(37): 59–64.

Груздева М.А., Короленко А.В. (2018) Поведенческие факторы сохранения здоровья молодежи. *Анализ риска здоровью*, 2: 41–51. [https://doi: 10.21668/health.risk/2018.2.05](https://doi.org/10.21668/health.risk/2018.2.05).

Кузнецова С.Н., Романовская Е.В., Пасечник А.С., Егорова М.И. (2019) Инвестиции в здоровье работников как способ повышения эффективности организации. *Управленческий учет*, 1: 4–11.

Овод А.И. (2018) Смертность как социальный индикатор эффективности инвестиций в здравоохранение. *Азимут научных исследований: экономика и управление*, 7(3): 217–220.

Розмаинский И.В., Осипова В.А. (2020) Экономический анализ курения как негативной инвестиции в капитал здоровья. *Terra Economicus*, 18(1): 58–80.

Сабурова Л.А. (2015) Здоровье как символический капитал: особенности капитализации и социального обмена в сфере здоровья. *Научный ежегодник*

Института философии и права Уральского отделения Российской академии наук, 15(2): 48–60.

Шабунова А.А. (2014) Общественное развитие и демографические вызовы современности. *Проблемы развития территории*, 2(70): 7–17.

Anand P., Ben-Shalom Y. (2014) How Do Working-Age People with Disabilities Spend Their Time? New Evidence from the American Time Use Survey. *Demography*, 51: 1977–1998. <https://doi.org/10.1007/s13524-014-0336-3>.

Bonke J., Greve J. (2012) Children's health-related life-styles: how parental child care affects them. *Review of Economics of the Household*, 10: 557–572. <https://doi.org/10.1007/s11150-012-9157-6>.

Du J., Yagihashi T. (2017) Health capital investment and time spent on health-related activities. *Review of Economics of the Household*, 15: 1215–1248. <https://doi.org/10.1007/s11150-017-9378-9>.

Grossman M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2): 223–255.

Jowsey T., Yen, L. & Mathews P.W. (2012) Time spent on health related activities associated with chronic illness: a scoping literature review. *BMC Public Health*, 12(1044). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1044>.

Jowsey T., McRae I., Gillespie J. et al. (2013) Time to care? Health of informal older carers and time spent on health related activities: an Australian survey. *BMC Public Health*, 13(374). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-374>.

Liu Y., Wang X., Zhou S. et al. (2020) The association between spatial access to physical activity facilities within home and workplace neighborhoods and time spent on physical activities: evidence from Guangzhou, China. *International Journal of Health Geographics*, 19(22). <https://doi.org/10.1186/s12942-020-00216-2>.

Miller J.E., Nugent C.N. & Russell L.B. (2016) How Much Time Do Families Spend on the Health Care of Children with Diabetes? *Diabetes Therapy*, 7: 497–509. <https://doi.org/10.1007/s13300-016-0181-z>.

Источники

Микроданные выборочного наблюдения использования суточного фонда времени населением. 2019 [https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/population/urov/sut_fond19/index.html] (дата обращения: 10.12.2020).

INVESTMENT OF TIME IN HEALTH CARE: AN ASSESSMENT BASED ON A SOCIOLOGICAL SAMPLE OBSERVATION

Leila Natsun (leyla.natsun@yandex.ru)

Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences, Vologda, Russia

Citation: Natsun L. (2020) Investitsii vremeni v zabotu o zdorov'ye: otsenka na osnove vyborochnogo sotsiologicheskogo issledovaniya [Investment of time in health care: an assessment based on a sociological sample observation]. *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii* [The Journal of Sociology and Social Anthropology], 23(5): 74–102 (in Russian).

<https://doi.org/10.31119/jssa.2020.23.5.3>

Abstract. One of the indicators of the health's value of for the population is data on the time and resources spent on maintaining good physical shape. Despite the long-standing interest of researchers in this topic, the question of which groups of the population most actively invest time in taking care of their health has not been raised before. The purpose of this work is to analyze the features of time investment in health care that are characteristic of the Russian population in the context of certain socio-demographic categories. The information base was microdata of a sample observation of the time budgets of the Russian population for 2019. It is established that temporarily or long-term disabled people spend the greatest amount of time taking care of their health, and young students — the least. The time spent on health care varies significantly in groups of respondents with different income levels and working week duration. It is shown that working respondents increase the duration of individual health care practices on weekends, but their medical activity remains almost unchanged. In the final part of the article, recommendations are formulated aimed at improving the methods of conducting preventive and educational work on health-saving problems with the population of different socio-demographic groups. In the future, it is planned to assess the impact of social, economic and demographic factors on the investment of time in health by working individuals.

Keywords: selective observation, time investment in health, health preservation, behavioral health factors, health inequality, sociological research.

References

Anand P., Ben-Shalom Y. (2014) How Do Working-Age People with Disabilities Spend Their Time? New Evidence from the American Time Use Survey. *Demography*, 51: 1977–1998 <https://doi.org/10.1007/s13524-014-0336-3>.

Antonenko V.V., Antonov G.V. (2019) Investitsii rossijskikh domohozjajstv v chelovecheskij kapital detej: mezhpokolennyj analiz [Investment of Russian households in the human capital of children: an intergenerational analysis]. *Ekonomicheskij analiz: teoriya i praktika* [Economic Analysis: Theory and Practice], 11(494): 2059–2077 (in Russian).

Antonenko V.V., Antonov G.V., Laktyukhina E.G. (2014) Investitsii v zdorovye kak element chelovecheskogo kapitala individa: na primere molodezhi Volgogradskoy oblasti

[Health investments as element of individual human capital: by the example of Volgograd region youth]. *Almanakh sovremennoj nauki i obrazovaniya* [Almanac of Modern Science and Education], 7(85): 18–22 (in Russian).

Bonke J., Greve J. (2012) Children's health-related life-styles: how parental child care affects them. *Review of Economics of the Household*, 10: 557–572. <https://doi.org/10.1007/s11150-012-9157-6>.

Du J., Yagihashi T. (2017) Health capital investment and time spent on health-related activities. *Review of Economics of the Household*, 15: 1215–1248. <https://doi.org/10.1007/s11150-017-9378-9>.

Grossman M. (1972) On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2): 223–255.

Gruzdeva M.A., Korolenko A.V. (2018) Povedencheskie faktory sokhraneniya zdorovya molodezhi [Behavioral factors which can influence preservation of young people's health]. *Analiz riska zdorovyu* [Health Risk Analysis], 2: 41–51 (in Russian). <https://doi.org/10.21668/health.risk/2018.2.05>.

Jowsey T., Yen L., Mathews P.W. (2012) Time spent on health related activities associated with chronic illness: a scoping literature review. *BMC Public Health*, 12(1044). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1044>.

Jowsey T., McRae I., Gillespie J. et al. (2013) Time to care? Health of informal older carers and time spent on health related activities: an Australian survey. *BMC Public Health*, 13(374). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-374>.

Kuznecova S.N., Romanovskaja E.V., Pasechnik A.S., Egorova M.I. (2019) Investicii v zdorov'e rabotnikov kak sposob povysheniya jeffektivnosti organizacii [Investicii v zdorov'e rabotnikov kak sposob povysheniya jeffektivnosti organizacii]. *Upravlencheskiy uchet* [Upravlencheskiy uchet], 1: 4–11 (in Russian).

Liu Y., Wang X., Zhou S. et al. (2020) The association between spatial access to physical activity facilities within home and workplace neighborhoods and time spent on physical activities: evidence from Guangzhou, China. *International Journal of Health Geographics*, 19(22). <https://doi.org/10.1186/s12942-020-00216-2>.

Miller J.E., Nugent C.N., Russell L.B. (2016) How Much Time Do Families Spend on the Health Care of Children with Diabetes? *Diabetes Therapy*, 7: 497–509. <https://doi.org/10.1007/s13300-016-0181-z>.

Ovod A.I. (2018) Smertnost' kak social'nyj indikator jeffektivnosti investicij v zdorovoohranenie [Mortality as a social indicator of the effectiveness of investments in healthcare]. *Azimut nauchnykh issledovaniy: ekonomika i upravlenie* [Azimuth of scientific research: Economics and management], 3(24): 217–220 (in Russian).

Rozmainsky I.V., Osipova V.A. (2020) Jekonomicheskij analiz kurenija kak negativnoj investicii v kapital zdorov'ja [Economic analysis of smoking as a negative investment in health capital]. *Terra Economicus*, 18(1):58–80 (in Russian).

Saburova L.A. (2015) Zdorovye kak simvolicheskij kapital: osobennosti kapitalizatsii i social'nogo obmena v sfere zdorovya [Health as symbolic capital: peculiarities of capitalization and social exchange in health]. *Nauchnyy ezhegodnik Instituta filosofii i prava Uralskogo otdeleniya Rossiyskoy akademii nauk* [Research Yearbook, Institute of Philosophy and Law, Ural Branch of the Russian Academy of Sciences], 15(2): 48–60 (in Russian).

Shabunova A.A. (2014) Obshhestvennoe razvitie i demograficheskie vyzovy sovremennosti [Social development and modern demographic challenges]. *Problemy razvitiya territorii* [Problems of territory's development], 2(70): 7–17 (in Russian).

Veretennikova I.I., Kostina N.A. (2011) Metodicheskie aspekty opredeleniya jeffektivnosti investitsij, napravljaemyh na uluchshenie kachestva zhizni i vozrastanie chelovecheskogo capital [Methodological aspects of determining the effectiveness of investments aimed at improving the quality of life and increasing human capital]. *Vestnik Belgorodskogo Universiteta kooperatsii, ekonomiki i prava* [Herald of the Belgorod University of Cooperation, Economics and Law], 1(37): 59–64 (in Russian).