

Состояние здоровья среднего класса в России*

Н.Е. ТИХОНОВА

Статья посвящена анализу состояния здоровья российского среднего класса. В ней демонстрируется, что, хотя здоровье последнего далеко от идеального, средний класс имеет все-таки заметно лучшее здоровье, чем представители других слоев населения, причем с возрастом эти различия усиливаются. На основе методики EuroQol EQ-5D Scale в статье проводится сравнение состояния здоровья россиян в целом и среднего класса страны в частности с состоянием здоровья населения Великобритании. Показана также сравнительная роль различных факторов, детерминирующих реальное состояние здоровья и поведение среднего класса по отношению к нему, в том числе — и специфического понимания самого феномена здоровья российским средним классом.

Проблема здоровья населения России привлекает к себе все большее внимание как ученых, так и практиков. И, учитывая объективные данные о динамике здоровья россиян, такое внимание вполне естественно. Данные статистики свидетельствуют о том, что и заболеваемость, и доля инвалидов, и смертность населения в России крайне велики. При этом продолжительность жизни, особенно мужчин, очень коротка, а индекс продолжительности жизни, рассчитываемый в рамках индекса человеческого развития, ставит Россию в один ряд с Индией, Бангладеш, Пакистаном и Узбекистаном [Россия и страны мира 2006].

В этих условиях не удивительно, что проблематике общественного здоровья российские социологи уделяют все большее внимание. В то же время, если сравнить широту и степень проработанности проблем здоровья в западноевропейских странах и в России, то становится понятно, что проблематика общественного здоровья (активно разрабатываемая в развитых странах наряду с социологией медицины, медицинской социологией, социологией тела и т. д.) применительно к условиям нашей страны находится лишь в самом начале пути. Особенно плачевно обстоят дела с анализом ситуации со здоровьем отдельных социальных групп. Если по детям или подросткам такого рода исследования, хотя и в недостаточном объеме, но проводились, то по социальным классам их практически нет. Что же касается среднего класса, то применительно к нему такого рода исследования отсутствуют вообще. Исключением является лишь работа W.C. Cockerham [Cockerham 2007], а также, отчасти, работы И.Б. Назаровой, И.В. Журавлевой, Л.С. Шиловой, В.С. Тапилиной и др., в которых анализируется влияние типа занятости и уровня благосостояния на здоровье населения.

* Работа выполнена при поддержке индивидуального исследовательского гранта Научного фонда ГУ ВШЭ 2007 г. («Состояние здоровья среднего класса в современной России»).

В то же время анализ состояния здоровья российского среднего класса представляет далеко не академический интерес — ведь в первую очередь именно в среднем классе сосредоточен человеческий капитал страны. Кроме того, именно средний класс задает в развитых странах образцы для подражания в смысле утверждения норм здорового образа жизни нижестоящим классам общества, традиционно имеющим и относительно худшее здоровье, и специфические особенности поведения по отношению к нему. В связи с этим важно отметить, что как для западноевропейской, так и для американской социологической традиции характерно признание того, что неравенство в состоянии здоровья — одно из ключевых социальных неравенств, и различные социальные классы характеризуются качественно разными показателями как состояния здоровья, так и поведения по отношению к нему. Более того, рациональное отношение к здоровью как важнейшему жизненному ресурсу и предпосылке высокого качества жизни подчас рассматривается как важная характерная особенность среднего класса.

Если говорить о России, то вопрос и о здоровье среднего класса, и о его отношении к здоровому образу жизни весьма проблематичен. Известно, например, негативное влияние российских реформ вообще и стрессов в частности на состояние здоровья населения. А ведь российский средний класс пережил эти стрессы в полной мере хотя бы уже потому, что ему было что терять — и кризис ВПК, науки, бюджетных отраслей, и фактическая конфискация вкладов в 1991–1992 гг., и «черный вторник» 1994 г., и дефолт 1998 г., и проблемы обманутых дольщиков (в массе своей являющихся его представителями) буквально «катком прокатились» прежде всего именно по российскому среднему классу. Если же рассуждать об особенностях его взглядов, то для российской культуры всегда было характерно инструментальное отношение к своему здоровью, усугубленное существовавшей в советское время практикой оценки состояния здоровья по показаниям для выдачи больничных листов, и эта культурная норма еще отнюдь не преодолена. Наконец, если рассматривать его возможности заботы о своем здоровье, то, во-первых, именно представители среднего класса характеризуются повышенной долей имеющих вторичную занятость и, соответственно, сильными перегрузками, а во-вторых — материальное положение многих представителей среднего класса вызывает большие сомнения относительно его возможностей в адекватных формах проявлять эту заботу.

Возможно, именно поэтому В. Кукерхэм, занимавшийся проблемами здоровья российского среднего класса, не только фиксировал его достаточно низкий уровень, но и утверждал, в качестве итогового вывода своей работы, что «в западном обществе средний класс, особенно верхняя часть среднего класса, является социальным носителем и передатчиком здорового образа жизни в другие классы. Российский же средний класс не создал положительный с точки зрения здоровья образ жизни, противостоящий преимущественно нездоровому образу жизни» [Cockerham 2007, p. 457].

Но так ли это? Даже если согласиться с тем, что российский средний класс уделяет недостаточное внимание своему здоровью, то что мешает ему это сделать — «безответственность» его представителей или же внешние структурные ограничения? Наконец, есть ли, и если да, то в чем именно заключается специфика его здоровья и поведения по отношению к последнему?

Однако прежде чем ответить на эти вопросы, надо понять, кто же подразумевается под средним классом, — ведь в социологии для выделения среднего класса используются различные подходы [Тихонова, Горюнова 2008а]. В данном случае для вы-

деления среднего класса была выбрана методология, разработанная в соответствии с неовеберианским подходом, т. е. средний класс был выделен на основе соответствия его представителей четырем критериям. Для оценки социально-профессионального статуса использовался критерий нефизического характера труда, для оценки человеческого капитала — критерий наличия как минимум среднего специального образования; для оценки экономического статуса — критерий среднемесячных душевых доходов не ниже их медианных значений для данного типа поселения или количества имеющихся товаров длительного пользования не ниже их медианного значения по населению в целом; и для оценки особенностей самоидентификации — критерий ощущения себя как представителя средних слоев на графическом тесте самооценки своего положения в обществе.

Выделенный на основе этих четырех критериев на массиве исследования ИС РАН «Малообеспеченность в современной России» средний класс составлял в марте 2008 г. 34% населения страны (при этом в составе экономически активного населения его доля достигала 42%), а по данным РМЭЗ 2005 г. — 15% (и 29% в составе экономически активного населения страны). Такая разница объясняется в основном реальным ростом среднего класса за счет улучшения материального положения населения страны за последние три года¹ и, в незначительной степени, некоторым смещением выборки РМЭЗ «вниз».

Периферия, т. е. те, кому до включения в средний класс не хватало только одного признака, составляла в марте 2008 г. еще 30%. Хотя периферию от среднего класса формально отличало только отсутствие одного из четырех признаков, этот массовый субъект демонстрировал иные поведенческие паттерны, стратегии и ценности, что свидетельствует о его качественных отличиях от среднего класса. При этом почти половине представителей периферии мешало попасть в средний класс только не соответствовавший заданным критериям социально-профессиональный статус, т. е. это были наиболее образованные и благополучные в материальном отношении представители рабочего класса, достаточно высоко оценивавшие и свой статус в обществе.

Однако это лишь количественная характеристика ситуации со средним классом в современной России. В связи с этим резонны вопросы: насколько точно был в соответствии с предложенной методикой выделен тот самый искомый средний класс? каково состояние здоровья его представителей? и есть ли у него в этом вопросе своя специфика?

Для ответа на поставленные вопросы была проведена специальная проверка статистических связей принадлежности к среднему классу, его периферии или прочим слоям населения со всеми без исключения переменными двух массивов данных 2006 г., относившихся к одной и той же временной точке (сентябрь — октябрь) — РМЭЗ (15-я волна) и «Городской средний класс в современной России», а также массивами данных РМЭЗ 2005 г. и исследования «Малообеспеченность в современной России». Сравнительный анализ показал, что, несмотря на специфику выборки каждого из этих исследований, особенности их инструментария, картина характерных особенностей выделенного согласно предложенной методике среднего класса имела много общего. В обоих массивах данных в числе наиболее характерных особенностей

¹ Так, в 2006 г., к которому относились практически одновременно (в сентябре) проведенные исследования — 15-я волна РМЭЗ и «Городской средний класс в современной России» — доля среднего класса среди работающего городского населения, выделенная по описанной выше методике, была очень близка и составляла 31% в РМЭЗ и 35% в «Городском среднем классе...».

российского среднего класса оказались (в порядке убывания статистической значимости) прежде всего:

включенность в систему информационных технологий (в том числе такие переменные, как использование компьютера на работе и дома, частота его использования, наличие компьютера дома);

качественные характеристики занятости, включая такие переменные, как степень автономности труда, престижности и «интересности» работы, отрасль занятости, трудовые мотивации и требования к работе;

наличие властного ресурса, включая даже тех, кто не занимал руководящих должностей;

принципиально иные, чем у остальных слоев населения, жизненные шансы — и в плане общей возможности что-либо изменить к лучшему в своей жизни, и в части ряда конкретных особенностей потребления;

специфика ценностей, круга общения и идентичностей (идентификация себя с интеллигенцией и средним классом);

особенности досуговой активности;

и наконец, *относительно лучшее здоровье и повышенное внимание к нему* (использование рекреационных и медицинских услуг, относительно более редкое, чем в других слоях, курение и употребление спиртных напитков, особенно крепких).

Как видим, характерные качественные особенности выделенного с помощью предложенной методики российского среднего класса позволяют говорить о том, что мы получили именно тот специфический социальный субъект, который искали. Более того, стало ясно, что и в России особенности состояния здоровья и отношения к нему входят в число наиболее характерных его особенностей по отношению к другим классам общества.

Посмотрим теперь, каков же оказался уровень здоровья представителей среднего класса на фоне остальных групп населения и в чем заключается специфика его поведения по отношению к нему. Однако, учитывая недостаточную известность в России основных зарубежных методик измерения состояния здоровья в ходе социологических исследований, а также основных концепций, в рамках которых осуществляется анализ этой проблематики в зарубежной социологии, необходимо, хотя бы кратко, охарактеризовать как использовавшиеся в исследовании способы измерения состояния здоровья, так и основные объясняющие ситуацию в этой области теоретические модели.

Прежде всего следует отметить, что состояние здоровья среднего класса проверялось в исследовании различными способами. В их числе были и самооценки своего здоровья (как по пятиступенчатой, так и по трехступенчатой шкале), и вопросы о наличии различных хронических заболеваний, а также тех или иных конкретных заболеваний в последнее время, и проверка наличия инвалидности (с учетом ее группы), и вопросы о наличии проблем со здоровьем, ведущих к снижению качества жизни. Последний блок вопросов представлял собой опросный лист из методики EuroQoL EQ-5D Scale, разработанной еще в 1987 г. интернациональной исследовательской группой с центром в Нидерландах, состоящей из исследователей, работающих в сферах медицины, психологии и экономики. Суть ее, к более подробной характеристике которой мы вернемся ниже, заключается в том, что она опирается на понимание и оценку здоровья не с точки зрения болезни, а с точки зрения качества жизни [Brooks 1996].

Что касается факторов, влияющих на состояние здоровья российского среднего класса, то следует подчеркнуть, что в исследовании тестировались четыре основные концепции, на основе которых сегодня обычно исследуются детерминанты здоровья той или иной социальной группы или отдельного индивида. Это, прежде всего, так называемые «поведенческие» или «культурные» модели, в рамках которых упор делается на безответственном поведении по отношению к своему здоровью (курение, неправильное питание, алкоголь), а также на неправильном образе жизни (недостаточная физическая активность и т. д.), в конечном счете приводящем к болезни. При этом одни исследователи считают, что такое поведение является следствием личностных свойств индивидов, например, недостатка знаний на этот счет и образования в целом, а другие усматривают их причину в специфике стилей жизни, определяемых существующим классовым делением. Вторая группа концепций, в рамках которых может проводиться анализ проблематики здоровья, это так называемые «социально-психологические» или «психосоциальные» модели. В центре внимания данных концепций находятся стресс и его разрушительное воздействие на здоровье, а в качестве основного предмета анализа фигурируют ощущение наличия социальной поддержки, перегрузки и высокая степень контроля на работе, психосоциальная неудовлетворенность, ощущение отсутствия социальной справедливости. Третья группа концепций использует «материалистические» объяснения и отчасти схожа с первой («культурной» или «поведенческой»). Отличие между ними состоит в том, что фокус исследования смещается в «материалистической» концепции именно на лишения, связанные с недостатком доходов, а не на жизненные стили тех или иных классов. Наконец, четвертая, относительно новая модель так называемого «жизненного пути» начала обсуждаться в начале 1980-х годов, когда стали доступны результаты лонгитюдных панельных исследований. Суть этого подхода состоит в том, что здоровая старость является результатом комплексной комбинации факторов, случившихся в жизни человека, т. е. «аккумуляции негатива» или «позитива». При этом в ней учитываются не только материальные обстоятельства, но и психологический эффект накопления положительных или отрицательных эмоций и стрессов на протяжении ряда лет [Bartley 2004].

Опережая итоговые выводы, отметим, что наиболее эффективно применительно к российским условиям работали вторая («социально-психологическая»), четвертая («жизненного пути») и, отчасти, третья («материалистическая») концепции. Однако прежде чем говорить о факторах, определяющих здоровье среднего класса, необходимо в первую очередь оценить общее состояние его здоровья. Поэтому сначала рассмотрим самооценку представителями среднего класса своего здоровья, а затем и объективные характеристики его состояния здоровья.

Судя по данным исследования ИС РАН «Малообеспеченность в современной России», состояние здоровья у его представителей относительно лучше, чем у других слоев населения. И хотя разница эта не очень велика, но статистически значима². Более того, заметный разрыв между самооценками своего состояния здоровья представителями разных слоев населения присутствует у всех возрастных когорт, достигая максимума по оценке «хорошее» у 31–40-летних (25%), а затем постепенно сокращается. И это при том, что, как будет показано ниже, требования среднего класса к здоровью, которое они готовы признать хорошим, носят более жесткий характер,

² Хи-квадрат здесь и далее, если не оговорено иное, для представленных данных менее 0,001.

чем в других слоях населения. По оценке же «плохое» максимальный разрыв оценок у среднего класса и прочих слоев населения приходится на следующую возрастную когорту, где эта оценка у представителей среднего класса встречается на 12% реже, чем в прочих слоях³. Таким образом, резкое ухудшение самооценок своего здоровья, приходящееся по населению в целом на возрастную когорту тех, кому «за 30» (так, среди 21–30-летних свое здоровье как хорошее оценивают около половины, а среди 31–40-летних — уже всего 34%), у среднего класса происходит заметно позже.

Та же тенденция фиксируется и при анализе других показателей здоровья на данных РМЭЗ. Лишь 29% представителей среднего класса (при 42% в прочих слоях населения) сообщили о том, что в последние 30 дней у них были проблемы со здоровьем. Особенно наглядной разница в этом отношении была у представителей старших возрастов. Лишь 33% представителей среднего класса 51–60 лет и 41% старше 60 лет имели в течение последнего месяца перед опросом проблемы со здоровьем, в то время как в прочих слоях населения в этих же возрастных когортах проблемы со здоровьем имели соответственно 46% и 69% их представителей. Явно в лучшую сторону отличалась в среднем классе и картина с имеющими инвалидность — ее имели всего 2% его членов при 12% в прочих слоях населения, и многократный разрыв в этом показателе характеризовал все возрастные когорты. В 5 раз различалась в разных слоях населения доля имеющих инвалидность среди 31–40-летних, почти в 4 раза — по 41–50-летним, почти в 5 раз — по 51–60-летним, и лишь после 60 лет этот разрыв начинал сокращаться (15% и 30% соответственно).

Более полное представление о том, каково же реальное состояние здоровья россиян не с точки зрения наличия у них тех или иных диагностированных хронических болезней, а с точки зрения общего потенциала их здоровья как физического, психического и социального благополучия, давала методика EQ-5D, позволяющая оценить общее качество жизни человека, обусловленное состоянием его здоровья. Статус здоровья в EQ-5D замеряется по пяти индикаторам: 1) мобильность; 2) способность ухаживать за собой; 3) повседневная активность; 4) болевые ощущения; 5) тревожность/депрессия. При этом каждый индикатор имеет три уровня оценки: 1) нет проблем (кодируется 1); 2) небольшие проблемы (кодируется 2); 3) серьезные проблемы (кодируется 3). Совмещение баллов по всем трем уровням пяти измерений в общей сложности дает 243 характеристики состояния здоровья.

Как показало применение этой методики в РМЭЗ, уровень здоровья населения России заметно хуже ситуации по Великобритании [Kind 1998], где эта методика применяется в рамках Национального обследования домохозяйств, и вообще очень низок (табл. 1).

Как видим (см. табл. 1), практически здоровыми (показатель 11111) можно считать 65% граждан Великобритании, не достигших 61 года, и всего 37% россиян того же возраста, т. е. различия почти двукратные. Среди россиян гораздо шире распространены болевые ощущения (11121), депрессии и тревожность (11112), и особенно их комбинация (11122). Что же касается респондентов, достигших 61 года, то по ним доля практически здоровых составляла всего 8% при 37% среди их ровесников в Великобритании.

³ Те же самые тенденции, хотя и менее ярко выраженные, присутствуют и в массиве данных РМЭЗ, где для самооценки здоровья респондентами используется не трехчленная, а пятичленная шкала (от «очень хорошее» до «очень плохое»). Так, 30% представителей среднего класса в 14-й волне РМЭЗ (2005 г.) из возрастной когорты 41–50 лет характеризовали свое здоровье как хорошее и очень хорошее при 5% оценивавших его как плохое. В прочих же слоях населения эти показатели составляли соответственно 24% и 11%.

Таблица 1. Распределение показателей состояния здоровья по методике EQ-5D в Великобритании и в России по результатам общенациональных исследований, %

Состояние здоровья	Великобритания, 1998 г., N = 3395		Россия, RLMS, 2005 г., N = 10140 (для среднего класса N = 1376)			
	Респонденты до 60 лет	Респонденты старше 60 лет	Средний класс до 60 лет	Все респонденты до 60 лет	Все респонденты старше 60 лет	По массиву в целом
11111	64,9	37,1	35,8	36,5	8,2	31,0
11121	8,3	11,7	13,8	12,5	11,7	12,3
11112	7,6	3,3	11,0	11,4	1,4	9,5
11122	3,6	4,0	30,1	26,1	15,6	24,0
11221	1,5	1,6	0,3	0,3	1,2	0,5
11222	1,5	1,4	1,4	1,8	2,4	1,9
21121	1,7	6,8	0,6	0,7	3,4	1,2
21222	1,5	4,6	0,7	1,1	6,3	2,1
21122	0,9	2,9	1,3	1,8	5,2	2,5
21111	0,4	2,1	0,1	0,1	0,3	0,2
22222	0,5	1,8	0,1	0,5	7,1	1,8
22221	0,3	1,5	0,1	0,1	1,8	0,4
21211	0,4	1,3	0,1	0,0	0,1	0
21232	0,3	1,3	0,1	0,6	4,4	1,3

Примечание. В таблице приведена только часть позиций, по которым имелись сопоставимые с Великобританией данные.

Однако при этом показатель по среднему классу старше 60 лет был гораздо ближе к ситуации в Великобритании – около четверти этой группы были практически здоровы, четверть имела только небольшие болевые ощущения, и еще около четверти плюс к небольшим болевым ощущениям страдали также от незначительно выраженной тревожности или депрессии. Доля тех, кто страдал от нарушений способности к передвижению, выполнению повседневных дел или возможности ухаживать за собой, не превышала 15%. Еще 5% испытывали сильные боли, и оставшиеся 5% характеризовались другими комбинациями различных признаков нездоровья. Таким образом, около трех четвертей этой группы были еще вполне трудоспособны в отличие от подавляющего большинства их ровесников из других слоев населения. Более того, если рассмотреть в среднем классе возрастную когорту 51–60 лет, то там наблюдалась практически та же картина – три четверти группы практически и почти здоровых. В то же время по прочим слоям населения в этой возрастной когорте доля практически здоровых лишь ненамного превышала половину.

Все это свидетельствует о том, что пенсионная система западноевропейских стран, с точки зрения времени выхода на пенсию, разработана для качественно иной

модели социально-профессиональной структуры, соответствующей этапу поздне-индустриального развития. На этом этапе доля среднего класса, работающего на рабочих местах, не предполагающих физически тяжелой, грязной работы с вредными условиями труда и уделяющего своему здоровью относительно большее внимание, следствием чего является относительно лучшее здоровье прежде всего в старших возрастах (40 и более лет), превышает половину населения. В России же, с ее принципиально иной моделью экономики, доминированием в структуре занятости населения рабочих мест с физическим характером труда, распространенностью вредных условий труда и т. д., качественно иначе выглядит и ситуация со здоровьем населения. Естественно, что в этих условиях прямое копирование западных пенсионных систем, в том числе и в части возраста выхода на пенсию, заведомо невозможно.

Весьма показательны в этом отношении также результаты, полученные при укрупнении полученных при применении методики EQ-5D данных до трехчленной шкалы по позициям «здоровы» – «нездоровы» – «больны»⁴. Введение именно такой, а не двухчленной шкалы «здоровы» – «больны» связано с тем, что, как показало специально проведенное исследование⁵, россияне достаточно четко выделяют в отношении своего здоровья три состояния. Здоровьем является для них состояние, когда они не испытывают никаких ограничений в своей активности (передвижении и выполнении повседневных дел), а болезнью – состояние, когда они не только ограничены в своей активности, но и испытывают сильные боли или находятся в тяжелом психологическом состоянии (серьезная депрессия и т. п.). Между хорошим и плохим здоровьем в их восприятии существует некая пограничная зона, когда человек уже не здоров, но еще и не болен. Этому состоянию соответствовали незначительные и периодически возникающие ограничения активности, боли, беспокойство, депрессия, словом, общий психологический и физический дискомфорт, который имеет достаточно четко фиксируемые количественные границы по шкале EQ-5D.

Если использовать эту укрупненную трехступенчатую шкалу, то хорошо видно, что средний класс характеризуется заметными отличиями от остальных слоев населения в состоянии своего здоровья (рис. 1).

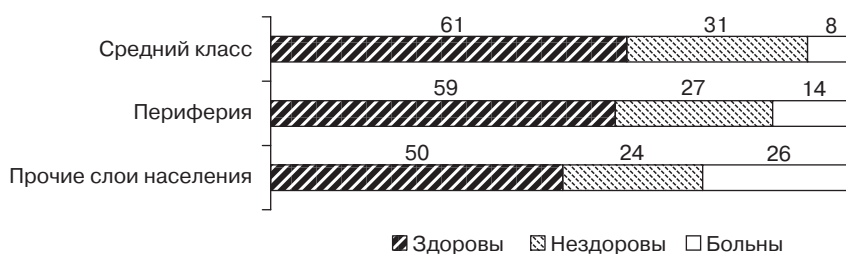


Рис. 1. Состояние здоровья представителей различных слоев населения России по методике EQ-5D, %

⁴ Методика перекодировки этой шкалы применительно к условиям России обоснована и описана в [Tikhonova 2008].

⁵ Речь идет о работе, проведенной в рамках проекта “Health, health policy and poverty in Russia: the dynamics of the health capacities of the poor and the social policy response”, INTAS Ref. Nr. 03-51-3769 (руководители – Н. Мэннинг (Великобритания), Н. Тихонова (Россия)).

При этом явно прослеживается та же тенденция, о которой мы упоминали выше, — здоровье российского среднего класса ухудшается позже, чем у остальных россиян (рис. 2).

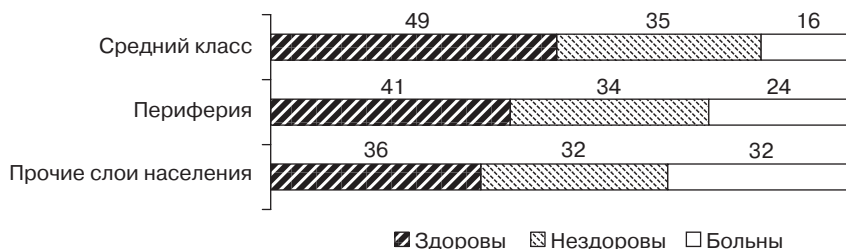


Рис. 2. Состояние здоровья представителей различных слоев населения России 51–60 лет по методике EQ-5D, %

Как видим, отличия образа жизни среднего класса, постепенно накапливаясь, дают к возрасту выхода на пенсию качественно разную картину. Учитывая же плюс к этим различиям в здоровье также специфику занятости среднего класса с относительно лучшими условиями труда, его представители чаще остальных имеют возможность по достижении пенсионного возраста продолжать трудовую деятельность. Соответственно, они обладают и качественно иными материальными возможностями, чем представители прочих слоев населения, и принципиально иным психологическим самоощущением. Если же они по достижении пенсионного возраста все-таки оставляют работу, то относительно благополучное материальное положение семьи не приводит к развитию у них столь же тягостного психологического состояния, как то, которое характеризует представителей прочих слоев населения, а благополучное финансовое положение позволяет в достаточной степени заботиться о своем здоровье, которое в этих благоприятных условиях после снятия производственной нагрузки может даже улучшиться. В итоге в возрасте после 60 лет контраст в здоровье между представителями среднего класса и остальных слоев населения возрастает (рис. 3).

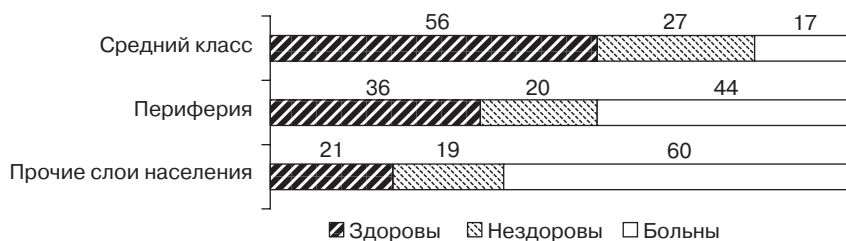


Рис. 3. Состояние здоровья представителей различных слоев населения России старше 60 лет по методике EQ-5D, %

Что касается ситуации со здоровьем среднего класса и всего населения России по различным шкалам, то самые плохие показатели наблюдаются у них по шкалам «наличие болей» и «наличие беспокойства или депрессии» (рис. 4–5).

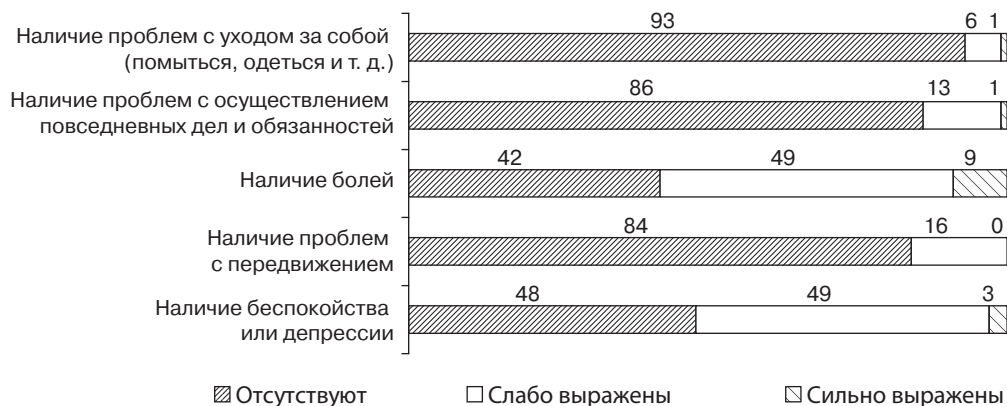


Рис. 4. Распределение показателей состояния здоровья по методике EQ-5D среди респондентов от 14 лет и старше (RLMS, 2005 г.), %

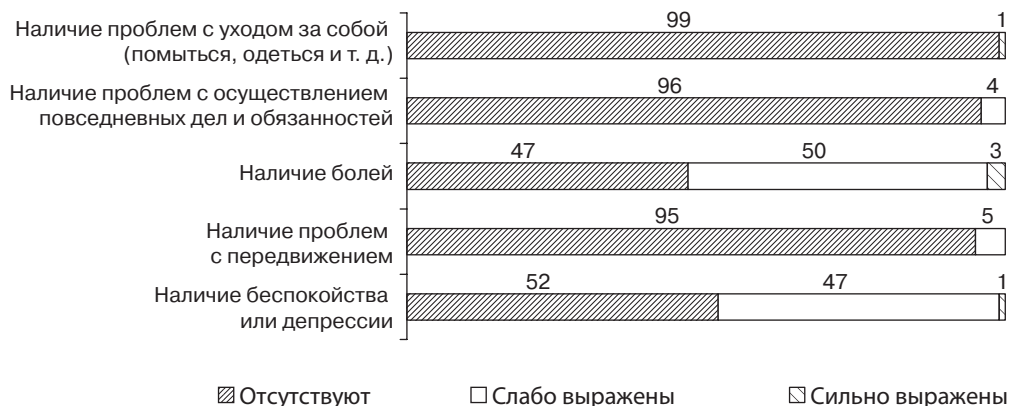


Рис. 5. Распределение показателей состояния здоровья по методике EQ-5D среди представителей среднего класса от 14 лет и старше (RLMS, 2005 г.), %

Как видно при сравнении рис. 4 и 5, ситуация со здоровьем у среднего класса по всем шкалам более благополучна, чем у населения в целом, но наиболее заметны различия по шкалам наличия проблем с осуществлением повседневных дел и наличия проблем с передвижением, т. е. по тем шкалам, которые оказывают значимое влияние на качество жизни человека и связь которых с классовой принадлежностью не очевидна. И очень важно, что и в этих областях состояние здоровья старших возрастных когорт представителей среднего класса отличается весьма существенно — 85% тех из них, кому «за 60», не испытывают проблем с передвижением, и 88% — с осуществлением повседневных дел и обязанностей. Соответствующие показатели по прочим слоям населения — всего 44% и 52%. Та же тенденция действует и для возрастной когорты 51–60 лет — 89% тех из них, кому «за 50», не испытывают никаких проблем ни с передвижением, ни с осуществлением повседневных дел и обязанностей, при том, что соответствующие показатели по прочим слоям населения составляют лишь 74% и 81%.

В то же время высокий уровень тревожности и распространенность депрессивных настроений, а также широкое распространение болевых ощущений среди всех возрастных когорт начиная с 26 лет и во всех слоях населения России, включая средний класс, являются чрезвычайно тревожной тенденцией. Тенденцией, тем более опасной в перспективе для здоровья среднего класса, что и то, и другое — не столько свидетельства уже наступившего ухудшения здоровья, сколько предвестники его ухудшения, так как стресс выступает мощным негативным фактором, влияющим на здоровье, а наличие болей свидетельствует, как правило, о начинающемся хроническом заболевании, далеко не всегда диагностированном — свыше 40% тех представителей среднего класса, кто испытывает болевые ощущения, не имеют ни одного установленного хронического заболевания.

При этом отмечаются два качественных скачка, когда общая картина состояния здоровья резко меняется. Первый происходит в возрастной группе 41–50 лет, когда все показатели (кроме способности самообслуживания) начинают достаточно резко ухудшаться, а второй — в группе старше 60 лет, когда по большому числу шкал основная часть группы начинает испытывать серьезные проблемы. В целом же полученные данные свидетельствуют о том, что в России здоровье как состояние, позволяющее людям вести активную в социально-экономическом аспекте жизнь, после 40 лет уже не характеризует большинство населения страны. Это сразу отражается на непрочности положения старших возрастных когорт на рынке труда.

Итак, главной особенностью среднего класса в плане его здоровья выступает не только в целом лучшее состояние последнего, но и то, что для его представителей ухудшение здоровья, влекущее за собой существенное ослабление рыночных позиций и качества жизни, наступает относительно позже, чем для остальных слоев населения России. Решающую роль в этом играют, видимо, какие-то общие обстоятельства жизни среднего класса. И здесь мы переходим к проблеме факторов, объясняющих состояние здоровья среднего класса, что заставляет вспомнить четыре основных подхода к их анализу и, прежде всего, «поведенческие» или «культурные» концепции, связывающие различия в здоровье с особенностями самосохранительного поведения представителей разных классов.

Связь таких особенностей поведения, как занятия физкультурой и спортом, отказ от курения, особенности употребления алкоголя с принадлежностью к среднему классу в России существует, и она статистически значима, хотя уровень этой значимости не очень высок (хи-квадрат менее 0,5), а доля сторонников здорового образа жизни в среднем классе в абсолютных цифрах невелика. Возможно, это связано с тем, что в советское время во всех слоях городского населения существовал некий единый стандарт поведения по отношению к собственному здоровью.

Что же в этой области сближает средний класс с остальными слоями и в чем состоят его основные отличия от них в этой области? Прежде всего, следует отметить, что в среднем классе реже, чем в прочих слоях населения, встречаются курящие (28% при 35% в прочих слоях населения), и они выкуривают в день меньшее число сигарет или папирос. С употреблением алкоголя средний класс также более осторожен, чем представители остальных слоев населения. Лишь 3% представителей среднего класса употребляют алкоголь чаще 2–3 раз в неделю, в то время как среди представителей прочих слоев населения этот показатель вдвое выше. Более осторожное обращение среднего класса с алкоголем прослеживается и в том, что здесь в 1,5 раза реже, чем в прочих слоях населения, встречается употребление спиртных напитков без еды (16%

против 25%), и в относительно более редком распитии спиртных напитков на улице (8% против 16%).

Статистически значимые, хотя и небольшие отличия характеризуют и поведение среднего класса в области физкультуры и спорта. По всем видам физической активности (плавание, бег, занятия на тренажерах и т. д.) доля занимающихся ими в нем в 1,5–3 раза превышает показатели прочих слоев населения. Однако при этом сами эти показатели во всех слоях населения очень невелики — максимальный показатель имеют занятия плаванием, и они практиковались лишь 6% представителей среднего класса. В итоге 71% представителей среднего класса (при 80% в прочих слоях населения) физкультурой и спортом вообще не занимаются. В то же время тот факт, что во всех возрастных когортах средний класс по числу занимающихся физкультурой и спортом в разы превосходит показатели периферии и прочих слоев населения, так же как и статистическая значимость этого показателя, свидетельствует о том, что несколько большее внимание среднего класса к этой стороне жизни относится к числу его характерных особенностей.

Не слишком заботится пока российский средний класс и о своем весе, причем независимо от того, какое у него здоровье. При относительно меньшей, чем в других слоях населения, необходимости экономить на питании, это приводит к тому, что его представители относительно чаще, чем другие слои населения, прибавляют в весе (34% при 27% в прочих слоях). Эта тенденция наиболее отчетливо прослеживается у наименее здоровой части среднего класса, и она статистически значима (хи-квадрат менее 0,01).

Из числа особенностей поведения, связанных с использованием системы здравоохранения, в первую очередь следует отметить, что договор добровольного медицинского страхования распространен в среднем классе в 3 с лишним раза чаще, чем в прочих слоях населения, и почти вдвое чаще, чем у представителей периферии. В то же время речь и в этом случае идет об очень небольших в абсолютном выражении числах — всего 6% представителей среднего класса имели в 2005 г. (по данным РМЭЗ) договор добровольного медицинского страхования, и даже в группах 26–30 и 51–60 лет, где такой договор был у максимального числа представителей среднего класса, речь шла лишь о 9–10% представителей этих групп. При этом в подавляющем большинстве случаев (83%) договор дополнительного медицинского страхования оплачивался предприятием, и лишь в 17% случаев самими представителями среднего класса. Также складывалась ситуация и для периферии, в отличие от ситуации в прочих слоях населения, где соответствующий показатель составлял лишь 71%. Таким образом, для 5% представителей среднего класса дополнительное медицинское страхование оплачивало предприятие, а у прочих слоев населения это встречалось лишь в 1% случаев. Разница, как видим, заметная, и даже статистически значимая (хи-квадрат менее 0,2), но в абсолютных цифрах небольшая и подавляющее большинство в среднем классе не затрагивающая.

Кроме того, средний класс проявляет заметно большую активность в посещении врачей — если рассматривать одни и те же возрастные когорты в диапазоне 26–60 лет, то в каждой из них среди представителей среднего класса доля посещавших врачей чаще одного раза в год оказывается на 10–18% выше, чем в прочих слоях населения (периферия, как обычно, занимает промежуточное положение). Причем максимальный разрыв характеризует младшие возрастные когорты, где проблема заболеваний возникает относительно реже (так, в когорте 26–30-летних этот разрыв достигает

18%, в когорте 31–40-летних – 15%). Это свидетельствует о том, что систематическая проверка своего здоровья для представителей среднего класса является своего рода социокультурной нормой, а не просто реакцией на ухудшение своего здоровья. Столь частое обращение к врачам позволяет представителям среднего класса, как правило, своевременно выявлять имеющиеся заболевания, что, с одной стороны, позволяет начать их своевременно лечить, а с другой – объясняет, почему по показателю наличия хронических заболеваний средний класс не отличается сколько-нибудь заметно от других слоев населения – он просто раньше их выявляет.

Возможно, впрочем, что более частые обращения представителей среднего класса к врачам связаны с определенным своеобразием в самом понимании ими здоровья. В этой связи надо сказать, что, как отмечал еще Т. Парсонс [Parsons 1958; Parsons 1982], представления о здоровье и болезни носят социокультурный характер и могут быть рассмотрены как универсальные категории только через систему общепринятых норм. Однако в мировой литературе проблема понимания населением здоровья и болезни долгое время не рассматривалась как самостоятельная, а социальная политика в сфере здравоохранения строилась с ориентацией на лечение болезней, а не на поддержание здоровья.

Интерес к этому вопросу возник лишь в последние десятилетия [Blaxter 1990]. Уже одно из первых исследований [Herzlich 1973] показало, что существует несколько подходов к определению здоровья, в частности, можно выделить «позитивное» и «негативное» определения здоровья. «Негативное» определение трактует здоровье как отсутствие болезней, в то время как «позитивное» определение включает в себя такие качества и характеристики, которыми должен обладать человек, чтобы его можно было назвать здоровым (наличие жизненной энергии, отсутствие стрессов и т. д.). Разные определения здоровья могут, в свою очередь, приводить к различным способам его поддержания и различным паттернам самосохранительного поведения [O'Sullivan, Stakelum 2004].

Как показало исследование, характерная для обществ традиционного, доиндустриального типа «физиологическая» модель здоровья и болезни до сих пор является в российской культуре доминирующей (52% россиян являются последовательными ее сторонниками), однако именно российский средний класс становится точкой локализации новых представлений о здоровье. Представлений, рассматривающих здоровье не только как физиологическое, но также как психологическое и социальное благополучие, как важнейший компонент качества жизни. Обратной стороной формирования этого нового представления о здоровье выступает одновременное формирование чувства индивидуальной ответственности за него, т. е. формирование внутреннего локус-контроля в отношении своего здоровья⁶. Во всяком случае, в среднем классе чисто физиологического, «негативного» понимания здоровья и болезни придерживались менее половины его представителей – 47%. Разница с россиянами в целом, как видим, не очень большая, но статистически значимая, и знак оценки меняется на противоположный. При этом 30% представителей среднего класса (при 20% в прочих слоях населения) отмечают, что быть здоровым означает не просто не иметь болезней, а обладать жизненной энергией, и еще 11% считают, что главное – не иметь стрессов. Были и такие, кто не смог назвать *один* главный признак здоровья

⁶ Подробнее о данном аспекте эволюции отношения россиян к своему здоровью см. в [Goryunova, Tikhonova 2008].

(вопрос этот задавался, как видим, в очень жесткой форме) или указал, что здоровье предполагает комбинацию всех признаков. Эти результаты вполне соответствуют выводам, полученным другими авторами, о том, что «позитивное» определение здоровья (в которое вписывается трактовка здоровья через наличие жизненной энергии) свойственно в первую очередь наиболее образованным слоям населения, и в целом — наиболее благополучным группам общества, будучи тесно связано с классовой принадлежностью [Blaxter 1990].

Если суммировать сказанное выше, то можно утверждать, что собственно поведенческие факторы свидетельствуют о тенденции формирования в российском среднем классе более здорового образа жизни и более современного понимания такого феномена, как здоровье, однако в силу незначительного распространения норм здорового образа жизни в российском среднем классе они не способны объяснить его относительно лучшее состояние здоровья. К этому стоит добавить также, что ни один из этих факторов не продемонстрировал высокий уровень статистически значимых связей с состоянием здоровья представителей среднего класса. Максимальные показатели коэффициента Спирмена были у состояния здоровья среднего класса связаны с курением, но и они составляли лишь $-0,097$ для количества выкуренных в день сигарет.

Следующая концепция, которая тестировалась нами для объяснения состояния здоровья среднего класса, — «материалистическая». Она предполагает, что значимые различия в состоянии здоровья среднего класса и других слоев населения связаны с уровнем их материального благополучия, позволяющим обеспечить гораздо лучшее питание, отдых и т. д., и более здоровыми условиями труда. Как показало исследование, все эти факторы действительно играют сегодня в России немалую роль.

Начнем с особенностей трудовой деятельности представителей среднего класса. Последние гораздо реже, чем представители остальных слоев населения, жалуются на то, что их работа тяжелая или грязная, — если среди работающих представителей среднего класса такие отзывы о ней встречаются соответственно у 8% и 14%, у представителей периферии — в 25% и 34%, то у прочих слоев населения — в 32% и 43% случаев. Таким образом, с точки зрения условий труда средний класс в современной России характеризуется относительно более благоприятными условиями для сохранения своего здоровья, чем представители других слоев населения.

Заметно лучшие условия у среднего класса и для сохранения своего здоровья, что называется, «в быту». Он имеет относительно лучшее питание, живет в более просторных и благоустроенных жилищах, может позволить себе более качественный отдых, чем представители других слоев населения. Проиллюстрируем это утверждение лишь на нескольких примерах, подчеркнув, что все представленные показатели демонстрируют высокий уровень статистической значимости при анализе их связи с состоянием здоровья, а зафиксированные тенденции прослеживаются и в рамках одних и тех же возрастных групп (табл. 2).

Естественно, что разные материальные возможности, как и формирующиеся различия в понимании здоровья, о которых упоминалось выше, сказались и на активности среднего класса по инвестициям в свое здоровье. Причем инвестиции в семьях среднего класса осуществляются не только в собственное здоровье, но и в здоровье своих детей (рис. 6).

Таблица 2. Самооценка отдельных сторон своей жизни представителями различных слоев населения (2008 г.), %

Слой населения	Самооценка		
	«Хорошо»	«Удовлетворительно»	«Плохо»
<i>Питание</i>			
Средний класс	55	44	1
Периферия	41	54	5
Прочие слои	21	60	19
<i>Жилищные условия</i>			
Средний класс	42	49	9
Периферия	33	54	13
Прочие слои	21	62	17
<i>Возможности проведения досуга</i>			
Средний класс	42	46	12
Периферия	32	51	17
Прочие слои	18	52	30
<i>Возможность отдыха в период отпуска</i>			
Средний класс	30	51	19
Периферия	18	50	32
Прочие слои	7	54	38

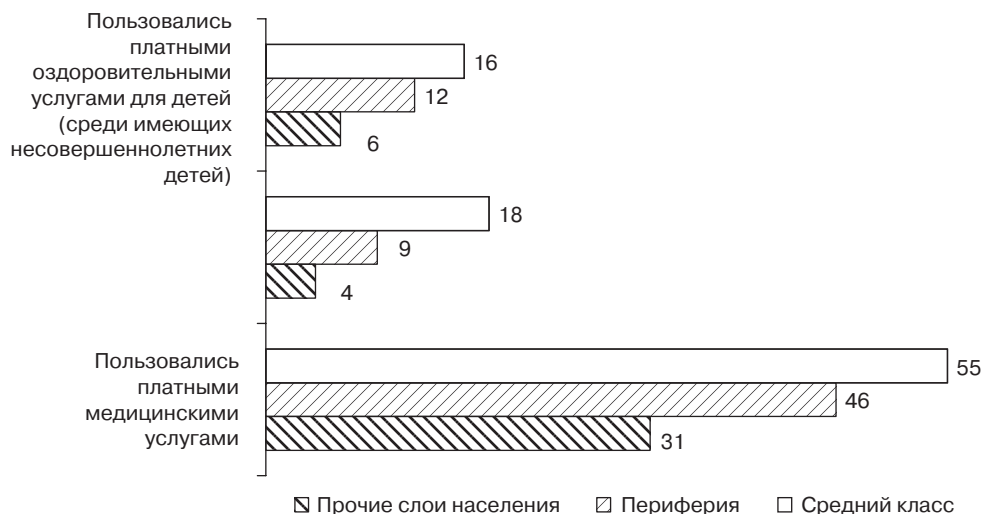


Рис. 6. Инвестиции в здоровье представителями различных слоев населения (2008 г.), %

При этом, судя по данным исследования «Малообеспеченность в современной России», половина использовавших платные медицинские услуги в среднем классе делала это из-за низкого качества их бесплатных аналогов, в то время как в прочих

слоях населения основная масса делала это просто в силу *недоступности* бесплатных медицинских услуг. Однако даже представителям среднего класса подчас не хватало средств на обеспечение необходимого лечения — 2% его представителей уже приходилось брать в 2005–2007 г. кредит для решения проблем, связанных со здоровьем, и примерно столько же собираются это сделать в течение ближайшего года. Более того, при условии наличия необходимых для этого средств, 11% представителей среднего класса обеспечили бы себе или членам своей семьи то платное лечение, на которое у них в настоящее время нет денег.

Чаще всего представители среднего класса не могут себе позволить оплатить из-за отсутствия требующихся денежных средств необходимые стоматологические услуги (9%), далее следует невозможность получить помощь в стационаре (8%). Кроме того, 5% представителей среднего класса не смогли в 2007 г. купить необходимые им лекарства и 4% — получить требующееся лечение или обследование в поликлиниках. Что же касается бесплатной медицинской помощи, то, учитывая, что 11–13% представителей всех слоев населения сталкивались в 2007 г. с нарушением их прав при получении медицинской помощи или бесплатных лекарств, она далеко не всегда даже при низком качестве бывает доступной для россиян, включая и представителей среднего класса.

Следует подчеркнуть также, что использование платных медицинских услуг распространено в среднем классе относительно шире, чем в других слоях населения, не только потому, что у него чаще находились необходимые для этого средства, но и из-за его повышенного внимания к своему здоровью. Во всяком случае расходы на лечение как отложенная потребность присутствовали во всех слоях населения почти в равной мере, а реально пользовались его представители платными медицинскими услугами гораздо чаще остальных россиян — и это при том, что самооценка здоровья у них, как уже отмечалось выше, была намного лучше. В этом плане «материалистическая» и «поведенческая» концепции анализа факторов здоровья применительно к российскому среднему классу успешно дополняли друг друга.

Это же в полной мере относится и к другим формам заботы о своем здоровье, требующим дополнительных вложений. Так, посещают спортивные клубы и секции 14% представителей среднего класса. Это, конечно, не много, но все же в 1,5 раза больше, чем в периферии, и в 5 раз больше, чем в прочих массовых слоях. При этом, если в других слоях населения физкультуре и спорту время уделяла в основном молодежь, а начиная с 30 лет показатели активности в этой области сократились сначала до 2%, а затем и до 0%, то в среднем классе они у молодежи до 25 лет превышали треть, затем снизились до 20%, находясь для 31–50-летних на уровне 10% (при 1% у представителей прочих слоев населения), и даже после 50 лет не опускались ниже 5%.

Однако еще ярче, чем в отношении «материалистической» концепции объяснения факторов здоровья, специфика российского среднего класса проявилась при анализе ситуации с его социально-психологическим состоянием. Причем эти отличия характеризуют ситуацию и в отношении чувства наличия социальной поддержки ближайшего окружения, и в плане перегрузок и высокой степени контроля на работе, и в отношении общей социально-психологической неудовлетворенности.

Именно удовлетворенность собственной жизнью и гораздо лучшее социально-психологическое состояние в целом являются наиболее характерным отличием среднего класса от остальных слоев населения. Не случайно, судя по данным РМЭЗ 2005 г., 55% представителей среднего класса удовлетворены своей жизнью и лишь 18% не удовлетворены ею (остальные удовлетворены частично) при том, что в прочих слоях населения это соотношение выглядит как 36 : 38. Очень высока также (59%) у среднего

класса и удовлетворенность и работой в целом, и условиями труда (57%). Выше, чем у остальных слоев, у представителей среднего класса удовлетворенность возможностями профессионального роста (36%). Гораздо прочнее и его положение на работе — лишь в 7% случаев работающие представители среднего класса говорили о том, что испытывают страх перед будущим из-за ситуации у них на работе при том, что в периферии его испытывали 15%, а в прочих слоях населения — 18%. Все это отразилось и на общей оценке представителями среднего класса своей работы — 41% их представителей оценивают ситуацию у себя на работе как хорошую и лишь 4% — как плохую, в то время как среди прочих слоев населения эти показатели выглядят как 20 : 15.

Очень ярко отличия социально-психологического состояния среднего класса от других слоев населения проявляются и в их оценке самих себя и своих возможностей повлиять на свою жизнь — так, считают, что высказывание «у меня мало таких качеств, которые ценятся в сегодняшней жизни» к ним не относится, 62% представителей среднего класса, в то время как в прочих слоях населения большинство полагает, что это как раз про них (периферия разделилась в этом вопросе точно поровну). Можно даже утверждать, что фиксируется четкая закономерность: именно те характеристики социально-психологического состояния, которые теснее всего связаны с уровнем здоровья, демонстрируют ярко выраженные различия в разных слоях населения (табл. 3).

Таблица 3. Некоторые особенности психологического состояния представителей различных слоев населения (RLMS, 2005 г.), %

Отношение к предложенным высказываниям	Средний класс	Периферия	Прочие слои населения
<i>«Я часто чувствую себя беспомощным перед проблемами, возникающими в моей жизни»</i>			
Согласны и скорее согласны	20	26	41
Не согласны и скорее не согласны	80	73	56
<i>«Я не могу справиться со своими проблемами»</i>			
Согласны и скорее согласны	9	13	31
Не согласны и скорее не согласны	91	86	68
<i>«То, что я могу сделать, мало что изменит в моей жизни»</i>			
Согласны и скорее согласны	23	32	45
Не согласны и скорее не согласны	76	67	53
<i>«Я мало могу влиять на то, что со мной происходит»</i>			
Согласны и скорее согласны	17	24	41
Не согласны и скорее не согласны	82	75	57
<i>«В целом я удовлетворен собой»</i>			
Согласны и скорее согласны	87	80	73
Не согласны и скорее не согласны	13	19	25
<i>«То, что произойдет со мной в будущем, во многом зависит от меня»</i>			
Согласны и скорее согласны	83	75	65
Не согласны и скорее не согласны	17	24	33

Примечание. В таблице не представлены затруднившиеся с ответом и не ответившие. Порядок суждений в таблице выдержан в соответствии со статистической значимостью их связи с показателями здоровья по укрупненной шкале EQ-5D (коэффициент Спирмена от $-0,296$ до $0,214$).

Еще более полную и актуальную картину социально-психологического состояния среднего класса можно получить, обратившись к данным исследования «Малообеспеченность в современной России».

Таблица 4. Некоторые особенности психологического состояния представителей различных слоев населения (2008 г.), %

Испытывали чувства	Средний класс	Периферия	Прочие слои населения
<i>Несправедливости всего происходящего</i>			
Часто	22	31	44
Иногда	59	52	43
Практически никогда	19	16	13
<i>Собственной беспомощности повлиять на происходящее вокруг</i>			
Часто	14	24	37
Иногда	56	54	44
Практически никогда	30	21	19
<i>Что дальше так жить нельзя</i>			
Часто	10	17	28
Иногда	43	47	45
Практически никогда	47	36	26
<i>Уверенности, что близкие и коллеги всегда придут на помощь, если понадобится</i>			
Часто	52	43	40
Иногда	38	42	45
Практически никогда	9	14	14
<i>Страх перед будущим из-за ситуации у них на работе</i>			
Часто	8	15	18
Иногда	45	47	48
Практически никогда	47	38	33
<i>Оценка жизни в целом</i>			
Хорошо	44	27	12
Удовлетворительно	55	65	70
Плохо	1	8	18

Примечание. Данные приводятся по работающим представителям разных классов. Затруднившиеся с ответом в таблице не представлены. Порядок суждений выдержан в соответствии со статистической значимостью их связи с показателями самооценки здоровья (коэффициент Спирмена для трех первых переменных от $-0,283$ до $-0,245$). Для двух следующих он менее $0,1$, но хи-квадрат демонстрирует наличие статистически значимых связей и менее $0,01$. Для последней коэффициент Спирмена $0,364$ при показателях хи-квадрата менее $0,001$.

Как видим, для среднего класса менее характерны ощущение несправедливости, беспомощности, отсутствие ощущения социальной поддержки ближайшего окружения, общая социально-психологическая неудовлетворенность и т. д. И наоборот, средний класс характеризуется, прежде всего, чувством контроля за своей жизнью,

осознает, что может повлиять на происходящее с ним, что, несомненно, улучшает его психологическое состояние.

Немалую роль в общем оптимистическом настрое среднего класса играет и имеющаяся только у него (от высших слоев населения мы в данном случае отвлекаемся) возможность изменить что-либо в своей жизни к лучшему. Так, судя по данным исследования «Малообеспеченность в современной России», в последние три года 44% представителей среднего класса (при 29% в периферии и 15% в прочих слоях) имели возможность повысить уровень своего материального благосостояния, 18% (при 12% в периферии и 6% в прочих слоях) улучшили свои жилищные условия, 9% (при 5% в периферии и 2% в прочих слоях) побывали в других странах мира. Самое же главное, что лишь 28% представителей среднего класса в последние три года не смогли добиться никаких серьезных положительных сдвигов в своей жизни как в перечисленных выше областях, так и в том, что было связано с должностным ростом, повышением своей квалификации или дорогостоящими покупками. В периферии этот показатель составил 49%, а в прочих массовых слоях — 74%.

Эта тенденция сохранялась и внутри одних и тех же возрастных когорт. При этом наибольший разрыв (3,5 раза) в степени успешности характеризовал уже не раз упоминавшуюся выше возрастную когорту 41–50 лет (доля не добившихся за три года никаких значимых положительных сдвигов в жизни составляла здесь 26% при 73% по прочим слоям населения, где, напомним, именно с этого возраста начинает ошутимо расти доля лиц с плохим здоровьем). Даже в когорте 51–60-летних лишь 37% представителей среднего класса не добились значимых успехов в жизни при том, что в прочих слоях населения этот показатель достигал 77%.

Негативных же событий в жизни среднего класса происходило относительно меньше — у его представителей более чем втрое реже, чем в прочих слоях населения, встречалось ухудшение за последние пять лет их материального положения (7% против 24%), работающим представителям среднего класса относительно реже не оплачивали или оплачивали не полностью больничные листы (77% против 65% в прочих слоях населения), реже оказывались они в течение последних пяти лет в состоянии безработицы продолжительностью свыше 3 месяцев (14% против 31%).

Все это заставляет вспомнить четвертую концепцию, объясняющую различия в здоровье, — концепцию «жизненного цикла». Если рассматривать ситуацию с особенностями жизни среднего класса во времени, то, как видно из приведенных выше данных, на протяжении длительного периода жизни его представители имеют гораздо больше позитивных и меньше негативных событий и эмоций. В то же время длительное накопление негативных эмоций, особенно развивающихся на фоне чувства собственной беспомощности, ведет к длительным стрессам и развитию различных заболеваний. Даже безотносительно к поведенческим или материальным особенностям жизни разных слоев, уже сам по себе факт накапливаемой во времени беспомощности, безотносительно ко всему остальному, угнетающе действует на здоровье. И наоборот, разнообразие положительных впечатлений, ощущение положительных сдвигов в жизни словно вырабатывает какой-то фермент или гормон, позволяющий сохранять, а подчас и улучшать здоровье.

Причем в условиях интенсивного и длительного действия негативных факторов макросреды (ощущение себя в массовом масштабе в новой роли социальных аутсайдеров, аномия и возникновение агрессивной внешней среды, чувство беспомощности и бесправия, нестабильность и безысходность) все прочие факторы — само-

сохранительная активность, вредные условия труда и т. д. — играют несопоставимо меньшую роль, чем в обычных стабильных условиях. Возможно, с этим связано и уже фиксировавшееся в литературе [Wilkinson 2000] относительно худшее здоровье людей в обществах с высоким уровнем социальных неравенств и низким уровнем доверия, поскольку и то, и другое через ощущение неблагоприятности своего положения в социуме, его нестабильности, а в конечном счете — пониженного чувства безопасности, провоцирует массовое ухудшение здоровья даже безотносительно к образу жизни самих людей.

Таким образом, каждый из основных социологических подходов к анализу феномена здоровья российского среднего класса оказывается по-своему прав и подтверждается эмпирически. Однако ни один из них не является в современной России достаточным для описания происходящих процессов. Скорее, здесь можно говорить о сложной цепи взаимодействия определяющих здоровье факторов.

Заключение

Средний класс и в России имеет заметно лучшее здоровье, чем представители всех остальных слоев населения, причем с возрастом эти различия усиливаются. Это свидетельствует о том, что в жизни среднего класса имеют место факторы, которые, накапливаясь во времени, позволяют его представителям относительно позже снижать качество жизни из-за ухудшения здоровья, менее болезненно переносить столь значимый для многих россиян по соображениям здоровья 40-летний рубеж и подходить к пенсионному возрасту, еще не будучи в большинстве своем безусловно больными. В этом отношении российский средний класс оказывается ближе других слоев российского общества к той ситуации, в которой находится население развитых западноевропейских стран, что, впрочем, не удивительно, поскольку в них, в отличие от России, большинство населения составляет, с учетом уровня развития их экономики и вытекающих из этого особенностей социально-профессиональной структуры, именно средний класс.

Качественные отличия среднего класса от остальных слоев населения в плане факторов, способных оказывать влияние на его здоровье, заключаются, однако, не только в иных условиях труда, и уж тем более не только в более рациональном поведении по отношению к собственному здоровью (занятия физкультурой, контроль веса, отказ от курения или алкоголя, а также большая самосохранительная активность среднего класса в общении с системой здравоохранения). Тенденция к такого рода поведению у российского среднего класса есть, но различия в этой области между ним и остальными слоями населения выражены достаточно слабо. Главное же его отличие — в особенностях самой жизни среднего класса, относительно большей прочности его положения и существенно ином психологическом состоянии. В итоге, с одной стороны, на него действует относительно меньшее число негативных факторов, вытекающих из общей ситуации в стране, а с другой — имеющиеся у него ресурсы позволяют ему относительно лучше сопротивляться их негативному воздействию.

Тем не менее общий итог исследования скорее неутешителен — здоровье российского среднего класса далеко от идеального. Практически две трети его представителей в большей или меньшей степени имеют какие-либо проблемы со здоровьем, причем для многих отсутствие установленных диагнозов заболеваний препятствует их своевременному лечению. Далеко от идеального и состояние здоровья молодых

представителей этого класса — даже если говорить только об уже выявленных хронических заболеваниях, то в возрасте до 25 лет их имеет около трети, в том числе каждый десятый — более одного такого заболевания. При этом далеко не всегда даже средний класс в России может получить необходимую ему медицинскую помощь. Все это ставит под вопрос возможность сохранения не только человеческого капитала страны, но и нормального физического воспроизводства среднего класса. А это, в свою очередь, делает весьма проблематичными и декларируемые руководством страны планы по превращению России в одну из наиболее успешных и конкурентоспособных держав на международной арене в XXI в.

Литература

- Аврамова Е.М.* Формирование среднего класса в России: определение, методология, количественные оценки // *Общественные науки и современность*. 2002. № 1.
- Беляева Л.А.* Социальная стратификация и средний класс в России: 10 лет постсоветского развития. М.: Academia, 2001.
- Россия и страны мира 2006 год: Стат. сб. М.: Росстат, 2006.
- Средние классы в России: экономические и социальные стратегии / Под общ. ред. Т.М. Малевой. М.: Гендальф, 2003.
- Тихонова Н.Е.* Социальная стратификация в современной России: опыт эмпирического анализа. М.: ИС РАН, 2007.
- Тихонова Н.Е., Горюнова С.В.* Методология выделения и основные особенности среднего класса в современной России // *SPERO*. 2008а. № 3.
- Тихонова Н.Е., Горюнова С.В.* Теоретико-методологические проблемы анализа среднего класса // *SPERO*. 2008б. № 2.
- Bartley M.* Health Inequality: an Introduction to Theories, Concepts and Methods. Cambridge, England: Polity Press, 2004.
- Blaxter M.* Health and Lifestyles. Routledge, 1990.
- Brooks R.* EuroQol: the Current State of Play // *Health Policy*. 1996. № 37.
- Cockerham W.C.* Health Lifestyles and the Absence of the Russian Middle Class // *Sociology of Health & Illness*. 2007. Vol. 29. № 3.
- Goryunova S., Tikhonova N.* The Understanding of Health: Absence of Disease or the Potential for a Worthwhile Life in Society? // *Health and Health Policy in the New Russia* / N. Manning, N. Tikhonova (eds.). Ashgate, 2008.
- Herzlich C.* Health and Illness: A Social Psychological Analysis. L.: Academic Press, 1973.
- Kind P.* et al. Variations in Population Health Status: Results from a United Kingdom National Questionnaire Survey // *British Medical Journal*. 1998. № 316.
- O'Sullivan S., Stakelum A.* Understandings of Health // *Constructions of Health and Illness: European Perspectives* / Ed. by I. Shaw, K. Kaupinnen. Ashgate, 2004.
- Parsons T.* Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure // *Social Structure and Personality*. 1982.
- Parsons T.* An Approach to Psychological Theory in Studies in General Theory. N. Y.: McGraw-Hill, 1958.
- Tikhonova N.* The State of Health of Russia's Population and Measuring it // *Health and Health Policy in the New Russia* / N. Manning, N. Tikhonova (eds.). Ashgate, 2008.
- Wilkinson R.G.* Mind the Gap: Hierarchies, Health and Human Evolution. L.: **Weidenfeld and Nicolson**, 2000.