

Неравенство социальной нагрузки: особенности социально-экономического положения населения, испытывающего "сэндвич-синдром"

Maleva, Tatiana; Kartseva, Marina; Kuznetsova, Polina; Salmina, Alla

Preprint / Preprint

Arbeitspapier / working paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Maleva, T., Kartseva, M., Kuznetsova, P., & Salmina, A. (2020). *Неравенство социальной нагрузки: особенности социально-экономического положения населения, испытывающего "сэндвич-синдром"*. Moscow: Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (RANEPA), Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3874936>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

Малева Т.М., Карцева М.А., Кузнецова П.О., Салмина А.А.

**Неравенство социальной нагрузки: особенности социально-экономического
положения населения, испытывающего “сэндвич-синдром”**

Москва 2020

Аннотация. В данной работе проводится исследование социально-экономического положения лиц, испытывающих “сэндвич-синдром”. Работа включает в себя критический анализ литературы, посвященной влиянию “сэндвич-синдрома” на различные аспекты жизнедеятельности человека, а также эмпирический анализ распространенности, демографических и социально-экономических особенностей “сэндвич-синдрома” в России.

Малева Т.М. директор ИНСАП Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Карцева М.А. старший научный сотрудник лаборатории исследований рынков труда и пенсионных систем ИНСАП Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Кузнецова П.О. старший научный сотрудник лаборатории исследований демографии и миграции ИНСАП Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Салмина А.А. старший научный сотрудник лаборатории исследований уровня жизни и социальной защиты ИНСАП Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2020 год.

Содержание

Введение	4
1 Доля «сэндвич-поколения» в населении стран.....	7
2 Влияние повышенной нагрузки на социально-экономическое положение представителей «сэндвич-поколения» – обзор зарубежных исследований	10
2.1 Влияние вовлеченности в уход на положение индивида на рынке труда.....	10
2.2 Влияние вовлеченности в уход на здоровье ухаживающих	16
3 Обзор исследований феномена «сэндвич-поколения» в России	21
4 “Сэндвич-синдром” в России: распространенность, структура, влияние на социально-экономическое положение и здоровье населения (по данным Выборочного наблюдения использования суточного фонда времени населением).....	23
4.1 Эмпирическая база исследования	23
4.2 Распространенность сэндвич-синдрома. Социально-демографические характеристики лиц, испытывающих сэндвич-синдром.....	25
4.3 Влияние “сэндвич-синдрома” на занятость, доходы и здоровье населения	28
Заключение.....	31
Список использованных источников.....	33

Введение

Размер и социально-демографическая структура домохозяйства традиционно являются ключевыми факторами, определяющими решения домохозяйства в части распределения ресурсов (как материальных, так и временных) [1]. В данном случае понятие «домохозяйство» следует понимать достаточно широко. Несмотря на то, что в современном постиндустриальном обществе доминирует нуклеарный тип домохозяйства семье (родители+дети), а доля расширенных домохозяйств относительно невелика (родители+дети+другие родственники), семейные связи остаются достаточно тесными и играют значительную роль в жизни людей. Данное наблюдение подтверждается значительным количеством эмпирических научных исследований (например, [2, 3 – 7]). Несмотря на то, что разные поколения больше не проживают в одном домохозяйстве, межпоколенные связи остаются важнейшим источником помощи и поддержки в сложных ситуациях. Межпоколенная солидарность позволяет компенсировать несовершенство существующих социальных институтов, особенно в части ухода за детьми и пожилыми людьми. В основном межпоколенная солидарность выражается в форме материальных и временных трансфертов от одного поколения к другому.

Объемы временных трансфертов неравномерно распределены между поколениями. Современная демографическая и экономическая ситуации приводят к тому, что среднее поколение (люди в возрасте от 40 до 60 лет) испытывает наибольшую нагрузку. Увеличение продолжительности жизни привело к росту спроса на услуги ухода со стороны родительского поколения. В условиях несовершенства систем долговременного ухода существенная часть работы и затрат по уходу за старшим поколением ложится на их взрослых детей. Ситуация еще более усугубляется низким уровнем рождаемости в родительском поколении – если раньше многочисленные братья и сестры могли разделить между собой заботы по уходу за престарелыми родителями, то сейчас вся нагрузка часто ложится на единственного ребенка, представителя среднего поколения. Другая демографическая тенденция, связанная с откладыванием вступления в брак и увеличением возраста рождения детей среди представителей среднего поколения, также увеличивает социальную нагрузку. У представителей среднего поколения еще есть несовершеннолетние дети, нуждающиеся в существенных временных и материальных трансфертах, а также молодые взрослые дети, которые нуждаются в материальной поддержке в связи с получением образования, или взрослые дети, находящиеся в самом начале своей карьеры и зарабатывающие недостаточно для самостоятельного проживания. В настоящее время взросление детей и отделение их от родительской семьи происходит существенно позже по сравнению с поколением их родителей и тем более прадедушек.

Более длительный образовательный цикл, высокая стоимость кредитов, высокая стоимость жилья – все это приводит к тому, что современные дети нуждаются в более длительной и более объемной родительской поддержке. Таким образом, социальная нагрузка на среднее поколение особенно велика.

Таким образом, люди среднего возраста испытывают двойную нагрузку, одновременно заботясь о своих детях и о своих родителях. Не случайно в социологической литературе это поколение получило название «сэндвич-поколение» (sandwich generation), эти люди действительно как будто с двух сторон зажаты обязанностями.

Впервые термин «сэндвич-поколение» был предложен в работе Д. Миллер [8]. По мнению автора, люди в возрасте от 45 до 60 лет в настоящее время занимают особое положение в общественной структуре. На них лежит огромная нагрузка – необходимость выполнения своих социальных обязанностей в отношении детей и родителей в совокупности с необходимостью поддержания занятости на рынке труда несмотря на собственный уже не такой молодой возраст представляет собой существенный вызов для этого поколения. Автор отмечает, что в основном уход за детьми и пожилыми родителями осуществляют женщины. Действительно, эмпирически доказано, что несмотря на то, что доля мужчин среди «поставщиков» услуг по уходу медленно увеличивается в последние десятилетия, подавляющий объем такой работы осуществляется женщинами. Таким образом, именно женщины среднего поколения в наибольшей степени испытывают повышенную нагрузку, совмещая различные социальные роли – жены, матери, дочери, сиделки, социального работника и работника на рынке труда [9]. Подчеркивая роль женщин в осуществлении неформального ухода, некоторые исследователи выделяют их в отдельную группу, называя их «женщины посередине» (women in the middle) или женщины, «запертые в середине» (being caught in the middle).

В последнее время, кроме «сэндвич-поколения» исследователи выделяют поколение «клуб-сэндвич» (club sandwich generation). Это люди, которые заботятся о своих детях, ухаживают за своими родителями и в дополнении помогают выращивать внуков, то есть оказываются зажатыми уже не двумя, а тремя поколениями, не говоря уже о том, что они все еще являются активными участниками рынка труда. Также среднее поколение может быть вовлечено в уход за своими бабушками и дедушками.

Необходимо отметить, что синдром «сэндвич-поколения» не является уникальным явлением, имеющим место в какой-либо отдельной стране или группе стран. В той или иной мере данный синдром отмечается во всех без исключения развитых странах. Безусловно, глубина и характерные особенности проявления повышенной социальной

нагрузки на среднее поколение варьируются в разных странах и зависят от многих факторов – демографической ситуации, экономического развития, степени развитости сектора услуг по уходу, наличия и особенностей системы долговременного ухода, мер поддержки материнства, традиций и т. д.

Проблемы “сэндвич-поколения” широко обсуждаются за рубежом. Существует значительный поток экономической и социологической литературы, посвященной особенностям социально-экономического положению людей, испытывающих “сэндвич-синдром” в развитых зарубежных странах. Такие исследования помогают выявить особенности распределения времени этой группы людей, их вовлеченность в неоплачиваемый труд и работу на рынке труда, выявить испытываемые ими депривации, связанные с повышенной социальной нагрузкой, определить краткосрочные и долгосрочные последствия “сэндвич-синдрома”, а также потребности этих людей в поддержке со стороны государства, социальной защите.

Объем работ, посвященных анализу социально-экономического положения людей, испытывающих “сэндвич-синдром” в России, крайне ограничен. Количественные исследования данной проблематики практически отсутствуют. Необходимо также подчеркнуть, что люди, осуществляющие одновременно уход за двумя поколениями, испытывающие повышенную социальную нагрузку практически выпадают из фокуса социальной политики и вынуждены рассчитывать только на свои силы. Таким образом, проведение исследований “сэндвич-синдрома” в России представляет собой особую актуальность. Перед исследователями стоят такие задачи как определение распространенности “сэндвич-синдрома” в России; выявление особенностей социально-демографической структуры лиц, испытывающих данный синдром; характеристика их социально-экономического положения; выявление наиболее острых проблем людей с повышенной социальной нагрузкой; формирование направлений мер социальной поддержки граждан, испытывающих “сэндвич-синдром”. Немаловажным результатом подобных исследований может стать привлечение внимания политиков, различных государственных и общественных организаций и общества в целом к проблемам “сэндвич-поколения”.

1 Доля «сэндвич-поколения» в населении стран

Не вызывает сомнений тот факт, что проблема «сэндвич-поколения» требует пристального внимания и изучения. Стоит подчеркнуть, что именно люди эти люди, представители среднего поколения, являются «управляющим» поколением, то есть во многом определяют то, каким является общество сейчас и каким оно станет в будущем. Одной из первых задач, стоящих перед исследователями, является определение масштаба феномена. Необходимо понимать, насколько распространенной в обществе является проблема повышенной социальной нагрузки.

Целый ряд научных работ и публикаций исследовательских агентств посвящен определению доли «сэндвич поколения» в населении стран. Результаты анализа демонстрируют значительную вариативность. Во многом оценки зависят от тех конкретных критериев, которые авторы работ используют для определения «сэндвич-поколения». Сущность определений значительно варьируется – от чисто демографического подхода к определению среднего поколения как людей, у которых есть дети и живы родители, до сложных подходов, учитывающих реальную вовлеченность индивидов в заботу о других поколениях. Во втором случае речь идет скорее не о «сэндвич-поколении», а о людях, испытывающих «сэндвич-синдром», то есть имеющих повышенную социальную нагрузку.

В основном в современной литературе используются следующие подходы к определению феномена сэндвич-поколения [10]:

1) Широкое определение, согласно которому индивид относится к сэндвич-поколению, если у него есть как родственники, принадлежащие к младшему (дети, дети партнера), так и к старшему поколению (родители, прародители, родители партнера);

2) Более узкое определение. Помимо условий первого, самого широкого определения накладывается условие предоставления услуг ухода для старшего поколения. Таким образом, согласно этому подходу, человек считается зажатым между двумя поколениями, если у него есть дети, жив хотя бы один представитель старшего поколения и он ухаживает за представителем старшего поколения;

3) Еще более узкое определение. Согласно нему, человек считается зажатым между двумя поколениями, если у него есть дети, жив хотя бы один представитель старшего поколения, при этом он ухаживает за представителем старшего поколения (то есть выполняются все условия второго определения), и он проживает в одном домохозяйстве со своими детьми или ухаживает за внуками;

4) Самое строгое определение. Согласно этому определению, индивид испытывает сэндвич-синдром, если он ухаживает за детьми и за родителями (выполняются условия третьего определения) и одновременно работает на рынке труда.

В США вопросы, связанные с поколением сэндвич, привлекают активное внимание ученых. В работах [10, 11] показано, что сэндвич-поколение составляет около 10% всего населения страны. В этих работах критерием отнесения к сэндвич-поколению являлось оказание любого вида помощи двум поколениям одновременно. В исследовании [12] отмечается, что 15% лиц предпенсионного возраста в США предоставляют услуги по уходу и финансовую помощь как родителям, так и детям. При этом две трети представителей сэндвич-поколения чаще оказывают родителям услуги по уходу, чем предоставляют финансовую помощь. Анализ также показывает, что мужчины этого поколения чаще оказывают материальную помощь, тогда как женщины в большей степени вовлечены в физический уход. В работе [13] показано, что среди граждан США в возрасте 35–44 лет, состоящих в браке, 44% проживают с несовершеннолетними детьми и имеют хотя бы одного родителя с плохим здоровьем. В 2004 году Национальный альянс по уходу совместно с Американской ассоциацией пенсионеров опубликовали исследование [14], согласно результатам которого 16% населения США в той или иной мере ухаживают за пожилыми родственниками. Статья [15] посвящена анализу неоплачиваемого труда женщин 45–56 лет по уходу за детьми и родителями (своими родителями или родителями мужа). Анализ показывает, что 4,1% женщин в рассматриваемой возрастной категории являются «запертыми в середине», то есть являются поставщиками услуг ухода как для младшего, так и для старшего поколения. Результаты исследования пар, в которых оба партнера заняты на рынке труда [16], свидетельствуют о том, что от 9% до 13% домохозяйств США с занятыми взрослыми старше 30 лет вовлечены как в уход за детьми, так и в уход за пожилыми родственниками. В 2012 году в США исследовательская компания Pew Research Center провела репрезентативный на национальном уровне опрос населения в возрасте от 40 до 59 лет, посвященный вопросам взаимопомощи поколений. Исследование показало, что 47% американцев в возрасте от 40 до 59 лет имеют хотя бы одного живого родителя в возрасте от 65 лет и старше и одновременно имеют несовершеннолетних детей или оказывают помощь взрослым детям. 15% людей среднего поколения оказывают финансовую помощь двум поколениям – и родителям, и детям. Помощь старшему и младшему поколению не ограничивается денежными трансфертами. Особое внимание в исследовании уделяется трансфертам времени от среднего поколения к старшему. Треть респондентов, имеющих родителей в возрасте от 65 лет, сообщили, что родители нуждаются в помощи в

повседневной жизни. Представители среднего поколения активно помогают своим родителям – 31% опрошенных предоставляют родителям всю необходимую им помощь, другие 48% помогают родителям хотя бы в чем-то. Только 21% респондентов не вовлечены в помощь родителям. В работе [17] принадлежность к «сэндвич-поколению» определяется с использованием двух критериев. В рамках исследования человек принадлежит к «сэндвич-поколению», если у него есть дети до 18 лет, проживающие с ним в одном домохозяйстве, и он безвозмездно ухаживает за старшим родственником как минимум три часа в неделю. Согласно результатам работы 14% женщин, занятых на рынке труда, имеют такую повышенную социальную нагрузку.

В Европе проблема среднего поколения также стоит достаточно остро. Так, например, в работе [18] показано, что в Великобритании 19% женщин в возрасте 50–54 лет предоставляли услуги ухода своим пожилым родителям или родителям мужа, и 13% из них проживали со своими детьми до 18 лет. Таким образом, только 2% женщин этой возрастной группы имели двойную нагрузку. В исследовании [19], также посвященном исследованию сэндвич-синдрома в Великобритании, доля женщин в возрасте от 45 до 59 лет, которые ухаживают за детьми и родителями и имеют занятость на рынке труда, оценивается в 3%. В Германии [20] 5% женщин в возрасте от 40 до 54 лет испытывают сэндвич-синдром в самом строгом его определении, то есть одновременно ухаживают за детьми, за родителями и являются занятыми на рынке труда. В Швейцарии 2% женщин в возрасте от 40 до 49 лет ухаживают за представителями старшего поколения и проживают в домохозяйствах со своими детьми [21]. Исследование [22] анализирует особенности неоплачиваемой занятости по уходу за родителями граждан в возрасте от 50 лет и старше в одиннадцати европейских странах. Результаты анализа показали, что в среднем в рассматриваемых странах только 1,7% индивидов возраста 50+ ухаживают за своими родителями. Однако нужно отметить, что уровень вовлеченности детей в уход за пожилыми родителями существенно варьируется на национальном уровне. В Испании доля взрослых детей, ухаживающих за родителями, максимальна и составляет 6,8%. В то же время в Дании, Франции, Швеции, Голландии и Греции доля лиц в возрасте 50+ незначительна (0,0–0,9%). Результаты работы [23] также свидетельствуют о неравномерности распространенности неформального ухода за пожилыми со стороны их детей в различных европейских странах. Различия в объемах неформального ухода на национальном уровне в основном объясняются развитостью и доступностью формальных услуг и национальными традициями. Исследователи сходятся во мнении, что в Европе, как и в США, зажатыми между двумя поколениями, оказываются в основном женщины.

Именно женщины в западном обществе традиционно несут двойную нагрузку, одновременно воспитывая детей и ухаживая за родителями.

В России в настоящее время большое внимание уделяется вопросам социальной помощи и социальной адаптации пожилых граждан – разрабатывается и внедряется система долговременного ухода, разворачиваются различные программы социальной адаптации лиц старшего возраста. Тем не менее, в настоящее время в силу неразвитости системы долговременного ухода и существующих культурных традиций большая часть ухода за пожилыми ложится на плечи их родных. При этом основными поставщиками услуг по уходу являются дети. В работе [24] показано, что в РФ сэндвич-поколение составляет более 10% всего населения страны. Таким образом, проблема поколения сэндвич является крайне актуальной в РФ. К сожалению, проблемы поколения сэндвич не так широко обсуждаются в российской научной литературе и практически совсем не рассматриваются при разработке программ социальной поддержки граждан в РФ.

2 Влияние повышенной нагрузки на социально-экономическое положение представителей «сэндвич-поколения» – обзор зарубежных исследований

Наличие повышенной социальной нагрузки существенно отражается на различных аспектах жизни представителей «сэндвич-поколения». В одной из первых работ, посвященных проблемам «сэндвич-поколения» [8] Дороти Миллер отмечала, что люди, осуществляющие уход за несколькими поколениями одновременно, испытывают повышенный уровень стресса – они должны решать проблемы и принимать важные решения за нескольких членов семьи одновременно, их свободное время катастрофически сокращается, а финансовые возможности все более и более истощаются. Дороти Миллер отмечает также, что проблема усугубляется тем, что представители сэндвич-поколения уже сами не так молоды и не обладают крепким здоровьем и большим запасом жизненных сил. Действительно, вовлеченность в уход за двумя поколениями оказывает негативное влияние на экономическое положение, здоровье, психологическое состояние, субъективное благополучие граждан. Эффект сэндвич-синдрома на различные сферы жизнедеятельности индивидов широко изучается в соответствующей экономической, социологической и медицинской литературе. Ниже приводится анализ основных работ, посвященных анализу влияния вовлеченности в уход на положение ухаживающих на рынке труда и на их состояние здоровья.

2.1 Влияние вовлеченности в уход на положение индивида на рынке труда

В данном потоке исследовательской литературы наиболее популярными являются вопросы влияния предоставления услуг неформального ухода на положение ухаживающего на рынке труда, а именно на его статус на рынке труда, характеристики его

занятости и т. п. Действительно, еще модель Беккера [25] предполагает, что увеличение потребления продукта домашнего производства с высокой времязатратностью (а уход, безусловно, является времязатратным продуктом), практически неизбежно приводит к сокращению затрат времени на другие активности. Откуда ухаживающему взять существенное количество времени для заботы сразу о двух поколениях? К сожалению, в современном обществе большинству людей, имеющих повышенную социальную нагрузку, приходится менять характеристики своей занятости, подстраивая их под потребности тех, за кем они ухаживают [26]. Такая подстройка может включать в себя переход на неполную занятость, переход на работу с гибким графиком, выполнение работы на дому, смену географического положения рабочего места, отказ от командировок и многое другое, вплоть до полного отказа от оплачиваемой занятости. Такое вынужденное изменение занятости может негативно отразиться как на доходах ухаживающих, так и на их карьерных перспективах. Немаловажным является тот факт, что сокращение занятости может негативно сказаться не только на текущих доходах ухаживающих, но и на их пенсионных накоплениях, что повышает уязвимость ухаживающих в будущем, при выходе на пенсию. Анализ влияния положения представителей сэндвич-поколения в рынке труда представляет собой особую значимость и вносит большой вклад в дискуссию о необходимости разработки и внедрения мер экономической поддержки ухаживающих. Необходимо отметить, что научные разработки в рамках данной тематики не только многочисленны, но и также методически разнообразны, в них часто применяются достаточно сложные современные теоретические и методологические подходы.

Снижение вероятности участия в рабочей силе, занятости

Вовлеченность в неформальный уход оказывает значительный эффект на статус участия индивида в рабочей силе. Многочисленные исследования показывают, что предоставление услуг по уходу значительно снижает вероятность участия в рабочей силе. Например, в подробном обзоре соответствующей литературы [27], посвященной анализу ситуации в США и Великобритании, было выявлено наличие сильной негативной корреляции между участием в рабочей силе и предоставлением услуг ухода. Также в большинстве рассмотренных в обзоре работ отмечается негативное влияние вовлеченности в уход на интенсивность занятости. Под интенсивностью занятости в данном случае понимается количество отработанных дней в неделю и/или количество рабочих часов в день. Другими словами, у тех людей, которые ухаживают за кем-либо из своих родственников, вероятность иметь оплачиваемую работу на треть меньше, чем у тех, кто не вовлечен в уход.

Важным фактором степени того негативного влияния, которое необходимость предоставления услуг неформального ухода оказывает на занятость ухаживающих, является интенсивность ухода. Существующие исследования свидетельствуют о том, что вероятность выхода ухаживающего из рабочей силы особенно велика в следующих случаях:

- Ухаживающий тратит на уход за своими подопечными большое количество времени;
- Ухаживающий выполняет такие сложные задачи, как личный уход или медицинский уход;
- Потребность подопечного в уходе очень велика и имеет комплексную структуру;
- Ухаживающий является основным поставщиком услуг ухода для своих подопечных.

В среднем величина эффекта вовлеченности в неформальный уход на вероятность незанятости оценивается в пределах от 0% до 30% (например, [28, 29–36]. Другими словами, для ухаживающих вероятность незанятости до 30% выше, чем для тех, кто не предоставляет услуги по уходу.

Необходимость ухаживать за родственниками также увеличивает вероятность ухода с рынка труда путем выхода на пенсию. Достаточно часто ухаживающие пользуются возможностью так называемого раннего выхода на пенсию, который предусматривает получение статуса пенсионера до достижения официального пенсионного возраста при снижении объема пенсионных выплат. В ряде работ показано, что вовлеченность в уход за родственниками увеличивает вероятность выхода на пенсию на 25% для пожилых работников [37, 38]. В наибольшей степени данный эффект выражен для женщин. В отчете Ассоциации ухаживающих Великобритании Carers UK за 2007 год [39] отмечается, что в среднем ухаживающие уходят на пенсию на восемь лет раньше, чем те, в чьи обязанности не входит уход за членами семьи. Однако те, кто вышел на работу после некоторого периода незанятости, связанного с осуществлением ухода, в среднем выходят на пенсию позже, чем те, кто не имел перерывов в рабочем стаже, связанных с необходимостью ухода. Результаты исследования [40] свидетельствуют о том, что один дополнительный год ухода снижает вероятность ухода на пенсию для женщин в среднем на один процент.

Вообще говоря, полученные в научных работах оценки распространенности отказа от занятости среди ухаживающих существенно варьируются. Частично разброс оценок объясняется различиями в критериях, используемых для определения ухаживающих

граждан. Кроме того, как уже отмечалось выше, вероятность отказа от занятости зависит от интенсивности ухода. Рассмотрим подробнее некоторые из этих исследований. В работе [41] показано, что в США практически половина лиц, осуществляющих неформальный уход за ветеранами, или просто ушли с работы или воспользовались возможностью раннего выхода на пенсию. В Канаде в ходе специализированного обследования граждан, осуществляющих уход за родственниками, имеющими инвалидность, было выявлено, что примерно треть ухаживающих были вынуждены покинуть рынок труда для того, чтобы заботиться о подопечных. В данном случае такой высокий уровень незанятости среди ухаживающих скорее все обусловлен специфическим фокусом исследования – в работе рассматриваются только лица, осуществляющие уход за людьми с очень высокой потребностью в уходе. Согласно данным национально репрезентативных обследований, в Канаде только 2% ухаживающих в возрасте старше 45 лет были вынуждены бросить работу, чтобы ухаживать за родственниками [26, 42].

Интересно отметить, что уход за родственниками оказывает влияние не только на текущую, но и на перспективную занятость ухаживающих. Исследования, проведенные с использованием панельных данных, в США и в Великобритании показали, что наличие в прошлом эпизода незанятости, связанного с осуществлением ухода, снижает вероятность занятости в настоящий момент времени несмотря на то, что человек больше не вовлечен в уход [43–46]. Среди возможных объяснений подобного явления – утрата навыков и квалификации в период незанятости, а также ухудшение здоровья, вызванное специфической нагрузкой во время осуществления ухода.

Сокращение интенсивности занятости

Сокращение часов работы и/или количества рабочих дней – две достаточно распространенные стратегии, используемые ухаживающими для совмещения занятости и обязанностей по уходу. Для того, чтобы заботиться о своем подопечном, ухаживающий может сократить количество часов работы в день, сократить количество рабочих дней в неделю, выбрать работу с гибким графиком, сменить работу на ту, где руководство более лояльно относится к периодическому отсутствию сотрудников на рабочем месте и т. п.

Многие эмпирические исследования подтверждают тот факт, что в среднем количество рабочих часов ухаживающих меньше, чем у не ухаживающих. Также ухаживающие, по сравнению с людьми, не имеющими обязанностей по уходу, чаще работают неполный рабочий день и отказываются от сверхурочных. В США доля ухаживающих, вынужденно сокративших интенсивность занятости для выполнения задач, связанных с осуществлением неформального ухода, оценивается в пределах от 5 [47] до 60% [41, 48, 49]. Величина оценки зависит от стартового показателя количества рабочих

часов (до начала периода ухода), интенсивности ухода, а также от ряда других факторов. В исследовании [50], выполненном на австралийских данных, также отмечается зависимость масштаба сокращения рабочих часов от интенсивности ухода. В отдельных исследованиях отмечается гендерная вариация сокращения занятости. Например, в работе [26] показано, что в Канаде женщины, осуществляющие уход, сокращают свои рабочие часы в среднем на восемь часов в неделю, тогда как мужчины, совмещающие уход с занятостью на рынке труда, сокращают занятость только на шесть часов. Данное наблюдение на качественном уровне подтверждается в работах [16, 51].

Другим фокусом исследований является количество рабочего времени, которое было пропущено работником по причине необходимости осуществления ухода. Анализ данных канадского социологического обследования, проведенных в работе [26], показал, что в 2017 году 21% мужчин и 30% женщин пропускали рабочие дни, так как их подопечным требовался уход. Среднее количество пропущенных по этой причине рабочих дней для мужчин составило 2,5 полных рабочих дня, а для женщин 3,0 полных рабочих дня в месяц (средние значения определялись только для тех, кто пропускал работу по причине ухода). На уровне страны суммарные потери рабочего времени, обусловленные необходимостью работников ухаживать за родственниками, составляют порядка 1,5 миллиона человеко-дней каждый месяц. В США наблюдается сравнимый масштаб потерь рабочего времени из-за вовлеченности работников в уход за родственниками. Согласно данным отчета [52] в США средние потери рабочего времени, связанные с совмещением работниками занятости и обязанностей ухода, составляют около 9 дней для мужчин и порядка 25 дней для женщин. В исследовании, проведенном совместно Национальным альянсом по уходу и Американской ассоциацией пенсионеров, отмечается, что каждый пятый ухаживающий в США в какой-то момент пользуется отпуском за свой счет [53]. Всего таким отпуском воспользовались 2,5 миллиона ухаживающих. При этом средняя продолжительность такого отпуска составила 10 дней [52].

Снижение производительности

У значительной части индивидов, предоставляющих услуги по уходу, отмечается сниженная производительность труда. Снижение производительности ухаживающих может быть обусловлено целым рядом факторов, среди которых периодическое отсутствие на работе (см. выше), постоянная озабоченность комплексом проблем, многозадачность, физические и психологические перегрузки, наличие отвлекающих факторов (например, телефонные звонки), невозможность сосредоточиться на выполнении работы, стресс, эмоциональное выгорание и т. п. Все перечисленное может

оказать значительное влияние на производительность работника и, как следствие, на стабильность его занятости. Особенный риск такая ситуация представляет для самозанятых. Потеря клиентов/покупателей в результате невыполнения или несвоевременного выполнения работы ставит под угрозу само существование их бизнеса, а, следовательно, их текущие и будущие доходы. В отчете [52] показано, что в США потеря производительности наблюдается для 34% мужчин и 52% женщин, совмещающих занятость на рынке труда и уход за подопечными. Средняя величина потерь, связанных с осуществлением работниками неформального ухода, составляет один час в неделю.

Карьерные ограничения

Уход за подопечным может накладывать ограничения на карьерный рост ухаживающего. Ухаживающий работник имеет ограниченные возможности профессионального и карьерного роста, поскольку, имея дополнительную нагрузку в виде ухода, он часто не может получать образование, повышать квалификацию, он вынужден отказываться от командировок, переезда и даже от повышения по службе, если оно связано с увеличением нагрузки/увеличением рабочих часов. Наличие карьерных ограничений отмечается во многих работах, анализирующих влияние вовлеченности в уход на положение индивидов на рынке труда. Например, в работе [26] показано, что в Канаде среди всех работников старше 45 лет, совмещающих занятость и уход за подопечными, порядка 5% женщин и 3% мужчин отказались от предложенного им продвижения по службе, поскольку не смогли бы совмещать новые рабочие обязанности с уходом. Однако в исследовании [54] доля ухаживающих, для которых вовлеченность в уход оказала негативное влияние на их карьерный рост, оценивается в 40%. Таким образом, величина полученных в исследованиях оценок значительно варьируется.

Краткосрочные и долгосрочные эффекты ухудшения характеристик занятости ухаживающих

Ухудшение характеристик занятости ухаживающих приводит не только к снижению их текущих и будущих доходов, но и к снижению размера пенсионных и других социальных выплат [55, 56]. Снижение текущего дохода у ухаживающих наблюдается во многих странах. В работе [50] отмечается, что годовой доход австралийцев, осуществляющих уход, на 30% ниже, чем годовой доход австралийцев, не обремененных уходом за родственниками. Результаты исследования [57] свидетельствуют о том, что в США годовой доход женщин, ухаживающих за проживающими совместно пожилыми родителями, на 4000\$ ниже, чем у женщин, не осуществляющих уход. В отчете [58] средние потери суммарного дохода (за всю трудовую жизнь), связанные с уходом за

родителем, оцениваются в 142 тысячи долларов для женщин и в 89 тысяч долларов для мужчин.

Долгосрочные эффекты ухудшения характеристик занятости, связанного с предоставлением услуг по уходу, также анализируются в современной литературе. Например, в работе [59] показано, что в Великобритании наличие эпизодов ухода существенно снижает количество лет уплаты взносов в пенсионный фонд как для мужчин, так и для женщин, что негативно отражается на размере пенсионного обеспечения ухаживающих. В наибольшей степени эффект выражен для тех ухаживающих, которые оставляли работу для ухода за подопечными. Снижение пенсионных выплат у ухаживающих также отмечается в отчете [58]. В ряде работ подчеркивается то, что в том случае, если работнику приходится уволиться для того, чтобы осуществлять уход, то он испытывает не только снижение доходов, но также лишается различных льгот, связанных с работой по найму (медицинская страховка, расширенный доступ к медицинским услугам и др.). Например, результаты работы [60] показывают, что 15% ухаживающих отмечают потерю льгот, связанных с работой. Потеря льгот ведет к существенному увеличению расходов – ухаживающие вынуждены самостоятельно платить за медицинскую страховку, медицинские услуги и лекарства как для себя, так и для членов своей семьи, то есть за все то, что раньше оплачивал работодатель.

2.2 Влияние вовлеченности в уход на здоровье ухаживающих

В настоящее время значительное количество эмпирических исследований подтверждают тот факт, что члены семьи, ухаживающие за лицами с хроническими заболеваниями и/или за лицами с ограниченными возможностями, сами подвергаются существенному риску. Трудности, возникающие в процессе ухода, постоянное эмоциональное и физическое напряжение, достаточно часто приводят к возникновению эмоциональных, психических и физических проблем у самих ухаживающих. Более того, ряд исследований показывает, что среди ухаживающих в меньшей степени распространено самосохранительное поведение¹. Высокая вероятность возникновения проблем со здоровьем в совокупности с возможными ограничениями в доступе к медицинской помощи (например, отсутствие медицинской страховки или отсутствие времени для получения качественной медицинской помощи) могут привести к ухудшению текущего и перспективного состояния здоровья ухаживающих, увеличению заболеваемости и снижению продолжительности жизни в этой группе граждан.

¹ Самосохранительное поведение – система действий и мер, направленных на поддержание здоровья и увеличение продолжительности жизни, осуществляемая индивидом. Примерами самосохранительных мер являются отказ от вредных привычек, занятия спортом, профилактика заболеваний, здоровое питание, соблюдение режима работы и отдыха и т. д.

Величина эффекта вовлеченности в уход на здоровье ухаживающих существенно варьируется в зависимости от социально-демографических характеристик ухаживающих, от их экономического положения и от интенсивности и продолжительности осуществляемого ухода. Очевидно, что люди, испытывающие «сэндвич-синдром», находятся в достаточно трудном положении. Для них уровень социальной нагрузки особенно велик – они заботятся сразу о двух (а то и о трех) поколениях. Кроме того, в силу возраста представители «сэндвич-поколения» еще до начала периода ухода могут иметь существенные проблемы со здоровьем.

Ниже в разделе анализируются и систематизируются основные результаты научных исследований, посвященных определению рисков для физического и психического здоровья ухаживающих.

Психическое и эмоциональное здоровье

Результаты научных исследований свидетельствуют о том, что вовлеченность в уход негативно сказывается на психоэмоциональном состоянии ухаживающих. У лиц, ухаживающих за родственниками, часто наблюдается высокий уровень стресса, тревоги, распространены депрессивные состояния и другие психические проблемы.

В частности, в целом ряде работ [61, 62–66] показано, что лица, оказывающие услуги неформального ухода, гораздо чаще, чем люди, не вовлеченные в уход, испытывают симптомы депрессии и других психических заболеваний. Более того, эти исследования отмечают, что при условии наличия проблем их глубина и острота выше для ухаживающих, чем для неухаживающих. Также для ухаживающих отмечается относительно высокая вероятность возникновения проблем комплексного характера. Количественные оценки показывают, что от 40% до 70% лиц, оказывающих услуги неформального ухода, испытывают клинически значимые симптомы депрессии, а у 25–50% ухаживающих развивается так называемое большое депрессивное расстройство [67]. Особенно высокая частота депрессивных состояний наблюдается среди граждан, испытывающих «сэндвич-синдром» [16].

Исследования показывают, что вероятность и глубина депрессивного состояния ухаживающего увеличивается с увеличением потребности подопечного в помощи [68]. Это неудивительно – увеличение потребностей подопечного ведет к увеличению психоэмоциональной и физической нагрузки на ухаживающего. Наибольшая распространенность депрессивных расстройств наблюдается среди ухаживающих за подопечными с деменцией. В работах [69–71] показано, что от 30% до 50% ухаживающих за подопечными с деменцией испытывают депрессию и/или другие психиатрические заболевания. Для них также отмечается высокий уровень эмоционального стресса. У

ухаживающих с депрессивными расстройствами гораздо чаще, чем у пациентов с аналогичными расстройствами, но не вовлеченных в уход, наблюдается сопутствующие тревожные расстройства, а также различные виды патологических зависимостей. Также у ухаживающих депрессия чаще переходит в хроническую форму. Люди, осуществляющие неформальный уход и испытывающие депрессивное расстройство, в большей степени склонны совершать попытки самоубийства [72].

В настоящее время общепризнано, что стресс является важнейшим неспецифическим фактором множества заболеваний. Большое количество научных работ посвящено изучению влияния вовлеченности в уход на уровень стресса, испытываемого ухаживающими. Принимая во внимание повышенный уровень физической и эмоциональной нагрузки, неудивительно, что уровень стресса у ухаживающих существенно выше, чем у неухаживающих (например, [73]). В работе [74] отмечается, что лица, оказывающие неформальный уход, помимо стресса часто испытывают такие состояния как фрустрация, злость, опустошенность, беспомощность. Также ухаживающие часто испытывают чувство вины. Специализированные социологические обследования граждан, осуществляющих неформальный уход, показывают, что ухаживающие испытывают высокую эмоциональную нагрузку и давление. Так, например, в работе [74] показано, что каждый шестой ухаживающий чувствует себя эмоционально истощенным, а каждый четвертый ухаживающий отмечает, что ухаживать за подопечным эмоционально очень тяжело. 13% ухаживающих сообщили, что они чувствуют фрустрацию в том случае, когда их уход не ведет к улучшению состояния пациента или в том случае, если прогресс очень мал.

Вовлеченность в уход достаточно часто ассоциируется с развитием такого угрожающего состояния как дистресс. В особенной степени дистрессу подвержены представители «сэндвич-поколения», несущие повышенную социальную нагрузку [75]. Дистресс представляет собой особый негативный вид стресса, с которым организм не может справиться. Дистресс как правило возникает при наличии длительного стресса, на этапе, когда происходит истощение физических и психических ресурсов организма. Состояние дистресса часто провоцирует развитие психических заболеваний. Дистресс подрывает не только психическое, но и физическое здоровье человека, ухудшает его иммунитет. Дистресс у ухаживающих часто вызывается какими-либо негативными событиями, связанными с уходом за подопечным, а также напряженностью отношений в семье ухаживающего, невозможностью справляться с обязанностями по уходу и т. п. [76].

Необходимо отдельно подчеркнуть, что вовлеченность в уход негативно влияет на состояние психического здоровья ухаживающего не только в момент осуществления

ухода, но и на состояние здоровья через некоторое время после окончания эпизода ухода. В исследовании [66] отмечается, что даже через пять лет после окончания эпизода ухода состояние психического здоровья ухаживавших все еще несколько хуже, чем у людей, не имевших опыта ухода. То есть вред, нанесенный психическому здоровью ухаживающего в период осуществления ухода, со временем в некоторой степени компенсируется, однако здоровье ухаживающих не восстанавливается полностью.

Ряд исследований показывают, что существует значимая гендерная вариация эффекта вовлеченности в уход на психоэмоциональное состояние индивидов. Женщины, осуществляющие неформальный уход, находятся в гораздо более уязвимом положении, чем ухаживающие мужчины. По сравнению с мужчинами женщины испытывают более высокий уровень депрессии и тревожности, имеют больший риск возникновения психических заболеваний (например [77, 78, 79]).

Физическое здоровье

Высокий уровень психоэмоциональной нагрузки, усугубляющийся повышенной физической нагрузкой, представляет собой существенную угрозу для физического здоровья людей, осуществляющих неформальный уход. Повышенная физическая нагрузка – достаточно частый спутник ухода. Особенно высокий уровень физической нагрузки испытывают ухаживающие, подопечные которых испытывают потребность в уходе высокой интенсивности. Персональный уход, помощь в личной гигиене, медицинский уход часто требуют от ухаживающего существенных физических затрат. Результаты многих социологических и медицинских исследований свидетельствуют о том, что вовлеченность в уход негативно отражается на физическом здоровье ухаживающих.

Национальное репрезентативное социологическое обследование, посвященное проблемам обеспечения долговременного ухода, проведенное в США [74] показало, что каждый десятый ухаживающий испытывает ухудшение здоровья. Существует целый ряд работ, результаты которых свидетельствуют о том, что предоставление услуг неформального ухода оказывает значимое негативное влияние на физическое здоровье индивидов [63, 80]. Например, в исследовании [81] анализируется положение людей трудоспособного возраста, осуществляющих неформальный уход. В работе показано, что три пятых ухаживающих оценивают свое здоровье как среднее или плохое, имеют как минимум одно хроническое заболевание или инвалидность, тогда как аналогичная доля среди неухаживающих составляет только одну треть. Среди ухаживающих в большей степени распространены хронические заболевания – доля людей с хроническими заболеваниями среди этой группы населения практически в два раза выше, чем среди тех, кто не вовлечен в неформальный уход (45% против 24%). Люди, предоставляющие услуги

неформального ухода, гораздо чаще страдают от различных физических недугов (например, кислотный рефлюкс, головные боли, постоянные ноющие боли в других частях тела) [82]. У ухаживающих также наблюдается повышенный риск развития серьезных заболеваний [83] и высокая вероятность ожирения [84].

В работах [85–87] показано, что у лиц, осуществляющих неформальный уход, часто наблюдается сниженный иммунитет, что приводит к увеличению вероятности инфекций и онкологических заболеваний. Например, у лиц, осуществляющих уход, уровень гормонов стресса на 23% выше, а уровень антител – на 15% ниже [88].

Величина негативного эффекта вовлеченности в неформальный уход на физическое здоровье ухаживающих в значительной степени зависит от интенсивности ухода. Наблюдается прямая корреляция – чем выше интенсивность ухода, тем в большей степени ухудшается здоровье ухаживаемого. Каждый десятый основной ухаживающий испытывает физическую истощенность [74].

Существенное количество исследований показывает, что у ухаживающих по сравнению с людьми, не вовлеченными в уход, наблюдается повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний. Например, в работах [89, 90] показано, что у лиц, осуществляющих неформальный уход, чаще выявляется повышенное артериальное давление и болезни сердца. Результаты исследования [91] свидетельствуют о том, что женщины, осуществляющие неформальный уход, с большей вероятностью страдают от гипертонии, диабета и повышенного уровня холестерина. Для женщин, оказывающих уход высокой интенсивности, вероятность сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается вдвое.

Самосохранительное поведение

В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что самосохранительное поведение является важнейшим фактором продолжительности жизни и здоровья населения. Однако среди ухаживающих практики самосохранительного поведения распространены в значительно меньшей степени, чем среди лиц, не вовлеченных в неформальный уход. Недостаток времени, средств, сосредоточенность на нуждах подопечного, стресс – все это не дает ухаживающим позаботиться о себе. В наибольшей степени эта проблема выражена для ухаживающих, испытывающих «сэндвич-синдром».

Осуществление неформального ухода негативно сказывается на использовании различных витальных практик. В работе [92] делается вывод о том, что вовлеченность в уход снижает вероятность регулярного выполнения физических упражнений. Также ухаживающие гораздо реже используют практику здорового питания [93, 94]. Работа [95] посвящена исследованию самосохранительного поведения ухаживающих, испытывающих

«сэндвич-синдром». Результаты работы показывают, что ухаживающие, испытывающие повышенную нагрузку, гораздо реже анализируют энергетическую ценность и состав продуктов, реже используют ремни безопасности, больше курят и реже вовлечены в регулярную физическую активность.

3 Обзор исследований феномена «сэндвич-поколения» в России

В России традиционно бремя ухода за нуждающимися в заботе родственниками лежит на членах семьи. Такое положение дел обусловлено как традиционными семейными ценностями и установками, распространенными среди российских граждан, так и практически полным отсутствием системы долговременного ухода. В последнее время проблемам и нуждам пожилых граждан уделяется существенное внимание на государственном уровне. Так, например, разработаны и внедряются концепции оказания гериатрической и паллиативной помощи, идет создание комплексной системы долговременного ухода, разрабатываются и внедряются отдельные меры поддержки пожилых граждан и т. п. Обеспечение благосостояния пожилых граждан является в настоящее время одной из приоритетных задач Правительства РФ. В национальный проект «Демография», реализуемый в период 2019–2024 гг., входит федеральный проект «Старшее поколение», одной из целей которого является создание системы долговременного ухода, включающей в себя различные формы социального обслуживания и медицинской помощи гражданам старшего возраста. Однако на текущий момент нельзя сказать, что система долговременного ухода находится в стадии формирования, и подавляющая часть работы по уходу за пожилыми гражданами все еще лежит на их родственниках. Таким образом, можно предположить, что «сэндвич-синдром» представляет собой достаточно распространенное явление среди российских граждан среднего возраста.

Если граждане, нуждающиеся в уходе, входят в фокус внимания государственной социальной политики и в фокус различных благотворительных организаций, то проблемы ухаживающих часто остаются без внимания. Государственная политика поддержки граждан, осуществляющих неформальный уход, фактически ограничивается выплатами по уходу за инвалидами I группы, а также за престарелыми, нуждающимися в постоянном постороннем уходе либо достигшими возраста 80 лет. Эту выплату могут получать неработающие трудоспособные лица, осуществляющие уход. То есть эту выплату не могут получать ни пенсионеры, ни безработные граждане. Размер выплаты нельзя назвать сколько-нибудь существенным – в 2019 году размер пособия составил 1200 рублей в месяц. В 2019 году пособие для родителей и опекунов, ухаживающих за детьми-инвалидами и инвалидами с детства I группы, было повышено до 10000 рублей, но

осталось прежним для остальных ухаживающих. Период ухода входит в страховой стаж в размере 1,8 пенсионных коэффициентов за каждый год ухода. Со стороны некоммерческих организаций помощь ухаживающим в основном осуществляется в виде обучения уходу и иногда организации групп поддержки (например, <https://www.alzrus.org/preparations/>, <http://www.qualityoflife.ru/ru/programms/kursy-psihiatricheskoj-gramotnosti>, <https://allnurses.ru/>).

Интересно отметить, что и в российской исследовательской литературе интерес к положению ухаживающих невелик. Существует ряд научных работ, эмпирически доказывающих важность и значимость неформального ухода в уходе за пожилыми гражданами в РФ (например, [96–100]). Большой вклад в привлечение внимания к проблемам сэндвич-поколения внесла социолог, профессор факультета социологии и философии Европейского университета в Санкт-Петербурге Елена Здравомыслова. Ее публикации в прессе и интервью развивают тему особенностей положения людей, ухаживающих одновременно за двумя поколениями². Такие негативные последствия «сэндвич-синдрома», как ухудшение характеристик занятости и эмоциональное выгорание, отмечаются в работе [101]. В исследовании [102] акцент делается на психологических последствиях повышенной социальной нагрузки. Последствия вовлеченности в уход также обсуждаются в медицинской литературе. Например, в работе [103] показано, что у людей, осуществляющих уход за больными с болезнью Паркинсона, наблюдалось снижение производительности, снижение эмоционального статуса, нарушения сна, уменьшение времени на отдых, депрессия. Часть ухаживающих была вынуждена сменить или оставить работу для осуществления неформального ухода. Степень депривации ухаживающих напрямую зависит от степени нуждаемости подопечного в уходе. В публикации [104] отмечается, что у ухаживающих за инвалидами наблюдается повышенный риск депрессивных расстройств. Причем, чем больше интенсивность ухода, тем более тяжелая степень депрессии наблюдается у ухаживающего.

Подводя итоги, можно сказать, что в России проблемы «сэндвич-поколения» и во многом пересекающиеся с ней проблемы ухаживающих стоят достаточно остро. Задача научного сообщества – привлечь внимание к проблеме, сформировать ее качественное и количественное описание и предложить политикам возможные эффективные пути ее решения.

² Например, <https://eusp.org/news/sendvich-pokolenie-kak-ne-okazatsya-v-lovushke-mezhdu-roditelyami-i-detmi>; <https://paperpaper.ru/campus/zdravomyslova/>; <https://daily.afisha.ru/relationship/8965-zhit-radi-vseh-chtotakoe-pokolenie-sendvicha> (дата обращения 11.05.2020).

4 “Сэндвич-синдром” в России: распространенность, структура, влияние на социально-экономическое положение и здоровье населения (по данным Выборочного наблюдения использования суточного фонда времени населением)

В данном разделе представлены основные результаты анализа распространенности “сэндвич-синдрома” среди населения России в возрасте от 20 до 64 лет, а также показан социально-демографический портрет населения, испытывающего “сэндвич-синдром”. В разделе приводятся результаты статистического анализа особенностей социально-экономического положения людей, испытывающих “сэндвич-синдром”.

4.1 Эмпирическая база исследования

Эмпирической основой исследования являются микроданные Выборочного наблюдения использования суточного фонда времени населением, проведенного Росстатом в 2019 году (ВНИСФВ-2019). Обследования, посвященные использованию суточного фонда времени, проводимые на национальном уровне, являются для российской статистики относительно новой практикой. Обследования бюджетов времени населения на уровне отдельных регионов/территорий проводились в СССР в 1920 – 1930х годах, в 1950 – 1960х гг. и в 1970 – 1990х годах. Начиная с середины 1990х годов, интерес к исследованию бюджетов времени снизился (подробнее история исследований бюджетов времени в РФ рассмотрена во втором разделе Главы 2 настоящего отчета). В 2014 году после длительного перерыва статистическое наблюдение использования бюджетов времени населением было возобновлено. Росстатом было проведено совершенно новое (как содержательно, так и методологически) для российской официальной статистической практики обследование – выборочное наблюдение использования суточного фонда времени населением. Методологическая платформа обследования была разработана с учетом передового международного опыта проведения подобных исследований, а также с учетом рекомендаций ООН [ООН, 2005] и Евростата [Евростат, 2008]. Также была установлена пятилетняя периодичность проведения наблюдения. Обследование проводится во исполнение постановления Правительства РФ от 27 ноября 2010 г. № 946 «Об организации в Российской Федерации системы федеральных статистических наблюдений по социально-демографическим проблемам и мониторинга экономических потерь от смертности, заболеваемости и инвалидизации населения». Основной задачей обследования является получение достоверной статистической информации о затратах времени на оплачиваемый труд, на обучение, на труд, осуществляемый в личном подсобном хозяйстве, на ведение домашнего хозяйства, на уход за детьми, а также на досуг и отдых. Ниже рассматриваются основные методологические особенности обследования.

Единицей отбора в рамках Выборочного наблюдения использования суточного фонда времени населением являются домохозяйство. Информация о генеральной совокупности домохозяйств формируется на основе данных Всероссийской переписи населения 2010 года. Формирование выборочной совокупности осуществляется на многофазной основе с помощью случайного двухступенчатого отбора. В ходе обследования информация собирается как о домохозяйстве в целом, так и о каждом члене домохозяйства в отдельности. Опрос проводится во всех субъектах РФ.

Инструментарий обследования содержит два вопросника – вопросник для домохозяйства, а также вопросник для лиц старше 15 лет. Вопросник для домохозяйства позволяет собрать информацию о составе домохозяйства; информацию о детях в возрасте 0 – 14 лет, проживающих в домохозяйстве (основные темы раздела – здоровье, образование, использование интернет); информацию об условиях проживания и финансовом положении домохозяйства. Индивидуальный вопросник содержит три раздела – первый раздел посвящен занятости на рынке труда, второй раздел включает в себя вопросы об образовании индивида и об использовании им сети Интернет, в рамках третьего раздела собирается информация о здоровье и физической активности участников опроса.

Кроме вопросников инструментарий обследования включает в себя две специализированные формы наблюдения – дневник использования времени для детей в возрасте 10 – 14 лет и дневник использования времени для лиц в возрасте 15 лет и более. Дневник использования времени заполняется респондентом самостоятельно и содержит информацию о видах деятельности, времени их осуществления и их продолжительности в течение 24 часов. Дневник позволяет получить информацию о деятельности индивида по десятиминутным интервалам. Каждый респондент заполняет два дневника – один в будний день и один в выходной день. Таким образом, в результате обследования формируется уникальный массив данных, интегрирующий в себе информацию о том, как индивиды используют время, а также данные о социально-демографическом и экономическом положении индивидов и их домохозяйств.

В 2019 году охват обследования составил 45 тысяч домохозяйств. В ходе обследования была собрана информация о 89459 индивидах. Также было получено и обработано 152527 дневников использования времени (9808 для лиц 10 – 14 лет и 142719 для лиц от 15 лет и старше). Микроданные Выборочного наблюдения использования суточного фонда времени находятся в открытом доступе на сайте Росстата в разделе Федеральные статистические наблюдения по социально-демографическим проблемам (https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/population/urov/sut_fond19/index.html).

Методология обследования и его охват позволяют проводить статистический анализ использования бюджетов времени на уровне страны в целом, на уровне городских и сельских поселений с разной численностью населения, а также на уровне отдельных социально-демографических групп населения.

4.2 Распространенность сэндвич-синдрома. Социально-демографические характеристики лиц, испытывающих сэндвич-синдром.

Традиционно в социологической и экономической литературе считается, что человек испытывает “сэндвич-синдром”, если он одновременно осуществляет уход за ребенком (детьми) и за представителем (представителями) старшего поколения. Подробно различные теоретические подходы к определению “сэндвич-синдрома” и “сэндвич-поколения” обсуждаются в разделе 1. Анализ эмпирических исследований особенностей социально-демографических и экономических характеристик населения, испытывающего повышенную социальную нагрузку, показал, что в прикладных работах выбор определения феномена “сэндвич-синдрома” во многом связан с целями и задачами исследования, а также с особенностями имеющихся данных (разделы 1, 2).

В рамках данного исследования проводится анализ социально-демографических характеристик и социально-экономического положения людей, испытывающих “сэндвич-синдром” на основе микроданных ВНИСФВ-2019. Индивидуальный вопросник обследования содержит два базовых вопроса, касающихся вовлеченности респондента в неформальный уход за детьми и взрослыми (вопросы 24 и 26 раздела Работа). В ходе интервью респондента спрашивают:

- входит ли в круг его ежедневных занятий уход за детьми (собственными или чужими)
- входит ли в круг его ежедневных занятий уход за теми, кто нуждается в помощи из-за престарелого возраста, болезни или нетрудоспособности.

В вопросах имеется в виду уход как за совместно проживающими детьми/взрослыми, так и за проживающими отдельно. При этом специально оговаривается, что речь идет только о той помощи, которая оказывается бесплатно. С использованием данных ответов респондентов на эти вопросы в работе был построен индикатор “сэндвич-синдрома” – человек признается, испытывающим “сэндвич-синдром” в том случае, если он в круг его ежедневных занятий входят и уход за детьми, и уход за взрослыми. Особенностью данного индикатора является то, что мы в силу ограничений используемых данных не можем определить, к какому поколению относится тот взрослый человек, за которым ухаживает респондент. Литература свидетельствует о том, что чаще всего услуги неформального ухода оказываются супругам, родителям/прародителям,

родителям/прародителям партнера. Мы полагаем, что предложенное нами определение “сэндвич-синдрома” отражает сущность синдрома и позволяет определить людей, имеющих высокую степень вовлеченности в неформальный уход. Используемое определение является достаточно строгим. Согласно построению людьми, испытывающими “сэндвич-синдром” считаются только те, кто осуществляет уход за детьми и взрослыми на *ежедневной* основе.

В таблице 1 представлены показатели распространенности “сэндвич-синдрома” в различных социально-демографических группах населения 20 – 64 лет в РФ. В среднем только 1,8% населения рассматриваемой возрастной группы ежедневно оказывают услуги неформального ухода двум поколениям (детям и взрослым). Женщины испытывают “сэндвич-синдром” в два раза чаще по сравнению с мужчинами – распространенность “сэндвич-синдрома” среди женщин практически в два раза выше, чем среди мужчин (2,3% против 1,2%). Люди в возрастных группах 30 – 39 лет и 40 – 49 лет с большей вероятностью испытывают “сэндвич-синдром” по сравнению с другими возрастными группами. Исследование не выявило существенной вариации распространенности “сэндвич-синдрома” в зависимости от уровня образования индивидов. Доля населения, испытывающего “сэндвич-синдром” выше среди проживающих в сельской местности, чем среди городских жителей (2,2% и 1,6% соответственно). Отмечается некоторая вариация распространенности “сэндвич-синдрома” по разным федеральным округам РФ. Минимальные показатели распространенности данного феномена отмечаются в ЦФО и СЗФО (1,5%). В других округах доля лиц, испытывающих “сэндвич-синдром” находится в пределах 1,8% - 2,2%.

Таблица 1 – Распространенность “сэндвич-синдрома” в различных социально-демографических группах населения 20 – 64 лет в РФ, 2019 г.

Группа	Доля лиц, испытывающих “сэндвич-синдром”
Все население	1.8%
<i>Пол</i>	
Мужчины	1.2%
Женщины	2.3%
<i>Возраст</i>	
20 – 29 лет	1.1%
30 – 39 лет	2.1%
40 – 49 лет	2.5%
50 – 59 лет	1.6%
60 – 64 года	1.3%
<i>Образование (наивысший достигнутый уровень)</i>	
Среднее общее и ниже	1.8%
Начальное профессиональное	1.7%
Среднее профессиональное	1.9%
Высшее профессиональное	1.8%
<i>Место проживания</i>	
Город	1.6%
Село	2.2%

<i>Федеральный округ</i>	
ЦФО	1.5%
СЗФО	1.5%
ПФО	2.1%
УФО	2.0%
СФО	2.2%
ДФО	1.8%
ЮФО	1.9%
СКФО	1.9%

Примечание – Источник: расчеты авторов на данных ВНИСФВ-2019 г.

Рассмотрим особенности социально-демографической структуры населения, испытывающего “сэндвич-синдром” (таблица 2). Как и в других странах, в России женщины составляют большую часть людей, испытывающих “сэндвич-синдром”. Согласно проведенным расчетам среди всех людей, осуществляющих одновременно уход за двумя поколениями, женщины составляют 74%. Таким образом, мы можем говорить и том, что “сэндвич-синдром” в России имеет женское лицо – именно женщины в российском обществе чаще всего несут повышенную социальную нагрузку, одновременно воспитывая детей и ухаживая за взрослыми.

Средний возраст людей, испытывающих “сэндвич-синдром”, оценивается в 43,9 лет. Более половины людей, испытывающих “сэндвич-синдром” (60,2%) относятся к средним возрастам (30 – 49 лет). Только 8,4% ухаживающих за детьми и взрослыми относятся к возрастной группе 20 – 29 лет. Лица 50 – 59 лет и 60 – 64 лет в возрастной структуре людей, испытывающих “сэндвич-синдром” составляют 21,0% и 10,5% соответственно.

Образовательная структура населения, испытывающего “сэндвич-синдром” практически не отличается от образовательной структуры населения, не подверженного этому синдрому. 16% людей, испытывающих “сэндвич-синдром” имеют среднее общее образование и ниже, 8% - начальное профессиональное, по 38% - среднее и высшее профессиональное образование.

38% населения, испытывающего “сэндвич-синдром” проживают в сельской местности, 62% - в городах. Отметим, что структура населения, испытывающего “сэндвич-синдром” несколько сдвинута в сторону сельского населения по сравнению со структурой населения, не испытывающего данного синдрома.

Таблица 2 – Социально-демографическая структура населения 20 – 64 лет, испытывающих “сэндвич-синдрома” в различных социально-демографических группах населения в РФ, 2019 г.

	Население, испытывающее “сэндвич-синдром”	Население, не испытывающее “сэндвич-синдром”
<i>Пол</i>		
Женщины	74.1%	59.0%
Мужчины	25.9%	41.0%
<i>Возраст</i>		
Средний возраст	43.9 лет	44.5 лет
20 – 29 лет	8.4%	13.3%
30 – 39 лет	30.1%	25.6%
40 – 49 лет	30.1%	21.9%
50 – 59 лет	21.0%	24.3%
60 – 64 года	10.5%	14.9%
<i>Образование (наивысший достигнутый уровень)</i>		
Среднее общее и ниже	15.8%	15.8%
Начальное профессиональное	8.1%	9.4%
Среднее профессиональное	38.4%	37.1%
Высшее профессиональное	37.7%	37.7%
<i>Место проживания</i>		
Город	62.1%	69.0%
Село	37.9%	31.0%
<i>Федеральный округ</i>		
ЦФО	19.9%	24.8%
СЗФО	9.2%	10.9%
ПФО	21.8%	19.1%
УФО	9.2%	8.5%
СФО	14.0%	11.4%
ДФО	7.4%	7.6%
ЮФО	11.0%	10.4%
СКФО	7.5%	7.2%

Примечание – Источник: расчеты авторов на данных ВНИСФВ-2019 г.

4.3 Влияние “сэндвич-синдрома” на занятость, доходы и здоровье населения

Многочисленные зарубежные исследования свидетельствуют о том, что вовлеченность в уход за двумя поколениями оказывает негативное влияние на экономическое положение, здоровье, психологическое состояние, субъективное благополучие граждан (см. раздел 2). В частности в целом ряде работ показано, что “сэндвич-синдром” снижает вероятность участия индивида в рабочей силе, занятости на рынке труда. Также у людей, испытывающих “сэндвич-синдром”, отмечается сокращение интенсивности занятости, снижение производительности труда, наблюдаются ограничения карьерного роста и т.п. Вовлеченность в уход за двумя поколениями негативно отражается на доходах граждан. Исследования, анализирующие влияние “сэндвич-синдрома” на здоровье индивидов, свидетельствуют о том, что “сэндвич-синдром” оказывает негативное влияние на физическое, психическое и эмоциональное здоровье людей, а также на их самосохранительное поведение.

Данные обследования ВНИСФВ-2019 позволяют проанализировать влияние “сэндвич синдрома” на отдельные аспекты жизни населения России. В таблице 3 представлены результаты статистического анализа эффекта “сэндвич-синдрома” на

занятость, материальное положение и здоровье населения. Анализ основан на сравнении средних. Проверка значимости различий между группами людей, испытывающих “сэндвич-синдром”, и людей, *не* испытывающих “сэндвич-синдром” проводится с помощью теста Стьюдента на равенство средних для двух независимых выборок. В таблице 3 показаны средние значения отдельных показателей социально-экономического положения и здоровья для двух групп населения, разность средних показателей, ее статистическая значимость, стандартная ошибка разности и ее доверительный интервал. Выбор показателей социально-экономического положения и здоровья населения в основном обусловлен особенностями используемой эмпирической базы.

Проведенное исследование показало, что уровень занятости в группе людей, испытывающих “сэндвич-синдром” (65,0%) существенно ниже, чем в группе лиц, не испытывающих “сэндвич-синдром” (72,7%). Различие в уровнях занятости двух рассматриваемых групп составляет 7,7 п.п. и является статистически значимым на 1% уровне. Также в работе было выявлено, что материальное положение лиц, испытывающих “сэндвич-синдром”, хуже, чем материальное положение лиц его не испытывающих. В частности, оценка уровня абсолютной доходной бедности населения, испытывающих “сэндвич-синдром”, составляет 19,4%, в то время как уровень бедности лиц, не оказывающих услуги неформального ухода одновременно двум поколениям, составляет 15,9%. Разность показателей уровня бедности составляет 3,6 п.п. и является статистически значимой на 1% уровне.

“Сэндвич-синдром” оказывает значимое влияние на здоровье населения. Среди людей, испытывающих “сэндвич-синдром”, доля лиц, оценивающих свое здоровье как хорошее или очень хорошее, составляет 41,4%, тогда как аналогичный показатель для лиц, не испытывающих “сэндвич-синдром” на 8,0 п.п. выше – 49,4%. Также среди людей, испытывающих “сэндвич-синдром”, наблюдается более высокая распространенность хронических заболеваний. Среди тех, кто ухаживает одновременно за двумя поколениями, доля людей, отметивших в ходе опроса наличие хотя бы одного хронического заболевания, составляет 29,5%, а среди тех, кто не испытывает “сэндвич-синдром” аналогичный показатель составляет 21,8% (на 8,4 п.п. меньше). Оба описанных выше различия имеют 1% статистическую значимость. Проведенное исследование не выявило статистически значимого влияния “сэндвич-синдрома” на способность индивидов к запоминанию или концентрации внимания.

Дополнительно в работе были проанализированы такие показатели как доля лиц, испытывающих постоянную нехватку времени, а также количество свободного времени у индивида и количество времени, затрачиваемого индивидом на уход за собственным

здоровьем/медицинский уход за собой. Хотя эти показатели не являются непосредственными индикаторами здоровья населения, они являются важными детерминантами состояния здоровья. Постоянное чувство спешки, недостаток отдыха, отсутствие времени на уход за собственным здоровьем могут представлять существенную угрозу физическому и психическому здоровью человека. В работе было выявлено, что среди лиц, испытывающих “сэндвич-синдром”, более половины (52%) испытывают постоянную нехватку времени. Среди людей, не испытывающих “сэндвич-синдром”, аналогичный показатель составляет только 29,3% (на 22,7 п.п. ниже). Данное различие значимо на 1% уровне.

Люди, испытывающие “сэндвич-синдром”, имеют меньше времени для отдыха по сравнению с теми, кто не испытывает “сэндвич-синдром” (20,3 часа в неделю против 24,2 часа в неделю). Разница является статистически значимой на 1% уровне. Также люди, испытывающие “сэндвич-синдром” в среднем тратят на треть меньше времени на уход за собственным здоровьем/медицинский уход за собой. Однако это различие имеет относительно невысокую статистическую значимость (10%).

Таким образом, проведенное исследование выявило наличие значимого негативного эффекта “сэндвич-синдрома” на занятость, материальное благосостояние и здоровье населения РФ.

Таблица 3 – Эффект “сэндвич-синдрома” на занятость, доходы и здоровье населения РФ, 2019 г.

Показатель	Люди, испыт. “сэндвич-синдром”	Люди, не испыт. “сэндвич-синдром”	Разница	Стандарт. ошибка	95% доверит. интервал
Доля занятых	0,650	0,727	0,077***	0,015	[0,048;0,105]
Доля бедных	0,194	0,159	-0,036***	0,012	[-0,058;-0,012]
Доля людей, оценивающих свое здоровье как хорошее или очень хорошее	0,414	0,494	0,080***	0,016	[0,048;0,112]
Доля лиц, имеющих хронические заболевания	0,295	0,218	-0,084***	0,013	[-0,110;-0,057]
Доля лиц, имеющих ограничения способности к запоминанию или концентрации внимания	0,029	0,033	0,004	0,006	[-0,008;-0,015]
Доля лиц, испытывающих постоянную нехватку времени	0,520	0,293	-0,227***	0,015	[-0,256;-0,197]
Свободное время, часов в неделю	20,33	24,20	3,87***	0,44	[3,00;4,75]
Уход за собственным здоровьем/медицинский уход за собой, часов в неделю	0,210	0,310	0,100*	0,064	[-0,259;0,226]

Примечание – *, **, *** – значимость на 10, 5 и 1%-ном уровне, в скобках приведены стандартные ошибки.

Источник: расчеты авторов на данных ВНИСФВ-2019 г.

Заключение

В работе был проведен критический анализ исследований, посвященных особенностям социально-экономического положения «сэндвич-поколения», то есть людей среднего возраста, вынужденных заботиться одновременно о двух поколениях (детей и родителей). Многочисленные зарубежные исследования свидетельствуют о наличии негативных эффектов сэндвич-синдрома на различные аспекты жизни людей (экономическое положение, физическое и психическое здоровье, благополучие и т. д.). В российской литературе уделяется проблемам «сэндвич-поколения» крайне мало внимания, а количественные исследования данной проблематики практически отсутствуют.

С использованием уникальной базы микроданных Выборочного наблюдения использования суточного фонда времени населением, проведенного Росстатом в 2019 году, авторами было проведено количественное исследование распространенности «сэндвич-синдрома» в настоящее время в РФ и социально-демографических характеристик лиц, испытывающих «сэндвич-синдром.» В работе было использовано строгое определение «сэндвич-синдрома» – человек считался испытывающим «сэндвич-синдром» в том случае, если он ежедневно предоставляет услуги неформального ухода, как детям, так и взрослым. Расчеты показали, что в среднем 1,8% населения России в возрасте от 20 до 64 лет испытывают «сэндвич-синдром». При этом распространенность «сэндвич-синдрома» среди женщин практически в два раза выше, чем среди мужчин (1,2% и 2,3% соответственно). Относительно чаще «сэндвич-синдром» испытывают люди средних возрастных групп (30 – 39 лет и 40 – 49 лет) и люди, проживающие в сельской местности. Анализ социально-демографической структуры населения показал, что среди всех людей, осуществляющих одновременно уход за двумя поколениями, женщины составляют 74%. Таким образом, мы можем говорить о том, что «сэндвич-синдром» в России имеет женское лицо – именно женщины в российском обществе чаще всего несут повышенную социальную нагрузку, одновременно воспитывая детей и ухаживая за взрослыми.

С помощью статистического анализа в работе было изучено влияние «сэндвич-синдрома» на различные аспекты социально-экономического положения населения. В частности, было проанализировано, как наличие «сэндвич-синдрома» отражается на занятости, доходах и здоровье индивидов. Проведенное исследование выявило наличие значимого негативного эффекта «сэндвич-синдрома» на занятость, материальное благосостояние и здоровье населения РФ. Уровень занятости на рынке труда среди людей, испытывающих «сэндвич-синдром» значимо ниже, чем уровень занятости людей, не испытывающих «сэндвич-синдром». Люди, испытывающие «сэндвич-синдром», чаще являются малоимущими. Также «сэндвич-синдром» оказывает значимое негативное

влияние на здоровье людей. Люди, испытывающие “сэндвич-синдром” чаще имеют хронические заболевания и реже дают положительную оценку своему здоровью. Люди, ухаживающие одновременно за двумя поколениями, чаще испытывают постоянную нехватку времени, имеют меньше свободного времени и тратят меньше времени на уход за собственным здоровьем.

Отдельное внимание при разработке подобной социальной политике следует уделить людям, испытывающим “сэндвич-синдром”. В настоящее время эти люди, остро нуждающиеся в поддержке, находятся вне фокуса социальной политики. Необходима разработка и внедрение мер социальной поддержки, направленных на поддержку людей, испытывающих повышенную социальную нагрузку. Спектр таких мер очень широк. Самыми важными на наш взгляд являются социальная политика, направленная на совмещение родительства и оплачиваемой занятости, и создание эффективной системы долговременного ухода, позволяющей облегчить бремя ухода за взрослыми родственниками (расширение видов и способов предоставления услуг формального ухода (бесплатно или за посильную плату), материальная поддержка людей, осуществляющих уход и т.п.).

Для привлечения внимания общества и политиков к проблемам “сэндвич-поколения”, необходимо расширение общественно-политической дискуссии по данной тематике, в основе которой должны лежать результаты научных исследований. Необходимо также расширение статистического наблюдения в РФ с учетом проблем, возникающих у людей, испытывающих “сэндвич-синдром”, проведение на регулярной основе специализированных социологических обследований.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Browning M. Children and household economic behavior // *Journal of Economic Literature*. – 1992. – Vol. 30. – №. 3. – P. 1434-1475.
2. Silverstein M., Gans D., Yang F. M. Intergenerational support to aging parents: The role of norms and needs // *Journal of family Issues*. – 2006. – Vol. 27. – №. 8. – P. 1068-1084.
3. Bengtson V. L., Roberts R. E. L. Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction // *Journal of Marriage and the Family*. – 1991. – P. 856-870.
4. Bengtson V. L. Is the «contract across generations» changing? Effects of population aging on obligations and expectations across age groups // *The changing contract across generations*. – 1993. – P. 3-23.
5. Silverstein M., Bengtson V. L. Intergenerational solidarity and the structure of adult child-parent relationships in American families // *American journal of Sociology*. – 1997. – Vol. 103. – №. 2. – P. 429-460.
6. Fokkema T., Ter Bekke S., Dykstra P. A. Solidarity between parents and their adult children in Europe. – Amsterdam University Press, 2008. – Vol. 76.
7. Dykstra P.A., van den Broek T., Mureşan C., Hărăguş M., Hărăguş P.-T., Abramowska-Kmon A., Kotowska I. State-of-the-art report Intergenerational linkages in families // *Families and Society/Working Paper Series 1*. – 2013. URL: <http://www.familiesandsocieties.eu/wp-content/uploads/2014/12/WP01DykstraEtal2013.pdf> (дата обращения 06.05.2020).
8. Miller D. A. The ‘sandwich’ generation: Adult children of the aging // *Social Work*. – 1981. – Vol. 26. – №. 5. – P. 419-423.
9. Dautzenberg M. G. H., Diederiks J. P. M., Philipsen H., Stevens, F. C. J. Women of a middle generation and parent care // *The International Journal of Aging and Human Development*. – 1998. – Vol. 47. – №. 4. – P. 241-262.
10. Ward R. A., Spitze G. Sandwiched marriages: The implications of child and parent relations for marital quality in midlife // *Social Forces*. – 1998. – Vol. 77. – №. 2. – P. 647-666.
11. Fredriksen K. I., Scharlach A. E. Employee family care responsibilities // *Family relations*. – 1999. – P. 189-196.
12. Nichols L. S., Junk V. W. The sandwich generation: Dependency, proximity, and task assistance needs of parents // *Journal of Family and Economic Issues*. – 1997. – Vol. 18. – №. 3. – P. 299-326.
13. Marks N. F. Social demographic diversity among American midlife parents // *The parental experience in midlife*. – 1996. – P. 29-75.

14. National Alliance for Caregiving and the AARP. Caregiving in the U.S. Author: Bethesda, MD. – 2004.
15. Pierret C. R. The sandwich generation: Women caring for parents and children // Monthly Lab. Rev. – 2006. – Vol. 129. – P. 3-9.
16. Hammer L. B., Neal M. B. Working sandwiched-generation caregivers: Prevalence, characteristics, and outcomes // The Psychologist-Manager Journal. – 2008. – Vol. 11. – №. 1. – P. 93-112.
17. DePasquale N., Chandler K., Zarit S., Moen Ph., Hammer L., Almeida D. Combining formal and informal caregiving roles: The psychosocial implications of double-and triple-duty care // Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. – 2016. – Vol. 71. – №. 2. – P. 201-211.
18. Agree E., Bissett B., Rendall M. S. Simultaneous care for parents and care for children among mid-life British women and men // POPULATION TRENDS-LONDON-. – 2003. – P. 29-35.
19. Evandrou M., Glaser K., Henz U. Multiple role occupancy in midlife: Balancing work and family life in Britain // The Gerontologist. – 2002. – Vol. 42. – №. 6. – P. 781-789.
20. Künemund H. Changing welfare states and the «sandwich generation»: Increasing burden for the next generation? // International Journal of Ageing and Later Life. – 2006. – Vol. 1. – №. 2. – P. 11-29. 10.3384/ijal.1652-8670.061211.
21. Höpflinger F., Baumgartner D. 'Sandwich-Generation': Metapher oder soziale Realität? // Zeitschrift für Familienforschung. – 1999. – Vol. 11. – №. 3. – P. 102-111.
22. Bolin K., Lindgren B., Lundborg P. Your next of kin or your own career?: Caring and working among the 50+ of Europe // Journal of health economics. – 2008. – Vol. 27. – №. 3. – P. 718-738.
23. Ruppanner L., Bostean G. Who cares? Caregiver well-being in Europe // European Sociological Review. – 2014. – Vol. 30. – №. 5. – P. 655-669.
24. Шайкенова Ж. К. Детерминанты экономики заботы о пожилых в современной России // Женщина в российском обществе. – 2019. – № 3. – С.102-113.
25. Becker G. A Treatise on the Family Cambridge MA // Harvard University Press. Beller, AH (1993). The division of labor by gender. Rationality and Society. – 1981. – Vol. 5. – P. 398-407.
26. Fast J., Dosman D., Lero D., Lucas S. The intersection of caregiving and employment across the life course. – Research on Aging, Policies and Practice, Department of Human Ecology, University of Alberta, 2013. URL:

<https://pdfs.semanticscholar.org/9234/84f7572c764f145d457bc1ca7adf2eabcfb5.pdf> (дата обращения 06.05.2020).

27. Lilly M. B., Laporte A., Coyte P. C. Labor market work and home care's unpaid caregivers: a systematic review of labor force participation rates, predictors of labor market withdrawal, and hours of work // *The Milbank Quarterly*. – 2007. – Vol. 85. – №. 4. – P. 641-690.

28. Ciani E. Informal adult care and caregivers' employment in Europe // *Labour Economics*. – 2012. – Vol. 19. – №. 2. – P. 155-164.

29. Carmichael F., Charles S. The labour market costs of community care // *Journal of Health Economics*. – 1998. – Vol. 17. – №. 6. – P. 747-765.

30. Heitmueller A. The chicken or the egg?: Endogeneity in labour market participation of informal carers in England // *Journal of health economics*. – 2007. – Vol. 26. – №. 3. – P. 536-559.

31. Casado-Marín D., García-Gómez P., López-Nicolás Á. Informal care and labour force participation among middle-aged women in Spain // *SERIEs*. – 2011. – Vol. 2. – №. 1. – P. 1-29. URL: <https://doi.org/10.1007/s13209-009-0008-5> (дата обращения 06.05.2020).

32. Ettner S. L. The opportunity costs of elder care // *Journal of Human Resources*. – 1996. – P. 189-205.

33. Crespo L., Mira P. Caregiving to elderly parents and employment status of European mature women // *Review of Economics and Statistics*. – 2014. – Vol. 96. – №. 4. – P. 693-709.

34. Heger D. Work and well-being of informal caregivers in Europe // *Ruhr Economic Paper*. – 2014. – №. 512.

35. Meng A. Informal caregiving and the retirement decision // *German Economic Review*. – 2012. – Vol. 13. – №. 3. – P. 307-330.

36. Meng A. Informal home care and labor-force participation of household members // *Empirical Economics*. – 2013. – Vol. 44. – №. 2. – P. 959-979.

37. Humble Á. Retirement processes and outcomes of individuals who retire to give care. – 2009. URL: <http://www.msvu.ca/site/media/msvu/care-retire-final-report.pdf> (дата обращения 06.05.2020).

38. Uriarte-Landa, J., Hébert, B.-P., Informal caregiving and financial preparedness for retirement. Paper Presented at the Socio-Economic Conference. September, Ottawa, ON. –2011.

39. Carers U. K. Real change, not short change: time to deliver for carers // London: Carers UK. – 2007.

40. Uriarte-Landa J., Hébert B. P. Sooner or later: Life events and the timing of retirement // Socio-Economic Conference, Ottawa, ON, September. – 2011b.
41. National Alliance for Caregivers (NAC, United Health Foundation (UFH), 2010. Caregivers of Veterans – Serving on the Homefront. Report of Study Findings. NAC, Bethesda, MD. URL: <https://docplayer.net/18215103-Caregivers-of-veterans-serving-on-the-homefront.html> (дата обращения 06.05.2020).
42. Cranswick K. General social survey cycle 16: Caring for an aging society. – Statistics Canada, Housing, Family and Social Statistics Division, 2003. URL: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-582-x/index-eng.htm> (дата обращения 06.05.2020).
43. Casado-Marin D., Garcia-Gomez P., Lopez-Nicolas A. Labour and income effects of caregiving across Europe: an evaluation using matching techniques. – HEDG Working Paper 08/23. The University of York. – 2008.
44. Heitmueller A., Inglis K. The earnings of informal carers: Wage differentials and opportunity costs // Journal of health economics. – 2007. – Vol. 26. – №. 4. – P. 821-841.
45. Heitmueller A., Inglis K. Carefree? Participation and pay differentials for informal carers in Britain. – 2004.
46. Spiess C. K., Schneider A. U. Interactions between care-giving and paid work hours among European midlife women, 1994 to 1996 // Ageing & Society. – 2003. – Vol. 23. – №. 1. – P. 41-68.
47. Lai D. W. L., Leonenko W. Effects of caregiving on employment and economic costs of Chinese family caregivers in Canada // Journal of Family and Economic Issues. – 2007. – Vol. 28. – №. 3. – P. 411-427.
48. Mennemeyer S., Taub E., Uswatte G., Pearson S., Employment in households with stroke after Constraint-Induced Movement therapy // NeuroRehabilitation. – 2006. – Vol. 21. – №. 2. – P. 157-165.
49. Moore M. J., Zhu C. W., Clipp E. C. Informal costs of dementia care: estimates from the National Longitudinal Caregiver Study // The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. – 2001. – Vol. 56. – №. 4. – P. S219-S228.
50. Bittman M., Hill T., Thomson C. The impact of caring on informal carers' employment, income and earnings: a longitudinal approach // Australian Journal of Social Issues. – 2007. – Vol. 42. – №. 2. – P. 255-272.
51. Starrels M., Ingersoll-Dayton B., Dowler D., Neal M. The stress of caring for a parent: Effects of the elder's impairment on an employed, adult child // Journal of Marriage and the Family. – 1997. – P. 860-872.

52. MetLife Mature Market Institute (MMMI) and National Alliance for Caregiving (NAC), The MetLife Caregiving Cost Study: Productivity Losses to US Business. MetLife Market Institute, Westport, CT. – 2006. URL: <https://docplayer.net/13463383-The-metlife-caregiving-cost-study-productivity-losses-to-u-s-business.html> (дата обращения 06.05.2020).

53. National Alliance for Caregivers (NAC), American Association of Retired Persons (AARP), MetLife Foundation, Caregiving in the US. NAC, Bethesda, MD. – 2009. URL: http://www.caregiving.org/data/Caregiving_in_the_US_2009_full_report.pdf (дата обращения 06.05.2020).

54. Koerin B. B., Harrigan M. P., Secret M. Eldercare and employed caregivers: A public/private responsibility? // Journal of Gerontological Social Work. – 2008. – Vol. 51. – №. 1-2. – P. 143-161.

55. Dunham C. C., Dietz B. E. «If I'm not allowed to put my family first»: Challenges experienced by women who are caregiving for family members with dementia // Journal of women & aging. – 2003. – Vol. 15. – №. 1. – P. 55-69.

56. Fast, J., Keating, N., Yacyshyn, A. «I Wish that I Could Just Have a Break»: The Cost of Supporting Adults with Disabilities. University of Alberta, Research on Aging, Policies and Practice, Edmonton, AB. – 2008. URL: https://rapp.ualberta.ca/wp-content/uploads/sites/49/2018/04/I_wish_that_I_could_just_have_a_break_2008Aug.pdf (дата обращения 06.05.2020).

57. Leger P. T. Parental Illness and the Labor Supply of Adult Children. McMaster University, Social and Economic Dimensions of an Aging Population (SEDAP) Research Paper No 21, Ontario. – 2000. URL: <http://socserv.mcmaster.ca/sedap/p/sedap21.PDF> (дата обращения 06.05.2020).

58. MetLife Mature Market Institute (MMMI), National Alliance for Caregiving (NAC), the Center for Long Term Care Research and Policy (CLTCRP), 2011. The MetLife Study of Caregiving Costs to Working Caregivers: Double Jeopardy for Baby Boomers Caring for their Parents. MetLifeMature Market Institute, Westport CT. <https://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2011/06/mmi-caregiving-costs-working-caregivers.pdf> (дата обращения 06.05.2020).

59. Evandrou M., Glaser K. Combining work and family life: the pension penalty of caring // Ageing & Society. – 2003. – Vol. 23. – №. 5. – P. 583-601.

60. Houser A., Gibson M. J., Valuing the Invaluable: The Economic Value of Family Caregiving, 2008 Update. AARP Public Policy Institute, Insight on the Issues, 13. Washington DC: AARP November 2008.

61. Marks N. F., Lambert J. D., Choi H. Transitions to caregiving, gender, and psychological well-being: A prospective US national study // *Journal of Marriage and Family*. – 2002. – Vol. 64. – №. 3. – P. 657-667.
62. Schulz R., O'Brien A.T., Bookwals J., Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes // *The Gerontologist*. – 1995. – Vol. 35. – P. 771-791.
63. Pinquart M., Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis // *Psychology and aging*. – 2003. – Vol. 18. – №. 2. – P. 250-267.
64. Teri L., Logsdon R., Uomoto J., McCurry S.M. Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial // *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. – 1997. – Vol. 52. – №. 4. – P.159-166.
65. Schulz R., Newsom J., Mittelmark M., Burton L., Hirsch C., Jackson S. Health effects of caregiving: the caregiver health effects study: an ancillary study of the Cardiovascular Health Study // *Annals of Behavioral Medicine*. – 1997. – Vol. 19. – №. 2. – P. 110-116.
66. Schmitz H., Westphal M. Short-and medium-term effects of informal care provision on female caregivers' health // *Journal of health economics*. – 2015. – Vol. 42. – P. 174-185. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.03.002> (дата обращения 06.05.2020).
67. Zarit S. Assessment of Family Caregivers: A Research Perspective // *Family Caregiver Alliance (Eds.), Caregiver Assessment: Voices and Views from the Field. Report from a National Consensus Development Conference*. – Vol. II. – 2006. – P. 12–37.
68. Grunfeld E., Coyle D., Whelan T., Clinch J., Reyno L., Earle C. C., ... & Glossop R. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers // *Cmaj*. – 2004. – Vol. 170. – №. 12. – P. 1795-1801.
69. Alzheimer's Association & National Alliance for Caregiving. *Families Care: Alzheimer's Caregiving in the United States*. Chicago, IL: Alzheimer's Association and Bethesda, MD: National Alliance for Caregiving. – 2004.
70. Schulz R., Belle S., Czaja S., McGinnis K., Stevens A. & Zhang S. Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being // *Jama*. – 2004. – Vol. 292. – №. 8. – P. 961-967.
71. Draper B. M., Poulos C. J., Cole A. D., Poulos R. G., Ehrlich F. A comparison of caregivers for elderly stroke and dementia victims // *Journal of the American Geriatrics Society*. – 1992. – Vol. 40. – №. 9. – P. 896-901.
72. Spector J., Tampi R. Caregiver depression. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*. – 2005. – Vol. 13. – №. 4. – P. 34-40.

73. Pinguart M., Sörensen S. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis // *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. – 2003. – Vol. 58. – №. 2. – P112-P128.
74. Center on Aging Society. How Do Family Caregivers Fare? A Closer Look at Their Experiences. (Data Profile, Number 3). Washington, DC: Georgetown University. – 2005. URL: <https://hpi.georgetown.edu/caregiver3/> (дата обращения 06.05.2020).
75. Voydanoff P., Donnelly B. W. Multiple roles and psychological distress: The intersection of the paid worker, spouse, and parent roles with the role of the adult child // *Journal of Marriage and the Family*. – 1999. – P. 725-738.
76. England M., Tripp-Reimer T. Imminent concerns of filial caregivers reporting recent experiences of crisis // *The International Journal of Aging and Human Development*. – 2003. – Vol. 56. – №. 1. – P. 67-88.
77. Yee J. L., Schulz R. Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis // *The Gerontologist*. – 2000. – Vol. 40. – №. 2. – P. 147-164.
78. Miller B., Cafasso L. Gender differences in caregiving: fact or artifact? // *The Gerontologist*. – 1992. – Vol. 32. – №. 4. – P. 498-507.
79. Pinguart M., Sörensen S. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis // *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. – 2006. – Vol. 61. – №. 1. – P. 33-45.
80. Schulz R., Mendelsohn A., Haley W., Mahoney D., Allen R., Zhang S., Thompson L., Belle S. End-of-life care and the effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia // *New England Journal of Medicine*. – 2003. – Vol. 349. – №. 20. – P. 1936-1942.
81. Ho A., Collins S., Davis K., Doty M. A look at working-age caregivers' roles, health concerns, and need for support // *Issue Brief (Commonw Fund)*. – 2005. – Vol. 854. – P. 1-12. URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/5fd7/9dc4efab7f7011a4ffd045a8e443322f8361.pdf> (дата обращения 06.05.2020).
82. National Alliance for Caregiving & Evercare. Evercare® Study of Caregivers in Decline: A Close-up Look at the Health Risks of Caring for a Loved One. Bethesda, MD: National Alliance for Caregiving and Minnetonka, MN: Evercare. – 2006.
83. Shaw W.S., Patterson T. L., Semple S. J., Ho S., Irwin M. R., Hauger R. L., Grant, I. Longitudinal analysis of multiple indicators of health decline among spousal caregivers // *Annals of Behavioral Medicine*. – 1997. – Vol. 19. – №. 2. – P. 101-109.
84. Barrow S., Harrison R. A. Unsung heroes who put their lives at risk? Informal caring, health and neighbourhood attachment // *Journal of Public Health*. – 2005. – Vol. 27. – №. 3. – P. 292-297.

85. Kiecolt-Glaser J. K., Dura J. R., Speicher C. E. Spousal caregivers of dementia victims: longitudinal changes in immunity and health // *Psychosomatic medicine*. – 1991. – Vol. 53. – №. 4. – P. 345-362.
86. Kiecolt-Glaser J., Glaser R., Gravenstein S., Malarkey W. B., Sheridan J Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older adults // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. – 1996. – Vol. 93. – №. 7. – P. 3043-3047.
87. Glaser R., Kiecolt-Glaser J. K. Chronic stress modulates the virus-specific immune response to latent herpes simplex virus type 1 // *Annals of Behavioral Medicine*. – 1997. – Vol. 19. – №. 2. – P. 78-82.
88. Vitaliano P. P., Zhang J., Scanlan J. M. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis // *Psychological bulletin*. – 2003. – Vol. 129. – №. 6. – P. 946-972.
89. King A. C., Oka R. K., Young D. R. Ambulatory blood pressure and heart rate responses to the stress of work and caregiving in older women // *Journal of Gerontology*. – 1994. – Vol. 49. – №. 6. – P. 239-245.
90. Shaw W. S., Patterson T. L., Ziegler M. G., Dimsdale J. E., Semple S. J., Grant I. Accelerated risk of hypertensive blood pressure recordings among Alzheimer caregivers // *Journal of psychosomatic research*. – 1999. – Vol. 46. – №. 3. – P. 215-227.
91. Lee S. L., Colditz G. A., Berkman L. F., Kawachi I. Caregiving and risk of coronary heart disease in US women: a prospective study // *American journal of preventive medicine*. – 2003. – Vol. 24. – №. 2. – P. 113-119.
92. Burton L. C., Newsom J. T., Schulz R., Hirsch C., German P. S. Preventive health behaviors among spousal caregivers // *Preventive medicine*. – 1997. – Vol. 26. – №. 2. – P. 162-169.
93. Acton G. J. Health-promoting self-care in family caregivers // *Western Journal of Nursing Research*. – 2002. – Vol. 24. – №. 1. – P. 73-86.
94. Castro C. M., King A. C., Housemann R., Bacak S. J., McMullen K. M., Brownson R. C. Rural family caregivers and health behaviors: Results from an epidemiologic survey // *Journal of Aging and Health*. – 2007. – Vol. 19. – №. 1. – P. 87-105.
95. Chassin L., Macy J., Seo D., Presson C., Sherman S. The association between membership in the sandwich generation and health behaviors: A longitudinal study // *Journal of Applied Developmental Psychology*. – 2010. – Vol. 31. – №. 1. – P. 38-46.
96. Прокофьева Л М, Миронова А. А. Роль межсемеиногo обмена в системе материальной поддержки и ухода за пожилыми в современной России // *Демографическое обозрение*. – 2015. – №3. – С. 69-86.

97. Корчагина И. И., Прокофьева Л. М. Россияне о роли общества и семьи в поддержке детей и престарелых: изменения последних лет // Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе. По материалам одного исследования. Сборник аналитических статей. Вып. 2 / под науч. ред. С. В. Захарова, Т. М. Малевой и О. В. Сиявской. – М.: НИСП, 2009. – С. 247–264.
98. Миронова А. А. Родственная межпоколенная солидарность в России // Социологические исследования. – 2014. – № 10. – С. 136–142.
99. Сиявская О. В., Гладникова Е. В. Взрослые дети и их родители: интенсивность контактов между поколениями // Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе. По материалам одного исследования. Сборник аналитических статей. Вып. 1 / под науч. ред. Т. М. Малевой и О. В. Сиявской. – М.: НИСП, 2007. – С. 517–544.
100. Представления молодого поколения о новой значимости семьи и межпоколенных отношений // Новая значимость семьи и межпоколенных отношений для России и Китая: [монография] / под ред. И. И. Елисеевой; Социологический ин-т ФНИСЦ РАН. – СПб.: «Реноме», 2018. – С. 88-113.
101. Ткач О. А. «Заботливый дом»: уход за пожилыми родственниками и проблемы совместного проживания // Социологические исследования. – 2015. – №. 10. – С. 94-102.
102. Шерешева М. Ю., Калмыкова Н. М., Колкова К. М. Старение населения и проблемы поколения «сэндвич»: социально-экономические и психологические аспекты // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Гуманитарные и общественные науки. – 2015. – №. 3. – С. 5–14.
103. Зимнякова О. С., Глозман Ж. М., Левин О. С. Факторы, влияющие на социальную адаптацию лиц, которые осуществляют уход за больными с развернутой и поздней стадией болезни Паркинсона // Российский медицинский журнал. – 2012. – №. 3. – С. 14-17.
104. Мальцева М. Н., Шмонин А. А., Мельникова Е. В. Феномен «семейной инвалидности», или депрессия у родственников, ухаживающих за пациентом с инвалидностью // Ученые записки СПбГМУ им. ИП Павлова. – 2016. – Т. 23. – №. 3. – С. 40–43.