

■ Адаптационные процессы в современной России

DOI: 10.19181/snsp.2020.8.3.7484

ЗДОРОВЬЕ КАК РЕСУРС СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ РАБОЧИХ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ. ЧАСТЬ 1

Т. М. Караханова¹, Г. П. Бессокирная¹, О. А. Большакова¹

¹Институт социологии ФНИСЦ РАН.
117218, Россия, Москва, ул. Кржижановского, 24/35, корп. 5.

Для цитирования: Караханова Т.М., Бессокирная Г. П., Большакова О. П. Здоровье как ресурс социальной адаптации рабочих в современной России. Часть 1 // Социологическая наука и социальная практика. 2020. Т. 8. № 3. С. 9–31. DOI: 10.19181/snsp.2020.8.3.7484

Аннотация. В статье раскрывается роль здоровья как важнейшего ресурса социальной адаптации рабочих в меняющемся обществе. Анализ осуществлялся по данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ за 1994–2018 гг. и по данным исследований, проведённых на промышленных предприятиях в пяти областных центрах Российской Федерации в 2003–2020 гг. В первой части статьи показано, что в течение длительного времени у российских рабочих наблюдался незначительный рост самооценок здоровья. Однако в 2016–2018 гг. оценки здоровья стали ухудшаться и у мужчин, и у женщин. Большинство российских рабочих оценивают своё здоровье как «среднее, не хорошее, но и не плохое». На промышленных предприятиях уже с середины нулевых годов оценки здоровья у мужчин не улучшаются, а у женщин даже снижаются. Оценки здоровья хуже у женщин. В то же время значимость физического здоровья как жизненной ценности у рабочих растёт. Анализ использования фонда времени в зависимости от состояния здоровья субъектов повседневной деятельности позволил выявить состояние адаптационного резерва рабочих и его гендерную дифференциацию в адаптационной направленности характеристик оплачиваемого труда, бытовой деятельности и физического восстановления. Установлено, что мужчины субъективно в большей степени, чем женщины, испытывают напряжённость с адаптационным резервом в сферах оплачиваемого труда и бытовой деятельности, тогда как их реальное поведение не даёт оснований для этого. В сфере физического восстановления наблюдаются признаки антагонизма между необходимостью полноценного восстановления и необходимостью адаптации, диктуемой внешними условиями.

Ключевые слова: здоровье; социальная адаптация; повседневная деятельность; бюджет времени; оплачиваемый труд; бытовая деятельность; физическое восстановление; свободное время; социальное самочувствие; рабочие.

Введение

В научной литературе для оценки здоровья населения предложено много показателей. Чаще всего используются широко известные демографические показатели (рождаемость, смертность, средняя продолжительность жизни и др.).

Индекс ожидаемой продолжительности жизни является одним из трёх показателей, на основе которых ООН с 1990 г. составляет интегральные индексы человеческого развития (ИЧР) в разных странах. Однако всё чаще отечественными и зарубежными учёными анализируются субъективные показатели здоровья населения, полученные в ходе социологических исследований. Несмотря на некоторые ограничения метода самооценок, он рекомендован ВОЗ для мониторинга здоровья и внутри отдельных стран, и для межстрановых сравнений [Шабунова, 2011: 181].

В постсоветской России наряду с изучением динамики здоровья населения исследовались и социальные причины ухудшения здоровья россиян [Журавлёва, 2013]. С 2013 г. осуществлялась государственная программа «Развитие здравоохранения». В настоящее время реализуются национальные проекты «Демография» и «Здравоохранение». В качестве целевых показателей обозначены: увеличение суммарной рождаемости, снижение смертности трудоспособного населения, рост ожидаемой продолжительности жизни, увеличение доли граждан, систематически занимающихся физкультурой и спортом и др.

В современном обществе общепризнано, что важным индикатором, отражающим тенденции общественного развития и эффективность государственного управления, является социальное здоровье. Оно рассматривается ныне в качестве одного из актуальных объектов социологической науки [Ершов, Мишин, 2019]. В научной литературе проанализированы теоретические взгляды зарубежных и отечественных учёных на социальное здоровье, подходы к определению индикаторов социального здоровья по официальной статистике и по данным массовых опросов. Выявлена динамика ключевых индикаторов социального здоровья на территории Российской Федерации [Шабунова, Морев, 2015], одним из них является физическое здоровье.

В настоящее время состояние физического здоровья работающего российского населения исследуется как по данным статистики, так и по данным массовых опросов. Осуществлена классификация регионов России по уровню санитарно-гигиенического и социально-экономического благополучия, а также по оценке связей разнородных факторов и показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности работающего населения [Лебедева-Несевря и др., 2019]. Рассмотрен гендерный аспект незащищённости работников в сфере труда, которая является фактором риска для здоровья и поведения человека. Установлено, что различные виды незащищённости в сфере труда в наибольшей степени распространены среди мужчин, но их негативное влияние на здоровье и поведение наиболее выражено у женщин [Кислицына, 2015б]. Анализировалось отношение российских рабочих к своему здоровью. На материалах общероссийского исследования Института социологии *ФНИСЦ РАН* продемонстрировано, что рабочие не воспринимают своё здоровье в качестве стратегического ресурса, позволяющего добиться устойчивого социально-экономического положения. К своему здоровью они относятся «потребительски» и заботятся о нём меньше, чем остальные россияне [Жаравай, 2016].

Важным источником данных о здоровье населения России является Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE)¹. В мониторинге имеется информация как о здоровье, так и о факторах, которые влияют на здоровье и повседневную деятельность взрослого населения. По данным мониторинга выявлено, что различия в состоянии здоровья женщин обусловлены абсолютными материальными лишениями, а мужчин, наоборот, относительными лишениями. Сделан вывод о том, что для преодоления негативных тенденций в области здоровья населения России, помимо снижения абсолютной бедности, необходимы мероприятия, способствующие уменьшению относительных социально-экономических различий (социально-экономического неравенства) [Кислицына, 2015а]. По данным мониторинга была изучена динамика здоровья работающего населения России. Показано, что самооценка здоровья имеет устойчивую тенденцию к улучшению. Выявлены особенности самооценки здоровья в различных социально-демографических группах. Установлены социально-психологические (удовлетворённость материальным положением и жизнью в целом, оптимистичность/пессимистичность респондента) и социально-демографические (пол, возраст, семейный статус) факторы, влияющие на самооценку здоровья [Лебедева-Несевря и др., 2017]. На материалах 25-й волны RLMS-HSE рассматривался физиологический ресурс рабочих, операционализированный через показатели возраста и состояния здоровья [Тихонова, 2018].

Весьма информативным источником для выявления роли здоровья в повседневной деятельности населения могут являться данные обследований бюджета времени (реального поведения). Исследования в таком контексте интенсивно проводятся за рубежом. Эта информация используется для поиска и описания взаимосвязей между реальным поведением и укреплением здоровья [Fisher, 1999; Vauman et al., 2019]. Представляет интерес анализ взаимосвязи моделей использования времени с оценками состояния здоровья [Graaf, 2003]. Оксфордским Центром по изучению использования времени (СТUR) на протяжении нескольких десятилетий в 24 странах анализируется феномен «чувства вины» работающих женщин за недостаточное количество времени, которое они могут тратить на ведение домашнего хозяйства. Установлено, что чувство вины неблагоприятно сказывается на физическом здоровье женщин в возрасте от 20 до 59 лет [Larsson, 2018]. Сферой научных интересов учёных Канады, занимающихся проблемами использования времени, являются, например, различные аспекты роли сна в физическом восстановлении. В 1974 и 2015 гг.

¹ «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE)» проводится Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел-Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. *Сайты обследования:* <http://www.cpc.unc.edu/projects/flms> и <http://www.hse.ru/flms>. В статье используется база объединённого массива данных за 1994–2018 гг.

осуществлены исследования, задачами которых было отслеживание динамики продолжительности сна и её гендерных особенностей, а также определение влияния вовлечённости в другие основные сферы повседневной деятельности на длительность сна [Lamote de Grignon Pérez et al., 2018].

Среди отечественных исследований, к сожалению, можно назвать единственную работу новосибирских социологов по данной проблематике. Они осуществили *экспериментальный анализ связи здоровья (в виде показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении), использования времени, социально-психологического состояния по данным статистики и лонгитюдного исследования использования времени сельского населения (1986–2005 гг.)* [Артёмов, Новохацкая, 2011]. В ходе повторных исследований бюджета времени и повседневной деятельности городского населения, которые осуществляются в Институте социологии ФНИСЦ РАН в течение полувека, накоплены первичные данные, которые позволяют рассматривать здоровье как ресурс социальной адаптации людей в меняющемся российском обществе. Последнее повторное исследование «Повседневная деятельность городского населения: ценности, бюджет времени, социальная адаптация» проведено сектором изучения повседневной деятельности и бюджета времени в 2019–2020 гг. в Пскове и Омске.

В настоящей статье впервые предпринята попытка оценки влияния здоровья городских рабочих на использование времени и успешность их социальной адаптации в современной России. Эмпирическая база: данные исследований, проведённых в 2003–2020 гг. на промышленных предприятиях, размещённых в пяти областных центрах Российской Федерации (Брянске, Пскове, Кирове, Омске и Владимире). Бюджет времени рабочих исследовался в 2014 г. в Пскове, Омске и Владимире. Для сравнительного анализа здоровья рабочих и их социального самочувствия привлечены данные RLMS-HSE за 1994–2018 гг. о трёх профессиональных группах российских рабочих, проживающих в областных центрах РФ.

Здоровье рабочих и его динамика

По данным RLMS-HSE анализировалось состояние здоровья трёх профессиональных групп российских рабочих, проживающих в областных центрах РФ. По коду J2COD08 это следующие профессиональные группы: квалифицированные рабочие, занятые ручным трудом (7-я группа); квалифицированные рабочие, использующие машины и механизмы (8-я группа) и неквалифицированные рабочие (9-я группа).

Осуществлён сравнительный анализ самооценок здоровья российских рабочих с аналогичными показателями по всему работающему населению (см. табл. 1).

Таблица 1

Динамика здоровья рабочих и всего работающего населения России,
объединённый массив RLMS-HSE, 1994–2018 гг., %

Профессиональная группа	Самооценка здоровья		
	Хорошее и очень хорошее	Среднее, не хорошее, но и не плохое	Совсем плохое и плохое
Мужчины			
7-я группа (n = 8070)	42,5	53,7	3,8
8-я группа (n = 5935)	44,4	52,4	3,2
9-я группа (n = 1586)	47,1	48,9	4,0
7+8+9-я группы (n = 15 591)	43,8	52,7	3,5
Все работающие мужчины (n = 32 004)	45,2	51,1	3,7
Женщины			
7-я группа (n = 1385)	31,8	62,5	5,7
8-я группа (n = 1545)	27,0	66,5	6,5
9-я группа (n = 2762)	23,7	66,6	9,7
7+8+9-я группы (n = 5692)	26,4	65,7	7,9
Все работающие женщины (n = 37 456)	33,0	60,7	6,3

Судя по приведённым в таблице 1 данным, здоровье рабочих в современной России незначительно хуже, чем здоровье работающего населения в целом. И у мужчин, и у женщин в двух наиболее массовых профессиональных группах рабочих (7 и 8-й) было меньше тех, кто оценивал своё здоровье как «хорошее и очень хорошее», по сравнению со всеми работающими мужчинами. Среди рабочих, как и среди работающего населения в целом, большинство составляли те, кто давал удовлетворительную оценку своему здоровью (3 балла). При этом таких мужчин, и особенно женщин, в рабочей среде несколько больше. Доли тех, кто оценивал здоровье как «совсем плохое и плохое», в 7-й и 8-й профессиональных группах рабочих близки к аналогичным показателям для всего работающего населения. Несколько выше доля рабочих с «совсем плохим и плохим» здоровьем только в группе неквалифицированных рабочих (особенно среди женщин). В целом оценки здоровья у женщин хуже, чем оценки здоровья у мужчин (у мужчин – 3,40 балла, а у женщин – 3,13 балла).

Анализ динамики состояния здоровья рабочих по годам (рис. 1) свидетельствует о том, что оценки здоровья к концу рассматриваемого периода (2018 г.) все же несколько улучшились по сравнению с его началом (1994 г.): у мужчин с 3,32 до 3,39 баллов, а у женщин – с 2,95 до 3,13 балла.

Отметим, что за весь наблюдаемый период (1994–2018 гг.) коэффициенты вариации оценок здоровья у мужчин были в пределах 17–19% (в среднем 18%), а у женщин в пределах 16–24% (в среднем также 18%). Следовательно, по

самооценкам состояния своего здоровья рабочие были и остаются относительно однородной группой. Нельзя не отметить, что в последние три года, по данным RLMS-HSE, оценки здоровья рабочих постепенно ухудшались и у мужчин (2016 г. – 3,52 балла, 2017 г. – 3,48 балла, 2018 г. – 3,39 балла), и у женщин (2016 г. – 3,28 балла, 2017 г. – 3,23 балла, 2018 г. – 3,16 балла).

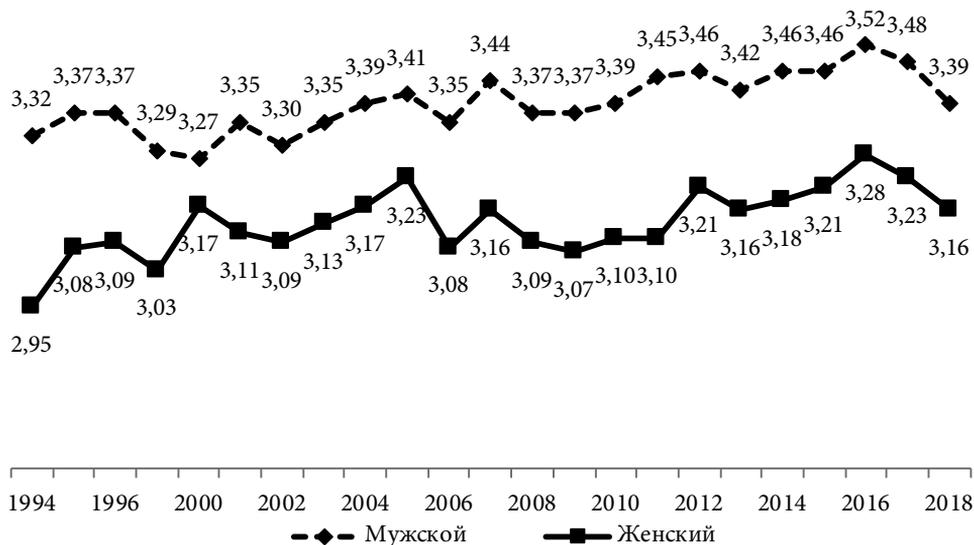


Рис. 1. Динамика самооценок здоровья рабочих, 1994–2018 гг., баллы

В таблице 2 приведены данные о здоровье рабочих на промышленных предприятиях, полученные в ходе эмпирических исследований, проведённых сотрудниками сектора изучения повседневной деятельности и бюджета времени Института социологии ФНИСЦ РАН в современной России.

Анализ полученных данных показал, что рабочие, занятые на промышленных предприятиях, оценивают состояние своего здоровья несколько лучше, чем российские рабочие в целом. Оценки состояния здоровья у женщин также хуже, чем у мужчин.

По результатам наших исследований, проведённых в годы политических и экономических реформ (1990–2007 гг.), выяснилось, что ценность здоровья для рабочих существенно выросла. В иерархии основных жизненных ценностей здоровье переместилось на второе место (после ценности семьи), опередив ценность работы на предприятии. В начале нулевых годов (2003 г.) здоровье расценивалось как более значимая ценность теми рабочими, чья самооценка здоровья была хуже. Среди наиболее значимых ценностей жизни здоровье назвало абсолютное большинство женщин (91%), у которых «очень плохое и плохое» здоровье (мужчин с такой оценкой здоровья в выборке всего 13 человек). Но только 49% женщин и 48% мужчин, у которых «хорошее и отличное» здоровье.

И это вполне объяснимо, так как было установлено, что здоровье является ресурсом, который позволяет рабочим адаптироваться в трансформирующемся российском обществе [Повседневная деятельность..., 2010: 234–237]. Об этом свидетельствовали и результаты анализа взаимосвязей между оценками здоровья и оценками оплачиваемой трудовой деятельности и свободного времени рабочих, а также между оценками здоровья и оценками удовлетворённости жизнью в целом [Бессокирная, 2013].

Таблица 2

Динамика здоровья рабочих на промышленных предприятиях, 2003–2020 гг., %

Год исследования	Самооценка здоровья			
	Хорошее и отличное (4+5)	Очень плохое и плохое (1+2)	Среднее арифметическое (в баллах)	Коэффициент вариации, %
Мужчины				
2003 (n = 179)	54,1	7,2	3,94 (3,35)	32
2007 (n = 221)	46,6	7,3	3,49 (3,44)	23
2014 (n = 543)	47,7	5,3	3,50 (3,46)	21
Омск-2014 (n = 152)	45,4	8,6	3,43	22
Омск-2019–2020 (n = 95)	44,7	2,1	3,47	18
Женщины				
2003 (n = 238)	20,8	8,9	3,24 (3,13)	33
2007 (n = 196)	45,4	2,5	3,49 (3,16)	19
2014 (n = 389)	34,6	6,3	3,35 (3,18)	21
Омск-2014 (n = 55)	31,0	3,6	3,33	19
Омск-2019–2020 (n = 81)	22,2	3,7	3,22	18

Примечания: 1. Для фиксирования самооценок здоровья использовалась 5-балльная шкала. В таблице не приведены данные о численности рабочих, выбравших вариант ответа «удовлетворительное» (3 балла). Их долю среди рабочих легко определить, вычтя из 100% сумму долей рабочих, выбравших варианты ответов «1+2» и «4+5».

2. В скобках приведены данные RLMS-HSE.

3. Коэффициент вариации – отношение квадратичного отклонения к среднему арифметическому.

Исследование, проведённое нами в 2014 г., показало, что оценки состояния своего здоровья у мужчин стабилизировались, а у женщин даже несколько снизились (см. табл. 2). Была зафиксирована тесная прямая связь между возрастом рабочих и их оценками здоровья и у мужчин (V Крамера равен 0,292***), и у женщин (0,330***)¹. Судя по несимметричным коэффициентам связи тау Гудмена-Краскала, возраст влияет (в статистическом смысле) на оценку здоровья (у муж-

¹ Здесь и далее в тексте знаком * обозначен уровень значимости коэффициентов связи: * – менее 5%; ** – менее 1%, *** – менее 0,1%.

чин $\tau = 0,141^{***}$, а у женщин $0,165^{***}$). Большинство молодых рабочих в возрасте до 30 лет оценивали своё здоровье как «хорошее и отличное» (73% мужчин и 78% женщин). Аналогичную оценку своему здоровью дал только каждый десятый рабочий в возрасте старше 50 лет (11% мужчин и 10% женщин). Даже в средних возрастных группах рабочих (31–50 лет) «хорошее и отличное» здоровье, судя по самооценкам, менее чем у половины рабочих (у 45% мужчин и лишь у 35% женщин).

Физическое здоровье по-прежнему остаётся одной из самых важных жизненных ценностей рабочих. Его считали значимой жизненной ценностью 83% мужчин и 89% женщин [Караханова и др., 2015: 6]. Однако статистически значимая связь между оценками здоровья и его ценностью сохранилась только у мужчин. Чем лучше оценка здоровья, тем больше и его значимость для мужчин. Здоровье являлось важной ценностью для 66, 80 и 88% мужчин (в трёх группах по состоянию здоровья соответственно). В то же время у женщин связь между оценками здоровья и его ценностью не прослеживалась (91, 88 и 92% соответственно).

Данные повторного исследования, проведённого в 2019–2020 гг. на крупном промышленном предприятии в Омске, свидетельствует о том, что ценность физического здоровья продолжает расти. Здоровье является значимой ценностью уже для 88% мужчин и 95% женщин. В то же время оценки состояния здоровья у мужчин практически не изменились, а у женщин произошло их дальнейшее снижение. За последние пять лет теснота связи между оценками здоровья и возрастом рабочих на крупном промышленном предприятии в Омске уменьшилась и у мужчин ($V = 0,219$ при уровне значимости 6%), и у женщин ($V = 0,274^*$). При этом у мужчин старше 50 лет доля оценивающих своё здоровье как «хорошее и отличное» статистически значимо не изменилась (была 15, а стала 18%), а среди женщин старше 50 лет аналогичный показатель существенно снизился (с 27 до 8%).

Бюджет времени рабочих в зависимости от состояния здоровья и оценки его значимости в повседневной жизни

Анализ использования фонда времени в зависимости от состояния здоровья субъектов повседневной деятельности расширяет и уточняет представление о характеристиках их социальной адаптации (в частности, адаптационного резерва) в условиях перемен. Термин «адаптационный резерв» используется преимущественно в области изучения физиологических аспектов адаптации человеческого организма к меняющимся условиям внешней среды. Однако, с нашей точки зрения, его вполне можно применять для оценки резервов социальной адаптации.

Прежде чем интерпретировать данные о повседневной деятельности рабочих с разными оценками здоровья, необходимо отметить, что к объектам особого рассмотрения не может не относиться наиболее социально уязвимая группа с оценками своего здоровья как «очень плохое и плохое», несмотря на то, что в ней всего 5,7% опрошенных. Модальной группой являются рабочие, оценившие своё здоровье как «удовлетворительное» (51,9%); как «хорошее и отличное» оценили здоровье 42,4% рабочих.

В самом первом приближении резерв социальной адаптации характеризуют данные о субъективном ощущении рабочими «нехватки» времени в повседневной жизни. «Очень часто» её ощущают 45% мужчин и 50% женщин с «очень плохим и плохим» здоровьем, 36 и 47% – с «удовлетворительным» и 37 и 39% – с «хорошим и отличным». По мере повышения оценок здоровья увеличивается доля ощущающих недостаток времени «изредка». Респондентов с разными оценками здоровья, указавших на ощущение излишка времени, всего от 2 до 5%. Группа с плохим здоровьем, таким образом, должна субъективно испытывать существенно большее напряжение с адаптационным резервом по сравнению с двумя другими группами, особенно мужчины.

Как следует из данных таблицы 3 и рисунков 2 и 3, соотношение в недельном фонде времени долей трёх агрегированных групп видов деятельности (общей трудовой нагрузки, физического восстановления, занятий в свободное время) у рабочих-мужчин с оценками здоровья «очень плохое и плохое» объективно выглядит заметно менее напряжённым (35, 43, 22%), чем аналогичные распределения у мужчин с «удовлетворительным» здоровьем (41, 41, 18%) и «хорошим и отличным» (41, 40, 18%). Сравнение объективных данных с субъективными ощущениями «нехватки» времени у мужчин с оценками здоровья «1+2» показывает, что даже в условиях, когда фактически две трети фонда времени расходуется ими на восстановление, развлечения, саморазвитие, они субъективно испытывают наибольшую напряжённость бюджета времени. Другими словами, реальное поведение мужчин с плохим здоровьем и субъективное восприятие ими напряжённости бюджета времени указывают на границы их адаптационного резерва. У работников с разными оценками состояния здоровья соотношение аналогичных трёх частей повседневной деятельности не имеет такой сильной дифференциации, как у мужчин (47, 39, 14; 45, 41, 14; 47, 40, 13%). Вместе с тем у работников с «очень плохим и плохим» здоровьем, также как у мужчин, по субъективным ощущениям «нехватки» времяресурса наблюдается самая сильная напряжённость бюджета времени.

За приведёнными соотношениями трёх агрегированных групп видов повседневной деятельности, однако, могут скрываться структурные различия внутри этих групп, объясняющие глубинные процессы в реальном поведении субъектов деятельности. Ввиду наличия дифференциации, наблюдаемой в реальном поведении рабочих с разными оценками здоровья в зависимости от пола респон-

дента, целесообразно далее продолжить более подробный анализ структуры использования фонда времени рабочими в рассматриваемом аспекте отдельно для женщин и мужчин.

Таблица 3

Использование времени рабочими в зависимости от самооценок состояния здоровья, в неделю на одного опрошенного, часы*

Группа видов деятельности	Затраты времени рабочих**					
	«1+2», n = 26		«3», n = 252		«4+5», n = 101	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
1. Общая трудовая нагрузка	58,1	78,9	69,0	76,5	69,5	78,4
<i>В том числе:</i>						
оплачиваемый труд и виды деятельности, связанные с оплачиваемым трудом	45,4	53,3	46,1	44,4	50,0	51,2
неоплачиваемый труд:	12,7	25,6	22,9	32,1	19,5	27,2
домашний труд, включая работы на земельном участке	6,4	17,6	11,6	19,4	9,4	15,2
совершение покупок и пользование услугами	4,4	5,4	6,9	7,4	5,6	6,3
уход за детьми и их воспитание	1,9	2,6	4,4	5,3	4,5	5,7
2. Удовлетворение физиологических потребностей (физическое восстановление)	72,3	66,4	68,7	69,2	68,1	67,4
<i>В том числе:</i>						
сон ночной и дневной	54,7	47,9	53,3	54,6	53,1	51,7
уход за собой, включая лечебный своими силами	11,6	8,4	7,8	7,6	8,0	8,6
питание, включая обеденный перерыв	6,0	10,1	7,6	7,0	7,0	7,1
3. Занятия в свободное время	37,6	22,7	30,3	22,2	30,4	22,0
<i>В том числе:</i>						
восстанавливающая и развлекающая деятельность	24,9	14,2	19,6	14,4	20,8	14,4
развивающая деятельность	12,7	8,5	10,7	7,8	9,6	7,6
4. Нераспределённое время	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2
Итого недельный фонд времени	168	168	168	168	168	168

*Без учёта занятий («вторичных»), совершённых одновременно с перечисленными группами видов деятельности, являющимися для респондента «первичными».

**Группы рабочих с самооценками здоровья: «1+2» – «очень плохое и плохое», «3» – «удовлетворительное», «4+5» – «хорошее и отличное».



Рис. 2. Использование времени рабочими-мужчинами в зависимости от самооценок состояния здоровья, в неделю на одного опрошенного, часы



Рис. 3. Использование времени работницами в зависимости от самооценок состояния здоровья, в неделю на одного опрошенного, часы

Общая трудовая нагрузка. Оплачиваемый труд

У женщин из группы с плохим здоровьем («1+2») время оплачиваемого труда (без видов деятельности, связанных с работой) больше (43,0 часа в неделю), чем у женщин с «хорошим и отличным» здоровьем — 41,5 часа. Но особенно значительно длительность оплачиваемого труда у работниц с плохим здоровьем превышает его продолжительность в модальной группе — у работниц с удовлетворительной («3») оценкой здоровья (36,4 часа). При этом у последних самый большой вклад в вышеприведённую длительность рабочей недели труда, совершающегося по установленным графиком выходным дням: по самооценкам, 24% работают «1–2 раза в месяц». Другими словами, без работы в «законные» выходные «нормальная» рабочая неделя у работниц с «удовлетворительным» здоровьем может быть и меньше 36 часов. В числе работниц с «хорошим и отличным» здоровьем в «законные» выходные с указанной выше частотой трудятся 16%, а с плохим здоровьем — 4% (что логично при самой длительной «нормальной» рабочей неделе среди трёх групп работниц). Однако статистически значимой связи между частотой работы в выходные дни и оценками состояния здоровья всё-таки не наблюдается. Что касается сверхурочной работы, то, несмотря на отсутствие и в этом случае статистически значимой связи, доли работающих «несколько раз в месяц» и «несколько раз в год» (суммарно) у женщин в группах с разными оценками здоровья скорее согласованы, чем рассогласованы с предыдущими показателями: «1+2» — 30%, «3» — 34%, «4+5» — 22%.

У мужчин закономерности в сравнительной характеристике оплачиваемого труда, исходя из разных оценок здоровья, сильно отличаются по адаптационной направленности от той картины, которая выявлена у женщин. Самая значительная величина оплачиваемого труда (без видов деятельности, связанных с ним) выявлена у рабочих с «хорошим и отличным» здоровьем (42,1 часа в неделю), что существенно больше, чем у рабочих в модальной группе («3») и в группе с плохим здоровьем («1+2»): 37,5 часа и 37,4 часа. Идентичность последних показателей наводит на мысль, что среди оценивших здоровье как «удовлетворительное» присутствует определённая доля тех, кто имеет плохое здоровье. Здесь наблюдается явно меньший адаптационный резерв и отсутствует тот «надрыв», который зафиксирован у женщин и особенно у работниц с плохим здоровьем. У мужчин, также как у женщин, статистически значимой связи между оценками здоровья и работой в выходные дни, установленные графиком, не выявлено. Однако доли тех, кто трудился «1–2 раза в месяц», во-первых, больше, чем у работниц, во-вторых, они не сильно дифференцированы в зависимости от здоровья: 24% («1+2»), 27% («3»), 31% («4+5»). Характер долевых распределений распространённости сверхурочной работы у мужчин напоминает ситуацию, зафиксированную у работниц. В модальной группе («3») 44% имели её «несколько раз в месяц» и «несколько раз в год» (суммарно), в группе с оценками «4+5» — 38%, с оценками «1+2» — 35%. Вместе с тем их «нормальная» рабочая неделя менее загружена по сравнению с женщинами. Это, может быть, происходит по независящим от самих рабочих причинам.

По данным пятого раунда «Европейского социального исследования» выявлено, что нестандартные трудовые графики негативно сказываются на восприятии людьми баланса между работой и другими сторонами жизни. Чтобы почувствовать ухудшение баланса между работой и жизнью достаточно работать вечером/ночью несколько раз в месяц или один раз в месяц в выходные дни [Шевчук, Красильникова, 2019]. Состояние здоровья рабочих определённым образом влияет и на их оценки производственных условий труда. Статистические связи по V Крамера (на уровне значимости 5% и менее) выявлены между оценками здоровья и тремя характеристиками нынешней работы. Судя по несимметричным показателям связи τ у Гудмена-Краскала, оценки данных элементов производственной ситуации влияют (в статистическом смысле) на самооценки здоровья рабочих. Здоровье оценивают как «хорошее и отличное» большинство рабочих (59%), которые полагают, что нынешняя работа «даёт возможность хорошо зарабатывать», а также почти половина тех, чья работа имеет «нормальные санитарно-гигиенические условия труда» (49%) и является «надёжным местом работы» (48%).

Одним из последствий связи фактической длительности рабочей недели и оценки здоровья является субъективное «ощущение усталости после рабочего дня». Выявлена весьма тесная статистическая связь между оценками здоровья и усталости ($V=0,245^{***}$). Среди женщин «очень уставшими» себя чувствуют 63% работниц с «очень плохим и плохим» здоровьем, а чувствующие себя «не уставшими» среди них отсутствуют. Противоречие между объективными данными о фактической длительности рабочей недели работниц и субъективными оценками усталости отсутствует. Сочетание этих показателей позволяет приблизиться к определению степени истощенности адаптационного резерва. Показатели усталости у женщин снижаются по мере повышения оценок здоровья (в модальной группе («3») — 23 и 6% чувствующих себя «очень уставшими» и «не уставшими», у работниц с «хорошим и отличным» здоровьем — 5 и 15%).

Несмотря на всё сказанное выше, адаптационный резерв у работниц с худшими оценками здоровья явно не исчерпан. Такой вывод в ещё большей степени можно отнести к работницам из модальной группы по оценкам здоровья («3»), а также к женщинам с оценками «4+5». Приведённая интерпретация подтверждается, в частности, данными о стремлении женщин иметь дополнительную работу. Среди работниц, оценивших здоровье как «очень плохое и плохое», 21% «не имеют дополнительной работы, но хотят её иметь», «не регулярно подрабатывают» 13%, но постоянной дополнительной работы не имеет никто. У работниц с «удовлетворительным» здоровьем это соотношение — 46 и 5%, в числе оценивающих своё здоровье на «хорошо» и «отлично» — 47 и 2% соответственно.

Среди мужчин с плохим здоровьем и значительно меньше работающих по сравнению с группой женщин, с аналогичными оценками своего здоровья, 48% чувствуют себя «очень уставшими» после рабочего дня (против 63% у женщин). По двум другим группам с оценками здоровья показатели усталости, которые также ниже, чем у работниц, вполне согласованы с длительностями оплачиваемого труда

мужчин. Представляется, что адаптационный резерв мужчин в группе с оценками здоровья «4+5» скорее всего выше, чем в двух других группах («1+2», «3»). Это, видимо, обусловлено ещё и очень бережным отношением к своему здоровью мужчин в двух последних группах, которое проявилось и в заметной доле вообще не испытывающих усталости после работы (17%) среди рабочих с плохим здоровьем. В модальной группе («3») таких только 6%. Вызывает вопросы почти равная доля при любом состоянии здоровья тех, кто «не имеет дополнительной работы, но хочет её иметь»: от 41 (плохое здоровье) до 44% (хорошее и отличное). Скорее всего, речь идёт о постоянном дополнительном заработке, так как в модальной группе («3») «не регулярно подрабатывают» 22%, а среди мужчин с хорошим и отличным здоровьем – 27%, даже с плохим здоровьем – 14%.

Неоплачиваемый труд рабочих (бытовая деятельность)

Границы трудового сегмента в повседневной деятельности рабочих определяют оплачиваемая работа и дополняющий её в составе общей трудовой нагрузки неоплачиваемый труд. Эти границы в той или иной степени также обусловлены адаптационным резервом субъекта деятельности. Среди работниц самая большая длительность неоплачиваемого труда зафиксирована у опрошенных с оценкой здоровья «3» (32,1 часа в неделю). Это вполне логично, учитывая, что в данной группе наименьшая продолжительность оплачиваемого труда (см. табл. 3). Затраты времени на все группы видов деятельности в структуре неоплачиваемого труда здесь наибольшие по сравнению с аналогичными показателями у женщин с плохим («1+2»), а также с «хорошим и отличным» здоровьем (см. табл. 3). Особенно важно, что время, расходуемое на занятия с детьми до 18 лет, у этих работниц составляет 16% от объёма неоплачиваемого труда. Поведение работниц в данной модальной группе («3» по оценке здоровья) демонстрирует в значительной степени приближённую к оптимально сбалансированной по структуре бытовой деятельности «планке», учитывая к тому же их наименьшую величину общей трудовой нагрузки. В ещё большей степени приближённую к оптимально сбалансированной по структуре бытовой деятельности «планке» можно считать поведение работниц с оценками здоровья «4+5». Доля затрат времени на уход за детьми и их воспитание составляет 21% от времени неоплачиваемого труда.

В отношении структуры затрат времени на неоплачиваемый труд у работниц с плохим здоровьем («1+2») следует сказать, что она, во-первых, значительно отдалена от оптимально сбалансированной структуры бытовой деятельности. Во-вторых, самая большая величина общей трудовой нагрузки (78,9 часа в неделю) в сочетании с характером соотношения в ней оплачиваемого и неоплачиваемого труда является основным фактором, обуславливающим значительную напряжённость их бюджета времени. В данном случае наблюдается антагонизм между необходимостью адаптации ко всему комплексу внешних, по отношению к домохозяйству, условий и необходимостью оптимальной структуры общей трудовой нагрузки, а в ней оптимальной структуры бытовой деятельности.

У работниц с плохим здоровьем времязатраты на труд в доме превышают две трети величины всего их неоплачиваемого труда. При этом, что очень важно, в данной группе «страдают» занятия с детьми до 18 лет. На одну участницу, имевшую затраты времени на данную деятельность (39%), этот показатель составляет 1,8 часа в средний день недели, а у женщин с «хорошим и отличным» здоровьем – 2,2 часа (у 36%).

Длительность неоплачиваемого труда у мужчин следует характеризовать на фоне их существенно меньшей трудовой нагрузки во всех трёх группах по состоянию здоровья (см. табл. 3). Как и следовало ожидать из предшествующего анализа, наименьшая величина общей трудовой нагрузки зафиксирована у мужчин с оценками здоровья «1+2» (58,1 часа в неделю), что в 1,4 раза ниже её уровня у работниц из аналогичной группы. Среди опрошенных с «удовлетворительным», «хорошим и отличным» здоровьем общая трудовая нагрузка выше и имеет очень близкие значения: 69,0 и 69,5 часа. В этих же группах наблюдаются и большие объёмы бытовой деятельности (22,9 и 19,5 часа в неделю). Надо сказать, что именно мужчины с удовлетворительной оценкой здоровья наибольшим образом «замещают» оплачиваемый труд неоплачиваемым (бытовой деятельностью). Меньше всего это делают рабочие с плохим здоровьем («1+2»). Промежуточное положение занимает группа с «хорошим и отличным» здоровьем. Совокупное время труда в доме и на земельном участке во всех группах у мужчин в несколько раз меньше, чем у женщин, особенно у рабочих с плохим здоровьем.

Физическое восстановление

Повседневная деятельность людей, каким бы не был совокупный набор занятий в её суточном, недельном и других циклах, не может не содержать занятия, совершаемые ими для сохранения своей жизни. Эти занятия (сон, питание, уход за собой, в т. ч. лечебный своими силами) относятся к группе занятий, отвечающих за физическое восстановление, за физическое здоровье людей. Функционирование данной сферы деятельности обладает особым влиянием на успешность социальной адаптации через взаимовлияние и взаимодействие с областью формирования общей трудовой нагрузки [Караханова, 2013: 554].

Анализ показал, что работницы с «очень плохим и плохим» здоровьем расходуют на своё физическое восстановление несколько меньше времяресурса в сравнении с женщинами с оценками здоровья «3» и «4+5». В составе физического восстановления такие времяресурсные потери несёт сон. У женщин в модальной группе («3») сон самый продолжительный – 7,8 часа в день на одну опрошенную, в группе с оценками «4+5» – 7,4 часа, с оценками «1+2» – 6,8 часа. Какой-то особой зоной релаксации для работниц с плохим здоровьем выступает приём пищи. В день они расходуют на него только в качестве «первичного» вида деятельности почти 1,5 часа (включая питание в обеденный перерыв во время работы) против 1,0 часа, который используют на эти цели работницы с «удовлетворительным» и «хорошим и отличным» здоровьем (см. табл. 3).

В отличие от женщин мужчины с «очень плохим и плохим» здоровьем расходуют на своё физическое восстановление больше времени, чем рабочие с удовлетворительными («3») и хорошими оценками («4+5») здоровья. В этой группе вообще наблюдается «отрыв» в показателе времени восстановления от всех групп мужчин и женщин (см. табл. 1). Здесь у рабочих самый продолжительный сон (7,8 часа в день), тогда как у женщин с аналогичной оценкой здоровья сон не дотягивает и до семи часов. Группа видов деятельности «уход за собой», включая лечебный (не в лечебном учреждении), у мужчин с плохим здоровьем («1+2») приобретает повышенную значимость, что также является особенностью поведения именно данной группы.

К показателям, которые позволяют в определённой степени судить как об отношении к своему здоровью, так и о степени доверия системе медицинского обслуживания, относятся затраты времени на посещение лечебных учреждений, а также аптек. Эти времязатраты — довольно небольшие. По мере повышения самооценки здоровья от плохой («1+2») к удовлетворительной («3») и хорошей («4+5») у мужчин они заметно снижаются (1,9; 0,5; 0,4 часа в неделю на одного опрошенного). У женщин фиксируется снижение в группе с оценками здоровья «4+5» (0,7; 0,8; 0,5 часа), хотя разницы в зависимости от состояния здоровья очень существенной у них нет. Как видим, расход времени работниц на получение медицинской помощи несколько уступает затратам времени, выявленным у мужчин. Нужно подчеркнуть, что удовлетворённость медицинским обслуживанием лекарственным обеспечением у рабочих весьма невысокая: не удовлетворены медицинским обслуживанием в городе 52%, а лекарственным обеспечением — 42% респондентов. Такой низкий уровень удовлетворённости данными условиями жизни может в определённой мере объяснять небольшие времязатраты на получение медицинской помощи (только в случаях, когда «деваться некуда»).

Отдельного внимания требует вопрос физического восстановления работниц, которое должно происходить в период очередного годового оплачиваемого отпуска. У женщин с «очень плохим и плохим» здоровьем длительность отпуска составляет 28 дней, с «удовлетворительным» — 26 дней, с «хорошим и отличным» — 27 дней. Говоря иначе, в продолжительности отпуска не ущемлена ни одна из трёх групп работниц. О структуре занятий при проведении отпуска в зависимости от оценок состояния здоровья, но в целом у рабочих (без деления по полу) можно судить по данным, представленным в таблице 4.

Доля элементов общей трудовой нагрузки (не по данным бюджета времени) в структуре занятий, совершавшихся в период года, предназначенного для физического восстановления, у рабочих с разными оценками здоровья довольно высока. Среди рабочих с плохим здоровьем («1+2») самая большая доля осуществлявших в отпуске «ремонт и другие дела дома» — 43%, в модальной группе («3») — 36%, в группе с оценками «4+5» — 34% человек. На земельном участке трудились 31, 36, 20% рабочих соответственно. Доля работавших для дополнительного заработка с повышением оценок здоровья заметно увеличивается. В общем, отпуск не в полной мере выполняет свою функцию по фи-

зическому восстановлению рабочих. Хотя приоритеты, связанные с лечением, поездкой в санаторий в группе рабочих с плохим здоровьем, видимо, удаётся в какой-то степени реализовать. Так, 27% из них потратили часть очередного отпуска на лечение. Рабочие из данной группы делают это в разы чаще, чем рабочие, чьи оценки состояния здоровья более высокие.

Таблица 4

**Использование оплачиваемого отпуска рабочими
в зависимости от самооценок состояния здоровья на промышленных предприятиях
в пяти областных центрах РФ, 2014 г., %***

Вид занятий	Состояние здоровья		
	Плохое и очень плохое n = 49	Удовлетво- рительное n = 426	Хорошее и отличное n = 336
Ремонт и другие дела дома	43	36	34
Поездка к родственникам в деревню, другой город	31	32	35
Работа на земельном участке	31	36	20
Занятия с детьми	27	26	26
Лечение	27	12	6
Ничего не делали, отдыхали	18	18	24
Поездка в санаторий, дом отдыха	14	9	6
Работа для дополнительного заработка	2	5	13
Поездка за границу	2	6	13
Другие занятия	6	2	4

*Респондент мог назвать несколько занятий.

В столь важной сфере физического восстановления наблюдаются те же признаки антагонизма между необходимостью полноценного восстановления и необходимостью адаптации, диктуемой внешними условиями.

Выводы

В последние годы здоровье российских рабочих, судя по самооценкам, ухудшается. Особенно ярко данная тенденция проявилась у женщин. Результаты анализа объективной и субъективной информации о поведении работниц в сфере оплачиваемого труда показывают согласованность между ними и логичность в немалой степени. У женщин из группы с плохим здоровьем недельная продолжительность оплачиваемого труда максимальная. Показатели «усталости» у женщин снижаются по мере повышения оценок здоровья. Самая большая доля чувствующих себя «Очень уставшими» (две трети) — среди работниц с плохим здоровьем. Структура затрат времени на неоплачиваемый труд у женщин с плохим здоровьем свидетельствует об

антагонизме между необходимостью адаптации ко всему комплексу внешних по отношению к домохозяйству условий и необходимостью оптимальной структуры общей трудовой нагрузки и бытовой деятельности. Поведение, соответствующее оптимальной структуре бытовой деятельности, в значительной степени демонстрируют работники с удовлетворительной оценкой здоровья, у которых продолжительность оплачиваемого труда минимальная. При прочих равных условиях допустимо признать наиболее близкой к оптимальной структуру общей трудовой нагрузки, в т. ч. структуру бытовой деятельности, в группе рабочих-мужчин, оценивших своё здоровье как «хорошее и отличное». Проведённый анализ показал, что работники с худшими оценками здоровья отличаются и наименьшим расходом времени на физическое восстановление. В отличие от женщин, у мужчин с плохим здоровьем физическое восстановление «потребляет» больше времени, чем у рабочих с лучшими его характеристиками. Таким образом, характер проблем, связанных с адаптационным резервом, у мужчин и женщин с плохим здоровьем, дифференцирован, он имеет различающиеся векторы их решения.

Список литературы

Артёмов В. А., Новохацкая О. В. Использование времени и социальное самочувствие: опыт экспериментального анализа // Социологические исследования. 2011. № 2 (322). С. 24–31.

Бессокирная Г. П. Влияние здоровья рабочих на их трудовую деятельность и свободное время // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Москва, 19–20 сентября 2013 г. М.: РОС, 2013. С. 143–153.

Ершов А. Н., Мишин В. А. Социальное здоровье населения как объект социологической науки // Здоровье как ресурс: V. 2.0 Международная научно-практическая конференция. Под общей редакцией З. Х. Саралиевой. 2019. С. 152–159.

Журавлёва И. В. Почему не улучшается здоровье россиян? // Вестник Института социологии. 2013. № 6. С. 163–176.

Каравай А. В. Отношение российских рабочих к своим ресурсам: финансам, здоровью и свободному времени // Журнал исследований социальной политики. 2016. Т. 14. № 2. С. 229–244.

Караханова Т. М. Время сна, питания, ухода за собой как факторы сохранения здоровья // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Москва, 19–20 сентября 2013 г. М.: РОС, 2013. С. 554–565.

Караханова Т. М., Бессокирная Г. П., Большакова О. А. Повседневная деятельность рабочих: труд, быт, досуг, 2014. [Электронный ресурс] / Т. М. Караханова, Г. П. Бессокирная, О. А. Большакова; Институт социологии РАН. М.: Институт социологии РАН, 2015. 100 с. илл. Электрон. текст. дан. (объем 5 Мб). 1 CD-ROM.

Кислицына О. А. Влияние социально-экономических факторов на состояние здоровья: роль абсолютных или относительных лишений // Журнал исследований социальной политики. 2015а. Т. 13. № 2. С. 289–302.

Кислицына О. А. Незащищённость в сфере труда работников в России как фактор риска плохого здоровья и поведения с риском для здоровья: гендерный аспект // Управление здравоохранением. 2015б. № 1 (43). С. 66–77.

Лебедева-Несевря Н. А., Барг А. О., Соловьев С. С. Здоровье в субъективных оценках работающего населения России // Известия Уральского федерального университета. Серия 3: Общественные науки. 2017. Т. 12. № 3 (167). С. 108–115.

Лебедева-Несевря Н. А. Оценка связи разнородных факторов риска и заболеваемости работающего населения регионов России с различным фоном формирования здоровья / Лебедева-Несевря Н. А., Барг А. О., Цинкер М. Ю., Костарев В. Г. // Анализ риска здоровью. 2019. № 2. С. 91–100. DOI: 10.21668/health.risk/2019.2.10

Повседневная деятельность городских жителей в годы реформ: бюджет времени, ценности, тенденции (1986–2008) / Под общ. ред. Т. М. Карахановой. М.: Изд-во Института социологии РАН, 2010. 344 с.

Тихонова Н. Е. Особенности здоровья и возрастная структура российских рабочих – традиции против изменений // Журнал исследований социальной политики. 2018. Т. 16. № 2. С. 311–326. DOI: 10.17323/727-0634-2018-16-2-311-326

Шабунова А. А. Общественное здоровье и его измерение // Социологический альманах. 2011. № 2. С. 173–181.

Шабунова А. А., Морев М. В. Разработка методологического подхода к изучению социального здоровья как индикатора общественного развития // Социологический альманах. 2015. № 6. С. 473–489.

Шевчук А. В., Красильникова А. В. Влияние нестандартных трудовых графиков на баланс между работой и жизнью (по данным Европейского социального исследования в России) // Журнал исследований социальной политики. 2019. Т. 17. № 2. С. 223–236. DOI: 10.17323/727-0634-2019-17-2-223-236

Bauman A., Bittman M., Gershuny J. A short history of time use research; implications for public health // BMC Public Health. 2019. V. 19. № 607. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6760-y>

Graaf de J. (Ed.) *Take Back Your Time Day: Fighting Overwork and Time Poverty in America*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers. Inc., 2003. 248 p.

Fisher K. Potential applications of time use data for measuring health outcomes. Paper presented at the annual conference of the International Association for Time Use Research, 6–8 October 1999, University of Essex, United Kingdom.

Lamote de Grignon Pérez J., Gershuny J., Foster R., De Vos M. Sleep differences in the UK between 1974 and 2015: Insights from detailed time diaries // J. Sleep Res. 2018. V. 28. I. 1. e12753. DOI: <https://doi.org/10.1111/jsr.12753>.

Larsson N., Guilt over household chores is ‘harming working women’s health’ 2018 [Электронный ресурс] // Department of Sociology: [сайт]. 19 Feb. 2018. URL: <https://www.sociology.ox.ac.uk/news/guilt-over-household-chores-is-harming-working-women-s-health.html> (дата обращения: 01.02.2020).

Дата поступления в редакцию: 16.02.2020. Принята к печати: 02.03.2020.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Караханова Татьяна Мургазаевна – кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник, Институт социологии ФНИСЦ РАН. Москва, Россия.

E-mail: patruhev@isras.ru

AuthorID РИНЦ: 74345

Бессокирная Галина Петровна – кандидат экономических наук, доцент, старший научный сотрудник, Институт социологии ФНИСЦ РАН. Москва, Россия.
E-mail: gala@isras.ru
AuthorID РИНЦ: 74344

Большакова Ольга Александровна – кандидат социологических наук, старший научный сотрудник, Институт социологии ФНИСЦ РАН. Москва, Россия.
E-mail: patruhev@isras.ru
AuthorID РИНЦ: 738446

DOI: 10.19181/snsp.2020.8.3.7484

Health as a Resource for Social Adaptation for Workers in Present Russia. Part 1

Tatiana M. Karakhanova¹, Galina P. Bessokirnaya¹,
Olga A. Bol'shakova¹

¹Institute of Sociology of FCTAS RAS.

24/35, b. 5, Krzhizhanovskogo str., Moscow, Russia, 117218

For citation: Karakhanova T. M., Bessokirnaya G. P., Bol'shakova O. A. (2020). Health as a Resource for Social Adaptation for Workers in Present Russia. Part 1. *Sociologicheskaja nauka I social'naja praktika*. Vol. 8. № 3. P. 9–31. DOI: 10.19181/snsp.2020.8.3.7484

Abstract. In the article the authors defined the health as the most important source for social adaptation for workers in changing society. This analysis has been based on the data from Russian recurring survey of population wellbeing and health conducted from 1994 to 2018 and the research conducted at the production plants in 5 cities of Russia from 2003 to 2020. In the first part of article there was demonstrated that some growth of people self-ratings for health situation has been revealed within rather long period of time. However since 2016–2018 this trend changed the direction and self-ratings have been going down both for men and women. The major share of workers considers their health situation as average (not good, not bad). In addition, the female self-ratings are lower than for male since 2000s and continue to decrease. At the same time there is some growth of value of health among other values of life. The article compares real time use in dependency of self-rating for health condition, its gender difference and direction in actual adaptation via utilizing of time for different activities. It was found out that despite the men more than women experience tension from lack of adaptation resources in the sphere of job (paid work) and household activities, their behavior does not prove existence of this tension in reality. In the sphere of recovery for physical force there can be admitted some signs of antagonism between need for full and complete rest and need for adaptation to external requirements in reality.

Keywords: health; social adaptation; daily activity; time budget; work; household activity; recreational activities; leisure time; social wellbeing and self-ratings; workers.

REFERENCES

Artemov V. A., Novohatskaya O. V. (2011). Ispol'zovanie vremeni i sotsial'noe samochuvstvie: opyt eksperimental'nogo analiza. [Time use and social well-being: experimental analysis experience]. *Sociologicheskie issledovaniya*. № 2. P. 24–31. (In Russ.).

Bessokirnaya G. P. (2013). Vliyanie zdorov'ya rabochih na ih trudovuyu deyatel'nost' i svobodnoe vremya. [Influence of workers' health on their work and free time]. *Obshchestvo i zdorov'e: sovremennoe sostoyanie i tendentsii razvitiya*. M.: ROS publ. P. 143–153. (In Russ.).

Ershov A. N., Mishin V. A. (2019). Sotsial'noe zdorov'e naseleniya kak ob'ekt sotsiologicheskoy nauki. [Social health of the population as an object of sociological science]. *Zdorov'e kak resurs: V. 2.0*. Ed. by Z. H. Saraliev. P. 152–159. (In Russ.).

Zhuravlyova I. V. (2013). Pochemu ne uluchshaetsya zdorov'e rossiyan? [Why the health of Russians is not improving]. *Vestnik Instituta sotsiologii*. № 6. P. 163–176. (In Russ.).

Karavaj A. V. (2016). Otnoshenie rossijskikh rabochih k svojim resursam: finansam, zdorov'yu i svobodnomu vremeni. [The attitude of Russian workers to their resources: finances, health and free time]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noj politiki*. T. 14. № 2. P. 229–244. (In Russ.).

Karahanova T. M. (2013). Vremya sna, pitaniya, uhoda za soboj kak faktory sohraneniya zdorov'ya. [Time of sleep, nutrition, self-care as factors of health preservation]. *Obshchestvo i zdorov'e: sovremennoe sostoyanie i tendencii razvitiya*. M.: ROS publ. P. 554–565. (In Russ.).

Karahanova T. M., Bessokirnaya G. P., Bol'shakova O. A. *Povsednevnyaya deyatel'nost' rabochih: trud, byt, dosug, 2014*. (2015). [Daily activity of workers: work, life, leisure, 2014]. M.: Institut sociologii RAN publ. 100 p. ill. 1 CD ROM. (In Russ.).

Kislitsyna O. A. (2015a). Vliyanie sotsial'no-ekonomicheskikh faktorov na sostoyanie zdorov'ya: rol' absolyutnyh ili otnositel'nyh lishenij. [The impact of socio-economic factors on health: the role of absolute or relative deprivation]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noj politiki*. № 2. P. 289–302. (In Russ.).

Kislitsyna O. A. (2015b). Nezashchishchennost' v sfere truda rabotnikov v Rossii kak faktor riska plohogo zdorov'ya i povedeniya s riskom dlya zdorov'ya: gendernyj aspekt. [Vulnerability in the sphere of labor of employees in Russia as a risk factor for poor health and behavior with health risks: gender aspect]. *Upravlenie zdavoohraneniem*. № 1(43). P. 66–77. (In Russ.).

Lebedeva-Nesevrya N. A., Barg A. O., Solov'ev S. S. (2017). Zdorov'e v sub'ektivnykh otsenках rabotayushchego naseleniya Rossii. [Health in subjective assessments of the working population of Russia]. *Izvestiya Ural'skogo federal'nogo universiteta. Seriya 3: Obshchestvennye nauki*. T. 12. № 3 (167). P. 108–115. (In Russ.).

Lebedeva-Nesevrya N. A., Barg A. O., Cinker M. Yu., Kostarev V. G. (2019). Otsenka svyazi raznorodnykh faktorov riska i zabolevaemosti rabotayushchego naseleniya regionov Rossii s razlichnym fonom formirovaniya zdorov'ya. [Assessment of the relationship of heterogeneous risk factors and morbidity of the working population of Russian regions with different backgrounds of health formation]. *Analiz riska zdorov'yu*. № 2. P. 91–100. (In Russ.). DOI: 10.21668/health.risk/2019.2.10

Povsednevnyaya deyatel'nost' gorodskih zhitelej v gody reform: byudzhel vremeni, cennosti, tendencii (1986–2008). (2010). [Daily activities of urban residents during the years of reforms: time budget, values, trends (1986–2008)]. / Ed. by T. M. Karahanova. M.: Izd-vo Instituta sociologii RAN publ. 344 p. (In Russ.).

Tihonova N. Ye. (2018). Osobennosti zdorov'ya i vozrastnaya struktura rossijskikh rabochih – traditsii protiv izmenenij. [Features of health and age structure of Russian workers—traditions against changes]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noj politiki*. T. 16. № 2. P. 311–326. (In Russ.). DOI: 10.17323/727-0634-2018-16-2-311-326

Shabunova A. A. (2011). Obshchestvennoe zdorov'e i ego izmerenie. [Public health and its measurement]. *Sotsiologicheskij al'manah*. № 2. P. 173–181. (In Russ.).

Shabunova A. A., Morev M. V. (2015). Razrabotka metodologicheskogo podhoda k izucheniyu sotsial'nogo zdorov'ya kak indikatora obshchestvennogo razvitiya. [Development of a methodological approach to the study of social health as an indicator of social development]. *Sotsiologicheskij al'manah*. № 6. P. 473–489. (In Russ.).

Shevchuk A. V., Krasil'nikova A. V. Vliyanie nestandartnykh trudovykh grafikov na balans mezhdubot-oj i zhizn'yu (po dannym Evropejskogo social'nogo issledovaniya v Rossii). (2019). [Impact of non-standard work schedules on work-life balance (according to the European social research in Russia)]. *Zhurnal issledovaniy social'noj politiki*. T. 17. № 2. P. 223–236. (In Russ.). DOI: 10.17323/727-0634-2019-17-2-223-236

Bauman A., Bittman M. & Gershuny J. (2019). A short history of time use research; implications for public health. *BMC Public Health* 19, 607 <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6760-y>

Graaf de J. (Ed.). (2003). *Take Back Your Time Day: Fighting Overwork and Time Poverty in America* Publisher: San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc. Website: <http://www.timeday.org>

Fisher K. (1999). *Potential applications of time use data for measuring health outcomes*. Paper presented at the annual conference of the International Association for Time Use Research, 6–8 October 1999, University of Essex, United Kingdom.

Lamote de Grignon Pérez J, Gershuny J, Foster R, De Vos M. (2019). Sleep differences in the UK between 1974 and 2015: Insights from detailed time diaries. *J Sleep Res.* 28:e12753. <https://doi.org/10.1111/jsr.12753>.

Larsson N. (2018). Guilt over household chores is ‘harming working women’s health’ 2018. // <https://www.sociology.ox.ac.uk/news/guilt-over-household-chores-is-harming-working-women-s-health.html> (date of access: 01.02.2020).

The article was submitted on February 16, 2020. Accepted on March 02, 2020.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Karakhanova Tatiana Murtazaevna – Candidate in Economy, Leading Researcher, Institute of Sociology of FCTAS RAS, Moscow, Russia.

E-mail: patruhev@isras.ru

ResearcherID: U-1727-2018

OrcidID: 0000-0002-6497-9188

Scopus Author ID: 6503934394

Bessokirnaya Galina Petrovna – Candidate of Sociology, Senior Researcher, Institute of Sociology of FCTAS RAS, Moscow, Russia.

E-mail: gala@isras.ru

ResearcherID: T-9819-2018

OrcidID: 0000-0001-7099-7772

Scopus Author ID: 6504478999

Bolshakova Olga Aleksandrovna – Candidate of Sociology, Senior Researcher, Institute of Sociology of FCTAS RAS, Moscow, Russia.

E-mail: patruhev@isras.ru

ResearcherID: T-6194-2018

OrcidID: 0000-0003-2501-6001