

№ 6, май 2013

ВЕСТНИК *Института* Социологии

www.vestnik.isras.ru

С Е Т Е В О Й
Ж У Р Н А Л

Тема номера: **Здоровье населения**

/ Возрастные особенности
динамики здоровья россиян

/ Статус пациента
и поведение врачей

/ Расходы на здравоохранение
как показатель качества
модернизации

/ Социальный характер проблем
охраны здоровья

Международный редакционный совет

Председатель:

ЯДОВ Владимир Александрович – доктор философских наук, профессор, руководитель Центра теоретических и историко-социологических исследований ИС РАН, декан социологического факультета Государственного академического университета гуманитарных наук.

ГАВРИЛЮК Вера Владимировна – доктор социологических наук, профессор, директор института гуманитарных наук Тюменского государственного нефтегазового университета;

ДИБИРОВ Абдул-Насир Зирарович – доктор политических наук, Заслуженный деятель науки Республики Дагестан, ректор Дагестанского института экономики и политики;

ДРОБИЖЕВА Леокадия Михайловна – доктор исторических наук, профессор, руководитель Центра исследования межнациональных отношений ИС РАН;

КОНСТАНТИНОВСКИЙ Давид Львович – доктор социологических наук, руководитель Центра социологии образования, науки и культуры ИС РАН;

КОССЕЛА Кшиштоф – профессор Института социологии Варшавского университета (Польша);

КРАВЧЕНКО Сергей Александрович – доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой социологии МГИМО(У) МИД РФ;

КРАСИН Юрий Андреевич – доктор философских наук, профессор, главный научный сотрудник ИС РАН;

КРУММ Райнхардт – доктор философии, руководитель Российского филиала Фонда им. Ф. Эберта (Германия);

ЛАПИН Николай Иванович – член-корреспондент РАН, заведующий отделом аксиологии и философской антропологии ИФ РАН;

МИНЗАРИПОВ Ряз Гатауллович – доктор социологических наук, профессор, проректор Казанского (Приволжского) Федерального университета;

МИТРОВИЧ Любиша – профессор, директор Института социологии Университета г. Ниш (Сербия);

МОРГАН Джон Уильям – доктор философии, профессор, Председатель национальной комиссии ЮНЕСКО, заведующий кафедрой политической экономики образования Ноттингемского университета (Великобритания);

НЕМИРОВСКИЙ Валентин Геннадьевич – доктор социологических наук, заведующий отделением социологии и общественных связей Института психологии, педагогики и социологии Сибирского федерального университета;

ПАН Давэй – доктор социологических наук, профессор, директор Центра по изучению России Шанхайской академии общественных наук (Китай);

ПОКРОВСКИЙ Никита Евгеньевич – доктор социологических наук, профессор, заведующий кафедрой общей социологии, Ординарный профессор НИУ-ВШЭ;

ЛИ Пэй Лин – профессор, директор Института социологии Китайской академии общественных наук (Китай);

САРАЛИЕВА Зарэтхан Хаджимурзаевна – доктор исторических наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, заведующая кафедрой общей социологии и социальной работы Нижегородского государственного университета;

СКВОРЦОВ Николай Генрихович – доктор социологических наук, профессор, декан факультета социологии и проректор по научной работе Санкт-Петербургского государственного университета;

ТАМАШ Пал – профессор, академик Венгерской академии инженерных наук, ведущий научный сотрудник Института социологии Венгерской академии наук (Венгрия);

ТИХОНОВА Наталья Евгеньевна – доктор социологических наук, заместитель Председателя Учёного совета и заместитель директора по научной работе ИС РАН;

ТОЩЕНКО Жан Терентьевич – член-корреспондент РАН, декан факультета социологии РГГУ, главный редактор научного журнала «Социологические исследования»;

ЧУЛУУНБААТАР Гэлэгпил – академик АН МНР, профессор, директор Академии управления МНР (Монголия).

Редакционная коллегия

Главный редактор:

ГОРШКОВ Михаил Константинович – академик РАН, директор ИС РАН;

Заместители главного редактора:

ГОЛЕНКОВА Зинаида Тихоновна – д. филос. н., проф., Засл. деят. науки РФ ИС РАН;

КОЗЫРЕВА Полина Михайловна – д. социол. н., ИС РАН;

ХАЛИЙ Ирина Альбертовна – д. социол. н., ИС РАН.

Ответственный секретарь:

ПОДЪЯЧЕВ Кирилл Викторович – к. полит. н., ИС РАН.

Редактор:

АМЕЛЬКИНА Ольга Александровна – н. с., ИС РАН.

Члены:

АКИМКИН Е. М. – к. социол. н., ИС РАН;

БЫЗОВ Л. Г. – к. э. н., ИС РАН;

ГОФМАН А. Б. – д. социол. н., проф., ИС РАН;

ДАНИЛОВА Е. Н. – к. филос. н., ИС РАН;

ДЕНИСОВСКИЙ Г. М. – к. филос. н., ИС РАН;

ЖВИТИАШВИЛИ А. Ш. – к. ист. н., ИС РАН;

ЗУБОК Ю. А. – д. социол. н., проф., ИСПИ РАН;

КЛЮЧАРЁВ Г. А. – д. филос. н., проф., ИС РАН;

МАГУН В. С. – д. псих. н., ИС РАН;

МАРКИН В. В. – д. социол. н., проф., ИС РАН;

ПАТРУШЕВ С. В. – к. ист. н., ИС РАН;

РЫЖОВА С. В. – к. социол. н., ИС РАН;

СОГОМОНОВ А. Ю. – к. ист. н., ИС РАН;

ЯХИМОВИЧ З. П. – д. ист. н., проф., ИС РАН.

Содержание

<i>Козырева П. М.</i> Представляю номер	5
Тема номера: Здоровье населения.....	8
<i>Козырева П. М., Низамова А. Э., Смирнов А. И.</i> Здоровье населения России: динамика и возрастные особенности (1994-2011 гг.)	8
<i>Малышев М. Л., Варламова С. Н.</i> Обращение россиян за медицинской помощью.....	48
<i>Чирикова А. Е.</i> Влияние статуса пациента на поведение врачей.....	67
<i>Ивахненко Г. А.</i> Здоровьесберегающие технологии в российских вузах.....	99
<i>Журавлёва И. В., Иванова Л. Ю., Ивахненко Г. А.</i> Студенты: поведенческие риски и ценностные ориентации в отношении здоровья	112
<i>Иванова Л. Ю.</i> Социальные риски для здоровья трудовых мигрантов	130
<i>Шилова Л. С.</i> Модернизация российского здравоохранения: вызовы, ожидания и реальность	146
<i>Журавлёва И. В.</i> Почему не улучшается здоровье россиян?.....	163
Вопросы теории.....	177
<i>Колье П.</i> Политическая экономия этничности	177
<i>Кошлаков Д. М.</i> Категории симметрии и асимметрии в социологических и политологических исследованиях....	196
<i>Руткевич Е. Д.</i> «Новая парадигма» в социологии религии: Pro и Contra	207
Социология образования: сравнительные исследования.....	234
<i>Ключарёв Г. А.</i> «Проблема мелюзги», образовательные неравенства и эффективность вузов как социально- экономические индикаторы	234
<i>Колесникова Е. М.</i> Образ профессионального учительского сообщества в британских и российских СМИ	252
Summary	278

**П. М. Козырева,
заместитель главного редактора
«Вестника Института социологии»**

Представляю номер

Темой номера является **здоровье населения**, которое отражает как многостороннее и многоуровневое взаимодействие разнообразных экономических, социальных, демографических, медико-экологических, культурно-нравственных факторов, так и результаты деятельности системы здравоохранения по охране, восстановлению и укреплению общественного здоровья. Поскольку здоровье нации относится к ключевым ресурсам развития государства, важнейшим факторам экономического роста и обеспечения безопасности, проблемы охраны и укрепления здоровья населения всё чаще выходят на первый план. Немаловажное значение имеет и то, что, несмотря на улучшение отдельных медико-демографических показателей, которое является результатом экономического роста, улучшения условий жизни людей и позитивных сдвигов в деятельности органов здравоохранения, ситуация в области охраны и укрепления здоровья населения остаётся крайне сложной. К проблемам, заслуживающим всё большего внимания, относятся снижение уровня заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности в трудоспособном возрасте, повышение качества медицинской помощи, организационные, социальные и экономические меры по охране и укреплению здоровья населения. Наблюдается огромное разнообразие ситуации в регионах, хотя для большинства субъектов Российской Федерации характерны также и общие проблемы.

Именно эти и некоторые другие важные обстоятельства способствовали повышению внимания к исследованию динамики состояния и проблем охраны, восстановления и укрепления здоровья населения России.

Рубрика содержит восемь статей, представляющих результаты исследования различных аспектов темы здоровья населения в нашей стране.

Статья [«Здоровье населения России: динамика и возрастные особенности \(1994-2011 гг.\)»](#) (авторы: П. М. Козырева, А. Э. Низамова, А. И. Смирнов) посвящена анализу динамики здоровья населения постсоветской России, а также влияния

отдельных факторов сохранения здоровья на основе данных «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения» (RLMS-HSE). Мониторинг содержит специальный блок вопросов, позволяющих получать объёмную информацию, касающуюся оценки физического здоровья и особенностей самосохранительной активности граждан. Основное внимание уделяется изучению возрастных особенностей динамики здоровья и степени распространённости заболеваемости в стране.

В статье [М. Л. Малышева и С. Н. Варламовой «Обращение россиян за медицинской помощью»](#) приведена динамика самооценок состояния здоровья россиян за 2005-2010 гг., в т. ч. различных социально-демографических и доходных группах. Анализируя результаты общероссийских опросов, авторы рассматривают доступность для населения услуг узких медицинских специалистов в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС), а также пользование платными и бесплатными медицинскими услугами.

[А. Е. Чирикова](#) в статье [«Влияние статуса пациента на поведение врачей»](#) рассматривает влияние статуса пациентов на лечебную деятельность врачей разных специальностей, представляющих лечебные учреждения различного уровня. Автор показывает, что современные врачи по-разному строят свою лечебную деятельность в отношении высоко- и низкостатусных пациентов, богатых и бедных больных, в отношении своих родственников и коллег.

Различные виды образовательных здоровьесберегающих технологий анализируются в статье [Г. А. Ивахненко «Здоровьесберегающие технологии в российских вузах»](#), подчёркивается важность их использования в российских вузах для сохранения здоровья студентов, выделяются основные тематические аспекты, которые затрагивают учёные и специалисты в своих работах по этой проблеме.

Тему здоровья студентов продолжает статья [«Студенты: поведенческие риски и ценностные ориентации»](#) (авторы: [И. В. Журавлёва, Л. Ю. Иванова, Г. А. Ивахненко](#)). В ней анализируются основные поведенческие риски в отношении здоровья студентов (курение, употребление алкоголя, наркотиков, неправильное питание, гиподинамия и дистресс) на материалах исследования, проведённого в 10 городах России и Беларуси. Ценность здоровья рассматривается в зависимости от места проживания, культурологических и национальных особенностей.

[Социальные риски для здоровья трудовых мигрантов](#) являются фокусом одноимённой статьи [Л. Ю. Ивановой](#). На материале вторичного анализа исследований, проведённых среди мигрантов, экспертных мнений и информации из интернет-источников выявляются социальные аспекты рисков для

здоровья трудовых мигрантов в различных сферах их жизни – контроль здоровья при въезде и устройстве на работу; социальная адаптация и самосохранительное поведение; влияние трудовых отношений и статуса работника на доступ к медицинской помощи.

Проблемы модернизации здравоохранения рассматриваются в статье [Л. С. Шиловой «Модернизация российского здравоохранения: вызовы, ожидания и реальность»](#). Выявляются основные направления этого процесса, способы взаимодействия структур здравоохранения с населением, механизмы социокультурных инноваций в исследуемой сфере, а также реакции на это граждан страны.

Рубрика завершается попыткой ответить на вопрос: [«Почему не улучшается здоровье россиян?»](#) – именно так называется статья [И. В. Журавлёвой](#). К социальным причинам ухудшения здоровья россиян автор относит отсутствие идеологии здоровья, недостаточность внимания к формированию ответственности индивида за своё здоровье, слабое развитие системы образования в анализируемой сфере, искажение сути профилактики.

Помимо основной темы номера в журнале представлены две традиционные рубрики: «Вопросы теории» и «Социология образования».

Рубрика [«Вопросы теории»](#) содержит три статьи. Статья [«Политическая экономия этничности»](#) английского учёного [Пола Коллье \(Paul Collier\)](#) посвящена теоретической интерпретации взаимовлияния этничности, экономики и конфликтогенности. Молодой социолог из Брянска [Д. М. Кошляков](#) продолжает поднятую тему развития социальных и политических процессов в статье [«Категории симметрии и асимметрии в социологических и политологических исследованиях»](#). Третья статья в рубрике – [«Новая парадигма» в социологии религии: Pro и Contra](#). В ней автор ([Е. Д. Руткевич](#)) анализирует составные части «новой парадигмы» в социологии религии: теорию рационального выбора и религиозной экономики.

Статьи в рубрике [«Социология образования»](#) посвящены сравнению различных аспектов образования в Великобритании и России. Так, [Г. А. Ключарёв](#) в статье [«“Проблема мелюзги”, образовательные неравенства и эффективность вузов как социально-экономические индикаторы»](#) рассматривает два важнейших аспекта функционирования современной системы образования; неравенство в доступе к нему и определение критериев эффективности образовательных учреждений. Статья [Е. Д. Колесниковой «Образ профессионального учительского сообщества в британских и российских СМИ»](#) раскрывает подходы к созданию образа профессиональной группы педагогов в публичном пространстве средствами СМИ.

Т е м а н о м е р а : З д о р о в ь е н а с е л е н и я

Здоровье населения России: динамика и возрастные особенности (1994-2011 гг.)



Козырева Полина Михайловна – доктор социологических наук, первый заместитель директора ИС РАН, директор Центра лонгитюдных обследований НИУ ВШЭ

E-mail: pkozyreva@isras.ru



Низамова Алфия Энварьевна – кандидат социологических наук, заместитель директора Центра лонгитюдных обследований НИУ ВШЭ, старший научный сотрудник ИС РАН

E-mail: anizamova@hse.ru



Смирнов Александр Ильич – доктор социологических наук, ведущий научный сотрудник ИС РАН

E-mail: smir_al@bk.ru

Здоровье населения России: динамика и возрастные особенности (1994-2011 гг.)

Аннотация

В статье на основе данных «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ» (RLMS-HSE) анализируются возрастные особенности динамики здоровья россиян в постсоветский период. Рассматривается возрастная специфика распространённости хронических заболеваний, инвалидности и самосохранительного поведения. Значительное внимание уделяется исследованию таких факторов ухудшения здоровья, как курение и употребление спиртных напитков.

Ключевые слова: здоровье населения, возрастные особенности здоровья, хронические заболевания, диагностика заболеваний, инвалидность, факторы риска, самосохранительное поведение

Здоровье населения как важнейший компонент или интегральный показатель качества жизни в объективных его проявлениях отражает сложную совокупность экономических, социальных, демографических и иных процессов, протекающих в обществе, уровень его экономического и культурного развития [Журавлёва 2001: 507]. Оно формируется и поддерживается совокупностью условий жизни, которые не остаются неизменными [Прохоров 2006: 124-127], а также характером поведения людей во всех сферах деятельности [Назарова 2007: 9]. И в то же время здоровье выступает в качестве одного из основных адаптационных ресурсов, определяющих возможности граждан приспособливаться к меняющейся социальной среде, определяет возможности трудоустройства, оказывает влияние на трудоспособность работников и обуславливает дифференциацию рабочего времени [Тапилина 2004: 315-348]. Именно эти и некоторые другие важные обстоятельства способствовали повышению внимания к исследованию состояния и динамики здоровья населения в период радикальных преобразований.

Данная работа посвящена анализу динамики здоровья населения постсоветской России на основе данных «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения»

(RLMS-HSE)¹. Мониторинг содержит специальный блок вопросов, позволяющих получать достаточно объёмную информацию, касающуюся оценки физического здоровья и особенностей самосохранительной активности граждан. Основное внимание в работе уделяется изучению возрастных особенностей динамики здоровья россиян. Анализ осуществляется по четырём возрастным группам, которые представлены подростками (14-17 лет), молодыми людьми (18-29 лет), гражданами среднего возраста (30-59 лет) и пожилыми людьми, вступившими в пенсионный возраст (60 лет и больше). Сопоставление показателей их здоровья даёт возможность выяснить, насколько существенны возрастные различия в здоровье, определить направленность происходящих изменений, а также установить величину вклада отдельных возрастных групп в показатели заболеваемости, понять, каков у них спектр проблем, связанных со здоровьем, его укреплением или сбережением.

Как показал анализ, на протяжении двух последних десятилетий динамика здоровья населения России во многом определялась масштабами и глубиной изменений, происходивших во всех сферах общественной жизни. При этом негативная динамика, характерная для начала наиболее трудных 1990-х гг., постепенно сменилась развитием позитивных тенденций. Так, с 1994 по 2011 гг. доля респондентов, оценивающих своё здоровье как хорошее и очень хорошее, выросла с 25,2 до 35,2%, т. е. на 10% (см. таблицу 1). Этот рост произошёл главным образом за счёт респондентов, оценивающих своё здоровье как среднее (не хорошее, но и не плохое), доля которых за указанный период уменьшилась почти на 6%. Не трудно также заметить, что устойчивая позитивная динамика наблюдалась с 2000 г., тогда как в 1990-е гг. показатели менялись незначительно.

Таблица 1

Оценка состояния здоровья, 1994-2011 гг., %

Оценка	Годы сбора данных									
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011
Очень хорошее	1,9	1,5	2,8	2,6	1,8	1,6	1,9	2,5	1,9	2,3
Хорошее	23,3	27,3	26,0	25,7	26,3	28,9	27,6	29,1	31,2	32,9
Среднее	55,7	52,5	52,5	53,3	55,4	53,0	54,5	51,9	52,8	49,8
Плохое	15,5	15,1	15,4	14,9	13,5	13,4	13,4	13,9	12,1	12,6
Совсем плохое	3,3	3,2	2,9	3,2	2,8	2,5	2,2	2,3	1,7	1,8
Затруднились ответить	0,3	0,4	0,4	0,3	0,2	0,6	0,4	0,3	0,3	0,6

¹ «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ» (RLMS-HSE) проводится совместно НИУ ВШЭ и ЗАО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле (США) и Института социологии РАН.

Глобальный финансово-экономический кризис, охвативший Россию в конце первого десятилетия нового века, совершенно не отразился на самооценках состояния здоровья. Наоборот, именно в эти годы были зафиксированы самые высокие темпы роста удельного веса респондентов с хорошим и очень хорошим здоровьем. С 2008 по 2010 гг. их доля увеличилась на 2,1% (с 31,6 до 33,1%), что выше роста предкризисных 2006-2008 гг., составившего только 1,5%. Весьма значительными оказались также показатели, свидетельствующие об улучшении здоровья, которые были выявлены в 2011 г. За последний год доля лиц, оценивающих своё здоровье как хорошее и очень хорошее, выросла с 33,1 до 35,2%, тогда как удельный вес тех, кто оценивает своё здоровье как среднее, сократился с 52,8 до 49,8%.

Улучшение оценок состояния здоровья согласуется со снижением уровня тревожности в обществе и повышением степени удовлетворённости граждан своей жизнью в целом и отдельными её сторонами. С 1998 г., когда были зафиксированы минимальные значения, по 2011 г. доля россиян, удовлетворённых своей жизнью в целом, выросла более чем в четыре раза – с 11,9 до 49,2%, тогда как доля тех, кто недоволен своей жизнью, сократилась в два с половиной раза – с 69,3 до 28,3% (см. таблицу 2). Уровень социального самочувствия населения, достигнутый в 2011 г., оказался самым высоким за весь постсоветский период: превышение удельного веса граждан, в большей или меньшей степени удовлетворённых своей жизнью, над долей тех, кто не доволен своим существованием, выросло с 1,5 раз в 2010 г. до 1,7 раза в 2011 г.

Таблица 2

Удовлетворённость своей жизнью в целом, 1994-2011 гг., %

Оценка	Годы сбора данных										
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	2011
Полностью удовлетворены	3,6	2,6	2,2	3,8	6,9	5,2	6,5	6,3	7,5	8,9	8,3
Скорее удовлетворены	10,8	9,4	9,7	13,8	26,7	30,3	29,6	35,9	37,0	37,5	40,9
И да, и нет	20,5	19,9	18,0	22,1	23,9	24,1	23,5	22,1	23,2	22,9	21,6
Не очень удовлетворены	40,2	36,5	33,4	36,6	30,6	28,8	27,7	24,5	23,1	21,7	20,7
Совсем не удовлетворены	23,6	30,6	35,9	22,7	11,5	11,1	12,2	10,5	8,8	8,2	7,6
Затруднились ответить	1,3	1,0	0,8	1,0	0,4	0,5	0,5	0,7	0,4	0,8	0,9

К лицам с высоким уровнем социального самочувствия чаще относятся люди, обладающие более значительным запасом адаптационных ресурсов. Это прежде всего наиболее

Глобальный финансово-экономический кризис, охвативший Россию в конце первого десятилетия нового века, совершенно не отразился на самооценках состояния здоровья. Наоборот, именно в эти годы были зафиксированы самые высокие темпы роста удельного веса респондентов с хорошим и очень хорошим здоровьем.

успешные, обеспеченные и образованные граждане, молодые жители крупных городов, обладающие хорошим физическим здоровьем. В то же время ощущение социального дискомфорта в наибольшей степени характерно социальным аутсайдерам, людям, находящимся на нижних ступенях материального благосостояния, власти и уважения, но особенно лицам, не способным работать по состоянию здоровья и испытывающим от своего бездеятельного, ущербного положения большие неудобства. Среди таких людей нет ни одного человека с очень хорошим самочувствием. Апатия и пессимизм в их среде настолько велики, что большинство даже не пытаются строить планы на ближайшее будущее. Значительное большинство респондентов, не способных работать по состоянию здоровья, крайне низко оценивают свои возможности, демонстрируют неуверенность в собственных силах, неспособность самостоятельно справиться с жизненными трудностями.

Позитивные перемены в различных сферах общественной жизни и прежде всего в экономическом развитии, наблюдавшиеся с начала нового века, расширили возможности людей, создав более благоприятные условия для реализации адаптационных ресурсов, повысив уверенность в своих силах, в своей способности противостоять неблагоприятным процессам кризисного периода, что содействовало росту уровня удовлетворённости граждан своей жизнью, улучшению социального самочувствия различных групп населения. Но несмотря на некоторые позитивные сдвиги, многих россиян по-прежнему сильно тревожат такие проблемы, как низкий уровень жизни, постоянный рост цен и размера оплаты жилья и коммунальных услуг, неудовлетворительное состояние жилищно-коммунального хозяйства и плохое медицинское обслуживание, низкая заработная плата и угроза безработицы, отсутствие возможности полноценно отдыхать и содержательно проводить досуг, реализовать себя в профессиональной деятельности, неуверенность в завтрашнем дне и многое другое.

На почве неудовлетворённости жизнью у людей очень часто развиваются депрессивные состояния, являющиеся результатом драматических переживаний и сопровождающиеся потерей интереса к жизни и привычной деятельности, злоупотреблением алкоголя, различными психотропными веществами. Среди респондентов, у которых случаются серьёзные нервные расстройства, доля неудовлетворённых жизнью достигает половины, тогда как среди остальных опрошенных – менее четверти. Депрессивным состояниям чаще подвержены люди, ощущающие бессилие перед наплывом жизненных трудностей, кажущихся непреодолимыми. Эти люди не видят выхода из неблагоприятной жизненной ситуации, испытывают острую материальную нужду или иное бедственное положение. Об этом говорит хотя бы тот факт, что среди респондентов,

подверженных депрессии, вдвое чаще встречаются лица, находящиеся на самом нижних ступенях материального благосостояния и власти, чем среди тех, кто не подвержен острым нервным расстройствам (соответственно 7 против 3% и 14 против 8%). Подобные различия наблюдаются также среди лиц, испытывающих крайнюю степень неудовлетворённости своим материальным положением (соответственно 35 против 22%), а также среди граждан, которые очень сильно обеспокоены тем, что не могут обеспечить себя самым необходимым в течение ближайших двенадцати месяцев (соответственно 42 и 28%).

По мере выхода из трансформационного кризиса и улучшения условий жизни у многих россиян чувства страха и тревоги, подавленности и разочарования, раздражения и отчаяния, характерные для пребывания на стадии социального шока, сменились более позитивными настроениями и оптимистическими ожиданиями, препятствующими возникновению таких психических состояний и расстройств, как фрустрация, депрессия, невроз и т. п. С 2004 по 2011 гг. доля граждан, у которых в течение последних двенадцати месяцев наблюдались серьёзные нервные расстройства и депрессии, уменьшилась в два раза – с 19 до 9,4%. У женщин нервные расстройства и депрессии обычно случаются вдвое чаще, чем у мужчин, но улучшение социального самочувствия, сопровождающееся снижением «градуса» драматических, болезненных переживаний, в равной мере затронуло как мужчин, так и женщин. В частности, среди мужчин доля лиц, испытывающих депрессию, за указанный период сократилась с 13,2 до 7,7%, тогда как среди женщин – с 23,6 до 12,8% (см. таблицу 3). В настоящее время распространённость нервных расстройств и депрессий растёт с возрастом таким образом, что риск оказаться в подобном состоянии у женщин постоянно выше, чем у мужчин.

Таблица 3

Распространённость депрессии, 2004-2011 гг., %

Возрастная группа	2004		2011	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
14-17 лет	6,7	13,7	5,5	5,8
18-29 лет	10,9	19,9	6,2	9,6
30-59 лет	14,9	24,3	8,0	13,3
60 лет и старше	15,0	26,9	9,6	15,4
В целом	13,2	23,6	7,7	12,8

Анализ данных мониторинга по возрастному срезу показал, что самые высокие оценки состояния здоровья принадлежат юношам подросткового возраста. За 2000-2011 гг. доля лиц с хорошим и очень хорошим здоровьем среди них выросла

По мере выхода из трансформационного кризиса и улучшения условий жизни у многих россиян негативные ощущения, характерные для пребывания на стадии социального шока, сменились более позитивными настроениями и оптимистическими ожиданиями, препятствующими возникновению таких психических состояний, как фрустрация, депрессия, невроз и т. п.

с 61,1 до 73,9%, тогда как доля респондентов со средним здоровьем сократилась с 35,8 до 24,8% (см. рис. 1). И совершенно незначительной оказалась доля юношей, оценивающих своё здоровье как плохое или очень плохое. Девушки, в сравнении с юношами, постоянно оказывались более сдержанными в своих оценках. Об этом свидетельствует более высокая, в сравнении с юношами, доля девушек подросткового возраста, оценивающих своё здоровье как среднее, и пониженная доля молодых респонденток, не находящих у себя явных признаков расстройства или утраты здоровья (см. рис. 2). Стоит обратить внимание также на тот факт, что если у юношей подросткового возраста улучшение оценок здоровья прослеживается с 2002 г., то у девушек-подростков – с 2004 г., т. е. с некоторым запаздыванием. Поскольку оценки состояния здоровья коррелируют с показателями удовлетворённости своей жизнью, у юношей подросткового возраста уровень удовлетворённости своим существованием оказывается неизменно выше, чем у девушек данного возраста.

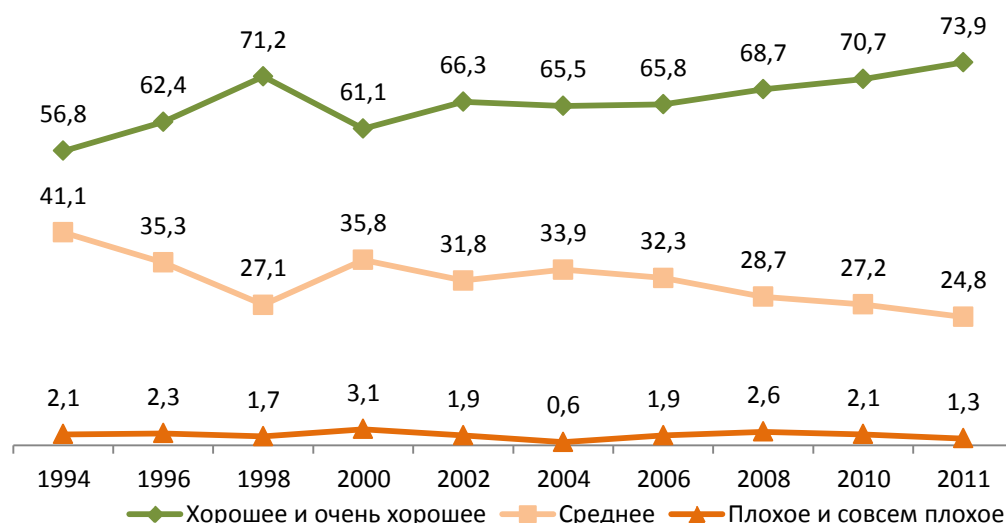


Рис. 1. Оценка состояния здоровья: юноши, 14-17 лет, %

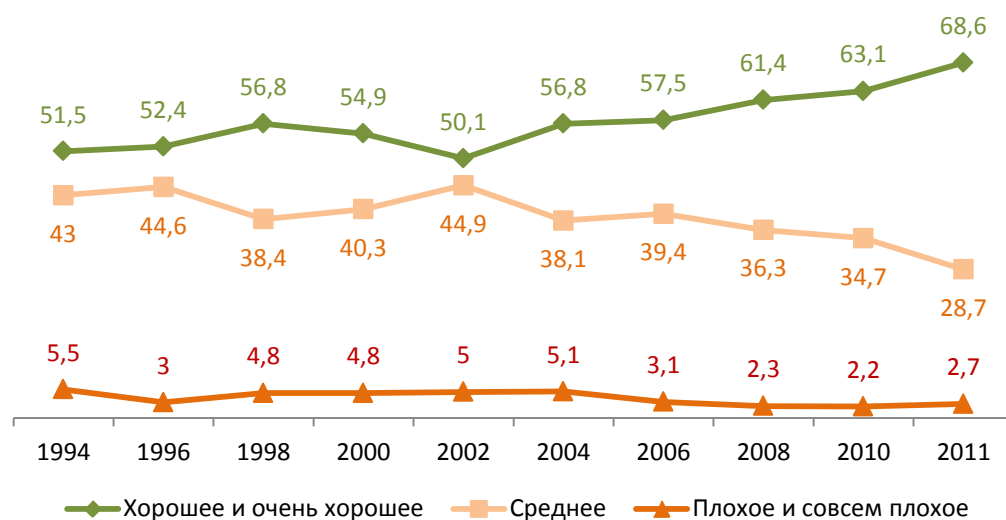


Рис. 2. Оценка состояния здоровья: девушки, 14-17 лет, %

Во многом схожие тенденции наблюдаются при сравнении оценок своего здоровья у мужчин и женщин молодого возраста (18-29 лет). При этом показательна высокая стабильность молодых мужчин в своих оценках (см. рис. 3). Единственный хорошо заметный «скачок» был зафиксирован в предкризисном 2008 г., когда показатели уровня и качества жизни населения достигли максимальных значений. Что касается молодых женщин, то в данной когорте ощущение улучшения здоровья нарастало постепенно (см. рис. 4). С 2006 по 2011 гг. доля респондентов с хорошим и очень хорошим здоровьем среди них последовательно выросла почти на 10% – с 51,5 до 61,3%, тогда как удельный вес лиц со средним здоровьем, т. е. с незначительными признаками нездоровья или частичной утраты здоровья, не менее монотонно сократился на 17,6% – с 54,4 до 36,8%.

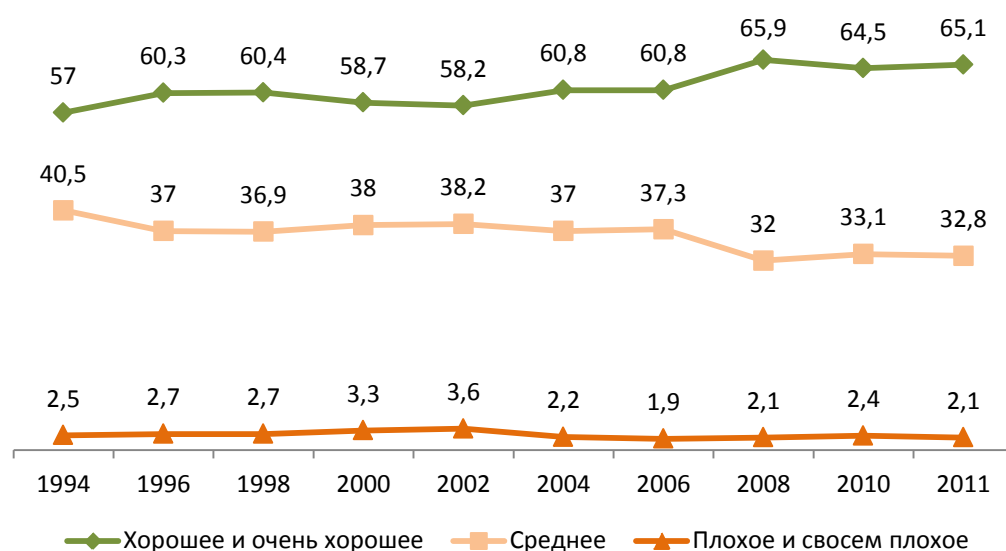


Рис. 3. Оценка состояния здоровья: мужчины, 18-29 лет, %

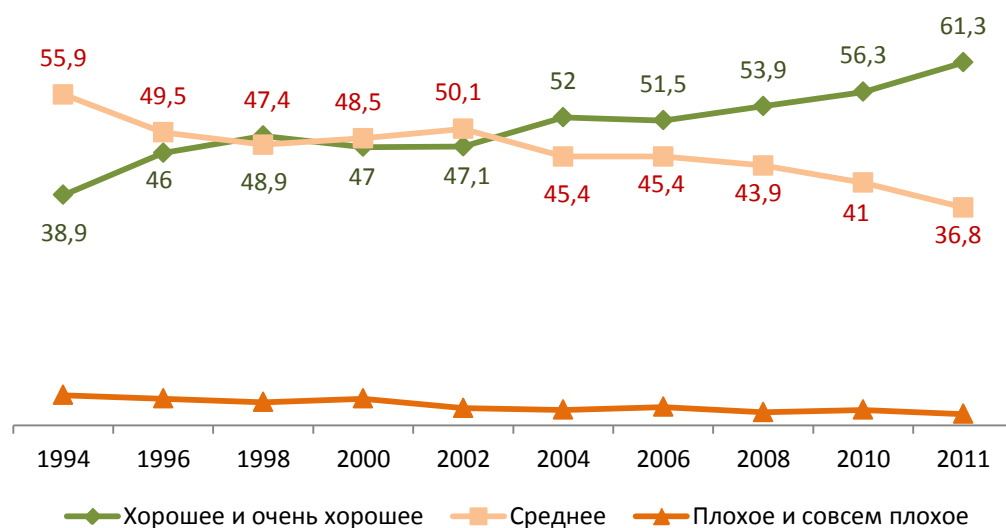


Рис. 4. Оценка состояния здоровья: женщины, 18-29 лет, %

У тех мужчин и женщин молодого возраста, которые лучше оценивают своё здоровье, выше уровень удовлетворённости жизнью в целом и отдельными её сторонами. Более высоким уровнем удовлетворённости жизнью отличаются молодые люди, проживающие в средних городах, с высшим и незаконченным высшим образованием. Но особенно высоким он является у студентов вузов и техникумов, большинство которых не испытывают особых проблем со здоровьем (удовлетворены в той или иной степени – 67%; не удовлетворены всего лишь 16%). В целом доля респондентов молодого возраста, в большей или меньшей степени довольных своим нынешним существованием, достигает 58%.

Существенно меняет картину, демонстрирующую динамику здоровья, переход респондентов из молодого возраста в средний (см. рис. 5 и 6). Этот переход почти вдвое увеличивает удельный вес мужчин и женщин, оценивающих своё здоровье как среднее, т. е. не хорошее, но и не плохое, и намного уменьшает удельный вес тех, кто считает своё здоровье хорошим и очень хорошим. Более существенными становятся различия в оценках здоровья между мужчинами и женщинами.

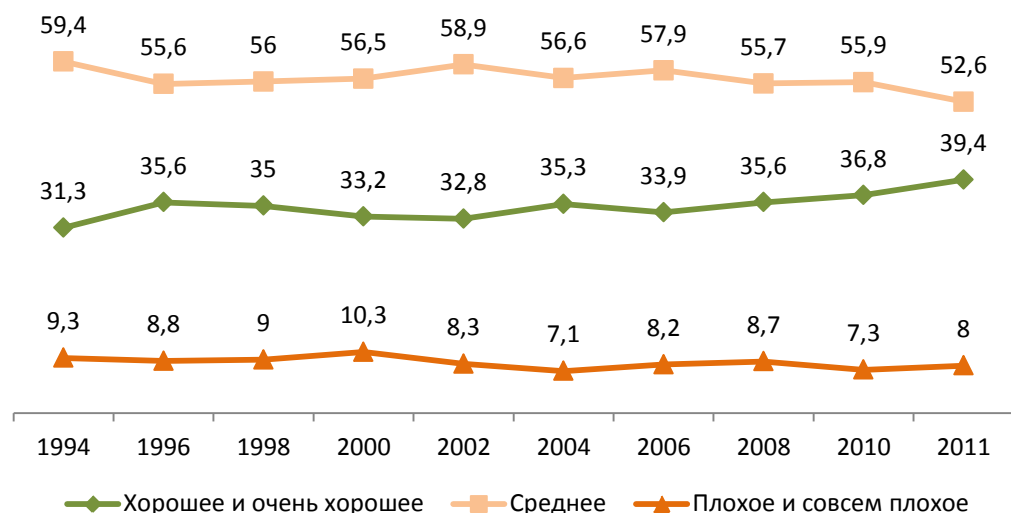


Рис. 5. Оценка состояния здоровья: мужчины, 30-59 лет, %

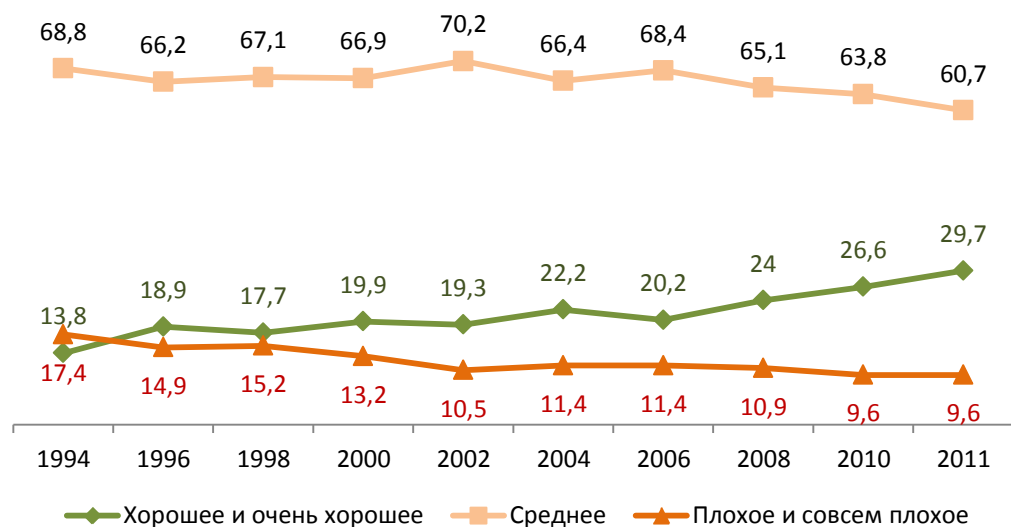


Рис. 6. Оценка состояния здоровья: женщины, 30-59 лет, %

Представляет интерес тот факт, что признаки улучшения здоровья более отчётливо проявляются в когорте женщин среднего возраста. С 2002 по 2011 гг. доля лиц с хорошим и очень хорошим здоровьем среди них выросла более чем на 10% – с 19,3 до 29,7%; в то же время доля респонденток, оценивающих своё здоровье как среднее, сократилась с 70,2 до 60,7%. На протяжении этого периода признаки серьёзного ухудшения или значительной утраты здоровья ощущала примерно каждая десятая опрошенная женщина среднего возраста. Что касается мужской когорты, то здесь оценки менялись гораздо медленнее. Так, в 2011 г. доля лиц с хорошим и очень хорошим здоровьем среди них была всего лишь на 3,8% больше, а доля тех, кто оценивает своё здоровье как среднее, на 3% меньше, чем в очень трудном 1996 г.

Как и в предыдущих случаях, респонденты среднего возраста, лучше оценивающие своё здоровье, отличаются более высоким уровнем удовлетворённости своей жизнью и отдельными её сторонами. Чётко прослеживается закономерность повышения уровня удовлетворённости жизнью от уровня образования и социально-профессионального статуса респондентов данного возраста.

После достижения гражданами 60-летнего рубежа, т. е. пенсионного возраста как для женщин, так и для мужчин, сохранить хорошее или очень хорошее здоровье удаётся немногим. На это указывают только каждый десятый мужчина и примерно каждая двадцатая женщина самого старшего возраста (см. рис. 7 и 8). Положение пожилых людей характеризуется низкими доходами, чрезвычайно зависимыми от пенсионных выплат, малой степенью участия в трудовом процессе и низкой профессиональной мобильностью. Небольшой размер пенсионного дохода, недостаточный уровень медицинского обслуживания, основных видов социального обеспечения затрудняют решение проблем, связанных с сохранением здоровья. Доля лиц, оценивающих своё здоровье как плохое и очень плохое, возрастает среди мужчин в возрасте 60 лет и старше до одной трети, а среди женщин данного возраста – почти до половины. Хорошо заметный всплеск улучшения оценок в обеих когортах был отмечен только в конце 2010 г., т. е. намного позже, чем в более младших возрастных когортах, но затем ситуация стала вновь меняться в обратную сторону. Но в целом, оценки респондентов самого старшего возраста, большинство которых ощущают серьёзные проблемы со здоровьем, отличаются высокой стабильностью и в меньшей мере подвержены влиянию внешних факторов, чем оценки людей более молодого возраста.

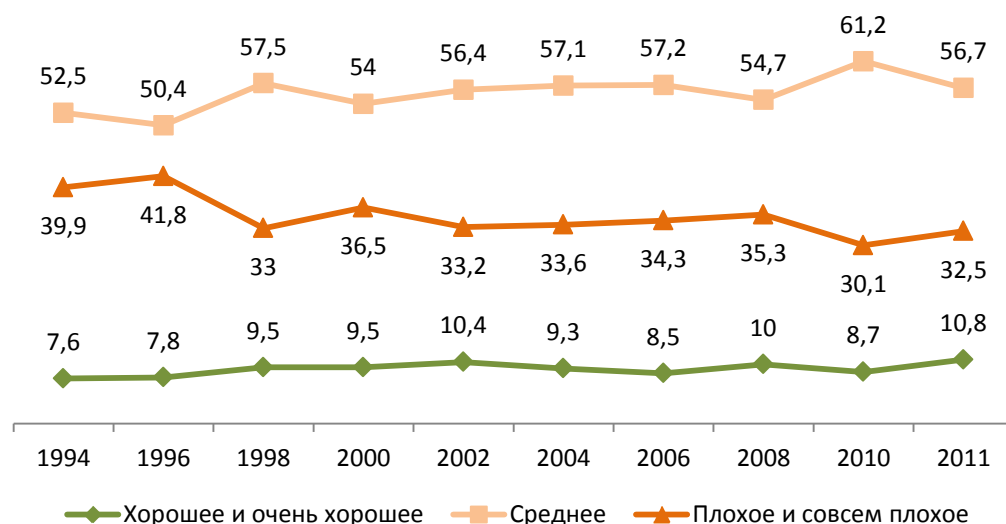


Рис. 7. Оценка состояния здоровья:
мужчины, 60 лет и старше, %

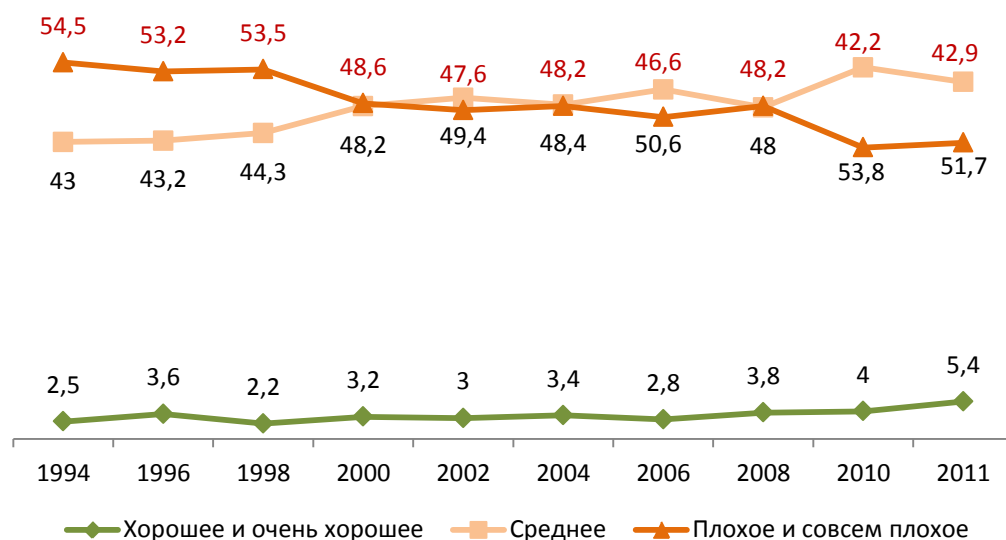


Рис. 8. Оценка состояния здоровья:
женщины, 60 лет и старше, %

Пожилые люди наиболее критичны не только в оценках своего здоровья, но и в оценках удовлетворённости своей жизнью в целом и отдельными её сторонами. Особенно низким уровнем удовлетворённости своим существованием отличаются неработающие пенсионеры, большинство которых не в состоянии заниматься трудовой деятельностью в силу плохого здоровья (удовлетворены в той или иной степени – 39,8%; не удовлетворены – 39,1%). Значительное ухудшение или потеря физического здоровья в пожилом возрасте усугубляются другими проблемами, одной из которых является одиночество. Абсолютное большинство граждан пожилого возраста имеют очень узкий и постоянный круг общения. Одиночество превращает таких людей во внутренних или внешних аутсайдеров, теряющих точки соприкосновения с социумом. Как отмечают Т. Рат и Д. Хартер, практически у всех людей с высоким уров-

нем социального благополучия есть близкие, которые помогают им добиваться успехов, наслаждаться жизнью и оставаться здоровыми. Они окружены людьми, которые их уважают, принимают их такими, как есть [Рат, Хартер 2011: 81-85]. Потеря контактов с другими людьми является серьёзным фрустрирующим фактором, источником апатии и пассивности, беспокойства и тревог, сомнений и неуверенности, на почве которых развиваются неврозы и депрессии.

Анализируя динамику самооценок состояния здоровья, важно учитывать, что нередко они дают более оптимистическую картину в сравнении с реальной. Это происходит как в силу улучшения общего психологического состояния граждан по мере повышения уровня и качества жизни, что снижает остроту восприятия проблем, беспокоящих людей, так и по причине отсутствия в стране эффективной системы раннего диагностирования болезней, в результате чего многие люди не располагают достоверной информацией о состоянии своего здоровья. Как меняется картина диагностируемых хронических заболеваний, которые вызывают ту или иную степень расстройства или утраты здоровья, показывают данные, представленные в таблице 4.

Таблица 4

Наличие хронических заболеваний, %

Наименование заболевания	Годы сбора данных				
	2004	2006	2008	2010	2011
Заболевание сердца	16,6	17,9	18,5	17,2	17,9
Заболевание лёгких	5,5	5,3	5,4	5,1	5,3
Заболевание печени	9,6	8,2	9,9	8,4	8,2
Заболевание почек	9,0	7,8	9,3	8,0	7,8
Заболевание желудочно-кишечного тракта	17,1	16,7	17,5	17,3	16,7
Заболевание позвоночника	16,3	17,1	17,0	16,1	17,1
Другие хронические заболевания	21,5	23,7	27,3	26,6	27,1

Как следует из этих данных, самыми распространёнными в настоящее время являются хронические заболевания сердца (17,9%), позвоночника (17,1%) и желудочно-кишечного тракта (16,7%). Вдвое реже встречаются заболевания печени (8,2%) и почек (7,8%). И ещё реже выявляются хронические заболевания лёгких (5,3%). Наряду с этими заболеваниями у значительной части российских граждан, доля которых достигает 27,1%, обнаруживаются другие хронические болезни. Вместе с тем сравнительный анализ данных за 2004-2011 гг. не позволяет говорить о каких-либо существенных изменениях в уровне распространения хронических заболеваний. Выявленные изменения демонстрируют лишь определённые ежегодные колебания, которые не меняют прочно

устоявшуюся картину. Опасные заболевания сердца, лёгких, печени, почек, желудочно-кишечного тракта, позвоночника чаще выявляются у горожан, что связано не только с негативным влиянием на здоровье человека урбанизированной и индустриализированной городской среды, но и с более качественным медицинским обслуживанием в городах, позволяющим раньше диагностировать заболевания.

Как показывают данные таблицы 5, 14-17-летние подростки и 18-29-летние молодые люди подвержены хроническим заболеваниям примерно одинаково. При этом у юношей подросткового возраста и 18-29-летних молодых мужчин чаще выявляются заболевания сердца и позвоночника, тогда как у девушек-подростков и молодых женщин – заболевания почек и желудочно-кишечного тракта. С возрастом картина заболеваемости заметно ухудшается: в среднем возрасте наблюдается умеренное нарастание, а в старшем – стремительный рост заболеваемости. Хорошо также заметно, что после 30-летнего рубежа у женщин хронические заболевания выявляются в 1,5-2 раза чаще, чем у мужчин. Исключение составляют только заболевания лёгких, которые у мужчин и женщин обнаруживаются одинаково часто.

Таблица 5

Наличие хронических заболеваний:
мужчины и женщины по возрастным группам, 2011 г., %

Наименование заболеваний	14-17 лет		18-30 лет		30-59 лет		60 лет и старше	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
Заболевание сердца	5,1	3,9	5,0	3,2	9,1	13,4	37,3	50,0
Заболевание лёгких	2,7	2,1	2,5	2,0	4,6	5,0	10,8	9,1
Заболевание печени	1,6	1,5	0,6	1,5	5,4	8,2	9,7	22,3
Заболевание почек	1,3	4,2	2,1	4,7	3,8	8,5	9,0	18,6
Заболевание желудочно-кишечного тракта	4,6	10,7	8,7	9,6	12,4	16,9	21,2	32,9
Заболевание позвоночника	7,5	6,0	6,9	4,7	13,8	17,0	25,0	35,5
Другие хронические заболевания	7,8	9,2	6,9	8,2	9,9	15,8	23,3	33,4

После достижения пенсионного возраста около половины женщин и более трети мужчин страдают заболеваниями сердца, свыше трети женщин и около четверти мужчин имеют серьёзные заболевания позвоночника, у каждой третьей женщины и у каждого пятого мужчины приобретают хронический характер заболевания желудочно-кишечного тракта. Кроме того, у каждой пятой женщины и у каждого десятого мужчины пенсионного возраста выявляются различные хро-

нические заболевания печени и почек. Такие серьёзные проблемы со здоровьем становятся одной из главных причин отказа пенсионеров от трудовой деятельности, что почти всегда приводит к снижению их статуса и ухудшению материального положения.

Рассматривая изложенные данные, необходимо учитывать, что в старшей возрастной когорте женщины составляют подавляющее большинство и существенно превосходят мужчин по возрасту. Значения таких показателей, как доля лиц в возрасте старше 60 лет в общей численности населения, индекс старения и демографическая нагрузка за счёт пожилых, для женского населения в России почти в два раза выше, чем для мужского [Сафарова 2005: 115]. Всё это в определённой мере объясняет более высокие показатели заболеваемости пожилых женщин в сравнении с мужчинами пенсионного возраста. Иными словами, мужчины чаще умирают от болезней в относительно молодом возрасте, тогда как женщины живут с этими болезнями до глубокой старости. Характерно, что различия в долях мужчин и женщин, столкнувшихся с различными заболеваниями, нарушениями здоровья, с годами меняются незначительно.

В целом женщины более негативно оценивают состояние своего здоровья, чем мужчины. Последние чаще заявляют о проблемах со здоровьем, когда эти проблемы становятся действительно серьёзными, требующими безотлагательной врачебной помощи. Женщины же гораздо чаще обращаются к врачам в повседневной жизни, и соответственно у них чаще диагностируются заболевания. Мужчины, напротив, гораздо меньше информированы о фактическом состоянии своего здоровья и меньше им интересуются. В таком различном отношении к здоровью кроется одна из главных причин больших отличий в смертности по половому признаку.

Получить более полное представление о проблемах, связанных со здоровьем населения, позволяют данные, представленные в [таблице 6](#). Эти сведения, в частности, показывают, что свыше 37% опрошенных россиян имели когда-либо проблемы со здоровьем, вызванные повышенным артериальным давлением. И количество таких людей с годами не уменьшается. Опасность данного заболевания заключается в том, что оно вызывает массу других опасных болезней. Люди, страдающие гипертонией, более подвержены атеросклерозу. По этой причине инфаркты и инсульты гораздо чаще случаются именно у тех людей, которые страдают высоким давлением. Гипертония, являющаяся одним из самых распространённых заболеваний, развивается медленно и поэтому незаметно. Каждый второй больной гипертонией не догадывается, что у него повышенное давление.

Таблица 6

Диагностика отдельных заболеваний, 1994-2011 гг., %

Диагноз заболевания	Годы сбора данных									
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011
Диабет	4,2	3,5	3,5	4,3	4,0	4,0	4,4	4,7	5,7	6,0
Инфаркт миокарда	3,1	2,5	2,9	2,8	2,6	2,5	3,0	2,6	2,4	2,5
Инсульт	1,4	1,2	1,6	1,9	2,0	2,3	2,3	2,4	2,3	2,6
Анемия	3,5	2,9	2,9	3,9	3,6	3,3	4,4	3,6	4,0	4,4
Повышенное давление	-	-	-	28,8	37,0	36,8	38,2	37,4	37,5	37,3
Туберкулёз	-	-	-	1,2	1,2	1,2	1,0	0,9	0,8	0,8
Гепатит	-	-	-	-	7,8	7,4	7,1	6,2	5,2	5,1

Одной из настораживающих тенденций является рост доли респондентов, у которых был выявлен диабет или повышенный сахар в крови. С 2002 по 2011 гг. доля таких людей увеличилась с 4 до 6%. В сравнении с 1990-ми гг. у россиян чаще диагностируются инсульты и примерно также часто выявляются инфаркты миокарда. Едва ли не единственной позитивной тенденцией оказалось некоторое снижение удельного веса граждан, которым ставился диагноз «гепатит» (с 7,8% в 2002 г. до 5,1% в 2011 г.). Что касается снижения доли опрошенных граждан, у которых когда-либо выявлялся туберкулёз, то оно очень мало для возможности обоснованного вывода. В связи с этим отметим лишь, что о снижении в последние годы заболеваемости российских граждан активными формами туберкулёза (впервые выявленными) сообщает также Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор). В частности, в 2011 г. это снижение составило 4,7% [Заболеваемость туберкулёзом]. Другой положительной тенденцией является снижение смертности от туберкулёза в России.

У женщин многие перечисленные выше нарушения здоровья, как и в случае с хроническими заболеваниями, выявляются чаще, чем у мужчин (см. таблицу 7). Речь идёт прежде всего о таких болезнях и отклонениях здоровья, как повышенное артериальное давление (соответственно 43,7 против 28,6%), диабет, повышенный сахар в крови (8,2 против 3%) и анемия (6,5 против 1,5%). Обычно различия между мужчинами и женщинами начинают отчётливо проявляться после преодоления ими 30-летнего возрастного рубежа и достигают максимума после вступления в пенсионный возраст. У женщин пожилого возраста почти вдвое чаще, чем у мужчин данного возраста, обнаруживаются признаки диабета (соответственно 19,1 против 8,8%), анемии (7,3 против 3,2%) и существенно чаще фиксируется повышенное артериальное

давление и артериальная гипертензия (77,9 против 61,9%). В то же время у пожилых мужчин чаще диагностируются такие тяжелые заболевания, как инсульты (9,5 против 7,4% у женщин) и инфаркты миокарда (9,6 против 7,2% у женщин). Как известно, именно эти заболевания занимают одни из первых мест среди причин смертности населения.

Нередко лечение или предотвращение тяжёлых заболеваний требует проведения хирургических операций. Удельный вес граждан, ежегодно обращающихся за хирургической помощью в специализированные медицинские учреждения, составляет около 4%. Обычно женщины чаще становятся пациентами хирургов, чем мужчины. В 2011 г. доли таких респондентов среди опрошенных женщин и мужчин составили соответственно 4,8 и 3,6%. Как и следовало ожидать, с возрастом людям приходится чаще делать хирургические операции. Так, среди женщин и мужчин в возрасте 60 лет и более их доли составили соответственно 6,4 и 6%. Но самые большие различия обнаруживаются в когортах, объединяющих молодых людей (соответственно 4,4 и 2,2%) и лиц среднего возраста (соответственно 4,3 и 3,4%).

Таблица 7

**Диагностика отдельных заболеваний
у мужчин и женщин, 2011 г., %**

Диагноз заболевания	Мужчины в целом	В том числе по возрасту				Женщины в целом	В том числе по возрасту			
		14-17 лет	18-29 лет	30-59 лет	60 лет и старше		14-17 лет	18-29 лет	30-59 лет	60 лет и старше
Диабет	3,0	0,3	0,5	2,5	8,8	8,2	0,3	0,9	5,2	19,1
Инфаркт миокарда	2,5	0,0	0,0	1,4	9,6	2,4	0	0,1	0,8	7,2
Инсульт	2,4	0,0	0,1	1,3	9,5	2,8	0	0,1	1,3	7,4
Анемия	1,5	1,9	1,0	1,1	3,2	6,5	2,4	4,4	7,2	7,3
Повышенное давление	28,6	5,5	10,1	27,8	61,9	43,7	3,6	9,5	40,5	77,9
Туберкулёз	1,0	0,0	0,4	1,3	1,3	0,6	0,3	0,1	0,5	1,2
Гепатит	5,4	0,5	2,1	7,7	4,5	4,8	0,9	2,6	6,4	4,2

В целом наиболее распространённой причиной, обуславливающей появление серьёзных проблем, связанных со здоровьем, являются сердечно-сосудистые заболевания, к которым относятся ишемическая болезнь сердца, болезнь сосудов головного мозга, болезнь периферических артерий, ревмокардит, врожденный порок сердца, тромбоз вен и некоторые другие. Серьёзные осложнения сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркты и инсульты) являются основной причиной смертности населения не только в России, но и во всём мире. Анализ, проведённый на основе данных RLMS-HSE, пока-

зывает, что у неработающих пенсионеров такие осложнения встречаются в шесть раз чаще, чем у работающего населения. Неутешительным фактом является постоянное снижение возраста людей, у которых выявляются сердечно-сосудистые заболевания. Всё чаще этими заболеваниями страдают молодые люди, особенно молодые мужчины в возрасте до 30 лет. Ситуация осложняется отсутствием в стране постоянно действующей и эффективной системы профилактических мер, обеспечивающих раннее диагностирование заболеваний. По этой причине многие больные обращаются за медицинской помощью на поздних стадиях заболеваний, когда их течение приобретает опасные для жизни формы.

Потерянное здоровье, высокая смертность трудоспособного населения от инфарктов, инсультов, онкологических и иных опасных заболеваний серьёзно влияют на показатели, характеризующие экономическое и социальное развитие страны. Поэтому в цивилизованном мире здоровье человека рассматривается как общественный или национальный капитал, как основная ценность общества, показатель его социального благополучия, важнейшая составляющая устойчивого развития страны. Считается, что каждый год трудоспособной жизни даёт экономике на порядок большую сумму, чем среднедушевые расходы на здравоохранение. Ухудшение здоровья населения приводит к увеличению расходов на медицинское обслуживание, рост выплат по больничным листам, пенсионных и иных выплат по инвалидности и т. п.

Но не только экономика страны несет огромный урон из-за плохого здоровья собственных граждан. В проигрыше оказываются и сами граждане. Зарплата здорового россиянина почти на четверть выше, чем заработок его соотечественника, страдающего хроническими заболеваниями. И то, что плохое здоровье, являясь существенным ограничителем активности человека в различных областях жизни, негативно влияет на уровень благосостояния, на статус в обществе, на социально-психологический настрой людей, поскольку ограничивает возможности эффективной занятости и жизненные шансы в целом, находит всё новые и новые подтверждения [Российская повседневность 2009: 153-171]. В конечном счёте, постоянная и настойчивая забота о своём здоровье выступает важнейшим условием обеспечения благополучия любого человека. Не случайно Всемирная организация здравоохранения трактует здоровье не только как отсутствие болезней и каких-либо физических дефектов, а как состояние полного физического, психического и социального благополучия.

Улучшение оценок состояния здоровья респондентов, наблюдающееся в последнее десятилетие, имеет в своей основе повышение объективных показателей здоровья в результате улучшения условий жизни и качества медицинского обслу-

живания населения. Это доказывает анализ взаимосвязи объективных и субъективных показателей общественного благополучия, проведённый Г. Л. Ворониным на основе данных RLMS-HSE. К числу последних он относит субъективную оценку здоровья наряду с самооценками своего положения в экономическом, правовом и метасоциальном пространствах, прогнозом на ближайшее будущее, уровнем удовлетворённости жизнью, уровнем тревожности [Воронин 2009: 41-51]. Мы же отметим, что хотя улучшение условий жизни и качества медицинского обслуживания населения пока не особенно велико, оно уже приносит заметные результаты. Так, по данным Министерства здравоохранения РФ, за пять лет реализации мероприятий демографической программы ожидаемая продолжительность жизни при рождении выросла для всего населения на 3,7 года, для мужчин – на 3,9 года, для женщин – на 2,8 года. В 2011 г. продолжительность жизни для всего населения составила 70,3 года, в том числе для мужчин – 64,3 года и для женщин – 76,1 года. В 2006 г. продолжительность жизни мужчины составляла 60,4 года, женщины – 73,2 года [Ожидаемая продолжительность 2013]. За последние пять лет смертность от употребления наркотиков среди молодых людей в возрасте от 15 до 34 лет снизилась в полтора раза [В России 2013].

Рассматривая изложенные данные, необходимо иметь в виду относительность позитивных изменений. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, показатели продолжительности жизни в России остаются одними из самых низких в Европе. Причём средняя продолжительность жизни российских мужчин сегодня самая короткая среди мужской части населения Европы и Средней Азии. Она составляет 62,8 лет [ВОЗ], что существенно меньше, чем сообщает Министерство здравоохранения РФ.

Крайне малоподвижной является картина, характеризующая изменение уровня инвалидности в стране. Согласно данным разных источников, в последние годы в России насчитывается немногим более 13 млн. инвалидов, что составляет около 10% населения. Из них являются инвалидами пенсионного возраста 65%, трудоспособного возраста – 30,5% и инвалидами-детьми – 4,5%. Наличие у человека хронического заболевания существенно увеличивает риск получения инвалидности.

Как показывают данные RLMS-HSE, женщины немного чаще мужчин оформляют инвалидность (10,7 против 9,2%). Среди молодых людей в возрасте до 30 лет доля инвалидов составляет только 1,6%, тогда как среди 30-59-летних граждан – 5,7%, а среди тех, кому 60 лет и больше – 28,5%. Люди, проживающие в сельской местности, реже страдающие хроническими заболеваниями и реже указывающие на наличие

Зарплата здорового россиянина почти на четверть выше, чем заработок его соотечественника, страдающего хроническими заболеваниями.

у них в течение последних 30 дней каких-либо проблем со здоровьем, реже имеют и официально оформленную инвалидность, чем граждане, проживающие в городах. Немаловажное значение в данном случае имеет и то, что у горожан в силу известных причин гораздо больше возможностей пройти сложную процедуру оформления инвалидности (медико-социальную экспертизу), чем у граждан, проживающих в сёлах и других небольших населённых пунктах, расположенных в удалённых и малодоступных регионах.

Подавляющее большинство респондентов, оформивших инвалидность, имеют вторую группу (вторую степень) инвалидности (см. таблицу 8). Однако их доля среди всех имеющих инвалидность за последние годы постепенно уменьшилась (с 66,3% в 2004 г. до 58,6% в 2011 г.), тогда как доля получивших третью группу (первую степень) инвалидности не менее поступательно увеличилась (соответственно с 20,2 до 29,7%). Что касается респондентов, имеющих первую группу (третью степень) инвалидности, то их доля в течение анализируемого периода оставалась сравнительно небольшой и достаточно стабильной.

Таблица 8

Уровень инвалидности, 2004-2011 гг., %

Годы сбора данных	Процент имеющих инвалидность	Из них по группам инвалидности		
		Первая группа или третья степень	Вторая группа или вторая степень	Третья группа или первая степень
2004	9,5	13,5	66,3	20,2
2006	10,9	12,9	62,1	25,0
2008	11,3	11,9	62,1	26,0
2010	10,0	10,2	59,8	30,0
2011	10,1	11,7	58,6	29,7

Данные, изложенные в таблице 9, показывают, что между мужчинами и женщинами разного возраста никаких серьёзных различий в уровне инвалидности не выявлено. Так, в возрасте 60 лет и старше доля лиц, имеющих оформленную инвалидность, составляла в 2011 г. среди мужчин 27,8%; среди женщин – 28,6%. В то же время среди инвалидов значительно меньше доля работающих пенсионеров. В допенсионных возрастах до половины респондентов-пенсионеров имеют оформленную инвалидность. Одной из основных причин досрочного выхода на пенсию (как у мужчин, так и у женщин) выступает появление серьёзных хронических заболеваний, существенно ограничивающих их трудоспособность.

Таблица 9

**Уровень инвалидности среди мужчин и женщин
по возрастным группам, 2011 г., %**

Возраст	В целом	В зависимости от группы (степени) инвалидности		
		Первая группа или третья степень	Вторая группа или вторая степень	Третья группа или первая степень
Мужчины				
14-17 лет	1,3	0,3	0,7	0,3
18-29 лет	2,2	0,3	0,7	1,2
30-59 лет	6,8	0,7	3,3	2,8
60 лет и старше	27,8	4,0	16,7	7,1
Женщины				
14-17 лет	1,8	0,3	0,8	0,7
18-29 лет	1,1	0,1	0,3	0,7
30-59 лет	5,0	0,6	2,3	2,1
60 лет и старше	28,6	3,1	19,1	6,4

Полная или частичная утрата трудоспособности в силу ограниченных возможностей здоровья превращает инвалидов в одну из наиболее социально уязвимых групп населения. Инвалиды в массе своей не могут претендовать на «хорошую» работу, с заработной платой, которую принято считать «достойной». Речь идёт в данном случае не о высококвалифицированной работе, когда вопрос о трудоустройстве решается индивидуально, но об обычной трудовой деятельности, например, в сфере услуг. Инвалиды, испытывающие серьёзные материальные и иные трудности, отличаются крайне низким уровнем удовлетворённости жизнью в целом и отдельными её сторонами. Как показывает опыт, успешная интеграция таких людей в общество не имеет быстрого и простого решения, а может быть только результатом осуществления комплексной государственной политики по отношению к гражданам с ограниченными возможностями здоровья. При этом ключевой проблемой, как и прежде, остаётся проблема создания равных возможностей для инвалидов.

В последнее время в России предпринимаются серьёзные шаги по облегчению трудоустройства инвалидов, обеспечению их специальными средствами, способствующими улучшению их реабилитации, улучшению медицинского обслуживания. В частности, в 2009-2010 гг. свыше 56 тыс. граждан, которым установлена инвалидность, приняли участие в программе снижения напряжённости на рынке труда. В 2012 г. были внесены изменения в законодательство, обеспечивающие инвалидам право на работу при наличии соответствующего желания, вне

зависимости от группы инвалидности. В 2011 г. начата реализация программы «Доступная среда», которая должна сформировать всем инвалидам нашей страны условия для доступа к наиболее важным для инвалидов объектам и услугам в здравоохранении, культуре, транспорте, информации и связи, образовании, социальной защите, спорте и физической культуре. Программа содержит мероприятия, формирующие доступную и безбарьерную среду в школе, помощь инвалидам в трудоустройстве. Её осуществление позволит увеличить к 2015 г. долю общеобразовательных учреждений, в которых созданы приемлемые условия для обучения инвалидов, с нынешних 2,5 до 20%. Однако нельзя не признать, что реализация подобных «точечных» мер лишь ослабляет отдельные очаги социальной напряженности. Проблема формирования равных возможностей для инвалидов во всех сферах жизни продолжает оставаться исключительно сложной и трудноразрешимой.

Здоровье населения в немалой степени определяется особенностями самосохранительного поведения, которое представляет собой осознанную систему действий, во многом определяющих качество индивидуального и семейного здоровья, которая включает ведение здорового образа жизни, осуществление специальных профилактических мероприятий, выполнение медицинских предписаний и назначений, своевременное лечение заболеваний, безопасные условия жизни и трудовой деятельности [Назарова 2007: 52-53]. Такое поведение предполагает в первую очередь сокращение или отказ от курения табака и потребления алкоголя.

Как показывает анализ данных мониторинга, самосохранительное поведение россиян стало в последние годы более осознанным и рациональным. Одной из позитивных тенденций является, хотя и небольшое, но довольно последовательное сокращение курящего населения. Так, с 2006 по 2011 гг. доля курильщиков уменьшилась с 32,6 до 29,6%, т. е. на 3% (см. рис. 9). Основной вклад в это сокращение внесли мужчины, среди которых доля курильщиков уменьшилась за рассматриваемый период с 58 до 51,1%. Заслуживает внимания также стабилизация доли курящих женщин на уровне 14%, которая до 2006 г. только росла. За период 1994-2006 гг. этот рост составил от 9,2 до 14,3%. Ещё одной позитивной тенденцией является сокращение (как у мужчин, так и у женщин) количества выкуриваемых в день сигарет, которое отмечается с 2006 г. До этого, начиная с 1998 г., во всех возрастных группах (и особенно явно – у женщин и подростков), наблюдался устойчивый рост выкуриваемых за день сигарет.

Позитивная тенденция, демонстрирующая постепенное сокращение числа курящих мужчин, затронула все возрастные группы, но в разной степени. Наиболее существенным и последовательным оказалось сокращение доли курильщиков

среди юношей подросткового возраста (см. таблицу 10). С 1994 по 2011 гг. их доля уменьшилась более чем вдвое – с 32,2 до 15,3%. Но при переходе к каждой следующей вышестоящей, т. е. более взрослой возрастной когорте, уменьшение числа курильщиков становится менее убедительным. Так, среди 18-29-летних мужчин доля курящих за указанный период снизилась на 11,8% (с 65,2 до 53,4%); среди 30-59-летних мужчин – уже на 4,1% (с 63,9 до 59,8%) и среди мужчин пожилого возраста – всего лишь на 3,3% (с 38 до 34,7%).

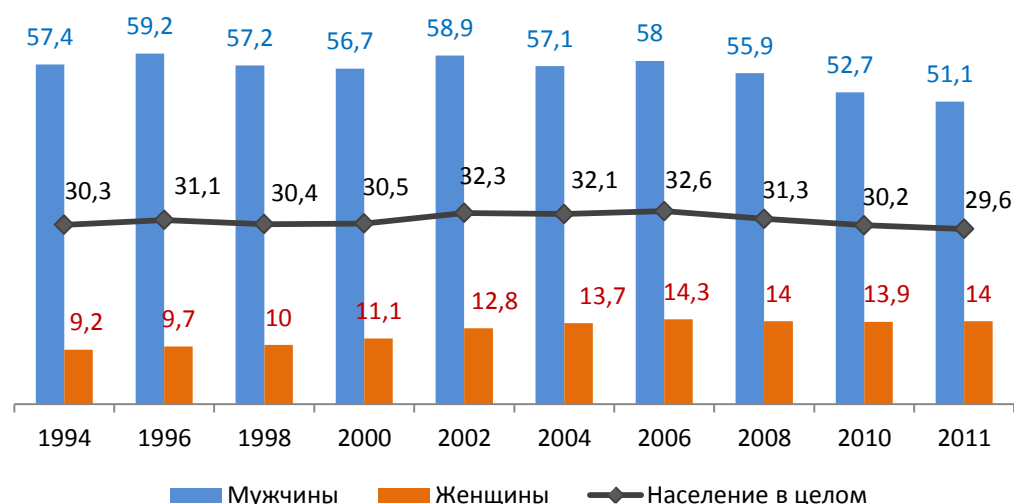


Рис. 9. Курящее население, %

Таблица 10

Курящие мужчины и женщины разного возраста,
1994-2011 гг., %

Пол	Годы сбора данных									
	1994	1996	1998	2002	2004	2006	2007	2008	2010	2011
14-17 лет										
Мужчины	32,2	28,8	23,5	23,0	27,4	24,1	21,8	17,3	14,8	15,3
Женщины	7,2	8,0	6,2	3,6	4,4	6,3	3,8	4,7	4,0	5,0
18-29 лет										
Мужчины	65,2	68,3	64,6	62,1	65,6	63,1	59,7	58,8	56,7	53,4
Женщины	20,7	19,4	20,1	22,0	23,1	24,4	24,5	23,7	22,1	20,3
30-59 лет										
Мужчины	63,9	66,3	66,2	68,5	70,4	67,4	69,6	66,4	60,5	59,8
Женщины	9,0	10,7	11,9	14,4	17,4	18,1	18,9	18,2	17,6	18,7
60 лет и больше										
Мужчины	38,0	40,1	39,3	39,1	38,7	39,2	38,3	36,7	36,6	34,7
Женщины	1,6	1,5	1,6	1,3	1,6	1,5	1,4	2,4	2,4	3,1

Что касается женщин, то здесь изменения по возрастным группам были менее существенными и менее последовательными. Так, среди девушек подросткового возраста тенденция к сокращению числа курильщиц, получившая развитие на начальном этапе мониторинга, затем приостановилась на уровне 4-5%. Среди 18-29-летних женщин тенденция к росту числа курящих, наблюдавшаяся с 1994 по 2006 гг., в дальнейшем приобрела противоположный характер. В результате такого сокращения доля курильщиц в данной возрастной когорте упала до уровня 1994 г., который составлял немногим более 20%. Наиболее высокие темпы роста курящих были отмечены в 1994-2006 гг. среди женщин в возрасте от 30 до 59 лет (с 9 до 18,9%), но затем этот рост полностью прекратился. Единственной когортой, в которой было отмечено некоторое увеличение удельного веса курящих после 2006 г., оказалась когорта, объединяющая женщин в возрасте 60 лет и старше.

О том, насколько сильной является тяга к курению, можно судить по ответам респондентов на вопрос, как они поступят, если цены на сигареты (папиросы, табак и т. п.) вырастут приблизительно в два раза. Отвечая на этот вопрос, выразили намерение меньше курить тот же сорт сигарет, папирос или табака, который они курили раньше, около 21% курильщиков; приложить максимум усилий для того, чтобы бросить курить – 29%; покупать более дешёвые сигареты – немногим более 10%. И, наконец, около 30% респондентов указали, что не изменят своего поведения и будут продолжать курить тот же сорт сигарет, папирос или табака. При этом каждый десятый опрошенный не смог определиться с ответом. Намерение бросить курить чаще демонстрировали девушки и женщины, особенно девушки подросткового возраста (около 60%) и 18-29-летние молодые женщины (около 40%), тогда как менее всего за это высказались 30-59 летние мужчины и пожилые мужчины в возрасте 60 лет и старше (соответственно 25 и 20%). Мужчины в большей мере настроены не менять своего поведения, т. е. продолжать курить тот же сорт сигарет, папирос или табака, или, в крайнем случае, покупать более дешёвые сигареты или папиросы (35 против 24% среди женщин). И чем старше мужчины, тем твёрже они выражают подобные мнения. Среди пожилых мужчин в возрасте 60 лет и старше доля таких респондентов достигает 44%.

Другим важнейшим фактором, неблагоприятно влияющим на состояние здоровья значительной части населения, является чрезмерное потребление гражданами алкогольных напитков, которое выступает одной из главных причин многих хронических заболеваний, низкой рождаемости и высокой смертности в стране.

Наиболее общие сведения о степени распространённости потребления алкогольных напитков после 2006 г. приведены на рис. 10. Поскольку эти данные основаны на оценках респон-

дентов, могут существовать некоторые неточности. К тому же выборка мониторинга не включает значительные сегменты граждан, например, лиц, проходящих военную службу в воинских частях, а также бездомных и других представителей социального дна. Поэтому изложенные данные могут несколько преуменьшать степень распространения и количество потребления алкоголя.

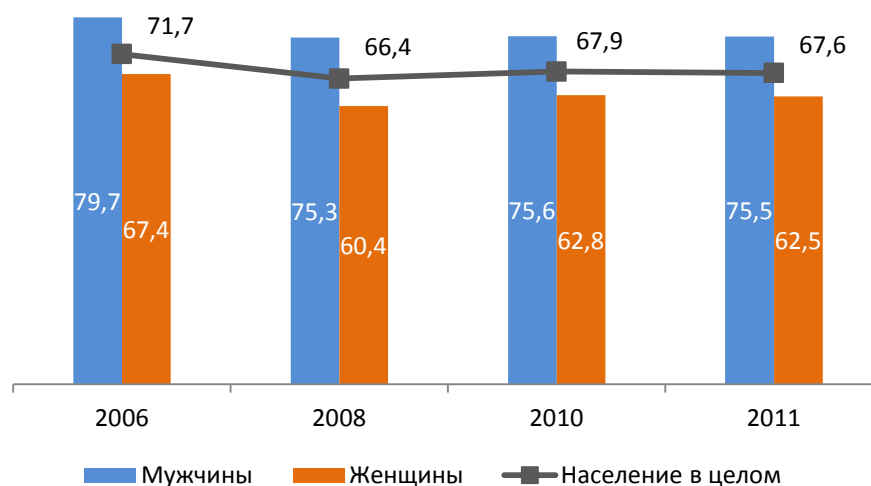


Рис. 10. Население, употребляющее алкогольные напитки, 2006-2011 гг., %

В 2006-2011 гг. доля утвердительных ответов на вопрос «Употребляете ли вы хотя бы иногда алкогольные напитки, включая пиво?» колебалась в пределах от 66,4 до 71,7%. При этом доля выпивающих мужчин была постоянно на 12-13% выше доли выпивающих женщин.

В этот период расходы домохозяйств на алкогольные напитки и доля этих расходов в семейном бюджете менялись, но умеренно. Однако если обратиться к более ранним данным, то обнаруживается положительная динамика, свидетельствующая о сокращении доли расходов домохозяйств на алкогольные напитки (см. рис. 11). Если в первой половине 1990-х гг. траты на алкогольную продукцию составляли около 3% семейного бюджета, то к концу 2011 г. они уменьшились до 1,1%. Эти изменения происходили на фоне усиления тенденции, демонстрирующей сокращение доли расходов на продукты питания в структуре ежемесячных расходов российских домохозяйств. С 2006 по 2011 гг. эта доля уменьшилась с 46,8 до 42,4%. А если вести отсчет с 1992 г., когда доля расходов на продовольствие достигала 72,6%, данное сокращение составляет 1,7 раз.

В рассматриваемый период доля лиц, употребляющих спиртные напитки хотя бы иногда, нарастала по мере взросления респондентов, но в самой старшей возрастной когорте резко падала (см. таблицу 11). К числу позитивных тенденций, привлекающих особое внимание, следует отнести поступатель-

ное сокращение удельного веса пьющих среди юношей и девушек подросткового возраста, которое наблюдалось с 2006 г. В 2011 г. к выпивающим относился примерно каждый пятый подросток мужского и женского пола, что было примерно вдвое меньше, чем в 2006 г. Во всех остальных возрастных когортах отмечалось превышение доли пьющих мужчин над долей пьющих женщин, достигающее максимума после преодоления ими 60-летнего возрастного рубежа. В самой старшей возрастной когорте доля пьющих мужчин была постоянно более чем в полтора раза выше, чем доля пьющих женщин.



Рис. 11. Структура расходов: питание вне дома, алкоголь, табачные изделия, 1992-2011 гг., %

Таблица 11

Потребление алкогольных напитков
мужчинами и женщинами разного возраста, 2006-2011 гг., %

Годы сбора данных	Возраст							
	14-17 лет		18-29 лет		30-59 лет		60 лет и больше	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
2006	40,0	34,6	82,1	74,3	85,5	79,3	76,8	48,5
2008	30,0	25,6	78,3	68,0	80,9	71,8	71,7	43,1
2010	21,4	23,2	77,8	69,2	81,7	72,5	72,5	46,1
2011	19,9	19,5	77,7	68,3	82,0	73,6	71,6	45,6

На рис. 12 и в таблице 12 приведены данные, характеризующие ответы респондентов на вопрос «В течение последних 30 дней вы употребляли алкогольные напитки?». Как следует из рисунка 12, в 2008-2011 гг. наметилось сокращение удельного веса мужчин и женщин, употреблявших алкоголь в течение последних 30 дней. В отношении всех пьющих это снижение составило 4,3 процентных пункта (с 76,1 до 71,8%).

Но, если у пьющих мужчин данный показатель сократился с 83,1 до 79,3%, то у пьющих женщин – с 70 до 65,3%, т. е. в женской когорте снижение шло более быстрыми темпами, но эти различия носили умеренный характер.

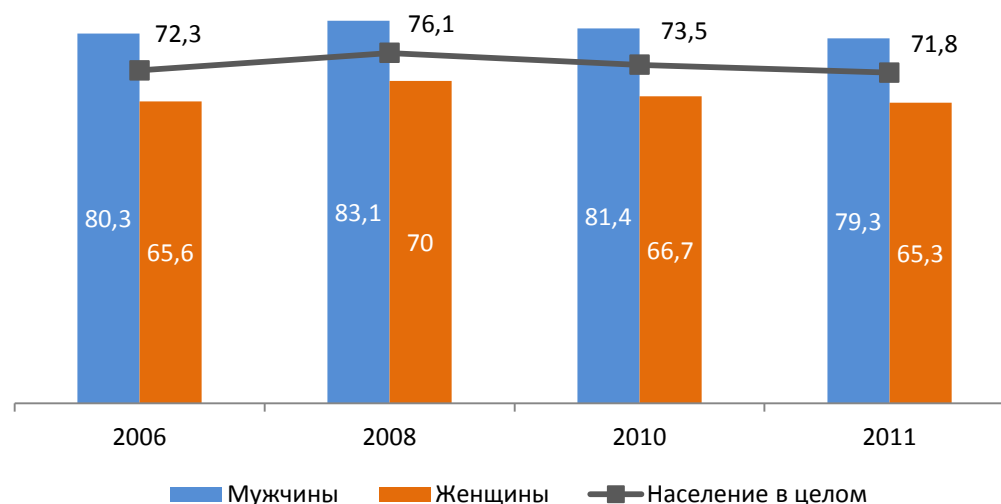


Рис. 12. Доля граждан, употреблявших алкогольные напитки в течение последних 30 дней, 2006-2011 гг., % от числа пьющих

Таблица 12

Доли мужчин и женщин разного возраста, потреблявших алкогольные напитки в течение последних 30 дней, 2006-2011 гг., % от числа пьющих

Годы сбора данных	Возраст							
	14-17 лет		18-29 лет		30-59 лет		60 лет и больше	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
2006	54,6	52,6	81,4	72,6	83,3	68,6	75,1	51,1
2008	59,4	54,5	86,6	74,7	83,8	72,8	79,8	59,5
2010	52,0	51,4	81,7	69,1	83,7	69,6	76,4	57,1
2011	59,4	48,4	79,0	66,9	81,0	68,7	76,1	55,6

Наиболее существенное сокращение числа лиц, употреблявших алкогольные напитки в течение 30 дней, предшествующих опросу (см. таблицу 12), произошло у выпивающих хотя бы иногда девушек в возрасте от 14 до 17 лет включительно (с 52,6% в 2006 г. до 48,4% в 2011 г., т. е. на 4,2%) и у выпивающих молодых женщин в возрасте от 18 до 29 лет (соответственно с 72,6 до 66,9%, т. е. на 5,7%). При этом среди женщин самого старшего возраста эта доля увеличилась с 51,1 до 55,6%, т. е. на 4,5%. В мужских возрастных когортах пьющих людей данный показатель менялся незначительно. Исключение составляют юноши подросткового возраста, среди

которых доля лиц, употреблявших спиртное в течение последних 30 дней, менялась от 52 до 59,4%. Среди пьющих мужчин молодого и среднего возраста данный показатель достигал 80% и более на протяжении всего анализируемого периода. В самой старшей возрастной когорте данный показатель был лишь немного ниже – от 75,1% в 2006 г. до 79,8% в 2008 г.

Из тех респондентов, которые употребляли алкогольные напитки в течение последних 30 дней (пиво в данном случае тоже считается алкогольным напитком), немногим более трети пили примерно 2-3 раза за месяц, около четверти – один раз в неделю, а каждый пятый – один раз в течение месяца (см. таблицу 13). Примерно каждый седьмой-восьмой из этих респондентов выпивал 2-3 раза в неделю, а остальные (около 5-6%) – от 4 до 6 раз в неделю или каждый день. И эти показатели в течение 2006-2011 гг. менялись незначительно. При сравнении указанных данных с данными за предыдущие годы (1994-2005), необходимо иметь в виду, что они могут несколько расходиться в силу изменения формулировок исходных вопросов¹. Но, несмотря на возможные отличия, можно с большой долей уверенности утверждать, что в последние годы частота потребления спиртных напитков респондентами немного выросла. Это выражается в существенном сокращении доли лиц, выпивающих один раз в месяц, т. е. с наименьшей частотой, и в соответствующем увеличении удельного веса респондентов, выпивающих чаще одного раза в месяц. В целом, с 1994 г. по 2011 г. удельный вес лиц, выпивавших один раз в течение последних 30 дней, уменьшился с 30,5 до 21,9%, т. е. почти в полтора раза, тогда как доля выпивавших один раз в неделю выросла за этот период с 20,2 до 24,4%, а доля выпивавших 2-3 раза в неделю увеличилась с 11,6 до 13%.

Таблица 13

Частота потребления алкоголя, 1994-2011 гг.,
% от числа пьющих

Частота потребления алкоголя	Годы сбора данных									
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011
Каждый день	2,1	2,0	1,6	2,8	3,2	2,4	2,4	2,4	1,6	1,8
4-6 раз в неделю	2,3	2,9	2,0	3,0	3,5	3,3	3,0	2,7	3,0	3,0
2-3 раза в неделю	11,6	13,0	9,7	12,5	14,9	15,1	14,6	14,3	12,0	13,0
Один раз в неделю	20,2	20,7	19,3	20,4	23,8	22,6	22,2	24,7	23,4	24,4

¹ Начиная с 2001 г. респондентов просили не забывать считать алкогольным напитком пиво при ответах на вопросы о частоте, времени и месте потребления алкоголя в течение последних 30 дней. Начиная с 2006 г. на эти вопросы, а также на вопрос об употреблении алкогольных напитков в течение последних 30 дней, должны были отвечать только те, кто употреблял хотя бы иногда алкоголь, включая пиво.

Продолжение таблицы 13

Частота потребления алкоголя	Годы сбора данных									
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011
2-3 раза в течение последних 30 дней	33,3	32,7	36,0	34,0	30,5	33,4	34,6	35,3	36,6	35,9
Один раз в течение последних 30 дней	30,5	28,7	31,4	27,3	24,1	23,2	23,2	20,6	23,4	21,9

Как и следовало ожидать, мужчины выпивают не только больше, но и намного чаще женщин. Так, в 2011 г. доля лиц, употреблявших алкогольные напитки 2-3 раза в неделю и чаще, была среди пьющих мужчин почти в три раза больше, чем среди пьющих женщин (соответственно 31,5 против 11,3%). Примерно таким же было это соотношение и во все предыдущее годы (например, в 1994 г. – 30,4 против 9,9%). Подобная картина наблюдалась во всех возрастных когортах.

Показатели среднего количества потребляемых алкогольных напитков мужчинами, женщинами и подростками за последние годы также менялись незначительно. Среднее количество потребления алкогольных напитков наиболее сильно пьющими (верхние 20%), подверженными наибольшему риску нарушения здоровья или его утраты, в каждой группе (мужчин, женщин и подростков) в 3-4 раза превышало соответствующую групповую среднюю.

Подавляющее большинство российских мужчин и женщин чаще всего потребляли алкогольные напитки, включая пиво, дома или в гостях у родственников, друзей и знакомых (см. таблицу 14). Эта традиция оставалась неизменной на протяжении всех лет мониторинга, тогда как популярность других мест употребления алкогольных напитков существенно менялась. Так, в последнее десятилетие заметно потеряла свою весомость традиция выпивать на работе или по месту учёбы, отмечая разного рода праздники, юбилеи, дни рождения и другие важные события. Эта традиция получила колоссальное развитие в конце 1980-х – начале 1990-х гг., когда происходили огромные изменения не только в характере потребления спиртных напитков, но и в психологии больших групп населения, которые сопровождались усилением терпимого отношения к употреблению алкоголя, упрочением психологических установок на обязательное употребление спиртных напитков по самым разнообразным поводам на работе и по месту учёбы. Стремительный рост популярности разного рода корпоративных мероприятий, формирование новых алкогольных стереотипов привели к повышению интенсивности и количества приёма спиртного на работе. Но в последние годы эти тенденции стали ослабевать, что во многом связано с укреплением порядка

и улучшением управляемости в стране. С 2002 по 2011 гг. доля лиц, выпивающих на работе или по месту учёбы, сократилась более чем вдвое – с 16,1 до 7,3%.

Другой хорошо заметной тенденцией является уменьшение удельного веса граждан, особенно среди 18-29-летних молодых людей, выпивающих в парках, на улицах, в подъездах, на детских площадках, пляжах и в других общественных местах, которая набирала силу до 2002 г. Если с 1994 по 2002 гг. доля таких респондентов среди выпивающих выросла в три раза – с 4,7 до 14,1%, то к концу 2011 г. она монотонно сократилась более чем в два раза – до 6,3%. Но, несмотря на эти положительные изменения, распитие спиртных напитков в общественных местах остаётся крайне сложной проблемой, беспокоящей всё общество. Сокращение количества мест, официально разрешённых для употребления спиртных напитков, не подкреплённое ужесточением контроля за соблюдением установленных правил, только усугубляет ситуацию, порождая у нарушителей ощущение безнаказанности.

Таблица 14

Места потребления алкоголя, 1994-2011 гг.,
% от числа пьющих

Место потребления алкоголя	Годы сбора данных									
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011
Дома	94,0	77,8	80,6	82,2	81,7	81,4	83,4	84,9	86,0	87,2
В ресторанах, барах	9,5	7,5	9,0	15,4	20,4	18,1	22,1	21,1	22,1	22,4
В парке, на улице, в подъездах	4,7	7,0	5,8	11,0	14,1	14,1	12,9	8,1	6,9	6,3
На работе, по месту учебы	16,5	15,9	14,1	16,1	16,1	13,1	11,0	8,7	6,5	7,3
В гостях	72,9	72,7	75,9	75,2	71,9	73,7	73,7	72,2	71,8	72,4

Ещё одной хорошо заметной и важной тенденцией, обусловленной стремительным развитием системы организованного (общественного) питания и повышением уровня материального благосостояния населения, стало значительное увеличение удельного веса мужчин и женщин, предпочитающих выпивать в ресторанах, барах, кафе и других пунктах общественного питания. С 1998 г., когда было зафиксировано минимальное значение, по 2011 г. удельный вес таких граждан среди выпивающих россиян вырос с 9 до 22,4%, т. е. более чем в два с половиной раза.

Крайне негативно сказывается на здоровье людей употребление спиртных напитков без еды, особенно натощак. Как следует из данных, представленных на рис. 13, в подобные ситуации чаще или реже попадают свыше четверти выпивающих граждан. Большинство из них составляют мужчины

молодого и среднего возраста. Значительный процент потребляющих спиртное без еды составляют любители пива. В то же время более чем каждый пятый выпивающий респондент часто употребляет спиртное до еды, что менее вредно. Кроме того, почти 90% выпивающих потребляют спиртное во время еды или после еды, что позволяет минимизировать негативное воздействие алкоголя на здоровье.

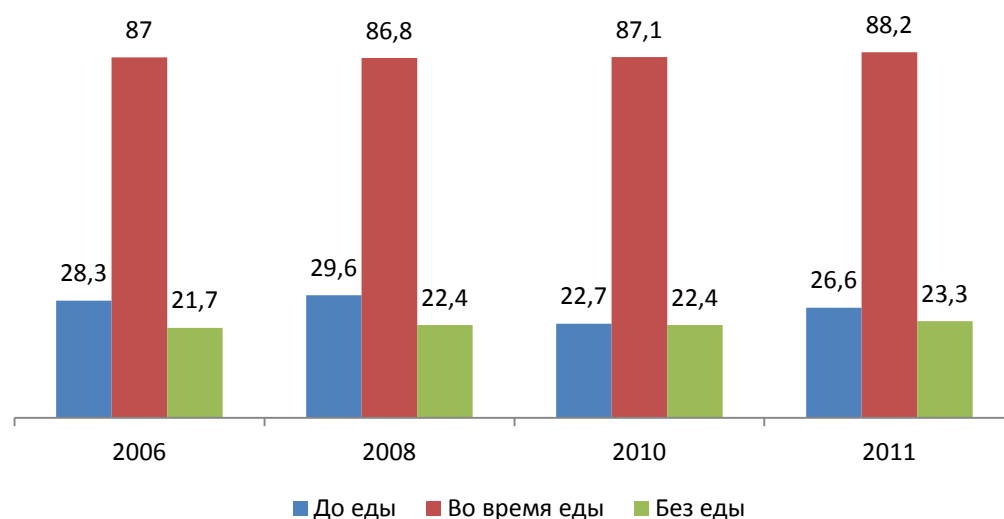


Рис. 13. Связь потребления алкоголя с приёмом пищи, 2006-2011 гг., % от числа пьющих

Улучшение показателей состояния здоровья в 2000-е гг. сопровождалось неоднозначными тенденциями, характеризующими изменение веса тела респондентов в результате изменения количественных и качественных параметров питания (см. рис. 14)¹. С одной стороны, при высокой доле граждан, которые не меняли своего веса (с 2000 по 2008 гг. эта доля выросла с 39,8 до 54,1%, но к концу 2011 г. снизилась до 48,5%), довольно низким оставался удельный вес россиян, у которых наблюдалось снижение массы тела. С 2000 по 2008 гг. доля таких респондентов сократилась почти в полтора раза – с 23,6 до 16,7% и затем практически не менялась. Как известно, снижение массы тела у людей чаще всего является признаком недостаточности питания. Речь идёт о сложившемся у части населения «бедном» типе питания, который характеризуется хроническим недоеданием и приводит к возрастанию частоты белково-калорийной недостаточности. Питание этой части населения не соответствует современным представлениям о здоровом питании [Питание и здоровье 2002]. Подобное питание, неадекватное физиологическим потребностям организма, оказывает неблагоприятное влияние на здоровье граждан.

¹ На рисунке не отражена позиция «Затруднились ответить».

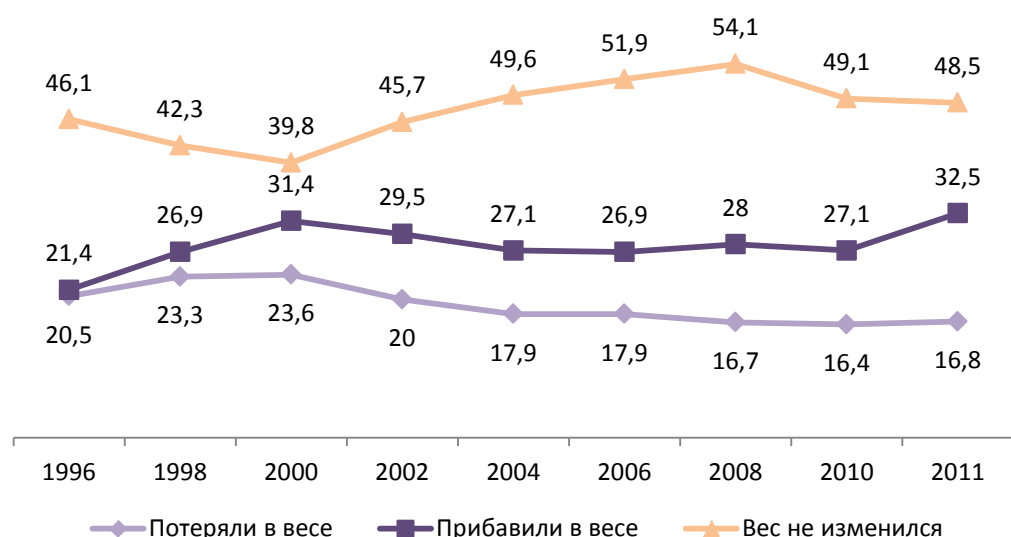


Рис. 14. Динамика изменения веса, 1996-2011 гг., %

С другой стороны, около трети россиян постоянно прибавляли в весе тела, нередко накапливая излишки, что также имело негативные последствия для здоровья этих людей. На протяжении практически всех лет мониторинга наблюдалось увеличение количества людей, страдающих избытком веса, среди граждан среднего возраста и особенно среди пожилых людей. Это связано как со сложным материальным положением многих россиян, которые вынуждены заменять в рационе дорогие продукты питания более дешёвыми, но менее полезными для здоровья, так и с отсутствием традиций здорового питания, неумением многих людей правильно выстраивать своё питание вне дома. В условиях повышения расходов населения на продукты питания, которое наблюдается с 2000 г. (см. рис. 15), последние обстоятельства становятся ключевыми для увеличения потребления высококалорийных продуктов питания, вызывающих ожирение. Некоторое сокращение продовольственных расходов, составившее 8,8%, произошло только в 2011 г.



Рис. 15. Динамика ежемесячных расходов домохозяйств за 1992-2011 гг., в тыс. руб. декабря 2003 г.

Известно, что в России потребление жиров традиционно превышало рекомендованные нормы, что постоянно вызывало расстройства здоровья, способствовало развитию у людей опасных хронических заболеваний. Поэтому снижение потребления жиров в 1992-1998 гг. в результате экономического кризиса благоприятно сказалось на здоровье россиян. Однако, начиная с 2000 г. доля жиров в потребляемой энергии начала опять увеличиваться во всех возрастных группах и уже в 2005 г. достигла у лиц в возрасте от 18 до 59 лет почти 35%, тогда как рекомендуется не более 30%. Одновременно увеличилась также (снижавшаяся до 2000 г.) доля потребляемых белков до 14% при рекомендованных 10-15%.

Только около 8% опрошенных российских граждан пользуются какими-либо диетами для того, чтобы сбросить вес. Такой способ борьбы с избыточной массой тела в гораздо большей мере характерен для женщин, чем для мужчин (соответственно 10,9 и 3,3%). При этом обращение женщин к диетам практически не зависит от их возраста (10-12% во всех возрастных группах), тогда как у мужчин наблюдается последовательный рост доли лиц, пользующихся диетами, с 1,1% среди 14-17-летних юношей до 6% среди мужчин, достигших 60-летнего возраста.

Какие-либо витамины, минеральные вещества, биологически активные добавки принимают только около 17% россиян. Женщины пользуются этими средствами вдвое чаще, чем мужчины (соответственно 20,2 против 10,5%). Данная тенденция проявляется в равной мере во всех возрастных группах. Так, среди 14-17-летних девушек и юношей эти доли составляли соответственно 23,3 и 14,8%; среди 18-29-летних женщин и мужчин – 21,9 и 10,9%; среди 30-59-летних респонденток и респондентов – 21,5 и 9,6%; среди женщин и мужчин в возрасте 60 лет и старше – 20,1 и 11,4%.

Дальнейший анализ показал, что большинство респондентов стараются питаться дома, причём доля лиц, питающихся только дома, в 2011 г. составила 57,9% (см. таблицу 15). Среди женщин доля таких респондентов существенно больше, чем среди мужчин (соответственно 63,4 против 50,4%). Значительная часть опрошенных россиян (30,7%), представленная работающим населением, питается вне дома все рабочие дни недели. Такой тип питания в большей мере характерен для мужчин (36,7 против 26,5% среди женщин). Кроме того, около 5,5% респондентов питаются вне дома в среднем 2-3 раза в неделю и 3,2% – в среднем меньше 2-х раз в неделю. И, наконец, только 2,7% опрошенных россиян практически всегда питаются в столовых, ресторанах, барах, кафе и других предприятиях общественного питания. Особых различий между мужчинами и женщинами в данном случае не наблюдается.

Таблица 15

Частота питания дома и вне дома, 2011 г., %

Частота питания	Всё население	В зависимости от пола	
		Мужчины	Женщины
Практически всегда питаются вне дома	2,7	3,0	2,4
Все рабочие дни недели вне дома	30,7	36,7	26,5
В среднем 2-3 раза в неделю вне дома	5,5	6,4	4,8
В среднем меньше 2-х раз в неделю	3,2	3,5	2,9
Питаются только дома	57,9	50,4	63,4

Чаще всего питаются вне дома молодые мужчины в возрасте от 18 до 29 лет (см. таблицу 16). Среди них минимальной является доля лиц, питающихся только дома (около 33%), и максимальной доля тех, кто питается вне дома все рабочие дни недели (46%). Сравнительно большими среди них являются также доли лиц, питающихся в среднем 2-3 раза в неделю вне дома (11,2%) и питающихся практически всегда вне дома (5,1%). Чётко прослеживается тенденция роста удельного веса питающихся только дома по мере увеличения возраста респондентов. Так, среди женщин эта доля увеличивается достаточно медленно: с 44% среди 14-17-летних девушек до 55,1% среди 30-59-летних женщин и затем резко возрастает до 90,9% среди тех, кому 60 лет и более.

Данные мониторинга свидетельствуют о значительном росте расходов российских домохозяйств на питание вне дома. С 1998 г., когда были зафиксированы минимальные значения, по 2010 г. средние ежемесячные расходы домохозяйств на питание в столовых, ресторанах, кафе, барах и других предприятиях общественного питания выросли почти в четыре раза и лишь в начале 2011 г. немного снизились, что было обусловлено последствиями распространившегося на Россию глобального финансово-экономического кризиса. Отмечен также существенный рост, хотя и не всегда последовательный, удельного веса расходов домохозяйств на питание вне дома в структуре семейных расходов. С 1998 по 2010 гг. доля этих расходов увеличилась с 2,9 до 4,7%, т. е. более чем в полтора раза, и затем немного уменьшилась в 2011 г. до 4,6% (см. рис. 11). Как показывает анализ, мода на рестораны, кафе и бары завоевывает не только столицу, но и другие крупные и средние города страны. Хотя население регионов реже посещает предприятия общественного питания, в 2011 г. наблюдалась тенденция некоторого расширения сети кафе и ресторанов в средних и небольших провинциальных городах. Наметились также тенденции восстановления докризисных показателей популярности быстрого питания в молодёжной среде. Для части молодых людей посещение баров, кафе, ресторанов превратилось в один из важных видов досуга.

Таблица 16

**Частота питания дома и вне дома
мужчин и женщин разного возраста, 2011 г., %**

Частота питания	Возраст							
	14-17 лет		18-29 лет		30-59 лет		60 лет и больше	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
Практически всегда питаются вне дома	3,5	1,9	5,1	3,4	2,5	2,0	1,6	2,4
Все рабочие дни недели вне дома	40,6	35,0	46,0	36,5	42,2	34,7	8,0	4,8
В среднем 2-3 раза в неделю вне дома	9,7	14,9	11,2	7,8	5,8	5,0	1,1	1,1
В среднем меньше 2-х раз в неделю	3,8	4,2	4,7	5,3	3,9	3,2	0,5	0,8
Питаются только дома	42,4	44,0	33,0	47,0	45,6	55,1	88,8	90,9

Примерно каждый пятый россиянин питается не регулярно, т. е. реже 3-х раз в день. В 2011 г. к этой категории граждан относились 22,9% опрошенных мужчин и 17,3% женщин (см. таблицу 17). В силу возросшего ритма жизни и неупорядоченности досуга чаще всего попадают в число лиц, которым не удаётся питаться регулярно, молодые мужчины и женщины в возрасте от 18 до 29 лет (соответственно 31,9 и 29%). Нерегулярное и несбалансированное питание в ресторанах, столовых, кафе, барах и различного рода пунктах быстрого питания (fast food), как правило, не обеспечивает удовлетворение физиологических потребностей молодого организма в питании. Достаточно много таких людей также среди 30-59-летних мужчин и женщин (соответственно 25,6 и 18,9%), а также среди юношей и девушек подросткового возраста (14,2 и 20,1%). А наиболее высокие показатели регулярности питания, как и следовало ожидать, наблюдаются у мужчин и женщин самого старшего возраста. В целом почти три четверти респондентов пенсионного возраста питаются не менее 3-х раз каждый день и ещё один из пяти опрошенных питается регулярно практически каждый день.

Высокий уровень заболеваемости и низкая продолжительность жизни в России во многом обусловлены не только широким распространением алкоголизма, курения табака, наркомании, но и малоподвижным образом жизни, что является своеобразной платой за комфорт: лень, нежелание пожертвовать многочисленными благами цивилизации, чтобы сохранить здоровье (сидячая работа, поездки на личном автомобиле и общественном транспорте, пользование лифтом, и т. п.). И с каждым прожитым годом риски малоподвижного образа жизни только увеличиваются.

Таблица 17

Регулярность питания (не мене 3-х раз в день), 2011 г., %

Регулярность питания	В целом		В зависимости от возраста							
			14-17 лет		18-29 лет		30-59 лет		60 лет и больше	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
Удаётся питаться регулярно	48,9	57,4	62,0	50,5	37,9	42,8	44,1	54,4	72,5	73,3
Скорее да, чем нет	28,3	25,3	23,9	29,4	30,3	27,9	30,3	26,7	21,1	20,5
Скорее нет, чем да	18,7	13,9	11,0	16,3	25,9	22,2	20,9	15,6	5,8	5,1
Никогда не удаётся	4,2	3,4	3,2	3,8	6,0	7,0	4,7	3,3	0,6	1,1

Как показывают результаты мониторинга, три четверти опрошенных россиян не занимаются физическими упражнениями (см. таблицу 18). Что касается остальных респондентов, то, согласно данным за 2011 г., 11,2% опрошенных россиян занимаются лёгкими физическими упражнениями для отдыха менее трёх раз в неделю; 4,3% – физическими упражнениями средней и высокой тяжести менее трёх раз в неделю; 2,1% – упражнениями высокой тяжести по крайней мере три раза в неделю по 15 минут и более и 6,3% респондентов ежедневно занимаются физкультурой по меньшей мере 30 минут в день. Эти данные оставались практически неизменными с 2002 г.

Таблица 18

Занятия физическими упражнениями, 1996-2011 гг., %

Вид физической нагрузки	Годы сбора данных								
	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011
Лёгкие физкультурные упражнения для отдыха менее трёх раз в неделю	9,1	9,7	10,7	10,9	9,8	10,1	13,0	12,4	11,2
Физкультурные упражнения средней или высокой тяжести менее трёх раз в неделю	4,1	4,1	4,2	4,8	4,5	4,4	4,9	4,1	4,3
Физкультурные упражнения высокой тяжести по крайней мере три раза в неделю 15 минут и более	1,4	1,7	1,7	1,1	1,7	1,7	2,5	2,0	2,1
Ежедневные занятия физкультурой по меньшей мере 30 минут в день	4,5	5,5	5,0	6,3	6,3	6,7	6,0	6,4	6,3
Не занимаются физкультурой и спортом	80,9	79,0	78,4	76,9	77,7	77,1	73,6	75,1	76,1

Но, если обратиться к данным за 1996-2000 гг., можно заметить некоторые позитивные сдвиги, характеризующиеся увеличением удельного веса граждан, занимающихся физическими упражнениями и спортом, в среднем на 6-7%. Это увеличение обеспечивается главным образом повышением удельного веса лиц, занимающихся как лёгкими физкультурными упражнениями для отдыха не менее трёх раз в неделю, так и ежедневными занятиями физкультурой по меньшей мере полчаса в день.

О различиях в предпочтениях относительно занятий физическими упражнениями и спортом между мужчинами и женщинами, принадлежащими к разным возрастным группам, дают представление данные за 2011 г., изложенные в таблице 19. Из них, в частности, хорошо видно, что женщины намного чаще мужчин предпочитают заниматься лёгкими физическими упражнениями для отдыха и укрепления здоровья, включающими гимнастические и иные упражнения общеразвивающего, превентивного и профилактического, тогда как мужчины – физическим упражнениям средней и высокой тяжести. Так, если среди женщин, занимающихся физическими упражнениями, доля лиц, предпочитающих лёгкие физические нагрузки, в полтора раза больше, чем соответствующая доля мужчин (55,9 против 36,5%), то среди мужчин, занимающихся физическими упражнениями, выше доля тех, кто предпочитает нагрузки высокой и средней тяжести (36,5 против 18,4% среди женщин).

Таблица 19

**Занятия физическими упражнениями:
мужчины и женщины в зависимости от возраста, 2011 г.,
% от числа занимающихся**

Вид физической нагрузки	В целом		В зависимости от возраста							
			14-17 лет		18-29 лет		30-59 лет		60 лет и больше	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
Лёгкие физические упражнения для отдыха менее трёх раз в неделю	36,5	55,9	28,5	47,4	31,3	53,7	41,1	60,0	47,4	55,4
Физкультурные упражнения средней или высокой тяжести менее трёх раз в неделю	23,5	13,5	31,6	34,1	28,2	20,7	20,9	8,9	7,7	2,0
Физкультурные упражнения высокой тяжести по крайней мере три раза в неделю по 15 минут и более	13,0	4,9	14,6	4,7	18,3	8,2	10,6	4,2	2,6	2,3
Ежедневные занятия физкультурой по меньшей мере 30 минут в день	27,0	25,7	25,3	13,8	22,2	17,4	27,4	26,9	42,3	40,3

Отмеченные тенденции чётко прослеживаются во всех возрастных группах за исключением самой старшей возрастной когорты, где доля занимающихся физическими упражнениями по понятным причинам крайне мала. Но даже в пожилом возрасте мужчины чаще женщин стараются заниматься физическими упражнениями с более высокой нагрузкой. Эта тенденция проявляется достаточно умеренно. Чаще всего пожилые люди занимаются лёгкими упражнениями общеукрепляющего характера, а также специальными профилактическими упражнениями и лечебной физкультурой (утренняя гимнастика, лечебная гимнастика, лечебное плавание, дозированная ходьба и т. д.).

В таблице 20 представлены данные RLMS-HSE о том, какими конкретными видами физической активности занимались респонденты в течение последних 12 месяцев по меньшей мере 12 раз. Из изложенных данных следует, что к наиболее популярным видам физической активности относятся бег трусцой, катание на коньках, лыжах; упражнения на тренажёрах; плавание на открытой воде и в бассейне, а также игровые виды: футбол, волейбол, баскетбол и хоккей. Среди заметных тенденций, характеризующих изменение степени популярности различных видов физической активности, можно выделить только существенный рост распространённости занятий на тренажёрах дома или в тренажёрных залах (с 0,1% в конце 1990-х гг. до 4,2% в 2011 г.). Популярность тренировок на тренажёрах росла на протяжении всех лет мониторинга и эта тенденция, по-видимому, будет продолжена.

Таблица 20

Занятия различными видами физической активности,
1996-2011 г., %

Вид физической активности	Годы сбора данных							
	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2010	2011
Бег трусцой, катание на коньках, лыжах	3,0	3,2	5,0	4,7	4,1	4,7	4,4	4,1
Упражнения на тренажёрах	0,1	0,1	3,4	3,2	3,3	3,8	4,4	4,2
Плавание	4,1	4,0	4,9	4,9	3,7	4,0	3,9	3,8
Танцы, аэробика, шейпинг, йога	2,2	2,4	2,5	2,3	2,0	2,2	2,0	2,0
Баскетбол, волейбол, футбол, хоккей	3,5	5,2	5,0	4,9	4,9	4,9	3,7	3,4
Бадминтон, теннис	1,5	1,4	1,6	1,2	1,0	0,9	0,8	0,7
Борьба, бокс, карате	0,2	0,2	1,1	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9
Другое	5,9	6,6	3,7	3,8	3,5	4,3	3,6	4,5

Мужчины чаще отдают предпочтение бегу, катанию на коньках и роликах, лыжах; упражнениям на спортивных тренажёрах; играм в баскетбол, волейбол, футбол, хоккей; занятиям

такими видами единоборств, как бокс, борьба, карате и др., тогда как женщин чаще привлекают танцы, аэробика, шейпинг, фитнес, йога (см. таблицу 21). Наиболее чётко данные тенденции проявляются в группах 14-17-летних подростков и молодых людей в возрасте от 18 до 29 лет. Одинаковой популярностью как у мужчин, так и у женщин пользуются занятия плаванием.

Особое беспокойство вызывает то, что физическими упражнениями и спортом не занимаются около 60% подростков и молодых россиян в возрасте от 18 до 29 лет. Причём по мере взросления доля таких людей только увеличивается: с 30% среди 14-17-летних подростков до 70% среди «старшей молодёжи» в возрасте 25-29 лет. Большинство тех, кто занимается физкультурой и спортом, отдают предпочтение лёгким физическим упражнениям. При этом только около трети молодых людей недовольны количеством времени, которое они могут выделить для занятий физическими упражнениями и спортом, техническим творчеством, литературой, искусством и другими видами досуга. Подобные ощущения вызваны не только объективными причинами, прежде всего высокой общей трудовой нагрузкой, но и неумением организовать свободное время, особенностями психологического восприятия молодыми людьми различных проблем.

Таблица 21

**Занятия физическими упражнениями: мужчины и женщины
в зависимости от возраста, 2011 г., %**

Вид физической активности	В целом		В зависимости от возраста							
			14-17 лет		18-29 лет		30-59 лет		60 лет и больше	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
Бег трусцой, катание на коньках, лыжах	5,5	3,1	26,3	20,8	8,0	5,7	3,2	2,1	2,2	0,7
Упражнения на тренажёрах	6,5	2,4	18,6	6,0	12,5	5,4	4,2	2,1	1,6	0,4
Плавание	3,8	3,7	13,6	6,9	5,5	5,5	2,8	4,3	1,4	1,1
Танцы, аэробика, шейпинг, йога	0,5	3,0	2,8	14,5	0,8	6,7	0,2	2,3	0,3	0,4
Баскетбол, волейбол, футбол, хоккей	5,8	1,6	39,1	25,6	10,6	2,9	2,0	0,1	0,2	0,0
Бадминтон, теннис	1,1	0,4	4,2	5,0	1,9	0,4	0,6	0,2	0,3	0,0
Борьба, бокс, карате	1,9	0,2	8,8	0,9	4,2	0,4	0,7	0,1	0,0	0,0
Другое	3,8	3,3	10,8	12,3	4,2	3,5	2,9	2,5	3,6	3,1

Следует также иметь в виду, что большинству молодых людей не позволяет заниматься теми или иными видами спорта, спортивным туризмом достигнутый уровень личного потребления. Спортивный инвентарь и другие предметы, необходимые для внедомашнего активного отдыха (охота, рыбалка, туристические походы, велопробеги, дайвинг, горные лыжи и т. п.), не занимают сколько-нибудь значительного места в их реальном быту. Лучше обеспечены спортивным и спортивно-туристическим инвентарём полные молодые семьи, имеющие в своём составе детей подросткового возраста. Но в то же время очень многие выражают желание иметь дома спортивные тренажёры (от 33% среди 14-17-летних до 41% среди 25-29-летних), не располагая, однако, реальной возможностью его реализовать.

Противоречиво выглядит связь досуга и здорового образа жизни молодёжи. Если в одних группах молодых людей, прежде всего у обеспеченной городской молодёжи, растёт интерес к рациональному питанию, занятиям физкультурой и спортом, полезным для здоровья активным формам проведения досуга, то в других молодёжных группах здоровый образ жизни теряет свою популярность, получают распространение девиантные формы поведения, растёт пристрастие к вредным привычкам. Вызывают тревогу высокие показатели потребления молодыми людьми алкоголя, табака, токсических и наркотических препаратов. У многих из них в свободное время превалируют пассивные виды занятий: «взрослая молодёжь» чаще проводит время за чтением периодических изданий и просмотром телепередач, а подростки – за играми на компьютере и иными малоподвижными развлечениями.

Таким образом, несмотря на то, что в последнее десятилетие динамика здоровья населения России характеризовалась позитивными тенденциями, проблема продвижения ценностей здорового образа жизни и укрепления здоровья граждан остаётся крайне сложной и болезненной для общества. Особое беспокойство вызывают отсутствие должного уровня ответственности за своё здоровье у подростков и людей молодого возраста; высокие показатели заболеваемости населения трудоспособного возраста, пренебрежительное отношение работодателей к проблемам здоровья работников; недостаточное внимание к проблемам оказания медицинской помощи гражданам пенсионного возраста. В связи с этим, наряду с обеспечением доступности и качества медицинской помощи, на первый план выдвигаются задачи создания эффективной системы профилактических мер и раннего диагностирования заболеваний, обеспечения граждан своевременной и достоверной информацией о факторах, способствующих сохранению здоровья, формирования у них устойчивой мотивации к ведению здорового образа жизни и созданию условий для его ведения, в том числе для снижения потребления алкогольных напитков и табака, оптимизации питания и регулярных занятий физической культурой и спортом.

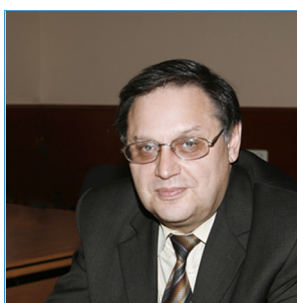
Особое беспокойство вызывают отсутствие должного уровня ответственности за своё здоровье у подростков и людей молодого возраста; высокие показатели заболеваемости населения трудоспособного возраста, пренебрежительное отношение работодателей к проблемам здоровья работников; недостаточное внимание к проблемам оказания медицинской помощи гражданам пенсионного возраста.

Библиографический список

1. ВОЗ: продолжительность жизни в Европе увеличилась // RG RU. Российская Газета [сетевое издание]. URL: <http://www.rg.ru/2013/03/14/zdorovie-voz-site-anons.html> [дата посещения: 25.02.2013].
2. Журавлёва И. В. 2001. Социальные факторы ухудшения здоровья населения // Россия: трансформирующееся общество / Под ред. В. А. Ядова. – М.: КАНОН-пресс-Ц.
3. Заболеваемость туберкулёзом в России за последний год снизилась почти на 5% // Сайт Радио «Эхо Москвы» [электронный ресурс]. URL: <http://www.echomsk.spb.ru/news/meditsina/zabolevaemost-tuberkulezom-v-rossii.html> [дата посещения: 5.03.2013].
4. Назарова И. Б. 2007. Здоровье занятого населения. – М.: МАКС Пресс.
5. Ожидаемая продолжительность жизни россиян выросла на 3,7 года // Сайт РИА НОВОСТИ [электронный ресурс]. URL: <http://ria.ru/society/20120207/559271754.html> [дата посещения: 7.03.2013].
6. Питание и здоровье в бедных семьях. 2002. / А. К. Батурин, В. Г. Зинин, В. А. Тутельян и др. – М.: Просвещение.
7. Прохоров Б. Б. 2006. Динамика социально-экономического реформирования России в медико-демографических показателях // Проблемы прогнозирования. № № 5.
8. Рат Т., Хартер Д. 2001. Пять элементов благополучия: Инструменты повышения качества жизни. – М.: Альпина Паблишер.
9. Российская повседневность в условиях кризиса. 2009 / Под ред. М. К. Горшкова, Р. Крумма, Н. Е. Тихоновой. – М.: Альфа-М.
10. Сафарова Г. 2005. Демографические аспекты старения населения России // Отечественные записки. № 3 (24).
11. Тапилина В. С. 2004. Здоровье и рабочее время: российские реалии конца 1990-х гг. // Социальная политика: реалии XXI века. Выпуск 2. – М.: Поматур.

Т е м а н о м е р а : З д о р о в ь е н а с е л е н и я

О б р а щ е н и е р о с с и я н з а м е д и ц и н с к о й п о м о щ ь ю



Малышев Михаил Львович – доктор социологических наук, профессор, руководитель Центра социологии социально-трудовой сферы ИС РАН

E-mail: anpi_2006@mail.ru



Варламова Светлана Николаевна – старший научный сотрудник Центра социологии социально-трудовой сферы ИС РАН

E-mail: s_varlamova@mail.ru

Обращение россиян за медицинской помощью¹

Аннотация

В статье приведена динамика самооценок состояния здоровья россиян за 2005-2010 гг., в т. ч. различных социально-демографических и доходных группах. Анализируя результаты общероссийских опросов, авторы рассматривают доступность для населения услуг узких медицинских специалистов в рамках ОМС, а также пользование платными и бесплатными медицинскими услугами.

Ключевые слова: здоровье, самооценки состояния здоровья, динамика состояния здоровья, заболеваемость, обращаемость за медицинской помощью, отказ от обращения за медицинской помощью

Здоровье человека имеет приоритетное значение не только для него самого, но и для общества, ведь именно *состояние здоровья каждого конкретного гражданина предопределяет здоровье и жизнеспособность нации, является одной из составляющих трудового потенциала.*

Показатели здоровья населения зависят от множества факторов, среди которых одно их ведущих мест занимает качество оказания медицинской помощи, способность врача быстро и эффективно оказать пациенту необходимую помощь.

Реальное понимание процессов, происходящих в системе здравоохранения под влиянием проводящихся социально-экономических реформ, и оперативное реагирование на них органов государственной власти и системы подготовки медицинских кадров возможно только при условии всестороннего и глубокого анализа своевременной и достоверной информации, получаемой из различных источников.

Старые информационные системы в принципе не способны обеспечить решение этой задачи, так как ориентированы на официальную статистику состояния системы здравоохранения. К тому же ряд показателей, необходимых для оценки реального состояния здоровья различных групп населения и удовлетворенности конечного потребителя качеством полученных медицинских услуг, в них вообще не разрабатывался.

¹ Всероссийский опрос населения проведен под руководством авторов в феврале 2010 г. в 39 субъектах РФ в 120 точках опроса. Многоступенчатая квотная выборка репрезентирует взрослое население страны по полу, возрасту, федеральным округам и типу поселения. Опрошены 2400 человек в возрасте от 18 лет и старше.

Многие вопросы, с которыми сталкивались население и местные власти в сфере медицинского обслуживания, были столь нетрадиционны для нашей страны в начале 1990-х гг., что статистика не имела необходимой исходной базы для их измерения. Поэтому возникла необходимость в данных, позволяющих формировать оперативно действующую информационно-аналитическую систему, объективно отражающую содержание и тенденции развития различных, как позитивных, так и негативных процессов, происходящих в системе здравоохранения. Основная цель такого исследования – предоставление органам государственной власти и управления соответствующей информации для оперативного её регулирования и формирования адекватной социальной политики, направленной на увеличение доступности качественной медицинской помощи для всех социальных групп населения.

Самооценки состояния здоровья населения

Состояние своего здоровья большинство наших сограждан (76,3%) оценивают со знаком «плюс». Как показало проведённое исследование, 39,4% опрошенных охарактеризовали своё состояние здоровья как «удовлетворительное», ещё 36,9% как «скорее удовлетворительное». В то же время важно обратить внимание на негативные самооценки здоровья, данные каждым пятым (22,2%) респондентом. Из них 17,9% заявили, что их здоровье «скорее неудовлетворительное», а ещё 4,3% дали ему резко отрицательную оценку «совершенно неудовлетворительное» (см. рис. 1).

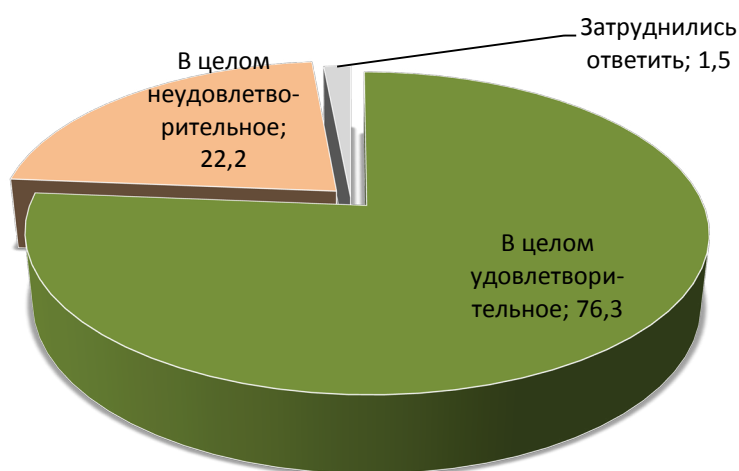


Рис. 1. Самооценки состояния здоровья населения, % от общего числа опрошенных

Самооценки здоровья имеют вполне традиционные половозрастные характеристики, регулярно подтверждаемые данными других опросов. Удовлетворённость своим здоровьем

Состояние своего здоровья большинство наших сограждан (76,3%) оценивают со знаком «плюс».

несколько выше среди мужчин, нежели среди женщин – положительно его оценили соответственно 80,2% и 73,1% опрошенных из этих групп. Также она выше среди молодежи (88,0% среди 18-24-летних и 87,8% среди 25-34-летних), а с возрастом, напротив, снижается до 60,4% в группе респондентов 55 лет и старше.

Казалось бы, ничего удивительно и противоречивого в этом нет. Однако не следует забывать, что самооценка здоровья основывается не на простой констатации объективных показателей своего здоровья (причём, в соответствии с «возрастными нормативами»), но включает в себя сильную субъективную составляющую, которая подразумевает и эмоциональный настрой человека, его уверенность в жизни, рефлексию на собственный социальный статус, отношение со стороны окружающих и т. д. Представляется, что низкие показатели здоровья пожилых россиян (вполне естественные для их возраста) усугубляются их пессимистическим мироощущением. Можно предположить, исходя из этих данных, что перелом отношения к состоянию своего здоровья наступает у россиян весьма рано – в среднем возрасте. Дальше люди начинают воспринимать эту сторону своей жизни и свой возраст априори пессимистически, как идущую к закату часть жизни, что, как показывают исследования, в том числе медицинские, в действительности приводит в конечном итоге к проблемам со здоровьем.

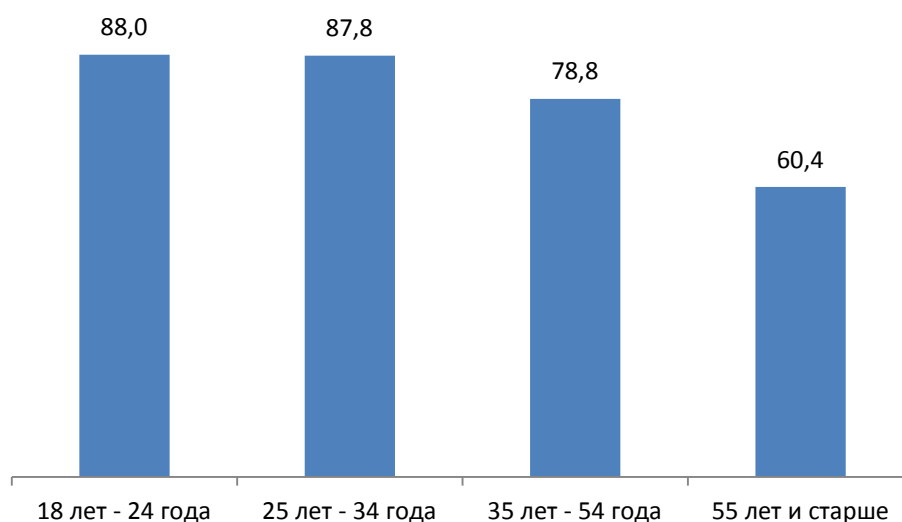


Рис. 2. Дифференциация оценок удовлетворенности состоянием здоровья в зависимости от возраста, % от числа опрошенных в каждой возрастной группе, отмечены позиции «хорошее» и «скорее хорошее»

Выявлена прямо пропорциональная зависимость между уровнем образования и самооценками здоровья: с ростом образовательных характеристик респондентов повышаются самооценки состояния здоровья: с 54,6% в группе с образованием ниже среднего до 81,3% в группе с высшим или неполным высшим образованием.

Ряд исследователей обращают внимание на то, что уровень образования коррелирует с возрастом, а возраст – один из важнейших факторов, влияющих на состояние здоровья [Решетников 2003].

Однако при всей обусловленности здоровья генетическими, экологическими факторами и образом жизни человека материальное положение остаётся доминирующей индентой в самооценках состояния здоровья. Если финансовые возможности позволяют человеку в случае заболевания получать качественную медицинскую помощь, а не пускать ситуацию на самотёк, то, как правило, он не занимается самолечением, а обращается к врачу (см. таблицу 1).

Таблица 1

**Влияние материального положения россиян
на самооценки состояния здоровья, % от численности каждой
группы с разным уровнем материального положения**

Категория граждан	Состояние здоровья		
	Удовлетворительное	Неудовлетворительное	Затруднились ответить
Бедные	39,8	58,6	1,6
Малообеспеченные	63,5	34,7	1,8
Среднеобеспеченные	79,8	19,3	0,9
Высокообеспеченные	86,0	11,7	2,3
Богатые	83,5	11,0	5,5

Отметим фактор семьи в состоянии здоровья населения. Причём важно здесь не просто наличие семьи, а и то, каков её размер, сколько человек живут вместе, создают коммуникативное пространство, являются для человека «опорным стержнем» и «островком безопасности». Худшие показатели здоровья наблюдаются в группе одиноких граждан (57,3%) и формально семейных, но имеющих только одного члена семьи (69,9%). Точка перегиба в графике приходится именно на семью из четырех человек. С наличием ребёнка (детей) в семье существенно улучшаются и показатели самооценок здоровья родителей (от 80,2% и выше). *Чем многочисленнее «ближний круг» жителей России, тем более здоровыми они себя ощущают.*

Итак, счастливая семья с детьми поддерживает жизненный тонус на высоком уровне и способствует хорошему самочувствию и мужчин, и женщин (см. рис. 3).

В ходе анализа полученных данных было проведено их сравнение с данными исследований, осуществлённых в 2005-2008 гг. Динамика результатов опросов за эти годы позволяет сделать следующий вывод за последние пять лет ситуация с самооценками состояния здоровья заметно не изменилась, практически вернувшись к докризисным показателям.

С ростом образовательных характеристик респондентов повышаются самооценки состояния здоровья: с 54,6% в группе с образованием ниже среднего до 81,3% в группе с высшим или неполным высшим образованием.

Чем многочисленнее «ближний круг» жителей России, тем более здоровыми они себя ощущают.

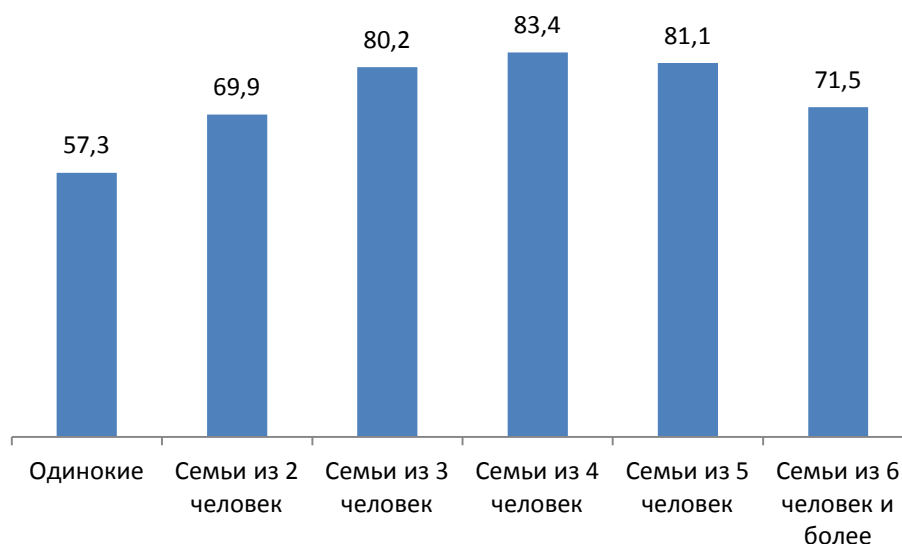


Рис. 3. Дифференциация оценок удовлетворенности состоянием здоровья в зависимости от численного состава семьи, % от численности каждой группы по численному составу семей

Доля *безусловно* положительных оценок россиянами собственного здоровья за период с 2005 по 2006 гг. несколько сократилась (с 34,7 до 32,9%). Однако далее последовало заметно большее её сокращение с 32,9% в 2006 г. до 20,9% в 2008 г. Доля осторожных, умеренно-позитивных оценок, напротив, существенно возросла за 2006-2008 гг. – с 31,9 до 44,4%. Как видим, при в целом стабильной общей доле положительных самооценок здоровья, произошло существенное их перераспределение по линии безусловно положительных и умеренно положительных оценок – доля безусловно оптимистичных самооценок снизилась, уступив место осторожному оптимизму. Улучшение общей экономической ситуации вернуло показатели самооценок состояния здоровья на прежний уровень, лишний раз подтвердив доминирование материального фактора в общем самочувствии граждан (см. рис. 4).

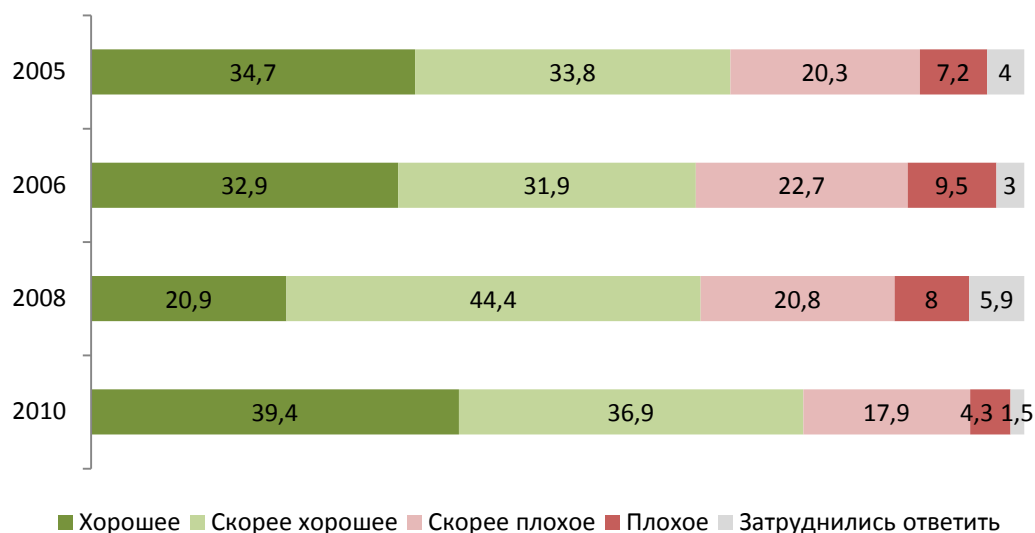


Рис. 4. Динамика оценок состояния здоровья населения, % от общего числа опрошенных в каждом году

Обращение за медицинской помощью

В ходе исследования был специально рассмотрен вопрос о своевременности обращения людей за квалифицированной медицинской помощью. Исследование свидетельствует, что всегда и безусловно этому правилу следуют только 13,6% опрошенных. Ещё треть (33,5%) обращаются к медикам за помощью в большинстве случаев, но не всегда. В целом *дисциплинированное поведение в ситуации болезни проявляют почти половина (47,1%) респондентов*.

Однако более половины наших сограждан (52,9%), как правило, не обращаются к медикам за помощью (см. рис. 5).

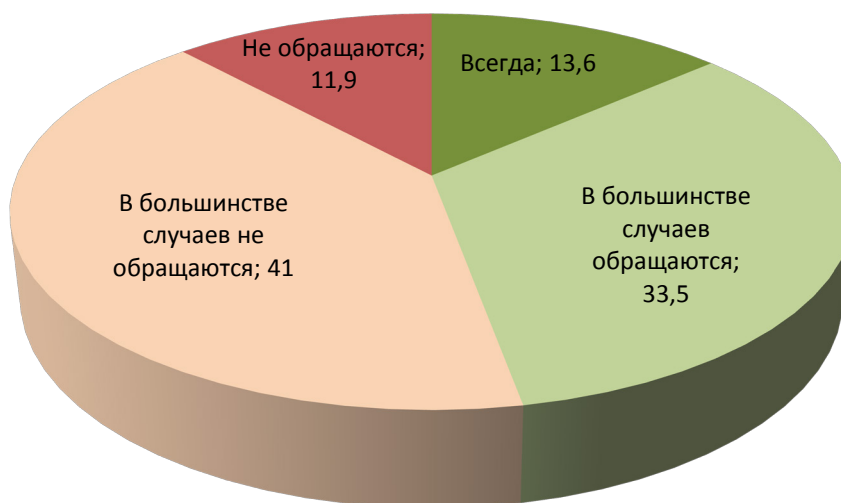


Рис. 5. Обращение населения за медицинской помощью в случае заболевания, % от общего числа опрошенных

Чаще всего услугами медиков пренебрегают мужчины, молодёжь и живущие за чертой бедности. Так, отказываются от услуг медиков в случае заболевания большинство (58,8%) мужчин и меньше половины (48,1%) женщин. Среди молодёжи и людей среднего возраста доли тех, кто пытается побороть болезнь самостоятельно, не прибегая к помощи врачей, составляют от 53,9 до 60,1%. Пожилые респонденты, перешедшие возрастной порог в 55 лет, отказываются от услуг медиков заметно реже (41,6%).

Что касается людей, относящихся к различным категориям по уровню материального положения, то среди них обращает на себя внимание группа «бедных», где доля людей, отказывающихся от услуг медиков даже в случае заболевания, максимальна и составляет 63,8% (см. рис. 6).

Обращает на себя внимание группа «бедных», где доля людей, отказывающихся от услуг медиков даже в случае заболевания, максимальна и составляет 63,8%.

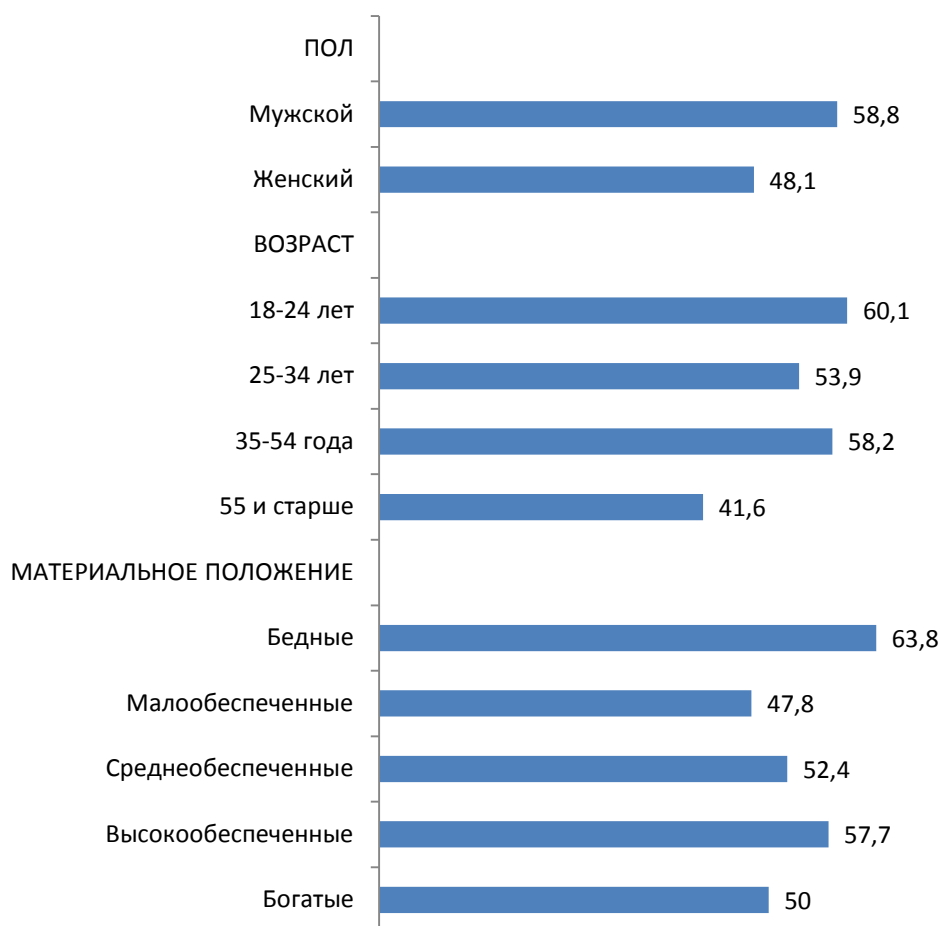


Рис. 6. Отказ от обращения за медицинской помощью в случае заболевания респондентов различных социально-демографических групп, % от общего числа опрошенных в каждой группе, отмечены позиции «в большинстве случаев не обращаюсь к врачу» и «не обращаюсь к врачу»

Среди различных территорий страны наибольшей долей тех, кто обходится без помощи медиков даже в случае заболевания, характеризуются Северо-Западный и Дальневосточный федеральные округа (58,8-60%). Напротив, реже всего пренебрегают услугами докторов во время болезни респонденты, проживающие в Южном федеральном округе (46,1%).

Между группами опрошенных, проживающих в различных типах поселений, заметной разницы по данному показателю не зафиксировано (см. рис. 7).

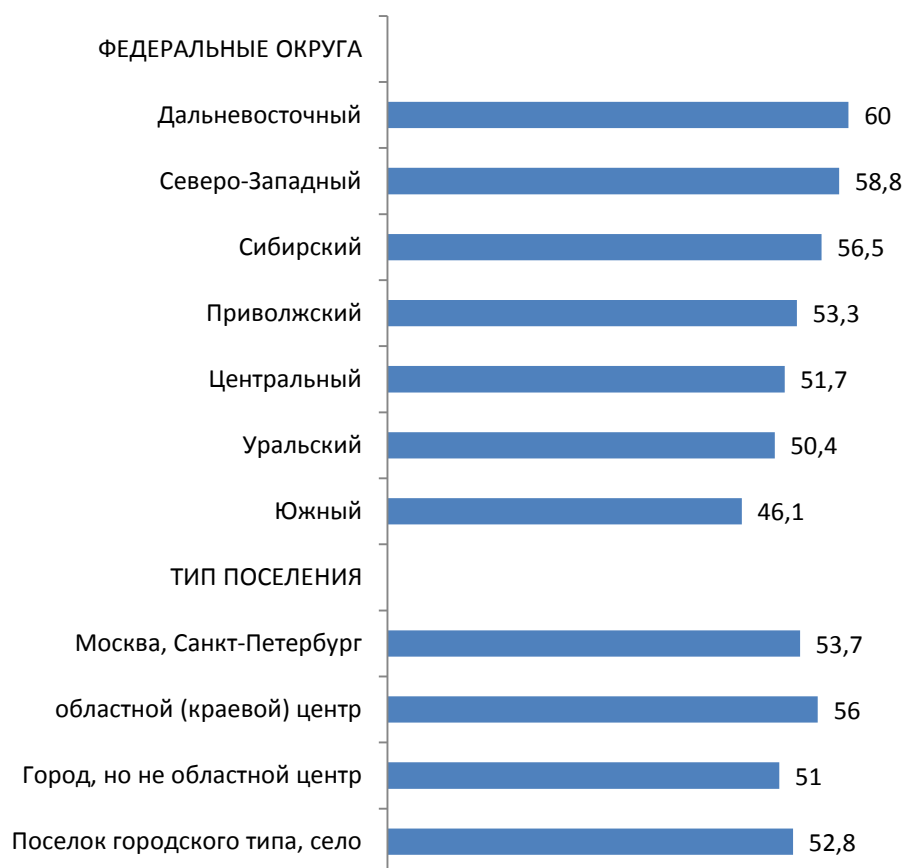


Рис. 7. Региональные особенности отказа населения от обращения за медицинской помощью в случае заболевания, % от общего числа опрошенных в каждой группе, отмечены позиции «в большинстве случаев не обращаюсь к врачу» и «не обращаюсь к врачу»

Возможности и пользование услугами медицинских учреждений

Одним из факторов, обуславливающих здоровье населения, является качество медицинского обслуживания. Несмотря на заявленное неплохое общее самочувствие, значительное число пациентов, обращающихся в медицинские учреждения, как правило, нуждаются в помощи не только терапевта или врача общей практики, но и врачей узкой специализации (таких как отоларинголог, окулист, хирург, кардиолог, онколог, уролог, и т. д.). Однако только 47,3% жителей страны имеют возможность пользоваться услугами нужных им специалистов в рамках общедоступного медицинского обслуживания по полисам обязательного страхования в районных (городских) поликлиниках. В то же время доступность специального медицинского обслуживания на бесплатной основе для значительной части населения города ограничена – 28,1% заявили, что у них есть возможность пользоваться услугами

районных специалистов, но далеко не всех, кто им необходим, а у каждого девятого (10,9%) такой возможности нет совсем (см. таблицу 2).

Таблица 2

Доступность для россиян услуг врачей узкой специализации

Доступность услуг врачей-специалистов	%*
Есть возможность пользоваться услугами всех необходимых специалистов	47,3
Есть возможность пользоваться услугами узких специалистов, но далеко не всех	28,1
Нет такой возможности	10,9
Затруднились ответить, пока в этом не было необходимости	13,7

*Доля указана от числа всех опрошенных респондентов.

С изменением стандартов предоставления медицинской помощи населению изменилась структура самой системы здравоохранения. Во времена Советского Союза существовали достаточно широкие гарантии бесплатного предоставления медицинской помощи. С началом реформ произошло существенное сокращение государственного финансирования здравоохранения и снижение стандартов медицинской помощи, гарантированных государством. Ответом на существующий у населения, но неудовлетворённый спрос, стало появление платной медицины, которая, ликвидировав наиболее раздражающие пациентов составляющие государственной системы здравоохранения, смогла привлечь в свои учреждения значительную долю горожан.

Наши сограждане продолжают пользоваться бесплатной медициной – ей отдают предпочтение 71,2% опрошенных, пользовавшихся в 2009 г. медицинскими услугами. Причём более трети россиян (38,7%) пользуются исключительно бесплатной медициной, а ещё 32,5% пользуются ею в основном.

В то же время, по мере увеличения доли среднего класса и повышения реальных доходов населения, растёт и число сторонников платной медицины. Доля тех, кто примерно в равной степени обращается и к платной, и бесплатной медицине, уже фиксируема – 13,9%. Что же касается россиян, которые отдают предпочтение платной медицине, то их сегодня насчитывается 14,9%, причём исключительно платными услугами пользуются лишь 4,3% из них.

В целом же показатель востребованности платной медицины можно оценить сегодня на уровне 28,8% – такова суммарная доля жителей страны, которые прибегают к её помощи более или менее регулярно. Общая картина представлена в таблице 3.

То, какими услугами люди чаще пользуются – платными или бесплатными, во многом зависит от их принадлежности к той или иной социально-демографической группе.

Бесплатной медициной продолжают пользоваться 71,2% опрошенных. Более трети россиян (38,7%) пользуются исключительно бесплатной медициной, а ещё 32,5% пользуются ею в основном.

В частности, к услугам бесплатной медицины чаще прибегают пожилые люди (81,4% против 67,1% респондентов среднего возраста и 66,5% молодёжи).

Таблица 3

**Востребованность пациентами платных/
бесплатных медицинских услуг**

Платность медицинских услуг	%*
Пользуются только бесплатными медицинскими услугами	38,7
Пользуются в основном бесплатными медицинскими услугами , иногда – платными	32,5
Пользуются в равной мере платными и бесплатными медицинскими услугами	13,9
Пользуются в основном платными медицинскими услугами, иногда – бесплатными	10,6
Пользуются только платными медицинскими услугами	4,3

*Доля указана от числа респондентов, пользующихся медицинскими услугами.

Понятно, что пользование платными медицинскими услугами зависит от уровня жизни граждан. Проведённое исследование с очевидностью это иллюстрирует: если среди богатых и высокообеспеченных респондентов регулярно пользуются платной медициной 46,2 и 42,9% соответственно, то в группах населения со средними и низкими доходами, среди бедных она составляет примерно четверть респондентов. Доля же пользующихся преимущественно бесплатным медобслуживанием, напротив, максимальна в группах опрошенных с низкими доходами и бедных (71,2-78,7%) и значительно ниже среди богатых (53,8%). При этом важно видеть, что возможность пользоваться платными услугами с увеличением доходов возрастает неравномерно. Лишь переход в группы достатка даёт людям возможность более широко пользоваться услугами платной медицины (см. таблицу 4).

Таблица 4

**Востребованность платных/бесплатных медицинских
услуг в группах различной материальной обеспеченности,
% от численности групп различной материальной
обеспеченности, пользовавшихся медицинскими услугами в 2009 г.**

Платность медицинских услуг	Бедные	Мало- обеспеченные	Средне- обеспеченные	Высоко- обеспеченные	Богатые
Преимущественно бесплатными	71,2	78,7	75,9	57,1	53,8
Регулярно пользуются платными (в равной мере с бесплатными или преимущественно платными)	28,8	21,3	24,1	42,9	46,2

В то же время, нельзя сказать, что если человек состоятельный, то он избегает учреждений бесплатной медицины и пользуется только платными услугами. Как показал опрос, доля состоятельных людей, пользующихся только платными медуслугами, не велика и составляет всего 7,7% в группе богатых, 6,3% – в группе высокообеспеченных, ещё 15,4% богатых и 15,0% высокообеспеченных пользуются ими в основном. При желании эти группы горожан могут позволить себе сочетание платных и бесплатных услуг – среди них доля респондентов, которые пользуются в равной степени и теми, и другими услугами, составляет 23,1 и 21,6% соответственно.

Оценка качества медицинских услуг

Важным обстоятельством, из которого складывается общая характеристика состояния системы медицинского обслуживания, является его качество. Распределение оценок респондентами качества медицинских услуг различных категорий представлено в [таблице 5](#).

Таблица 5

Удовлетворенность россиян качеством предоставленных медицинских услуг, % от числа пользовавшихся данным видом медицинских услуг в 2009 г.

Удовлетворенность качеством медицинских услуг	Медицинские услуги	
	Платные	Бесплатные
Да	24,5	10,4
Скорее да	46,4	36,9
В целом да	70,9	47,3
Скорее нет	14,1	31,0
Нет	6,7	15,9
В целом нет	20,8	46,9
Трудно оценить	8,3	5,8

Доступные большинству россиян бесплатные медицинские услуги удовлетворяют по своему качеству только половину обратившихся за медицинской помощью в бюджетные учреждения здравоохранения, а точнее – 47,3%. Тех, кто этими услугами не доволен, примерно столько же (46,9%).

Куда более привлекательно в этом отношении выглядит платная медицина, качеством которой довольны большинство её пользователей (70,9%). Нельзя не отметить долю тех, кто, получив услуги платной медицины, ими не доволен – 20,8%. Однако это недовольство, судя по данным исследования, носит во многом наведённый социальный характер – его выражают те, кому она обходится слишком дорого, а именно – её поль-

Бесплатные медицинские услуги удовлетворяют по своему качеству только половину опрошенных (47,3%). Куда более привлекательно в этом отношении выглядит платная медицина, качеством которой довольны большинство её пользователей (70,9%).

зователи из группы «бедных». Среди них доля недовольных качеством платных медицинских услуг доходит до 39,4%, тогда как среди «богатых» она составляет только 6,3%.

Так или иначе, но, несмотря на далеко не полный охват населением всех возможностей платной медицины, можно предположить, что с ростом уровня жизни россияне будут использовать их более широко. И главная предпосылка для этого – то, что у платной медицины сложилась заметно более позитивная «репутация», нежели у бесплатной.

Оценка качества платной и бесплатной медицины «расшифровывается» оценками их конкретных составляющих, в том числе квалификацией специалистов, техническим оснащением учреждений, оперативностью оказания услуг, отношением к пациентам со стороны медперсонала, отсутствием либо наличием поборов со стороны врачей и младшего медицинского персонала.

Рассмотрим оценки качества и доступности медицинской помощи на примере демографической ситуации – обеспечения качественной медпомощи для женщин во время беременности и родов.

В ходе исследования была проведена оценка качества услуг, оказываемых женскими консультациями, родильными домами и родильными отделениями городских/муниципальных больниц по унифицированному набору показателей, позволяющих сравнивать работу учреждений.

Женские консультации

Среди опрошенных оказалось 19,7% тех, кто в течение последнего года лично или члены их семей пользовались услугами женской консультации.

Понятно, что в основном пользователи услуг женских консультаций – женщины (31,3% гендерной группы). Однако 5,8% респондентов-мужчин также можно рассматривать в качестве косвенных пользователей услуг этих учреждений, поскольку в их семьях были те, кто непосредственно туда обращались (например, жёны). Наиболее высокие значения пользования услугами женских консультаций среди старшей молодёжи и людей среднего возраста (22,1-25,4% в средневозрастной группе и в группе 24-29-летних при 13,4% среди 55-летних и старше). Чем выше уровень образования респондентов, тем чаще женщины следят за своим здоровьем и посещают женские консультации – доля пользователей их услуг растёт с 14,6% в группе с образованием ниже среднего до 23,6% среди пациенток с высоким образовательным статусом.

Как видно из полученных данных, *практически все основные параметры работы женских консультаций пациентами оцениваются в целом положительно* – средние баллы

оценок превышают срединное значение в 3 балла (средние баллы рассчитаны исходя из 5-балльной шкалы, где оценка «1» – «совершенно не удовлетворён», а «5» – «вполне удовлетворён»). Однако, несмотря на значительные усилия, предпринятые федеральной властью по улучшению деятельности учреждений родовспоможения, *это оценки скорее «троечника», чем «хорошиста», а тем более «отличника»*. Необходимый минимум – достижение в ближайшие годы 4-4,5 балльных оценок по большинству позиций, прежде всего в оценке качества работы медперсонала.

Пока лучше всего дело обстоит с содержанием помещения консультаций – жилищно-коммунальным обслуживанием, поддержанием чистоты, качеством ремонта (3,8-3,9 из 5 возможных баллов соответственно). Умеренно позитивно оценивается работа врачей, их квалификация и отношение к пациентам (3,7 и 3,6 балла). В эти же границы (3,5-3,6 баллов) укладывается и средняя оценка бытовой стороны вопроса – условий, в которых происходит ожидание приёма (наличие стульев, скамеек, туалетов на этаже и т. д.). С учётом того, что для женщин, особенно беременных, условия ожидания являются весьма важным показателем отношения к работе консультаций, баллы, которые получила эта позиция, нельзя считать достойной оценкой. Столь же слабо, несмотря на реализуемые программы господдержки демографического направления в рамках программы «Здоровье», выглядит оценка обеспеченности консультаций необходимым оборудованием (3,5 балла).

В то же время следует выделить несколько моментов в работе женских консультаций, оценки которых выглядят почти неблагоприятно. Так, критически приближены к троечному уровню оценки порядка записи посетителей на приём к врачу и собственно его организация (3,2 и 3,1 балла). Это означает, что доля позитивных оценок данных позиций едва превышает долю негативных.

Резюмируя своё отношение к качеству работы женской консультации в целом, опрошенные чаще высказывались о нём умеренно позитивно, среднее значение оценок составило 3,6 балла (см. рис. 8).

Региональные различия в оценке работы женских консультаций ощутимы (см. таблицу 6). Выше среднего по стране в целом работу этих учреждений оценили жители Северо-Западного, Приволжского и Южного ФО (3,9; 3,6 и 3,6 баллов соответственно). Самые низкие баллы – в Дальневосточном ФО (3,2 балла, т. е. совсем небольшое преодоление водораздела позитивных и негативных оценок).



Рис. 8. Качество работы женских консультаций, средний балл от 1 до 5 (где 1 – минимальный балл, 5 – максимальный балл), от числа опрошенных, обратившихся в женские консультации в 2009 г.

Таблица 6

Региональные особенности оценки качества работы женских консультаций, средний балл от 1 до 5 (где 1 – минимальный балл, 5 – максимальный балл), от числа опрошенных в каждом федеральном округе, обратившихся в женские консультации в 2009 г.

Параметры оценки	Федеральные округа						
	Северо-Западный	Центральный	Приволжский	Южный	Уральский	Сибирский	Дальневосточный
Качество работы женской консультации в целом	3,9	3,5	3,6	3,6	3,4	3,5	3,2
Квалификация врачей	4,1	3,5	3,9	3,8	3,5	3,6	3,5
Отношение врачей к пациентам	4,2	3,5	3,8	3,6	3,3	3,4	3,3
Порядок записи на прием к врачу/вызовом скорой помощи	3,5	3,2	3,6	3,2	3,0	3,2	2,2
Организация приема	3,4	3,1	3,5	2,8	2,9	3,0	2,6

Продолжение таблицы 6

Параметры оценки	Федеральные округа						
	Северо-Западный	Центральный	Приволжский	Южный	Уральский	Сибирский	Дальневосточный
Условия ожидания – наличие стульев, скамеек, туалетов на этаже и т. д.	4,0	3,5	3,6	3,3	3,5	3,6	3,1
Обеспеченность учреждения необходимым оборудованием, аппаратурой для проведения диагностики, процедур	4,0	3,6	3,7	3,4	3,2	3,4	3,3
Поддержание чистоты в помещениях	4,6	3,9	3,9	3,6	3,5	4,0	3,7
Состояние помещения, качество ремонта помещения	4,1	3,6	3,7	3,3	3,4	3,6	3,2
Жилищно-коммунальное обслуживание учреждения	4,2	3,8	3,9	3,4	4,0	3,7	3,6

Родильные дома

Что касается родильных домов и родильных отделений городских и муниципальных больниц, то их услугами за последний год пользовались 7,3% респондентов или членов их семей. Средняя оценка качества работы родильных домов и отделений составила 3,4 балла. Самая высокая оценка была дана (как и в случае с женскими консультациями) условиям ожидания пациентами приёма – 4,3 балла и работе санитарок по поддержанию чистоты в помещениях – 3,8 балла. Также к числу относительно сильных сторон в работе родильных домов и отделений россиянами отнесены квалификация врачей, условия пребывания пациентов и жилищно-коммунальное обслуживание роддомов (по 3,5 балла). Чуть ниже других характеристик работы родильных домов и отделений, хотя также с перевесом положительных отзывов, оценивается их обеспеченность необходимым оборудованием и аппаратурой (3,4 балла). Две оценки по 3,2 балла вызывают безусловную тревогу – это отношение врачей к пациентам и организация направления на приём в роддом (см. рис. 9).

Региональные отличия, характеризующие ответы пациентов данных учреждений, почти повторяют расклад ответов по оценке качества работы женских консультаций (см. таблицу 7). Лидеры по всем позициям те же – Северо-Западный, Приволжский и Южный ФО. Самые низкие оценки работы роддомов имеют Уральский и Дальневосточный федеральные округа, причём в УрФО общая оценка оказалась негативной.



Рис. 9. Качество работы родильных домов, родильных отделений больниц, средний балл от 1 до 5 (где 1 – минимальный балл, 5 – максимальный балл), от числа опрошенных, обратившихся в родильные дома, родильные отделения больниц в 2009 г.

Таблица 7

Качество работы родильных домов, родильных отделений больниц, средний балл от 1 до 5 (где 1 – минимальный балл, 5 – максимальный балл), от числа опрошенных в каждом федеральном округе, обратившихся в родильные дома, родильные отделения больниц 2009 г.

Параметры оценки	Федеральные округа						
	Северо-Западный	Центральный	Приволжский	Южный	Уральский	Сибирский	Дальневосточный
Качество работы родильного дома, родильного отделения больницы в целом	3,6	3,2	3,6	3,8	2,3	3,4	3,3
Квалификация врачей	4,0	3,3	3,8	4,3	3,3	3,3	3,7
Отношение врачей к пациентам	3,4	3,3	3,5	3,7	2,7	2,7	3,3
Порядок записи на приём/госпитализацию	3,4	3,6	3,2	3,2	3,7	2,9	3,7
Организация направления на приём в роддом	3,2	3,5	3,3	3,0	2,3	3,0	3,3
Условия ожидания – наличие стульев, скамеек, туалетов на этаже и т. д.	3,8	3,7	3,0	3,2	3,7	6,9	3,3

Продолжение таблицы 7

Параметры оценки	Федеральные округа						
	Северо-Западный	Центральный	Приволжский	Южный	Уральский	Сибирский	Дальневосточный
Обеспеченность учреждения необходимым оборудованием, аппаратурой для проведения диагностики, процедур	4,2	3,4	3,5	3,8	1,7	3,4	3,3
Поддержание чистоты в помещениях	4,4	3,8	3,6	4,3	2,7	3,6	3,7
Состояние помещения, качество ремонта помещения	4,2	3,6	3,4	3,7	3,3	3,4	2,7
Жилищно-коммунальное обслуживание учреждения	3,8	3,7	3,2	4,0	4,0	3,4	2,7

В современном мире здоровье человека становится одним из значимых факторов, обеспечивающих в условиях жёсткого рынка конкурентоспособность человека, его физическое и профессиональное долголетие, способность зарабатывать средства для собственного существования и жизни семьи, и, наконец, «отложенную» старость и продолжительность здоровой жизни. Поэтому признание здоровья населения не личным делом каждого, а стратегическим потенциалом и фактором национальной безопасности страны, повышение своевременности, доступности и качества медицинской помощи, развитие в целом сферы здравоохранения становится первоочередной государственной задачей и задачей всего общества.

Библиографический список

1. Решетников А. В. 2003. Социальный портрет потребителя медицинских услуг в России в период перехода к рыночной экономике // Социологические исследования. № 1.
2. Решетников А. В. 2010. Социальный портрет потребителя медицинских услуг // Экономика здравоохранения. № 12.
3. Воронин Ю. А., Доронин Б. М., Лавров Н. Г., Марасулов А. Ф., Шанин И. А. 2008. О методологических основах реформирования и оценки эффективности системы здравоохранения // Здравоохранение РФ. № 6.
4. Закирова С. А. 2010. Маркетинг в здравоохранении // Здравоохранение РФ. № 4.
5. Малышев М. Л., Варламова С. Н. 2009. Социальное самочувствие россиян накануне финансово-экономического кризиса // Учёные записки РГСУ. № 1.

6. Малышев М. Л., Варламова С. Н. 2009. Здоровье россиян: проблемы и перспективы // Учёные записки РГСУ. № 3.
7. Варламова С. Н., Седова Н. Н. 2009. Латентная нетрудоспособность – характер, факторы, масштабы // Социологические исследования. № 5.

Т е м а н о м е р а : З д о р о в ь е н а с е л е н и я

В л и я н и е с т а т у с а п а ц и е н т а н а п о в е д е н и е в р а ч е й



Чирикова Алла Евгеньевна – доктор
психологических наук, главный научный
сотрудник сектора исследований личности
ИС РАН

E-mail: chirikova_a@mail.ru

Влияние статуса пациента на поведение врачей¹

Аннотация

В статье рассматривается влияние статуса пациентов на лечебную деятельность врачей разных специальностей, представляющих лечебные учреждения различного уровня. Для сбора данных использовался метод интервью с врачами и руководителями системы здравоохранения. Показано, что современные врачи по-разному строят свою лечебную деятельность в отношении высоко- и низкостатусных пациентов, богатых и бедных больных, в отношении своих родственников и коллег.

Ключевые слова: статус пациента, сценарии поведения врачей, богатые и бедные пациенты, родственные и корпоративные связи, внимание врача

Настоящее исследование продолжает цикл эмпирических работ, начатый в Независимом институте социальной политики и продолженный в Высшей школе экономике под руководством С. В. Шишкина. Цикл посвящён анализу мотивации и неформальных правил деятельности российских врачей [Богатова и др. 2002; Шишкин 2004, Колосницына и др. 2011]. Цель данного исследования – изучить влияние статуса пациента на отношение врачей к нему.

Мы продолжаем анализировать ситуацию во врачебном сообществе, используя базовый методологический подход, который был и остаётся для нас определяющим, – рассматривать происходящее в российской медицине, опираясь на позиции самих врачей, с последующей типизацией вскрытых тенденций. В этом случае, проводя рефлексивный анализ, который может быть обозначен как «экспертиза над экспертизой», ключевым для нас остаётся стремление учесть все существующие представления относительно складывающейся ситуации, какими бы противоречивыми они ни были.

Второй обязательный аспект такого методологического принципа – осознанный отказ от рассмотрения проблем в медицине как проблем, расположенных исключительно в одной исследовательской сфере. Именно поэтому во всех наших

¹ В статье представлены результаты исследования, выполненного в рамках Программы фундаментальных исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» в 2012 г. Руководитель исследования – д.э.н., профессор Шишкин С. В.

исследованиях экономические аспекты проблемы переплетаются с социальными, позволяя анализировать происходящее как сложный социально-экономический феномен.

Как и в остальных наших исследованиях, основным методом сбора данных был и остаётся метод интервью, которые проводятся с различными группами врачей и руководителями системы здравоохранения. Вряд ли стоит доказывать продуктивность данного метода для реализации целей исследования, где основное – это система внутренних представлений врачей о возможных и уже происходящих изменениях в медицине. Сошлёмся для доказательности на зарубежный опыт, где исследователи мировой медицины, анализируя возможности качественных методов, приходят к важному выводу, который остаётся верным и для России: «Качественные методы могут играть важную роль для более глубокого понимания проблем и стратегий в отношении трудовых ресурсов в здравоохранении. Качественные методы особенно важны для понимания сложных окружающих условий, необходимых для разработки и тонкой настройки гипотез, которые вполне могут быть проверены с помощью количественных исследований» [Lievens, Lindelow, Sirneels 2011].

Было проведено 57 интервью с разными группами врачей: руководителями медицинских учреждений (главными врачами, руководителями областных департаментов здравоохранения), заведующими отделениями, врачами разных специальностей. В фокусе исследований оказались: Федеральные институты системы здравоохранения, Областные клинические больницы, Городские клинические больницы, Центральные районные больницы, Городские поликлиники.

Исследование проводилось в трёх российских регионах: Вологодской и Калужской областях и в Москве в течение 2012 г.

Влияет ли статус пациента на профессиональное поведение врачей?

Статус пациента и его влияние на профессиональную деятельность врача в условиях российской реальности практически не исследован, хотя нельзя не признать, что он вполне способен перестроить как стратегии лечебной деятельности, так и характер взаимодействия врача и пациента. Особенно если речь идёт о серьёзной болезни и длительном лечении, требующем глубокого контакта обеих сторон.

Немногочисленные исследования, проведённые российскими социологами, свидетельствуют о том, что говорить о выраженном влиянии статуса пациента на процесс лечебной деятельности вряд ли целесообразно. К примеру, в работе

Е. Александровой, выполненной применительно к врачам-стоматологам, однозначно свидетельствуется: статус пациента может влиять на отношение врача к больному, но не может перестроить стратегии лечения, используемые врачом: «Отнесение к VIP-пациенту, направленному к врачу по распоряжению начальства, определённо не несёт статистически актуального значения. Особенных изменений поведения врача при взаимодействии с ним не наблюдается, вероятность информирования администрации о работе врача не меняет коммуникативных стратегий последнего». Однако, как считает автор, «это не означает, что «VIP-пациент от начальства» проходит лечение на обычных условиях. По-видимому, привилегии его положения реализуются на организационном уровне и касаются выбора удобного для пациента времени следующего приёма, отсутствия «задержек» начала приёма и одновременно с этим терпимости к опозданиям пациента; преимуществ при оплате лечения (скидки на лечение, нередко назначаемые администрацией, возможность отсрочить оплату или же расплачиваться в валюте, не принимаемой от иных пациентов) и т. д. [Александрова 2005: 23].

Не показывает проведённое исследование и влияния материального статуса пациента на стратегии лечения, используемые врачом: «На статистическом уровне в отношении состоятельного VIP-пациента вариаций коммуникативного поведения врача в зависимости от стоимости оказанного пациенту лечения не проявляется на изучаемом нами массиве данных. Однако наблюдение показывает, что такой тип пациентов пользуется «особыми условиями» обслуживания. Наряду с преимуществами, описанными для «VIP-пациента от начальства», для состоятельного пациента существуют и другие привилегии (кофе перед началом приёма, выход врача на работу в свой выходной день, проведение ряда операций в бесплатном режиме и т. д.). Однако они также касаются организационных, а не медицинских вопросов» [Александрова 2005: 23].

Возникает вопрос, можно ли тезис о независимости процесса лечения больного от его социального и материального статуса распространить на более широкий круг пациентов, всегда ли врачи нечувствительны к статусным характеристикам больного, или речь идёт исключительно о стоматологической сфере услуг? Если зависимость от статуса все же существует, то распространяется ли она на всё врачебное сообщество или только на его определённую часть?

Ответы на поставленные вопросы мы попытались найти, опираясь на материалы интервью с врачами разных специальностей. Анализ показал, что действующие здесь закономерности носят далеко неоднозначный характер.

Нельзя не признать, что наиболее типичным и стереотипным ответом на вопрос, как влияют материальные или социальные особенности пациента на лечебную деятель-

ность врача, является утверждение: «Для врача все пациенты одинаковы и к ним нужно относиться ровно, даже если это божья».

Тем не менее, материалы исследования позволяют говорить о том, что привычный взгляд на пациентов, построенный на равенстве последних, всё более отступает на периферию в последние годы, и врач невольно оказывается перед сложным моральным выбором – следует ли богатого пациента лечить иначе, чем бедного; можно ли ожидать от врачей повышенного участия, если нуждающимся в медицинской помощи окажется другой врач или близкий родственник; стоит ли мобилизовать все свои знания, если перед вами начальник, да ещё и капризный?

Весьма важно, что поднятая нами проблема не имеет сегодня однозначного решения. Различные группы врачей демонстрируют различные этические установки и правила, которыми они руководствуются при взаимодействии с пациентами. И эти различия в представлениях неизбежны, так как опираются на индивидуальный этический выбор. С другой стороны, не стоит думать, что выбор стратегии врача в процессе лечения пациента обусловлен исключительно особенностями этических норм врачебного сообщества. Нередко сам пациент в процессе взаимодействия с врачом провоцирует его на те или иные реакции, что обусловлено определёнными ожиданиями пациента по поводу того, как врач должен с ним себя вести.

Согласно оценкам, полученным от врачей в ходе исследования, ожидания пациентов по поводу того, как должен врач лечить больных, существенно меняются в последние годы, *независимо от их материального или социального статуса*. Подавляющее большинство опрошенных нами врачей всех специальностей признают: «Пациент изменился, как и изменились его представления о том, как ему должен помогать врач». К сожалению, большинство полученных оценок имеет скорее негативный, нежели позитивный окрас, что ещё в большей степени затрудняет процесс выстраивания бесконфликтных отношений. Это не означает, что здесь не может быть предпринято эффективных шагов, направленных на смягчение складывающейся ситуации. Для того чтобы предпринятые шаги принесли результат, следует понять, кто является источником накапливающегося напряжения. В данном случае источником напряжения могут быть все участники триады – врач, пациент, система здравоохранения, что вполне подтверждают оценки, сделанные врачами в ходе исследования.

Врачи настаивают на том, что весьма часто источником напряжения являются завышенные ожидания со стороны пациентов, и это создаёт определённое недопонимание во взаимоотношениях: «В 1990-е гг., когда работала система советского здравоохранения, отношения между врачом и пациентом

имели несколько иной вид. Тогда был другой уровень требований пациентов к медицине... Сегодня пациент стал более грамотный и более требовательный. Есть интернет, в интернете можно посмотреть любые законы... В этой ситуации можно понять и пациентов, и врачей... Но работать стало намного труднее. Врачи оказались просто не готовы к возросшим трудностям во взаимодействии... Сегодня им приходится действовать на свой страх и риск. И нельзя сказать, что у них всегда получается выстроить подобное взаимодействие бесконфликтно», – замечает один из московских врачей.

Некоторым пациентам врачи просто отказывают в адекватности и не хотят видеть в нескладывающихся отношениях свою вину: «Возрастание напряжённости – это негатив пациентов. Они изначально настроены против врача, мы им ещё ничего не сделали, а они уже недовольны... Я Вашу больницу не знаю, но я уже всем недоволен... Я считаю, что меня лечили неправильно... Вы виноваты, вы, вы и вы. Я пожалуюсь президенту, премьеру и министру... Врач в ответ – я ещё ничего не делал... Вот видите, Вы продолжаете хамить».

Нередко для пациентов отношения с врачом являются более значимыми, нежели результативность самого лечения, что вызывает иногда вполне оправданную негативную реакцию со стороны врачебного сообщества: «Пациенты теперь чуть что бегут жаловаться в вышестоящие инстанции, причём сами не могут разобраться в сути вопроса, а всё равно думают, что врачи во всём не правы. Но ведь это далеко не так. Я могу это подтвердить на своём опыте общения с родителями больных детей. Родителям нравится, когда с ними врач общается, но они далеко не всегда понимают, как он лечит. Им главное, чтобы их не волновали, а я только этим постоянно и занимаюсь. Маме это не нравится... Правда её не устраивает. Родители плохо понимают, даже если говоришь что-то серьёзное о состоянии здоровья их ребёнка, они хотят слышать только хорошее», – убеждена вологодский врач-педиатр.

В то же время врачи не склонны «красить чёрной краской всех пациентов» и искренне полагают, что те из них, кто доверяют врачу, ведут себя без излишних вызовов и не заставляют врача отвечать за все неполадки в своих медицинских учреждениях, как правило, получают от врача гораздо больше, нежели ожидали. Именно поэтому выстраивание отношений между врачом и пациентом требует длительного и заинтересованного друг в друге контакта, которого так часто не хватает ни одной, ни другой стороне: «Перед болезнью все равны. Есть пациенты, у которых небольшой воспалительный процесс, а они права качают с большим гонором. У каждого доктора, наверное, есть такие пациенты... Это все отмечают, везде стало так. Но бывают и другие пациенты.

К примеру, те, кто прошёл через всякие тернии...с их болезнями... Они понимают и знают стоимость врачебного труда, цену врачебного внимания... У меня есть тяжёлые пациенты... Онкобольные. Никогда они не будут требовать что-то без очереди. Они осознали тяжесть труда врачей-хирургов... Ведь мы действительно стараемся, делаем, вытягиваем... Они никогда не придут и не скажут: почему у Вас очередь на УЗИ целый месяц?».

Одновременно врачи склонны признать, что пациентам сегодня чрезвычайно сложно, особенно тем, которые знают о серьёзности своего заболевания и хотят получить не формальные рекомендации со стороны врача, а его человеческое участие: *«В отношениях важную роль играет психологический настрой пациента, особенно если речь идёт об онкологии. Деваться ему порой некуда. И он идёт ко мне, любыми правдами и неправдами пытаюсь чего-то добиться... Потому что верит – именно его случай излечим, надо только договориться с врачом...»*, – размышляет в своём интервью директор Федерального медицинского центра.

Некоторые из врачей демонстрируют понимание трудностей, с которыми сталкиваются пациенты в жизни, но, тем не менее, только своими силами изменить ничего не могут: *«Сегодня пациентам очень трудно. Они приходят к врачу как к социальному работнику. Есть только два места, где их могут выслушать: священник и врач. Поэтому они многого от врача ждут... Отсюда и возникающие проблемы. Мы не можем дать того, чего хотят пациенты, а они не могут понять, что это именно так»*.

Более того, врачи признают, что вымогательство и низкое качество лечения сегодня присущи российской медицине, что может приводить к напряжению отношений: *«К нам идут пациенты и думают, что здесь все взяточники и вымогатели... Правильно, что у них формируются такие ожидания, потому что во многих больницах Москвы всё происходит именно так»*, – замечает один из заместителей главного врача московской больницы.

Если одни врачи признают неготовность врачебного корпуса реагировать на повышенные запросы пациентов, то другие видят в росте требовательности не только особенности культурного уровня пациентов, но и вполне объективные причины, связанные с возросшей бюрократической нагрузкой врачей: *«Пациенты стали более требовательными. А нагрузка врачей и писанина, особенно по национальному проекту, стала просто невыносимая. Не заполнишь карт – не получишь денег... Пациенты обижаются, требуют внимания, а врачи от нагрузки просто разрываются... Вот вам и повод для конфликтов, которые вспыхивают мгновенно. Даже мне приходится*

иногда разбираться с жалобами, хотя врачи всеми силами стараются не выносить сор из избы», – поясняет главврач вологодской городской поликлиники.

Настаивая на том, что ожидания пациентов нередко завышены, а порой просто неадекватны, некоторые врачи признают, что иногда и сами провоцируют напряжённость во взаимоотношениях: *«С врачами тоже что-то не так. Идёт общий уровень деградации общества... Врачи – это часть общества... И когда, извините, мы видим трамвайных хамов на каждом углу,... разве вы сомневаетесь в том, что они иногда надевают белые халаты...»*, – замечает один из главных врачей больницы.

Обвиняя самих себя и пациентов в нарастающей конфликтности отношений, врачи тем не менее рассматривают себя скорее жертвами существующей ситуации, нежели её инициаторами. Практически врач сегодня остаётся один на один со своими проблемами, в то время как система здравоохранения отказывается реагировать на накопившиеся проблемы: *«Работать в последние годы стало намного тяжелее. Усталость от борьбы с агрессией накапливается. Наступает самое настоящее выгорание. Население с каждым днём становится всё более требовательным и не намерено считаться с нашими ограничениями. Получается, что мы все недостатки системы здравоохранения вынуждены пропускать через себя и отвечать за них перед населением... А почему всё ложится на наши плечи, а нас никто не слышит. Дали немного денег, и как хотите. А деньги уже давно потеряли тот вес, который имели вначале. Нагрузки никоим образом не компенсируются. Мы на передовой, и война всё равно продолжается, как бы мы ни делали вид, что у нас всё хорошо. Напряжение накапливается. Может быть, именно поэтому сообщество врачей пытается его снизить, не нападая друг на друга. Но по такому пути идут не все. Некоторые накопившееся раздражение выплёскивают на больных и друг на друга»*, – восклицает врач-терапевт из вологодской поликлиники.

Многие врачи видят в нарастании напряжённости не только ошибки или загруженность врачей, некорректность пациентов и безвыходность в той или иной ситуации, но и непродуманные действия со стороны средств массовой информации, которые, глубоко не вникая в ситуацию, подчас нагнетают и так высокий уровень напряжённости: *«Если постоянно рассказывать человеку, что здравоохранение – это сфера обслуживания, как парикмахерская, то очевидно, что в результате именно такие ожидания и формируются... Когда во всех передачах рассказывают, что врачи – убийцы и взяточники,... естественно, что напряжённость растёт...»*, – убежден главврач московской больницы.

Какое бы многообразие факторов не вызывало рост напряжённости, негативно окрашивая образ пациента, следует признать, что врачи оценивают складывающуюся ситуацию отнюдь не одномерно. Именно поэтому не исключено, что позитивные изменения в формирующемся образе пациента могут произойти только в том случае, если будет трансформирована вся триада: врач-пациент-система здравоохранения. Но для этого каждый её член должен осознать, что выстраивание позитивного образа друг друга – не просто забавное занятие для тонких интеллектуалов, но реальный ресурс, способный повысить эффективность деятельности системы здравоохранения.

Как бы ни искажался образ пациента под влиянием сложных отношений двух партнёров по взаимодействию, процесс лечения больных нельзя приостановить. Как и нельзя сделать всех пациентов одинаковыми для врачей. Осознанно или неосознанно врачи ведут себя по-разному в отношении различных групп пациентов, хотя признать этот факт им бывает сложно. Поэтому можно вполне обоснованно говорить о двух типах поведения врачей по отношению к пациентам.

Первый тип – это **нормативное поведение**, опирающееся на утвердившиеся ценности, согласно которым для врача все больные равны. Равенство лечения и равенство отношений по отношению к пациенту – ключевые ориентиры в поведении врача с нормативным поведением. Исключение составляют только пациенты-родственники, друзья, сами врачи и их знакомые и родственники. В этом случае даже врачи с устоявшейся нормой «равенства всех перед болезнью» признают, что они будут предпринимать особые усилия, чтобы помочь своему «непосредственному окружению». Второй тип – это осознанная ориентация на материальные и социальные различия, существующие между пациентами. Признание того факта, что врачи не могут не учитывать подобных отличий, существующих между пациентами, и иногда добровольно, а иногда вынужденно должны учитывать их в процессе лечения больного. Такой тип поведения врачей по отношению к пациентам обозначается нами как **адаптивное поведение**. Оба типа поведения сегодня достаточно распространены в повседневной практике врачей. Разобраться в том, руководствуясь какими внутренними побудителями врачи выбирают тот или другой тип поведения, можно на примере пациентов, различающихся по материальному и социальному статусу, имеющих дружественные или родственные связи с врачебным сообществом, оплачивающих услуги врачей или лечащихся бесплатно.

Два типа поведения врачей по отношению к пациентам: первый тип – это нормативное поведение, опирающееся на утвердившиеся ценности, согласно которым для врача все больные равны; второй – адаптивное поведение, это осознанная ориентация на материальные и социальные различия, существующие между пациентами.

Материальный статус: не замечать или получать выгоду?

Ответ на вопрос, влияет ли материальный статус пациента на поведение врача в процессе лечения, поделил участвующих в исследовании медиков на две неравновесные группы. Тех, кто признаёт, что материальный статус пациента важен, и тех, кто настаивает, что обеспеченность больного не может перестроить работу врача, скорее важны различия в культурном и образовательном уровне пациента.

Среди сторонников равенства стратегий лечения и ровного отношения к пациенту много врачей из поликлиник, которые чаще других вынуждены сталкиваться с больными из малоимущих слоёв населения: *«Не принято среди врачей делить пациентов на бедных и богатых, на умных и глупых, на образованных и необразованных... Врач должен относиться ко всем одинаково. Я бы разделила пациентов на культурных и бескультурных, если уж говорить о различиях между пациентами... Люди воспитанные и невоспитанные, – вот где лежат основные различия между пациентами»*, – убеждена зам. главврача по медицинской работе одной из вологодских поликлиник.

Сторонников независимости лечения от материального статуса больше, чем представителей иной группы, но нельзя исключить, что реально многие врачи признают факт зависимости процесса лечения от материального фактора, но не хотят это озвучивать публично. В то же время не стоит думать, что все защитники равенства обязательно лукавят. Норма помощи любому больному и норма равного отношения к пациенту, независимо от материального статуса, остаются пока действующими во врачебном сообществе, особенно если речь идёт не о московском, а о региональном срезе. Сторонники нормативного поведения весьма убедительны в своих доводах и искренне убеждены, что должны в первую очередь следовать этическому кодексу врача, в котором основное – «Не навреди»: *«Я даже к бомжам ровно отношусь. Они не всегда виноваты в том, что оказались в столь плачевном состоянии... Не моё право их осуждать... Моя задача – помочь всем. Чем я смогу, тем обязательно помогу... Материальный статус не самый главный для меня... Самое главное – помочь человеку и удовлетвориться тем, что ты смог это сделать»*, – замечает зав. терапевтическим отделением московской городской больницы.

Чтобы врачи замечали различия между пациентами, важно правильно себя вести и вызывать симпатию, а не обладать крупной суммой денег: *«Если человек не хамит, то мне без разницы, бедный он или богатый. Как говорят, от тюрьмы и от сумы не зарекайся. Другое дело, что есть люди, кото-*

Существуют две неравновесные группы врачей: те, кто признаёт, что материальный статус пациента важен, и те, кто настаивает, что обеспеченность больного не может перестроить работу врача, скорее важны различия в культурном и образовательном уровне пациента.

рые вызывают симпатию, даже находясь в асоциальном слое. Потому что ведут себя нормально. А есть такие, что просто руки опускаются», – делится своими убеждениями главврач городской больницы из Вологды.

Особенно выпукло нормы равенства отношения и лечения действуют применительно к детям, которых, по представлениям врачей-педиатров, следует лечить серьёзно при любом материальном положении родителей: *«Для меня пациент-ребёнок в любом случае пациент, что он бедный или богатый. Я буду с каждым делать то, что надо... По возможности мы всё равно пытаемся сделать что-то бесплатно, без денег, если материальные возможности родителей плохие.. Свои деньги для бедного ребёнка я тратить не буду, у нас есть плановые обследования, есть очередь на них, её надо дождаться, но через месяц или через два я ему всё равно обследование сделаю»*, – убеждена молодая заведующая неврологическим отделением вологодской областной детской клинической больницы. Хотя некоторые из педиатров всё же замечают: *«Я знаю, что дети состоятельных родителей требуют большего внимания, – богатые родители очень требовательны. Иначе они могут доставить много неприятностей»*.

Врачи, сформировавшиеся в советское время, в принципе не допускают никакого иного поведения по отношению к пациенту, кроме как независимость от материального положения: *«Я вырос из советской школы. Для меня все пациенты – это люди, которые больны... Да я бы сам себя не уважал, если бы «смотрел в рот» пациенту с деньгами, а бедного не слушал внимательно. Ведь я такой же бедный человек, только в белом халате»*, – делится своими размышлениями зав. урологическим отделением городской больницы № 1 г. Вологды. Поддерживает высказанную позицию и акушер-гинеколог, заведующая отделением ЦРБ Вологодской области: *«Я воспитана старой советской школой, поэтому я не могу перешагнуть через собственные убеждения, ... отмахнуться от малоимущей женщины»*.

Некоторые врачи с большим опытом работы связывают своё безразличное отношение к материальному статусу пациента с профессиональной практикой, которая диктует свои жёсткие правила, согласно которым борьба за жизнь больного не даёт должного времени, чтобы разбираться в его материальной состоятельности. Особенно если речь идёт об экстремальных случаях: *«Мне не важно, сколько денег у больного. Я Склиф прошла, а это мясорубка. Мне всяких людей привозили, у них вши, и чернота под ногтями, к ним вообще страшно прикоснуться... Я не брезгую никогда»*, – утверждает московский врач-рентгенолог. Врачи с профессиональным опытом нередко с большей готовностью сочувствуют несостоятельным больным, признавая за ними особые душев-

ные качества, которых порой не бывает у состоятельных больных: *«Я в своё время не пошла работать в платный диагностический центр, хотя у меня неоднократно была такая возможность. Там лечатся люди определённого уровня, они тоже своеобразные. А простые пациенты более благодарные».*

На сложности выстраивания отношений с состоятельными больными настаивает и другой респондент, зам. главврача по медицинской работе одной из Вологодских поликлиник: *«Здесь всё не так просто, когда речь идёт о материальном положении. Чем богаче пациент, тем более он капризен. С ним тяжелее. Это только кажется, что состоятельные пациенты чаще других благодарят врача. Да, они могут принести какой-то подарок, подарить цветы, но бабушки со своими 200 рублями иногда бывают щедрее. Состоятельные больные, а таких мало, очень требовательны и очень недоверчивы к врачам, потому как понимают, врач одет плохо, едва сводит концы с концами, за что его уважать? Если есть возможность, то такие больные лечатся в других местах, а к нам приходят только за больничными листами».*

Несмотря на своё нежелание обращать внимание на материальный статус больного, сторонники нормативного поведения всё же признают, что им приходится корректировать лечение, исходя из возможностей больного оплатить то или иное лекарство. Нередко им приходится назначать менее дорогие, но не столь действенные лекарства, чтобы обеспечить, несмотря на материальные затруднения, процесс лечения. Особенно это относится к пожилым пациентам: *«Если пациентка старая и беспомощная, пытаюсь отнестись к ней внимательнее. Жалко... Иногда выписываю ей более дешёвое лекарство, чем могла бы, если бы у неё были деньги. Пишу запатентованное международное название и выписываю менее дорогой аналог. Иногда спрашиваю, Вы сможете купить лекарство по такой-то цене? Если не может, тогда ищу другие варианты. Если богатые люди, всё равно спрашиваю, Вы можете купить себе антибиотик по 500-700 рублей?... Во всём остальном пытаюсь быть ровной»,* — замечает в своём интервью врач-терапевт из вологодской городской поликлиники.

Некоторые из врачей, особенно районных поликлиник, где контингент больных состоит в основном из малоимущих пациентов, привыкли к практике коррекции лечения подобных больных и не видят в поиске более дешёвых аналогов российского производства никаких существенных угроз для здоровья пациентов: *«У нас есть большой рынок лекарств, именитые фирмы, за бренд которых мы платим деньги. Но если возьмём российские препараты, то они ничуть не хуже. Поэтому я выписываю более дешёвые лекарства, которые тем не менее эффективны»,* — отмечает хирург-гинеколог из

Центральной районной больницы. Однако большинство врачей всё же вынуждены признать: *«Более дешёвые аналоги являются менее действенными»*.

Несмотря на то, что сторонники нормативного поведения страстно защищают свои этические принципы, лежащие в основе отношений врача и пациента, всё же и они вынуждены констатировать, что принцип равного отношения к пациенту постепенно теряет свою действенность среди врачей: *«Каждый человек, независимо от своего статуса, происхождения, национальности, должен получать качественную медицинскую помощь. Но это часто бывает просто декларацией. Мы хотим, чтобы было так. На самом деле так не всегда получается... Я могу сказать, что сегодня в лечебном учреждении, к счастью или к несчастью, работают врачи из советского времени... Для них зависимость врача от социального или материального статуса пациента является неприемлемой. Но таких врачей становится всё меньше. Растёт другое поколение врачей. И вряд ли они будут руководствоваться нашими принципами. Уже через 10 лет мы будем иметь другую медицину»*, – с горечью констатирует начмед вологодской областной детской клинической больницы.

Сторонники адаптивного поведения последовательно настаивают на том, что материальное благополучие следует использовать на благо больного и было бы неправильно его не замечать. Тем более что по оценкам самих врачей, материально обеспеченные пациенты более привержены лечению и лучше исполняют указания врача: *«У богатых людей есть преимущества перед другими больными... Это так, потому что они чаще других соблюдают рекомендации... Они хотят вести здоровый образ жизни, следят за своим здоровьем... Не всё врач решает, от больного много зависит... Возьмём бомжа и богатого... Конечно богатому лучше... Что говорить... Внимания и ответственности от врачей богатому достанется больше»*, – убеждён главврач московской больницы. Подтверждает позицию главврача и его зам. по хирургии: *«Богатые точно лучше лечатся. Они в Германию ездят оперироваться... Но наша больница чем отличается? У нас бомжей попробуй выгони... Так что лечим всех подряд... Но к богатым внимания больше, чего греха таить... Все же люди... Все хотят заработать»*.

Однако этой позиции весьма убедительно противостоит позиция врача (заведующая кардиологическим отделением калужской городской больницы) с нормативным поведением, которая убеждена, что и у бедных людей приверженность к лечению может быть весьма высокой в рамках имеющихся возможностей: *«Градации по материальному статусу среди пациентов просто нет... У богатых тоже бывает наплеватьское отношение к своему здоровью... Бедные люди чаще*

стремятся выполнить рекомендации. Даже несчастные пенсионерки, которым никто не помогает, пытаются правильно лечиться... Они всегда внимательно тебя слушают... Кругом они сэкономят, а лекарство себе купят».

Изучаемая проблема особенно распространена в московских клиниках, где многие услуги дефицитны: *«Мы живём по законам того общества, в котором живём. Безусловно, материальное положение пациента имеет значение... Половина контингента федерального института – это «позвоночники»... Людям без денег лечить рак очень трудно...»,* – говорит директор федерального медицинского центра. Находит связь между материальным статусом и эффективностью лечения именно хронических заболеваний невропатолог московской поликлиники: *«Конечно, в какой-то степени материальный статус значим. Существует, допустим, хроническая болезнь, ты медленно и поступательно делаешь обследование: это надо исключить, другое... Тогда деньги не имеют значения. А бывает так, что у болезни острое начало. И необходимо в короткий промежуток времени провести лечебные действия. Именно в этом случае имеет значение материальный статус больного. Состоятельный человек может пойти и сделать хорошее обследование, а потом начать лечиться хорошими препаратами... Но когда человек не имеет такой финансовой возможности, то лечение просто замедляется. Здесь уже начинаешь подключать административные ресурсы для обследования... Можно, конечно, таких пациентов сразу госпитализировать, если нет никаких своих возможностей. Не всегда получается, но ты стараешься этому поспособствовать».* Даже педиатры, которые относятся к неформальным платежам резко отрицательно, вынуждены признать, что деньги для тактики лечения ребёнка имеют значение: *«Тактика лечения в плане назначения препаратов у бедных и богатых разная. Если у людей есть деньги и они любят принимать дополнительные препараты, то почему им их не предложить? Но более дешёвые лекарства требуют более длительного применения для получения нужного эффекта. А состоятельные люди ценят своё время. Иногда оно им дороже, нежели деньги. Да и денег на детей они не жалеют».* Таким образом, врачи с адаптивным поведением убеждены – лечить состоятельных пациентов легче.

Не стоит думать, что богатые больные вызывают у врачей с адаптивным поведением только желание угодить. Некоторые врачи не отказывают себе в удовольствии *«нахамить богатому»*, если он ведёт себя слишком вызывающе по отношению к врачам. Подобное поведение воспринимается другими врачами как вполне оправданное, так как *«богатые больные нередко забываются, и их невредно ставить на место».*

Между сторонниками и противниками нормативного подхода располагается группа врачей, которые нашли компромиссный способ поведения, позволяющий им не выходить за рамки своих этических представлений и в то же время демонстрировать скорее адаптивное поведение: *«Конечно, лечить алкоголика или бомжа... не очень приятно... Хотя я стараюсь делать то, что обязан... Но сверх этого делать ничего не буду»*, – утверждает молодой хирург из московской клинической больницы.

Таким образом, нельзя сказать, что материальный статус однозначно влияет на поведение и отношение врача к пациенту. Может быть, именно поэтому врачи с нормативным поведением склонны скорее не замечать этот статус, нежели от него зависеть. Но даже «нечувствительные к деньгам» врачи признают, что иногда материальный статус обеспечивает состоятельному пациенту большее внимание и лучшее лечение, если статус дополняют образованность, воспитание и уважение к врачу. Неуважительное поведение приводит к отторжению, и воспользоваться своей материальной состоятельностью пациент может в другом медицинском учреждении.

Исследование позволяет говорить о том, что морально-этические ценности и нормы врачей по отношению к пациенту развиваются в противоположных направлениях. В одном случае врачи склонны руководствоваться устоявшимися в сообществе этическими нормами и правилами, настаивая на их целесообразности при любой социальной дифференциации. В другом – врачи согласны пересматривать и адаптировать сложившиеся нормы к новым условиям социального расслоения. Естественно, что в крупном мегаполисе, каковым является Москва, сторонников учёта материальных факторов в лечении пациента больше, чем в регионах. Но в любом случае трансформация этических норм среди врачей – это не одномоментный процесс, и вряд ли стоит надеяться, что в один прекрасный день все врачи станут думать и лечить одинаково. Остаётся понять: могут ли нормы справедливости регулировать отношения врача и пациента? Будут ли врачи с нормативным поведением эффективнее коллег с адаптивным? Или учёт материального статуса позволяет хотя бы небольшой группе пациентов получать более качественную медицинскую помощь?

Социальный статус пациента: сценарии поведения врачей

При рассмотрении социального статуса врачи чётко различают в своих позициях пациентов умных и образованных – с одной стороны, а с другой – начальников, которые не обязательно высокообразованны, но зато обладают серьёзным

капиталом социальных связей. При обсуждении вопроса о том, важен ли для врача уровень образования и культура поведения пациентов, все респонденты без исключения признают, что *«с умными и интеллигентными пациентами работать намного приятнее»*.

Аргументируя свою точку зрения, педиатр московской поликлиники отмечает: *«На характер пациентов влияет их образованность и воспитанность. Я могу общаться с любым пациентом, меня от этого никто не освобождал. Но приятнее общаться с образованными и воспитанными пациентами. И, как правило, общение с ними более результативно»*.

Причина такого предпочтения кроется прежде всего в понимании и уважении, исходящих от пациента по отношению к врачу: *«У образованных и интеллигентных людей нет представления, что врач им всё должна и всем обязана. Они в жизни много работали и знают, как это трудно даётся – работать хорошо. Такие люди относятся к нашей работе более терпеливо и даже более сочувственно.... Чем выше уровень образования, тем с пациентом легче. Но, к сожалению, прослойка понимающих пациентов не очень высока. Их не более 25-30%»*.

На трудности в процессе лечения пациентов с невысоким уровнем образования указывает и заведующая кардиологическим отделением городской калужской больницы: *«Да, есть люди с низким образованием, им вталкиваешь одно, а они всё равно тебя не понимают... Такой пациент обычно думает, что если его пролечили в больнице, то он уже здоров. И мы смотрим друг на друга, а понять не можем... Тогда я ещё раз объясняю, что необходимо продолжать пить таблетки и вести правильный образ жизни... Мне в ответ – у меня память плохая, и вообще зачем мне пить таблетки... Начинаешь его снова убеждать... Это забирает много времени и сил»*.

Однако если речь идёт о социальном положении пациента, то врачебное сообщество оказывается весьма неоднородным по своим представлениям о том, как должен вести себя врач в этой связи. Как и в случае с материальным статусом, можно выделить три различные группы врачей, по-разному реагирующих на социальное положение пациентов.

Позиция первой группы – **«перед болезнью все равны»**, второй – **«врач вынужден быть с начальниками осторожнее и успешнее»**, третьей – **«главное – сделать вид»**.

Врачи, действующие в рамках первого сценария, убеждены, что внимание к больным со стороны родственников и уровень образования – гораздо более значимы для процесса лечения, чем высокий статус, который они стараются не замечать: *«Для меня все пациенты одинаковы. Хотя в процессе лечения... каждый человек индивидуален... Независимо от*

Три различные группы врачей, по-разному реагирующих на социальное положение пациентов. Позиция первой группы – «перед болезнью все равны», второй – «врач вынужден быть с начальниками осторожнее и успешнее», третьей – «главное – сделать вид».

статуса, возраста, социального положения... это прежде всего человек. Однако приятнее общаться с теми больными, за которых переживают родственники... Важно, чтобы о судьбе больного кто-то думал», – замечает зав. терапевтическим отделением московской клинической больницы.

Некоторые из врачей, демонстрирующих поведение в рамках первого сценария, настаивают на том, что врач не может сделать для больного сверх возможного. Поэтому делить больных на рядовых и начальников, когда у тебя уже нет возможности воздействовать на болезнь, вряд ли стоит: *«Когда дело идёт о болезни, то пациенты для меня все равны. Если помочь нельзя в силу каких-то причин, то будь ты хоть пять раз академиком,... что я могу сделать? Вот приходит пациент и даёт визитку, что он всем владеет в Москва-сити, а суть вопроса в чём? Я ему говорю, это всё хорошо, но о чём речь? Если я могу, то я помогу, а если нет, то ваши статусы ни при чём»*, – полагает зав. отделом федерального медицинского центра. Более того, утверждается, что «времени отдаёшь деревенскому пациенту больше, потому что академик понимает всё быстрее».

Врачи небольших больниц, в которые статусные больные попадают редко, не чувствительны даже к уровню образования, а к социальному положению тем более: *«На практике лечения социальный статус пациента не отражается»*, – убеждена зав. отделением ЦРБ Вологодской области. Подтверждает позицию коллеги и главврач ЦРБ Калужской области, которая убеждена, что безразличие к статусам вполне оправдан: *«К статусу наши врачи относятся очень спокойно... Они говорят: все больные. Тут у нас был на приёме глава администрации... Ему надо было УЗИ сделать... Ему надо было на совещание, и его пропустили быстрее. Хотя доктора сердятся: подумаешь – шишка, пусть идёт на общих основаниях. У меня все такие доктора. Они в данном случае поступают справедливо»*.

Некоторые из врачей, поддерживающих данный сценарий, полагают, что больших возможностей у врачей лечить по-разному начальников и дворников просто нет, особенно, если речь идёт об экстренной помощи: *«Какой бы ни был больной, я всё равно ему должен оказать необходимый объём экстренной помощи... в рамках его травмы... Не существует хорошего и плохого гипса... И директор, и дворник получают один и тот же гипс»*, – полагает молодой врач-дежурant одной из московских больниц.

Иногда ограничением в престижном лечении начальников являются применяемые технологии, что позволяет утверждать: сам процесс лечения трудно изменить, однако скорость лечения и сервисные условия могут быть согласованы с высоко-статусным пациентом: *«Применительно к выбору технологии*

различия нет. Можно для такого пациента только создать лучшие сервисные условия. Таким образом, материальный социальный статус имеет значение, но не в выборе чисто медицинских услуг. Скорее это влияет на выбор парамедицинских услуг. И тут различия есть – статусные больные скорее получают услугу, нежели все остальные», – убеждён директор федерального медицинского центра. Поддерживает своего коллегу и зам. главного врача калужской городской больницы, уверенная, что начальники требуют к себе повышенного внимания со стороны администрации больницы в любом городе, где бы медицинское учреждение ни находилось, но предложить ему особенное лечение врач не сможет даже при желании: «Да, наверное, всё равно придётся посмотреть и проконтролировать, чтобы всё было сделано правильно, если речь идёт о начальнике. Но в процессе лечения не будет ничего особенного. Даже диагностики я ему не могу предложить особенной. Наверное, я бы специально проверила законность соблюдения всех действий, чтобы потом не оказалось что-то не так».

Характерно, что для некоторых врачей, действующих в рамках данного сценария, стремление пациентов при помощи статуса завоевать себе место под солнцем оборачивается совсем неожиданными действиями: «Для меня не имеет значения статус пациента. Имеет значение, пришёл пациент за помощью или он пришёл для «галочки». Спрашиваешь, что Вас беспокоит? Отвечает: я кандидат в депутаты... Это что? У Вас такой диагноз? Вот тогда и помогает опыт психиатрии... Я такого человека раздеваю до трусов. В бане все равны. И тогда будь это сантехник или кандидат в депутаты, спесь всё равно уходит», – делится один из московских врачей. Для некоторых врачей настоятельные просьбы быть внимательными, приводят к противоположной реакции: «У меня, если меня просят свои, может быть обратная реакция. Я не люблю, когда мне кого-то навязывают, руководство говорит: сделай... Мне проще, когда человек идёт по проторённому пути. Поступает из поликлиники... Они все для меня одинаковые. А вот к этим, идущим по рекомендации,... я как-то не очень отношусь... Хотя понимаю, что иногда просто вредничаю», – откровенно излагает свою позицию московский врач.

Врачи, действующие опираясь на вторую позицию «врач вынужден быть с начальниками осторожнее и успешнее», в свою очередь, говорят о том, что именно начальники нередко «создают славу больнице – хорошую или плохую», что заставляет врачей, особенно руководителей медицинских учреждений, действовать по отношению к ним весьма внимательно и осторожно: «Больной социально значимый, это не любой больной. У такого пациента есть возможности и связи. Он может рассказать о ситуации своим коллегам.

При удачном исходе он может поблагодарить, а при неудачном – куда-то достучаться.... И тогда неприятностей не оберёшься», – считает главврач московской больницы. На необходимости обращать внимание на статус пациента настаивает и директор Федерального медицинского центра: «Статус имеет значение... Врачи вынуждены учитывать материальный и социальный статус пациента, потому что есть понятие директорского больного... Эти больные идут от директора и заместителей. Соответственно, секретарь ведёт эти списки... И с такими больными надо быть повнимательнее».

Не менее существенной в этом случае является не только жалоба со стороны статусного пациента, но и его похвала, поэтому главврач московской больницы настоятельно рекомендует своим врачам особенно стараться: *«Безусловно, когда ты лечишь начальника, то разница по сравнению с рядовым пациентом есть. Все врачи хотят добиться хорошего результата. И получить потом благодарность».*

Иногда стимулом для особого отношения к высокостатусному пациенту является роковое стечение обстоятельств, при котором болезнь у начальников всегда чем-то усложнена: *«Если говорят, это человек от Ивана Ивановича..., и вообще он зам. министра, такому больному всё делается с двойным тщанием. С начальниками, как следует из опыта, как правило бывают “косяки”... Всё течение заболевания идёт худшим из предполагаемых вариантов образом... Чего-то ты и не ожидал, а оно есть... Я всем таким пациентам искренне говорю, в ответ на их слова, нам бы побыстрее – будет лучше, а не быстрее... Я сделаю всё, как положено. Начальники – это самый худший вариант из всех», – убеждён врач Федерального медицинского центра.*

Однако нередко принадлежность пациента к начальственному классу заставляет врача излишне нервничать, что приводит не к позитивному, а к негативному результату. Тем более что врач часто и не может предложить начальнику какое-то особое лечение: *«Статус пациента учитывать следует. Но это не значит, что у нас в больнице начальство или богатые больные получают лучшее лечение. Часто получается наоборот. Когда перед тобой начальник, то ты стараешься избежать каких-то рисков, делаешь много лишних обследований. Часто врач боится делать рискованные процедуры, потому что они могут обернуться большими неприятностями».* Поддерживает своего коллегу и врач из Калуги, который убеждён, что бюджетные медицинские учреждения плохо приспособлены к учёту статуса, и статус не обязательно влечёт улучшение лечения: *«Я на частном приёме могу учитывать статус, который, конечно, имеет значение... Это*

иногда плохо влияет на меня, да и на пациента тоже. Часто начинается излишняя суета и тревога. Холодность ума теряется. Ты стараешься, упуская основную канву болезни».

Для врача необходимость быть мобилизованным в процессе лечения распространяется не только на начальников, но и на их ближайших родственников, особенно детей: *«Если это сын или дочь какой-то шишки, тогда ребёнка надо очень серьёзно патронировать... Вокруг такая свистопляска начинается. Начмед придёт, главврач придёт... Надо быть всё время начеку. Не надо таких пациентов... В принципе для меня все больные одинаковые. Но с некоторыми больными можно нажать неприятности, поэтому становишься более внимателен и осторожен»*, – считает молодой реаниматолог из детской областной больницы.

Третья группа с позицией «главное – сделать вид» тоже, как правило, запускается «сверху». Главные врачи предупреждают лечащих, что они должны быть особенно внимательны. Врачи упорно делают вид, что стараются, но внутри себя убеждены: лучше, чем простых людей, лечить начальников они не могут и не всегда хотят: *«Главврач и начмед будут стараться, будут бегать и интересоваться процессом лечения, как бы чего не вышло, а мне всё равно... Лишь бы капризов не было и явного неуважения. А то все статусные люди, искренне верят, что они небожители. А я так не считаю, но им в этом не признаюсь»*, – делится своими размышлениями зав. хирургическим отделением вологодской больницы, известный хирург.

Желание руководства избегать неприятностей, которые могут возникнуть при лечении начальников, вполне понятно, но сами врачи не всегда руководствуются страхом нанести вред репутации больницы. Иногда внутренняя самооценка оказывается важнее просьб высшего начальства: *«Для меня статус пациента малозначим. Если только главврач не вызовет и не скажет, ты там будь повнимательней, это директор завода... не надо..., чтобы он плохо говорил о нас. Но меня зачем предупреждать, я и так стараюсь сделать всё возможное... Для меня моя репутация дороже. Однако сделать вид, что понял и постараюсь, всегда можно...»*, – полагает зав. урологическим отделением вологодской городской больницы № 1.

Но чаще всего врачи играют в «особое внимание» для начальников, потому что так легче избежать неприятностей: *«Приходят некоторые пациенты и говорят: доктор, посмотрите меня получше. Мой отец знает кто? Но это только в магазине или ресторане можно получше обслужить. Я смотрю всех одинаково. И тех, кого начальство приводит, и просто бабушку. Для меня разницы в этом случае абсолютно никакой нет. Ко мне приходят даже высокопоставленные священнослужители, и что? Но иногда приходится притво-*

ряться... Потому что потом скандала не оберёшься», – говорит зав. эндоскопическим отделением областной клинической больницы.

Таким образом, лечащие врачи при работе с высокостатусными пациентами будут предельно внимательны и постараются сделать всё как можно быстрее, если это позволяет лечебный процесс. Будут у таких пациентов преимущества и в скорости диагностики. Однако сама технология лечения останется без изменения. В целом общая готовность врачей учитывать статус пациента, если их не подталкивают к вниманию и осторожности в отношениях со статусным пациентом руководители медучреждений, является не столь высокой. Особенно она низка в ЦРБ. Напротив, федеральные учреждения и известные московские клиники «на всякий случай» стараются для таких пациентов предоставить максимальный объём услуг. В том числе лучший сервис. Но и они признают – здесь отсутствует какой-то особый набор возможностей. В лучшем случае речь идёт о скорости диагностики и повышенном внимании со стороны врачей.

Весьма парадоксально, как показывают результаты исследования, ведут себя те врачи, которым их этические принципы не позволяют социально дифференцировать пациентов. Такие врачи не только не стараются выделить статусных больных, но и делают всё возможное, чтобы показать им, что «перед болезнью все равны».

Различия в сценариях поведения различных групп врачей по отношению к статусным больным позволяют высказать весьма спорную гипотезу, нуждающуюся в дальнейшей проверке. Суть её в том, что старые нормы равенства врачебного поведения постепенно разрушаются, в то время как новые этические принципы работы со статусными пациентами только формируются. Во врачебном сообществе пока не сложился единый этический кодекс, который бы позволял считать одно поведение приемлемым, а другое – недопустимым. Поэтому некоторым врачам легче сделать вид перед своим начальством или пациентом, что они учитывают начальственный статус, вместо того, чтобы в открытой полемике отстаивать свои этические принципы.

Платные и бесплатные пациенты: выше головы не прыгнешь!

Различия в поведении врачей по отношению к платным (которые официально платят деньги в кассу) и бесплатным пациентам, по их словам, минимальны. Это обусловлено не тем, что врачи не ощущают разницы между теми и другими больными, а прежде всего тем, что платные услуги могут

сохранить время больного, заставить врача быть более внимательным, но не могут повлиять на качество лечения. Однако неформальная оплата способна повлиять на характер контакта врача и пациента, изменить уровень включённости врача в проблемы пациента, улучшить диагностику и скорость лечения. Одновременно нельзя не признать, что есть врачи, которые в принципе отказываются от лечения больных, если не заплачены деньги, мотивируя это тем, что их труд должен быть достойно оплачен. А если пациент этого не понимает, то пусть идёт к другому врачу с более низкой квалификацией, который не научился ценить свой профессионализм.

Когда речь идёт о формальной оплате, некоторые из врачей принципиально не хотят учитывать платность или бесплатность лечения: *«Платность для меня не имеет значения. В любом случае, если больные обслуживаются по полису или за деньги, они обслуживаются одинаково»*. Подобная установка среди врачей достаточно распространена. Врачи в ходе интервью настаивают: *«Квалификация врача всё равно не повышается, если он лечит платного больного. Он же не может вылезти из своей шкуры... сделать сверх того, что он умеет. Единственное, что врач может быть внимательнее и вежливее»*, – считает главврач калужской поликлиники. Поддерживает позицию главврача и его заместитель: *«О различиях между теми и другими пациентами судить сложно... У нас мало платных больных... Мы больше занимаемся профосмотрами... Но даже если бы у нас платных больных было больше, выше головы не прыгнешь»*.

Врачи, работающие в поликлиниках, чаще других не видят разницы в платных и бесплатных больных: *«Платность или бесплатность оказания услуги совершенно не важна. У меня в силу специальности нет потока платных пациентов. Это муниципальная служба. И клиника городская. О какой платности мы говорим, если приходят бабушки и дедушки и хотят бесплатно выписать угольные таблетки... Ведь они стоят копейки... Если брать мужское население в контексте урологии, то они все ветераны и инвалиды... Какие для них могут быть платные приёмы?»* – восклицает врач-уролог из калужской городской поликлиники. В то же время, по его мнению, плата за лечение может влиять на характер лечения и обеспечивать более лёгкое излечение пациента, например, в случае с оперативным вмешательством: *«Когда речь идёт о платности и бесплатности, то можно говорить о выполнении или не выполнении каких-то манипуляций... Причём всегда есть альтернатива бесплатных операций... Но отношение к больному при этом всё равно не отличается»*.

В известном смысле платность может улучшить условия лечения, но не может изменить его принципиально, и тем более повлиять на квалификацию врача: *«Опухоль в желудке*

может вырасти у любого пациента... Это хирургия... Может в психиатрии или в терапии всё как-то иначе... Также и в стационаре. Там платного больного можно положить в палату, где лежит меньше больных. Но больше для него сделать трудно. Особенно сейчас. В молодости все искали шовные материалы... Анестезиологи искали ампулы для наркоза... А сейчас всё есть... Для любых больных».

Среди врачей, которые настаивают на необходимости равного отношения и лечения для тех и других групп пациентов, встречаются принципиально нежелающие работать с платными пациентами, чтобы не повышать и так высокую загрузку врача в плане оформления необходимой документации и повышенной психологической адаптации, которую нередко врач обязан осуществлять по отношению к платному пациенту: *«Я платно не принимаю. Это опять лишние бумаги..., они уже до того надоели... Я уже столько написала бумаг, что их хватит до Луны... Денег больше? Но всех денег не заработаешь, а платные больные более требовательны... У меня уже нет сил с капризами считаться»*, – замечает 80-летняя врач-терапевт одной из калужских поликлиник.

Молодые врачи пока не определились, как платность отражается на лечении, но на установление контакта с врачом всё же оказывает влияние. Хотя особого преимущества в лечении или усилиях врача такие пациенты получить не могут: *«Платные пациенты – не наглые. Они действительно пришли за лечением. Но в моей консультационной работе я особой разницы между платными и бесплатными пациентами не чувствую. Для меня имеет значение при бесплатной консультации количество потраченного времени. А так, я стараюсь ровно ко всем больным относиться. Самое главное при работе с пациентом – его личностные особенности. Иногда возникает такой контакт, что просто хочется помочь больному. Бесплатно, просто за спасибо. Такой больной будет принимать таблетки, и ему станет легче»*, – убеждена молодая кардиолог калужской областной клинической больницы.

Тем не менее, некоторые врачи всё же отмечают, что неуловимая разница между платными и бесплатными больными существует, и с ней нельзя не считаться: *«Ожидания у платных больных однозначно повышенные. Я стараюсь максимально быть внимательным со всеми людьми, но на платных я обращаю особое внимание. Когда больной входит, то можно сразу понять, платный он или нет. Бесплатный больной ведёт себя достаточно вальяжно, ему всё это досталось бесплатно. Как правило, платный пациент вкрадчив, он даже пытается что-то записывать. Переспрашивает... И это не случайно. Если не слушать врача, то придётся прийти ещё раз»*. Зам. главврача калужской городской больницы не

сомневается в том, что платным больным приходится уделять больше внимания, чем остальным, хотя бы потому, что они более требовательны как к самим врачам, так и к условиям, которые им может предоставить медицинское учреждение: *«Для платных больных есть дополнительное питание. Что написано в уставе о положении платных больных, то и есть. В стационаре они требуют к себе чего-то такого... и приходится им это предоставлять»*.

Для некоторых врачей важны как платные, так и бесплатные пациенты, так как и те, и другие нередко формируют имидж врача и его востребованность, поэтому бесплатные больные также получают надлежащую помощь. Но для платных больных стараний больше, хотя бы потому, что платные пациенты дают возможность заработать: *«Платность – это важно... Мы заинтересованы в том, чтобы больше заработать. Чтобы о нас пошла хорошая информация... Когда есть большая заинтересованность, то больше стараешься... Но если больные бесплатные, то это не обязательно совсем опускает твою профессиональную планку. Любой врач, если он знает, что сейчас работает на свой имидж, будет стараться... Человеку свойственно идти вперёд. Ему свойственно расти, а уровень обращаемости есть показатель твоего профессионального роста и твоего уровня»*, – считает зам. главного врача областной больницы.

Таким образом, можно утверждать, что действующие внутри врачебного сообщества нормы и правила фактически блокируют любые проявления различий между пациентами. Безусловно, наличие платных больных у врача повышает его статус внутри врачебного сообщества, однако утверждать, что те небольшие деньги, которые врач получает за платные услуги, могут в корне изменить поведение, способы лечения и отношение врача к пациенту, вряд ли возможно.

Наиболее заметна сегодня, как следует из оценок врачей, разница в платных и бесплатных услугах в родовспоможении. Именно эта сфера медицины одной из первых почувствовала, что хорошая медицинская работа может приносить реальные деньги. Второй такой сферой, безусловно, является хирургия. При этом врачи-хирурги убеждены: во всём остальном невозможно сделать пациенту лучше или хуже от того, что один согласен платить, а другой не может себе этого позволить. Третья сфера – это онкология. Онкологический больной за счёт денег и социального капитала может выиграть время, а также обеспечить себе более современные методы лечения. И, похоже, что в онкологии платные больные существенно выигрывают, хотя и здесь всё относительно и зависит от течения болезни.

Сформулированные выводы распространяются только на официальную плату, которая идёт через кассу. В случае неформальных платежей вряд ли будет наблюдаться столь

низкая чувствительность врачей к различиям между платными и бесплатными больными. Наши более ранние исследования (Шишкин С. В. и др. 2002, 2007, 2011) убедительно показали, что врачи весьма ориентированы на получение платы-благодарности в карман, что заставляет их быть особенно внимательными по отношению к тем больным, кто, по их мнению, способен осуществить такой платёж.

Именно поэтому можно утверждать: процесс дифференциации пациентов по платёжеспособности постепенно идёт. Медленнее это происходит в поликлиниках, быстрее – в областных клиниках. Тем не менее, ещё можно надеяться, что российские врачи с советского времени и до сих пор сохраняют некие этические нормы, которые не позволяют им относиться к бесплатным больным с полным равнодушием. Равно как и платные больные не могут надеяться, что врач ради уплаченных денег «прыгнет для них выше своей головы». Но мотивация к получению хорошего результата лечения во втором случае может быть выше, особенно если врач ориентирован не профессионально, а материально.

Корпоративная взаимопомощь: чем врачи в процессе лечения могут помочь родственникам, друзьям, коллегам по работе?

Родственники, друзья и коллеги по работе – это та группа пациентов, для которых этические нормы и правила, принятые внутри врачебного сообщества, позволяют делать всё возможное и даже больше.

Возможности, которые врачи выделяют как обязательно реализуемые в данном контексте, это:

- обеспечение максимального выигрыша во времени при госпитализации;
- доступность лечения;
- ускоренная и расширенная диагностика;
- бесплатное оказание врачебных услуг, максимальная ориентация на бесплатную помощь;
- повышенное внимание;
- обеспечение дефицитными лекарствами.

Столь развёрнутый список предпочтений для родственников и лиц из корпоративного окружения ещё раз свидетельствует о том, как не эффективно сегодня функционирует система российского здравоохранения. В результате врачи самостоятельно вынуждены компенсировать все недочёты, понимая, что без их помощи близкие люди – могут оказаться

Процесс дифференциации пациентов по платёжеспособности постепенно идёт. Медленнее это происходит в поликлиниках, быстрее – в областных клиниках.

Родственники, друзья и коллеги по работе – это та группа пациентов, для которых этические нормы и правила, принятые внутри врачебного сообщества, позволяют делать всё возможное и даже больше.

в затруднительном положении. Именно поэтому многие врачи убеждены, что следует воспользоваться врачебными связями: *«Я лично столкнулась с тем, что пока не скажешь, что это мой папа, мало кто шевелится. Как-то у папы случилась почечная колика. Поехали мы в больницу. Приехали, ждали полчаса, никто даже не подошёл. Я позвонила своему молодому человеку, хирургу, объяснила ситуацию. Только через него мне удалось мобилизовать врачей. Это встречается везде и всюду. Я поняла, что врачам надо помогать в первую очередь. Поэтому когда обращаются и говорят, – я врач, то конечно стараешься... Наверное, это неправильно, но это заведено не нами. Здесь как раз видно, что врачи способны друг друга поддерживать»,* – делится своими впечатлениями молодая врач из Калуги.

Самый широко используемый дополнительный ресурс для близкого окружения – это большее внимание и развёрнутая диагностика. Цена ошибки велика, отсюда стремление сделать всё как можно более тщательно: *«Родственники – это, конечно, мотивирует дополнительно... Внимания больше, без сомнения. Возможно, более развернутая диагностика... Иногда может быть даже избыточная... я постараюсь выявить дополнительно смежные проблемы, постараюсь быть предельно осторожным и внимательным»,* – замечает один из московских хирургов.

Важным преимуществом для близкого окружения может быть также выигрыш во времени в процессе обследования и диагностики: *«Я могу сократить время обследования. Просто возьму интересующего меня пациента за руку и проведу его по всем кабинетам... В результате он обследуется не за 2 часа, а за 30 минут...И нигде не будет сидеть в очередях»,* – рассказывает один из наших московских респондентов.

Столь же важно сокращение временного ресурса для родственников, если речь идёт о диспансеризации: *«Чем хорошо работать в медицине – это возможностью лечить своих родственников. В рамках порядка, принятого в нашем учреждении, я могу для своего родственника сделать всё быстро... Будет ли врач более внимателен к моему родственнику? Это зависит от совести врача... Так что преимущество, на мой взгляд, в плане времени... Я могу договориться с докторами, заранее записать на приём...»,* – убеждён молодой московский врач-травматолог.

Также для своих родственников врачи постараются сделать всё максимально бесплатно, хотя нередко им приходится испытывать при этом известный душевный дискомфорт: *«Единственное, что я могу для родственника сделать – это провести какие-то обследования бесплатно. Могу УЗИ сделать просто так... пойду на какую-то уступку. Этим родственники ставят меня в несколько неудобное положение...»*

Но у нас так заведено... Мне просто неудобно, что я пошлю родственников в кассу и они должны будут услугу оплатить. Но это может быть мои личные предрассудки... Возможно в учреждении стоит рассмотреть отдельную квоту для родственников и работающих врачей, по которой всё лечение для них проводится бесплатно», – считает молодая врач-маммолог из Федерального медицинского центра.

Важно, что в некоторых клиниках не только сами врачи пытаются особым образом помочь своим родным, но и само лечебное учреждение создаёт условия, чтобы сделать доступность необходимых услуг выше, особенно если речь идёт о дефицитных услугах: *«Если взять наш институт, то у нас родственники оформляются по амбулаторной карте, по бюджету... У нас есть разрешение записывать на лечение родственников первой линии: мамы, папы, дети... И для них всё, что от нас зависит, мы делаем», – мнение врача из того же Федерального медицинского центра.*

Однако некоторые врачи, несмотря на родственные связи, пытаются дистанцироваться от лечения близких родственников, считая невозможным для себя вмешиваться в процесс лечения и демонстрировать недоверие к лечащему врачу: *«Родственников своих я вообще никогда не лечил... Потому что я считаю это неправильным... Я даже не вмешивался ни коим образом... в ход их лечения и обследования. Если врач взялся лечить моего родственника, то я ему полностью доверяю. Даже вопросов к врачу быть не может, хотя мы сидим в одной ординаторской. Я не лезу никогда смотреть анализы... Если нужно, он мне сам всё скажет...», – делится своими размышлениями один из московских врачей.*

Схожим образом медики ведут себя по отношению к врачам из своего коллектива – они всегда готовы поделиться вниманием, доступностью, обеспечить зелёную улицу при любых обстоятельствах, уверенные в том, что подобное поведение в отношении своих коллег должно быть неотъемлемой частью корпоративной этики: *«У нас есть один приоритет – коллеги. Даже водитель скорой помощи из района может рассчитывать на то, что мы ему поможем в первую очередь... Это корпоративная этика. Также мы внимательно относимся к родственникам своих коллег... Им всегда зелёная улица, но качество диагностики при этом не меняется. Здесь речь может идти только о скорости обследования», – считает зав. отделением калужской областной больницы. Признают, что повышенное внимание к врачам есть компонент корпоративной этики и другие респонденты, отмечая при этом, что лечить коллег совсем не простое дело: «Врачи будут поддерживать врачей из своего коллектива. Лечить своего коллегу всегда сложнее. И коллеге лечиться сложнее. Врачи с коллегой всегда вниманием поделятся. Но у врачей в смысле болезни всё не*

так. У них всегда болезни получаются с какими-то заковыками... Так что всё это не просто...», – размышляет директор Федерального медицинского центра.

Даже в поликлиниках родственники и врачи могут рассчитывать на более внимательное отношение медиков: *«Если врач или родственник, это другое дело... У меня, например, такое чувство, что врачей и родственников надо защищать, в том числе от бездушности медицины. Чем могу помочь? Мы обеспечиваем им доступность в первую очередь. Больше внимания. Если обычно доктору некогда поднять голову и посмотреть на пациента, то здесь я её хотя бы подниму... И времени на больного потрачу не 7 минут, а где-то минут 15»*, – считает главврач одной из калужских поликлиник.

Внимание – не единственный ресурс, который используется врачами для своих коллег. Для таких больных врачи постараются сделать всё бесплатно и максимально быстро: *«Если позволяет ситуация, я сделаю всё возможное, чтобы убыстрить лечение. Но только если это необходимо. И помощь я окажу бесплатно... Я понимаю, что какие-то официальные вещи ты не можешь сделать бесплатно, но где можно, надо помогать бесплатно»*, – полагает врач из Федерального медицинского центра.

Врачи, ставшие пациентами больниц, могут рассчитывать, что медики сделают всё возможное, чтобы достать для них дефицитное лекарство: *«Если коллега к нам лёг, а у нас нет дорогостоящего препарата, то мы обязательно его доставим... Если надо провести консультацию, то мы организуем её. Созвонимся с кем надо и сделаем всё на свете... Врачи будут мобилизованы, своих надо поддерживать»*, – замечает главврач ЦРБ.

Важно, как полагают врачи, не только силами врачебного сообщества помогать коллегам, но необходимо, чтобы государство предусмотрело для врачей льготы в оказании медицинской помощи, как это сделано для некоторых иных социальных категорий: *«Хотелось бы, чтобы у врачей были особые условия... Получается, что отдельные категории населения к нам прикреплены. Например, УВД или железнодорожники... А врачи нет. Ты можешь надеяться только на то, что коллега внимательно тебя примет. Не лучше, чем других, а нормально»*, – считает врач-маммолог из того же Федерального центра.

Тем не менее, некоторые врачи всё же не считают своих коллег особой категорией пациентов, которым они должны что-то помимо обычных усилий: *«Всё зависит от тяжести заболевания. И от прогноза состояния больного. А совсем не от принадлежности к врачебному классу. Так вообще далеко зайти можно. Министрам одно внимание, простым людям – другое. Для меня все равны»*, – замечает в своём интервью

зав. кардиологическим отделением городской больницы. Столь же последовательно в отношении разных групп пациентов ведёт себя и участковый терапевт из Калуги: *«Если кому-то что-то надо, если больной нуждается в помощи, не важно какой он и откуда... Человеку надо помочь, и я ему помогу... Для любого человека я пойду и договорюсь о талоне на обследование, и мне не откажут»*.

Эмоционально врачам порой не нравится лечить коллег и их родственников, так как избежать усиленного внимания со стороны врача-пациента удаётся далеко не всем: *«Врач и его родственник – это вообще ужасно... Значит будут профессиональные вопросы, профессиональное обсуждение... Ещё кого-то пригласят для консультации. Лечить врача – это очень трудно...»*, – полагает главврач московской больницы.

Как бы врачи не настаивали на разных порциях внимания по отношению к близкому окружению, лечить иначе, нежели им позволяет уровень профессионализма, они всё равно не могут: *«Близкому или уважаемому тобой человеку, например, коллеге по цеху, ты отдашь больше внимания, сил, сердца. Когда к тебе приходит врач на пенсии, то проявляешь к ней особое уважение. Это не значит, что ты её лучше лечишь. Просто выказываешь дополнительное уважение. Достаточно трудно лечить больного хуже, чем ты можешь это делать»*, – убеждён врач из ЦРБ.

Схожей точки зрения придерживается и зам. главврача областной клинической больницы, врач акушер-гинеколог: *«Пациентку я в любом случае посмотрю, родственница она или коллега. Но здесь всё зависит не от родственных связей, а от личности. Я сделаю это максимально профессионально, насколько способна. Я не могу сделать лучше или хуже... Пусть это будет пациентка от Путина... Я сделаю так, как умею... И в операционной буду работать так, как умею... Независимо от того, какой пациент лежит на операционном столе... И я знаю, что в моём окружении очень много людей, которые поступят точно также»*.

Таким образом, можно заключить, что корпоративная этика врачей складывается из норм, поддерживающих лояльность к близкому кругу. Необходимость защиты подобных пациентов складывается из осознания того факта, что система российского здравоохранения пока не столь эффективна, чтобы можно было оставить близких людей без специального контроля за процессом лечения. Одновременно следует признать, что диапазон возможностей врачей для поддержания таких пациентов кроется скорее в сервисе и диагностике, нежели в качестве лечения. Последнее, по мнению врачей, продолжает оставаться устойчивой величиной, повлиять на которую возможно лишь косвенным образом, отдав своего пациента более квалифицированному врачу, ускорив диагностику или

время предоставления медицинской услуги, повысив качество сервисных услуг. Характерно, что делают это врачи бесплатно прежде всего потому, что взимание денег со своих коллег или родственников не приветствуется. Не исключено, что в этом случае благодарности приветствуются, но они носят исключительно добровольный характер, повышая тем самым самооценку врача: гордость за принадлежность к врачебному сообществу и возможность помочь своему ближнему в трудной ситуации.

Заключение

Проведённое исследование позволяет утверждать, что большинство врачей признают действующей этическую норму, согласно которой родственники, знакомые и врачи имеют «зелёный свет» в медицинских учреждениях различного типа.

В отношении материального и социального статусов пациента, платности или бесплатности лечения единства позиций среди врачей не наблюдается.

Медики по своим представлениям относительно значимости статусов делятся на две неравные группы. Первую группу, большую по численности, составляют врачи, защищающие принцип равенства пациента перед болезнью. Это, как правило, врачи, выросшие из советского прошлого, для которых признать важность материального или социального статуса означает отказ от сложившихся морально-этических норм, которые им передали их учителя. Вторая группа – это врачи, которые признают значимость денег в современной жизни, и убеждены, что их отсутствие может существенным образом повлиять на качество лечения. Эта группа врачей в своих представлениях более реалистична и не рассматривает присутствие денежной компоненты в процессе лечения как некий постыдный факт. Скорее наоборот, такие врачи научаются видеть преимущества богатых и статусных больных, которые более других нацелены на качественное лечение и берегут своё время. О материальной выгоде от лечения таких пациентов врачи умалчивают, но можно предположить, что какая-то часть врачей имеет определённую прямую или косвенную выгоду.

Весьма показательно, что давление на врачей по поводу пациентов, обладающих социальным статусом, со стороны руководства медучреждений, не способствует требуемой мобилизации врачей. Некоторые медики научаются демонстрировать повышенное внимание, однако никаких сверхусилий на самом деле предпринимать не хотят. Принцип «сделай вид» оказывается в этом случае основным. Другие, в противовес первым, стараются сделать всё на высоком профессиональ-

Корпоративная этика врачей складывается из норм, поддерживающих лояльность к близкому кругу. Необходимость защиты подобных пациентов складывается из осознания того факта, что система российского здравоохранения пока не столь эффективна, чтобы можно было оставить близких людей без специального контроля за процессом лечения.

ном уровне, независимо от указаний сверху. Такие врачи не в состоянии мобилизовать себя больше существующего уровня профессионализма. В известном смысле внешние сигналы от медицинского начальства о необходимости сделать всё наилучшим образом преобразуются у таких врачей во внутреннюю убежденность, что нельзя прыгнуть выше головы по приказу сверху.

Некоторые врачи, в противовес императиву «сделай вид», придерживаются парадоксальной линии поведения в отношении высокостатусных пациентов, предпочитая ставить «блатных» и богатых «на место». Однако делают они это только в том случае, если подобное поведение не угрожает их положению в медицинском учреждении. Тот факт, что такая линия поведения хоть и неявно, но всё же существует, свидетельствует о накопившемся раздражении по поводу дифференциации больных, которая на самом деле, видимо, выражена сильнее, чем об этом принято говорить. Скорее, в полученных оценках считается разочарование в поведении богатых и начальников (которые могли бы в ответ на усилия врача быть к нему более благодарными), чем полное врачебное равнодушие к социальным различиям пациентов. Те врачи, которые с гордостью говорят о ценности равного отношения ко всем пациентам, без учёта их материального и социального статусов, а также сложившихся корпоративных связей, скорее всего не лукавят, но явно переоценивают значимость этой нормы для врачебного сообщества и не хотят замечать явных перемен в обществе.

Тем не менее, вряд ли стоит думать, что медики – это однородная социальная группа по своим морально-этическим нормам. Тот факт, что набор этих норм достаточно вариативен, свидетельствует о том, что процесс трансляции норм корпоративной этики внутри врачебного сообщества системно не осуществляется, а носит достаточно стихийный характер. Хотя нельзя сказать и обратного, что корпоративная этика полностью потеряла свою регулирующую роль для врачей. Перепутье есть реальное состояние, в котором одни держатся за принятые консервативные представления, другие же пытаются выработать новые ориентиры, но не решаются транслировать их всему сообществу в целом. В результате интеграция врачебного сообщества по схожести морально-этических норм затрудняется, хотя врачи продолжают верить, что они живут единым медицинским цехом, в котором успех каждого врача зависит от коллективных усилий.

Набор морально-этических норм вариативен и свидетельствует о том, что процесс трансляции норм корпоративной этики внутри врачебного сообщества системно не осуществляется, а носит достаточно стихийный характер. Хотя нельзя сказать и обратного, что корпоративная этика полностью потеряла свою регулирующую роль для врачей. Перепутье есть реальное состояние, в котором одни держатся за принятые консервативные представления, другие же пытаются выработать новые ориентиры, но не решаются транслировать их всему сообществу в целом.

Библиографический список

1. Александрова Е. С. 2005. Социологический анализ восприятия пациента врачом-стоматологом: «особые» пациенты и их медицинская карьера. Магистерская диссертация. 2004/2005 уч. г. – М.: Московская Высшая школа социально-экономических наук. Фонд неопубликованных материалов.
2. Богатова Т. В., Потапчик Е. Г., Чернец В. А., Чирикова А. Е., Шилова Л. С., Шишкин С. В. (руководитель проекта). 2002. Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы. Независимый институт социальной политики // URL: <http://www.socpol.ru/publications/pdf/book1.pdf> [дата посещения: 11.02.2013].
3. Колосницына М. Г., Потапчик Е. Г., Селезнёва Е. В., Темницкий А. Л., Шейман И. М., Шишкин С. В. 2011. Условия труда и мотивация медицинских работников (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении). Препринт. – М.: НИУ-ВШЭ // Официальный сайт НИУ-ВШЭ. URL: http://www.hse.ru/data/2011/12/05/1271846229/WP8_2011_12f.pdf [дата посещения: 11.02.2013].
4. Чирикова А. Е. 2009. Институты здравоохранения и развитие среднего класса // Управленческое консультирование. Актуальные проблемы государственного и муниципального управления. № 4.
5. Шишкин С. В. (рук. колл.), Бесстремьянная Г. Е., Красильникова М. Д., Овчарова Л. Н., Чернец В. А., Чирикова А. Е., Шилова Л. С. 2004. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчёт. Независимый институт социальной политики // URL: http://www.socpol.ru/publications/#health_informal [дата посещения: 13.01.2013].
6. Lievens T., Lindelow M., Sirneels P. 2011. Понимание проблем трудовых ресурсов здравоохранения: Пособие по некоторым вопросам использования качественных методов // Руководство по мониторингу и оценке кадровых ресурсов здравоохранения, адаптированного для применения в странах с низким и средним уровнем доходов / Под ред. Mario R. Dal. – ВОЗ. С.153.

Т е м а н о м е р а : З д о р о в ь е н а с е л е н и я

З д о р о в ь е с б е р е г а ю щ и е технологии в российских вузах



Ивахненко Галина Александровна – кандидат социологических наук, старший научный сотрудник Центра исследования социальной структуры и социального расслоения ИС РАН

E-mail: ga-ivachnenco@yandex.ru

Здоровьесберегающие технологии в российских вузах

Аннотация

В статье рассматриваются различные виды образовательных здоровьесберегающих технологий и подчёркивается важность их использования в российских вузах для сохранения здоровья студентов. Методом традиционного анализа документов выделяются основные тематические аспекты, которые затрагивают учёные и специалисты в своих работах по этой проблеме.

Ключевые слова: студенты, здоровьесберегающие технологии, здоровье, вуз

В отношении здоровья во всех странах студенты выделяются в категорию повышенного риска. Основанием для этого является существующее в системе высшего образования противоречие между необходимостью оптимизировать деятельность высшего профессионального образовательного учреждения с целью сохранения здоровья студентов и одновременной интенсификацией учебного процесса с целью повышения качества и уровня готовности к профессиональной деятельности. И если исследования социальных факторов здоровья детей и подростков становятся более основательными и продуктивными, то в отношении здоровья молодёжи и студенчества сохраняется дефицит информации, связанный с недостаточностью принятых в системе медицинской и ведомственной статистики показателей и ограниченностью исследовательских возможностей [Медик, Осипов 2003: 8-9]. Кроме того, существующие на данный момент общероссийские и региональные исследования по данной проблематике дают тревожные результаты и указывают на то, что здоровье студентов, в том числе развитие и усовершенствование технологий, связанных с его профилактикой и охраной, – недостаточно изученный аспект студенческой жизни.

Цель данной статьи – обратить внимание учёных, исследователей и педагогов на важность темы студенческого здоровья и на необходимость поиска путей его охраны и оптимизации.

Для получения первичной социальной информации был использован традиционный (классический) метод анализа документов [Рабочая книга 1983: 289-292]. В качестве источников выступили 43 научных документа (монографии, статьи,

тезисы различных научных конференций, электронные материалы и др.), опубликованные с 1997 по 2012 гг. и посвящённые здоровью студентов и методам его сохранения. В результате были выделены основные аспекты, которые затрагивают учёные и специалисты в своих работах по изучаемой проблеме:

1. В научных источниках указывается, что **в настоящее время представители науки и вузовские работники значительно больше внимания уделяют изучению здоровьесберегающей среды в общеобразовательных учреждениях, нежели в высших учебных заведениях.** В многочисленных исследованиях медиков, педагогов, психологов и физиологов убедительно доказывается негативное влияние существующей системы обучения на здоровье и развитие подрастающего поколения, делается вывод о том, что данная проблема стала ключевой в стратегии дальнейшего развития как отечественной школы, так и всего государства в целом [Здоровьесберегающие технологии].

Исследовательница здоровьесберегающих технологий в системе высшего образования Н. В. Лядова считает, что задачи, которые ставятся в качестве основных, способствующих сохранению здоровья школьников, носят универсальный характер и могут быть применены ко всем категориям населения, в том числе и студенческой молодёжи (создание установок по отношению к своему здоровью и способам его укрепления, пропаганда знаний, умений и навыков здорового образа жизни, создание в учебных учреждениях здоровьесберегающей среды (Е. П. Усанова, В. С. Шувалова, О. В. Шиняева, А. А. Баранов, В. В. Власов, Н. Л. Ямщиков и др.) [Жарова 2006: 20].

2. Учёные отмечают, что **для студентов поступление в высшие учебные заведения характеризуется сменой деятельности и осложнением процессов адаптации.** Студенты испытывают высокую психофизиологическую нагрузку на все функциональные системы организма. Исследователи А. В. Шахова, Т. В. Челышева и Н. И. Хасанова указывают на то, что в последние годы большие потенциальные ресурсы студенческого организма используются нецеленаправленно и нерационально. Опираясь на классическую теорию онтогенеза, согласно которой у молодых людей в возрасте 17-25 лет наблюдается оптимизация почти всех функций организма, они утверждают, что у студентов на этом этапе имеются достаточно большие функциональные возможности для работы по 10-12 часов в сутки, но при условии соблюдения режима сна, питания, двигательной активности и отдыха. Однако студенческая молодёжь вынуждена работать в жёстких рамках, определяемых учебными планами и программами, когда чрезмерные нагрузки приводят сначала к формированию дисфункций, а затем к стойким нарушениям различных физиологических показателей. Умственный труд студентов сопровождается необходимостью переработки большого объёма

Если исследования социальных факторов здоровья детей и подростков становятся более основательными и продуктивными, то в отношении здоровья молодёжи и студенчества сохраняется дефицит информации, связанный с недостаточностью принятых в системе медицинской и ведомственной статистики и ограниченностью исследовательских возможностей.

разнообразной информации с мобилизацией памяти и концентрацией внимания. Хронометражные наблюдения показывают, что рабочий день большинства студентов составляет в среднем 10 часов, они спят не более 7 часов в сутки, а учебные задания обычно выполняются по вечерам и воскресным дням, к экзаменам готовятся в ситуации острого дефицита времени. Это приводит к обострению психовегетативных проявлений в условиях стрессовых ситуаций (экзамены, зачёты) [Здоровьесберегающий потенциал 2008: 4]. Недостаток двигательной активности в этом возрасте вызывает развитие детренированности всех систем организма, что способствует повышению утомляемости и снижению трудоспособности [Здоровьесберегающий потенциал 2008: 5]. На фоне отсутствия здоровьесберегающих механизмов в работе многих вузов всё это приводит к развитию у студентов хронических неинфекционных болезней. Особенно актуальна проблема медико-психологической реабилитации студентов, имеющих группу инвалидности [Инновационные технологии 2008: 20].

3. Специалисты рассматривают **разные трактовки термина «здоровьесберегающие образовательные технологии» (ЗОТ), который появился в научном и педагогическом лексиконе в последние несколько лет.** Термин по-разному понимается учёными и преподавателями образовательных учреждений, вузов. Так, некоторые из них воспринимают его как аналог санитарно-гигиенических мероприятий [Здоровьесберегающие основы. 2006: 21]. Иногда вся концепция здоровьесбережения сводится к преподаванию специальных учебных дисциплин (например, валеологии) или к созданию специальных программ [Бондин 2004].

Большинство же исследователей под здоровьесберегающими образовательными технологиями понимают систему, создающую условия для сохранения и укрепления физического, духовного, эмоционального, интеллектуального здоровья учащейся молодёжи. Система включает в себя физкультурно-оздоровительные, образовательные, психологические, педагогические, медико-гигиенические и другие способы, направленные на эти цели (Г. А. Степанова, Г. А. Булатова, Р. М. Гимазов, Л. О. Артемьева и др.). В качестве синонима «здоровьесберегающим технологиям» в литературе нередко употребляется термин «здоровьеформирующие образовательные технологии» (ЗФОТ) [Борозенцева 2008: 31].

4. В научной литературе о вузовских здоровьесберегающих технологиях немало внимания уделяется вопросу их структуры. Основные структурообразующие компоненты:

- *Аксеологический*, который проявляется в осознании учащимися высшей ценности здоровья, убеждённости в необходимости вести здоровый образ жизни. У студентов развивается осознанное отношение к здоровью, основанное на положительном самосохранительном поведении;

- *Гносеологический* связан с приобретением необходимых для здоровьесбережения знаний и умений, связанных с интересом к вопросам собственного здоровья, к изучению литературы по этой теме и различных методик по оздоровлению и укреплению организма;

- *Собственно здоровьесберегающий* включает в себя систему ценностей и установок, которые формируют потребность в повышении двигательной активности, предупреждении гиподинамии и приобретении гигиенических навыков. Особая роль отводится физкультурно-оздоровительной деятельности, соблюдению режима дня, качеству питания, чередованию труда и отдыха, что способствует предупреждению возникновения вредных привычек и различных заболеваний;

- *Эмоционально-волевой* включает в себя проявление эмоциональных и волевых психологических механизмов, которые закрепляют желание вести здоровый образ жизни;

- *Экологический* позволяет внести в содержание здоровьесберегающего процесса экологическую составляющую [Артемьева 2009: 4-6].

5. Авторами предпринимаются попытки разработки различных классификаций здоровьесберегающих технологий и моделей их реализации (Н. П. Абаскалова, Р. И. Айзман, Г. К. Зайцев, Э. М. Казин, Э. Чарльстон и др.). Существует несколько подходов к классификации здоровьесберегающих технологий. Некоторые из них носят преимущественно информационный характер при приоритете биологических и медицинских знаний [Здоровьесберегающие основы 2006: 25].

Наиболее проработанной и используемой в российских образовательных учреждениях является классификация, предложенная Н. К. Смирновым [Смирнов 2006]. Среди здоровьесберегающих технологий, применяемых в образовательных учреждениях он выделяет несколько групп, в которых используется разный подход к охране здоровья, а соответственно и разные формы работы.

К первой группе относятся *медико-гигиенические технологии*. Это совместная деятельность администрации учебных заведений, преподавателей и медицинских работников. Также к медико-гигиеническим технологиям Н. К. Смирнов отнёс контроль и помощь в обеспечении надлежащих гигиенических условий. Это, прежде всего, организация медицинских кабинетов в вузах, которые осуществляют проведение прививок учащимся, оказание консультативной и неотложной помощи обратившимся, проводят мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению студентов и педагогического состава, организуют профилактические мероприятия в преддверии эпидемий (гриппа) и решают ряд других задач, относящихся к компетенции медицинской службы.

Вторую группу составляют *физкультурно-оздоровительные технологии (ФОТ)*, которые направлены на физическое развитие учащихся. ФОТ реализуются на занятиях физической культуры и секциях, на внеурочных спортивно-оздоровительных мероприятиях.

Третья группа представлена *экологическими здоровьесберегающими технологиями*. Они направлены на создание гармоничных с природой, экологически оптимальных условий жизни и деятельности людей.

В четвертую группу включены *технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности (ТОБЖ)*. Их реализуют специалисты по охране труда, защите в чрезвычайных ситуациях, архитекторы, строители учебных корпусов, инженерно-технические службы, пожарные инспекции.

К пятой группе относятся *здоровьесберегающие образовательные технологии (ЗОТ)*, которые делятся на три подгруппы:

- *организационно-педагогические технологии (ОПТ)*, определяющие структуру учебного процесса, способствующие предотвращению состояния переутомления, гиподинамии и др.;

- *психолого-педагогические технологии (ППТ)*, связанные с непосредственной работой на уроках физической культуры. Сюда же входит и психолого-педагогическое сопровождение всех элементов образовательного процесса;

- *учебно-воспитательные технологии (УВТ)* включают в себя программы, которые обучают студентов заботиться о своём здоровье, вести правильный образ жизни, отказываться от вредных привычек. Эти технологии предусматривают также проведение организационно-воспитательной работы со студентами после занятий.

Отдельное место в классификации Н. К. Смирнова занимают ещё две группы технологий, традиционно реализуемых вне образовательного учреждения, но в последнее время всё чаще включаемые во внеурочную работу вуза:

- *социально-адаптирующие и личностно-развивающие технологии (САЛРТ)* – это формирование и укрепление психологического здоровья студентов, повышение ресурсов психологической адаптации личности (социально-психологические тренинги, программы социальной и семейной педагогики);

- *лечебно-оздоровительные технологии (ЛОТ)* составляют самостоятельные медико-педагогические области знаний: лечебную педагогику и лечебную физкультуру, воздействие которых обеспечивает восстановление физического здоровья учащихся.

Все вышеперечисленные здоровьесберегающие технологии необходимо использовать системно и в комплексе, но реальность такова, что о единой базовой модели работы по сохранению и укреплению здоровья студентов в российском вузе на сегодняшний момент можно говорить только как о веберовском «идеальном типе». На деле каждое российское высшее учебное заведение реализует свою собственную здоровьесберегающую политику и, к сожалению, не всегда добросовестную и удачную. Забота о самочувствии студенческой молодёжи чаще всего зависит от рейтинга вуза, объёма его финансирования и от того, насколько внимательна к этой проблеме администрация конкретного учебного учреждения.

6. Анализ научных документов показал, что в различных российских институтах и университетах с разной интенсивностью в основном используют 6 видов здоровьесберегающих технологий: 1) физкультурно-спортивные мероприятия (уроки физкультуры, спортивные кружки, секции, лечебная физкультура); 2) просветительско-педагогическая деятельность (валеология, ОБЖ, беседы, консультации по проблемам здоровья); 3) психологическое знание и психологические методики (консультации психолога, тренинги, кабинеты релаксации); 4) медико-гигиеническая деятельность (медосмотры, диспансеризация, мониторинги); 5) рекреационные мероприятия и рекреационная инфраструктура (базы и дома отдыха, льготные путёвки, методики по релаксации); 6) технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности (инженерно-технические службы вузов, гражданская оборона, противопожарное оснащение).

Основными видами здоровьесберегающих технологий, применяемых для сохранения и укрепления здоровья студентов в российских высших учебных заведениях, являются физкультурно-спортивные мероприятия, технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности и просветительско-педагогическая деятельность. Другие виды контроля, охраны и сбережения здоровья студентов в вузах представлены гораздо слабее.

Физкультурно-спортивная деятельность студентов.

На сегодняшний день роль физической культуры и спорта в оздоровлении общества признаётся всеми государственными органами, и физическая культура присутствует во всех учебных планах образовательных учреждений России. Роль физического воспитания во всестороннем развитии личности студентов проявляется по трём основным направлениям. Во-первых, оно обеспечивает сохранение и укрепление здоровья студентов, высокую степень развития двигательных качеств, приобретение знаний, умений и навыков, необходимых для успеха в будущей профессиональной деятельности; во-вторых, приобщает студентов к систематическим занятиям физическими упражнениями, активному участию в спортивной жизни

Реальность такова, что о единой базовой модели работы по сохранению и укреплению здоровья студентов в российском вузе на сегодняшний момент можно говорить только как о веберовском «идеальном типе».

Основными видами здоровьесберегающих технологий, применяемых для сохранения и укрепления здоровья студентов в российских высших учебных заведениях, являются физкультурно-спортивные мероприятия, технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности и просветительско-педагогическая деятельность.

вуза; в-третьих, физическое воспитание содействует развитию социальной активности, оказывает влияние на формирование духовного мира, нравственное и эстетическое развитие личности студента.

Как свидетельствуют разработки некоторых исследователей в области адаптации студентов к физической культуре (С. В. Алексеев, Н. М. Амосов, В. К. Бальсевич, Э. М. Казин, Т. Н. Леонтьева, В. П. Лукьяненко) физкультурно-оздоровительная деятельность способствует не только восполнению дефицита двигательной активности и формированию физических качеств, но и организует досуг и занятость студента, формирует такие качества личности, как собранность, целеустремленность, которые являются основополагающими для формирования ценностного отношения к своему здоровью [Федоскина 2010: 236].

Просветительско-педагогическая деятельность. Значительную роль в формировании правильного отношения к здоровью у молодого человека играют и специальные вузовские дисциплины, которые теоретически и практически позволяют освоить студентам необходимые правила, касающиеся личной гигиены, соблюдения режима сна и отдыха, предотвращения вредных привычек, полноценного и правильного питания. К таким дисциплинам относятся валеология и ОБЖ. Однако они входят в учебную программу не каждого российского вуза.

Валеология – «область знания об индивидуальном здоровье человека, о культуре сохранения и укрепления здоровья» [Смирнов 1997: 16]. Как наука о здоровье она появилась в конце 70-х гг. XX столетия. Предметом изучения валеологии являются:

- здоровье как медицинская и социальная категория;
- механизмы формирования здоровья;
- методы оценки индивидуального здоровья;
- способы сохранения и укрепления здоровья.

ОБЖ как образовательная дисциплина существует в российских вузах с 1995 г. Курс ОБЖ в целом отражает государственную образовательную политику в области защиты от чрезвычайных ситуаций и позволяет формировать у обучаемых ответственное отношение к вопросам личной безопасности и безопасности окружающих.

Психологическое знание и психологические методики. Современный социум требует от выпускника вуза готовности вступить в активную общественно полезную деятельность здоровой и полноценной личностью, имеющей высокий резерв здоровья, стрессоустойчивость. Но современная социально-экономическая ситуация, падение уровня жизни и неблаго-

приятные экологические условия сказываются не только на физическом, но и на психическом здоровье молодёжи. В этой связи видится необходимым поиск инновационных технологий сохранения психического здоровья современных студентов. По данным некоторых социально-психологических исследований, около 90% первокурсников отмечают затруднения в учебной деятельности (ухудшение памяти, тревожность, немотивированные страхи). Особая проблема – болезни социального характера: алкоголизм, наркомания, токсикомания, курение, туберкулёз, суициды и др. [Борщёва 2007: 57].

В качестве конкретных инновационных методов для решения задач по развитию психического адаптационного студенческого ресурса специалистами предлагаются следующие формы работы: 1) индивидуальное консультирование специалиста психолога или психотерапевта; 2) обучающие тренинги по направлениям: саморегуляция, уверенность перед экзаменами, устройство на работу, управление чувствами, социальная активность, стратегия поведения в конфликтах и т. д.; 3) организация службы дистанционного психологического консультирования студентов через интернет; 4) комплексная компьютерная психодиагностика индивидуально-психологических свойств и особенностей личности; уровня развития когнитивной, мотивационно-потребностной, эмоционально-волевой, коммуникативной, деятельностной сфер и степени дезадаптации студента; 5) проведение психокоррекционных, психопрофилактических, психореабилитационных мероприятий (профилактика эмоциональных нарушений и отклоняющегося поведения); 6) организация кабинетов релаксации (ароматерапия, фитотерапия, музыкальная терапия и т. д.) [Борщёва 2007: 59-60].

Рекреационные мероприятия и рекреационная инфраструктура. Основными причинами, которые делают необходимым проведение рекреационных мероприятий в вузе, учёные называют физические и психологические перегрузки, стрессовые состояния, переутомление, снижение познавательной деятельности вузовской молодёжи. Особо выделяются информационные перегрузки, сложность изучаемых теорий и дисциплин, обучающие компьютерные технологии, экзаменационные перенапряжения. По прогнозам учёных, в ближайшие годы следует ожидать ещё большего усложнения обучающих систем в связи с переходом вузов на международные стандарты высшего образования в системе Единого Европейского образовательного пространства. Поэтому вопрос об основах вузовской рекреации как здоровьесберегающей образовательной технологии становится особенно актуальным. В рекреационной системе выделяются два уровня. В первом случае речь идёт о рекреационной системе на государственном, профсоюзном, вузовском, коммерческом уровнях (дома отдыха, санатории, курорты,

Современный социум требует от выпускника вуза готовности вступить в активную общественно полезную деятельность здоровой и полноценной личностью, имеющей высокий резерв здоровья, стрессоустойчивость. Но современная социально-экономическая ситуация, падение уровня жизни и неблагоприятные экологические условия сказываются не только на физическом, но и на психическом здоровье молодёжи.

студенческие спортивные лагеря). Второй случай – это индивидуальная рекреационная система, которая ориентируется на приоритетность оптимального психологического состояния студенческого контингента. Это способы, требующие содействия специалистов и применения специальных методик по преодолению утомления и поддержанию студенческой энергии (лечебный сон, аутотренинги, медитация и др.) [Гримблант, Зайцев, Крамской 2005: 49].

Следует отметить, что проблема психологического и психического восстановления (рекреация) студентов до настоящего времени практически не разрабатывалась. Не созданы научно обоснованные рекомендации для студентов по профилактике переутомления и быстрого восстановления. Вопросы обучения основам рекреации ранее не были предусмотрены в учебных планах и программах дифференцированной вузовской подготовки студентов. Во многих вузах не создана организационная структура студенческой рекреации. Каждый учащийся в связи с этим часто решает этот важный для себя вопрос стихийно, методом проб и экспериментирования на своём здоровье, нередко ошибочно избирая для себя в качестве индивидуальных релаксантов алкоголь и наркотики [Гримблант, Зайцев, Крамской 2005: 44-45].

Медико-гигиенические технологии, ориентированные на работу с больными студентами, на диагностику, лечение болезней в вузовской системе, в отличие от школьной, представлены слабо. Так, например, диспансеризация, предусмотренная национальным проектом «Здоровье» для работающего населения, не распространяется на студентов. Очевидно, что министерствам и ведомствам, имеющим вузы, как и самим вузам, необходимо переломить эти негативные тенденции. Диспансеризация студентов должна быть обязательной и находиться под контролем ректоров. Далеко не в каждом вузе проводится и мониторинг состояния здоровья учащихся, который заключается в использовании данных медицинских осмотров студентов. Между тем для своевременной диагностики и коррекции развивающихся дисфункций систем организма необходимость мониторинга очевидна. Н. А. Новикова считает его основой работы по изучению и сохранению здоровья студентов. Она предлагает создать «Электронную карту мониторинга здоровья студента», которая будет включать необходимый набор параметров его физического и психического здоровья. Эта карта позволит выявить факторы риска, определить адаптационные возможности организма, сформировать индивидуальные нормативы и необходимый объём медицинского участия [Новикова 2008: 21].

В перечне медико-гигиенических вузовских технологий должна быть представлена и медицинская профилактика. Она включает в себя такие виды деятельности, как диагно-

По прогнозам учёных, в ближайшие годы следует ожидать ещё большего усложнения обучающих систем в связи с переходом вузов на международные стандарты высшего образования.

стика донологических форм болезни или на стадии предболезни, организацию и проведение систематических углублённых медицинских осмотров студенческого контингента. На основе результатов медицинских осмотров должно происходить формирование групп здоровья и распределение студентов с выявленными отклонениями в состоянии физического и психического здоровья в специальные группы для проведения последующих реабилитационных мероприятий. Комплексная реабилитация студентов должна проходить в санаториях-профилакториях высших учебных заведений и включать в себя несколько направлений: диагностическое (с привлечением специалистов диагностического центра); лечебное (с применением диетического питания, физиотерапевтических, водных процедур и др.); реабилитационное (психотерапия, массаж, лечебная физкультура, дыхательная гимнастика и др.); профилактическое (санация полости рта, применение витаминов, психологическое консультирование и тренинги, использование природных факторов здоровья и др.); санаторно-просветительское (выпуски стендов и плакатов, выступления на радио и телевидении, публикации в СМИ и др.) [Новикова 2008: 20]. В качестве медико-гигиенических инновационных технологий учёные и специалисты предлагают шире использовать диагностико-обучающие компьютерные программы (например, программа «Формула здорового образа жизни»), воспитательные игры и тренажёры. Для сохранения здоровья студенческой молодёжи необходимо вернуть в вузы недорогие столовые, поликлиники, семейные общежития, дошкольные учреждения для детей студентов.

Технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности (ТОБЖ). В вузе их реализуют пожарная инспекция, представители коммунальных, инженерно-технических служб, специалисты по гражданской обороне, охране труда и защиты в чрезвычайных ситуациях, архитекторы, строители. Требования и рекомендации этих специалистов подлежат обязательной интеграции в общую систему здоровьесберегающих технологий. За обеспечение эффективного функционирования ТОБЖ в учебных корпусах, студенческих общежитиях и других зданиях вузовского комплекса несёт ответственность администрация высшего учебного заведения.

Заключение

Описанная модель здоровьесберегающих образовательных технологий, существующая на данный момент в российской высшей школе, как и всякая система, находится в развитии и совершенствовании. Её эволюция подчиняется главной цели – сохранению здоровья учащихся. Указанная

цель призвана определять приоритеты среди задач всего комплекса здоровьесберегающих мероприятий. При реализации этой цели важно обратить внимание на два основных момента. Во-первых, именно неблагоприятное состояние здоровья студентов, его прогрессирующее ухудшение остро ставит вопрос о здоровьесберегающих технологиях в высших образовательных учреждениях страны. Во-вторых, процесс формирования здоровьесбережения неразрывно связан с методологией обучения здоровьесберегающим технологиям, который касается как обучающихся, так и преподавательского состава. Это необходимо учитывать при создании новых моделей, классификаций ЗЗТ и их инновационных форм.

Опыт функционирования отечественной системы высшего образования показывает, что наиболее жизнеспособными оказываются те образовательные учреждения, которые проводят активную политику по внедрению новых технологий по сохранению и укреплению здоровья студентов и формированию у них мотивации здорового образа жизни. Управление качеством образования предполагает дальнейшее совершенствование уже существующих и разработку новых технологий, которые могли бы заложить основы физического и духовного здоровья учащихся высшей школы. В условиях перехода к преимущественно интенсивному типу развития экономики здоровьесберегающие образовательные технологии приобретают роль неотъемлемого фактора профессионального роста.

Библиографический список

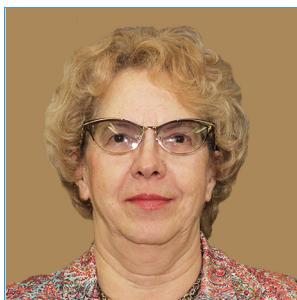
1. Артемьева Л. О. 2009. Здоровьесберегающие технологии комплексного сопровождения детей, оставшихся без попечения родителей // Здоровьесберегающие технологии в образовательном процессе: проблемы и перспективы / Под ред. Л. О. Артемьевой. – Пенза: АНОО Приволжский Дом знаний.
2. Артемьева Л. О., Волостова А. Ф., Турбина Н. И. 2008. Инновационные технологии в реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и образования // Высшее образование: опыт, проблемы, перспективы / Под ред. А. П. Гаевой, С. Н. Жирыкова, В. М. Полякова. – Белгород: ГОУ ВПО Белгородский государственный технологический университет им. Шухова В. Г.
3. Бондин В. И. 2004. Здоровьесберегающие технологии в системе высшего педагогического образования // Теория и практика физической культуры. № 10.
4. Борозенцева Л. А. 2008. Здоровьесберегающие технологии в условиях современной российской образовательной системы // Высшее образование: опыт, проблемы,

В условиях перехода к преимущественно интенсивному типу развития экономики здоровьесберегающие образовательные технологии приобретают роль неотъемлемого фактора профессионального роста.

- перспективы / Под ред. А. П. Гаевой, С. Н. Жирякова, В. М. Полякова. – Белгород: ГОУ ВПО Белгородский государственный технологический университет им. Шухова В. Г.
5. Борщёва И. В. 2007. Психологические проблемы здоровьесбережения студентов СГА // Здоровьесберегающие образовательные технологии: материалы междисциплинарной научно-практической конференции / Отв. ред. Е. В. Усова. – М.: СГА.
 6. Гримблант С. О., Зайцев В. П., Крамской С. И. 2005. Здоровьесберегающие технологии в подготовке специалистов. – Харьков: Коллогиум.
 7. Жарова А. В. 2006. Формирование здоровья студентов вузов. – Красноярск: СибГУ.
 8. Здоровьесберегающие технологии // Чекист.ру: информационно-аналитический портал ФСБ РФ [сетевое издание]. URL: <http://www.chekist.ru/article/913> [дата посещения: 1.12.2011].
 9. Медик В. А., Осипов А. М. 2003. Университетское студенчество: образ жизни и здоровье. – М.: Логос.
 10. Новикова А. В. 2008. Здоровьесберегающие технологии в условиях современной образовательной системы // Высшее образование: опыт, проблемы, перспективы / Под ред. А. П. Гаевой, С. Н. Жирякова, В. М. Полякова. – Белгород: ГОУ ВПО Белгородский государственный технологический университет им. Шухова В. Г.
 11. Рабочая книга социолога. 1983 / Отв. ред. Г. В. Осипов. – М.: Наука.
 12. Смирнов Н. К. 1997. Задачи валеологии в контексте проблем общества и системы образования / Актуальные проблемы валеологии в образовании. – М.: Генезис.
 13. Смирнов Н. К. 2006. Здоровьесберегающие технологии и психологическое здоровье. – М.: Аркти.
 14. Степанова Г. А., Булатова Г. А., Гимазов Р. М. 2006. Здоровьесберегающие основы образовательного процесса учащихся и студентов. – Сургут: РИО СурГПУ.
 15. Федоскина Е. М. 2010. Ценностные ориентации студентов, обучающихся по специальности «Адаптивная физическая культура» // Физическая культура и здоровье студентов: материалы VI Всероссийской научно-практической конференции. – СПб.: СПбГУП.
 16. Шахова А. В., Челышева Т. В., Хасанова Н. И. 2008. Здоровьесберегающий потенциал образования. – Майкоп: ООО Аякс.

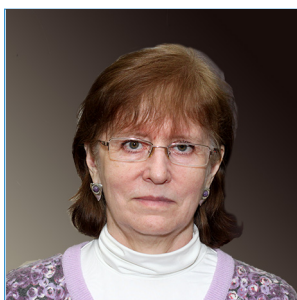
Т е м а н о м е р а : З д о р о в ь е н а с е л е н и я

Студенты: поведенческие риски и ценностные ориентации в отношении здоровья



Журавлёва Ирина Владимировна – доктор социологических наук, зав. сектором социальных проблем здоровья Центра исследования социальной структуры и социального расслоения ИС РАН

E-mail: zhuriv@mail.ru



Иванова Лариса Юрьевна – кандидат педагогических наук, ведущий научный сотрудник Центра исследования социальной структуры и социального расслоения ИС РАН

E-mail: Lariv@yandex.ru



Ивахненко Галина Александровна – кандидат социологических наук, старший научный сотрудник Центра исследования социальной структуры и социального расслоения ИС РАН

E-mail: ga-ivachnenco@yandex.ru

Студенты: поведенческие риски и ценностные ориентации в отношении здоровья

Аннотация

В статье анализируются основные поведенческие риски в отношении здоровья студентов: курение, употребление алкоголя, наркотиков, неправильное питание, гиподинамия и дистресс на материалах исследования в 10 городах России и Беларуси. Рассматривается ценность здоровья в зависимости от места проживания, культурологических и национальных особенностей.

Ключевые слова: здоровье, студенты, поведенческие риски, ценностные ориентации

Студенчество – это будущая интеллектуальная и управленческая элита общества. Состояние здоровья студентов как значимой социальной группы нашего общества – не только показатель существующего социально-экономического и общественного развития страны, но и важный индикатор будущего трудового, экономического, культурного, оборонного потенциала общества. Поэтому представлять сегодня, как формируется здоровье молодых людей, от каких факторов зависит и как на эти факторы воздействовать с целью получения позитивных результатов – чрезвычайно важная социальная задача.

Изучению различных аспектов здоровья студентов было посвящено исследование «Здоровье студентов», проведенное сектором социальных проблем здоровья ИСРАН в 2009 г. под эгидой Российского общества социологов в 8-ми городах России (Брянск, Грозный, Москва, Мурманск, Нижний Новгород, Ульяновск, Уфа, Хабаровск, опрошено 2804 студента) и 2-х – Республики Беларусь (Минск и Гродно, опрошено 736 студентов). Выборка квотная с несвязанными параметрами.

Тенденции изменения здоровья молодых людей за последние десятилетия свидетельствуют не просто об изменении некоторых показателей, а о системном ухудшении здоровья студентов, связанном как с сохранением их здоровья, так и с изменением образа жизни молодых людей. Увеличившееся употребление представителями подрастающего поколения различных психоактивных веществ (ПАВ) стала одной из причин ухудшения здоровья молодёжи. В статье анализируются

основные поведенческие риски в отношении здоровья (курение, употребление алкоголя, наркотиков, неправильное питание, гиподинамия, дистресс) и рассматривается ценность здоровья в системе ценностных ориентаций студентов.

Табакокурение

По оценкам экспертов в России от болезней, связанных с пагубным пристрастием к сигаретам, ежегодно умирает от 330 до 500 тыс. человек. По данным НИИ профилактики медицины, в настоящее время в России курят 63% мужчин и 10% женщин в возрасте 15-30 лет. Если в большинстве стран Европы распространённость курения среди населения, и, что особенно важно, среди молодёжи, неуклонно снижается, то в России наблюдается противоположная тенденция [Сапова, Слуцкий 2006: 26]. Согласно данным исследований последних лет, в среде студентов курильщики составляют примерно 30-40% от общего числа учащихся.

Наше исследование подтвердило эти данные. Оказалось, что среди опрошенных студентов курят 35,4% юношей и 20,9% девушек. Лидирующую позицию по числу курящих юношей занимает Уфа (50,3%), курящих девушек – Мурманск (34,7%). Меньше всего пристрастившихся к табаку в Грозном – 13,5% юношей и 0,9% девушек, что объясняется мусульманскими традициями этого региона.

Соотношение между гендерными группами студентов свидетельствует о том, что большая часть юношей и девушек выкуривают до 10 сигарет в день, на втором месте – ежедневно выкуривающие от 10 до 20 сигарет. Доля тех, кто курит более пачки в день, у юношей почти в 3 раза больше, чем у девушек (см. таблицу 1).

Таблица 1

Интенсивность курения среди студентов, по полу, %

Количество выкуриваемых сигарет в день	Юноши	Девушки
До 10 сигарет	48,9	69
10-20 сигарет	42,8	28,2
Более 20 сигарет	8,3	2,8

Начало курения примерно у половины студентов приходится на 15-16 лет, позже начали курить в обеих гендерных группах от 25 до 30 % курящих. Число приверженных к этой пагубной привычке студентов увеличивается с возрастом – от 27% в младшей возрастной группе до 38,9% – в старшей.

Сравнительный анализ данных российских городов с белорусскими показал, что распространённость курения среди учащихся вузов Гродно и Минска в среднем соответствует распространённости этой вредной привычки в вузах Москвы и других российских регионов.

Исследования, проведённые среди студентов, выявили высокий уровень их знаний о негативном влиянии курения на организм человека. В то же время студенты слабо информированы о том, что курение способствует развитию сердечно-сосудистых заболеваний и язвенной болезни [Здоровье студентов 1997: 14].

Нормативные документы по борьбе с курением принимаются как на уровне государства, так и в вузах. Они направлены на ограничение курения в помещениях и непосредственной близости от учебных заведений ради поддержания безопасности и должного уровня санитарии, сохранения здоровья и культуры быта. Однако курильщики, нарушающие нормативные акты об ограничении курения в общественных местах, как правило, не подвергаются наказаниям. В итоге количество курящих не сокращается.

Алкоголь

Алкоголь укоренился в вузовской системе на протяжении последних десятилетий в виде традиции. Наше исследование показало, что именно употребление алкоголя является самой распространённой вредной привычкой среди опрошенных. Алкоголь с разной частотой употребляют 40,1% студентов. Среди них примерно треть признались, что алкогольные напитки выпивают часто. Наибольшей популярностью у опрошенных студентов пользуется пиво (см. таблицу 2), его пьют в несколько раз чаще, чем другие напитки, содержащие алкоголь. Так, соотношение употребления пива с употреблением сухих вин и шампанского у студентов примерно 1:6, а у студенток примерно 1:2 соответственно. С крепкими напитками это соотношение составляет 1:2 у юношей и 1:8 у девушек в пользу пива. На втором месте по частоте употребления у юношей находятся крепкие спиртные напитки, а у девушек – сухие вина и шампанское.

Таблица 2

Частота употребления студентами спиртных напитков,
по полу, %¹

Название напитка	Употребляют часто		Употребляют редко		Не пьют вообще	
	Юноши	Девушки	Юноши	Девушки	Юноши	Девушки
Крепкие напитки	8,1	2	46,3	26	40,5	68,1
Пиво	32,6	16	38,9	40,7	25,8	40,7

¹ В таблице № 2 не отражена процентная доля респондентов, затруднившихся ответить на вопрос, насколько часто они употребляют пиво и крепкие спиртные напитки, поэтому сумма их ответов в таблице не соответствует 100%.

Сравнительный анализ данных российских городов с белорусскими показал, что распространённость курения среди учащихся вузов Гродно и Минска в среднем соответствует распространённости этой вредной привычки в вузах Москвы и других российских регионов.

Алкоголь укоренился в вузовской системе на протяжении последних десятилетий в виде традиции. Алкоголь с разной частотой употребляют 40,1% студентов. Среди них примерно треть признались, что алкогольные напитки выпивают часто.

Что касается региональных особенностей в предпочтениях алкогольных напитков, то студенты Москвы и Брянска чаще других употребляют крепкие напитки, а студенты Уфы – пиво. Реже чем в других городах все виды алкогольных напитков используют студенты Грозного. Здесь «изредка» могут выпить крепкие напитки 1% студентов и 0,4% студенток, пиво – 1,9% юношей. Чеченские студентки, принявшие участие в исследовании, пиво не употребляют совсем. Религиозные и культурные традиции в данном случае оказывают положительное влияние на быт и досуг грозненской студенческой молодёжи, в том числе и на её алкогольное поведение.

Согласно полученным данным, среди белорусских студентов употребление алкоголя распространено не меньше, чем среди российских. Так, крепкие спиртные напитки в Гродно часто употребляют 7,8% юношей и 0,5% девушек от числа студентов, ответивших, что они пьют спиртные напитки. В Минске таких респондентов оказалось больше – 9,8% юношей и 3,8% девушек. По количеству студентов, употребляющих пиво почти ежедневно, Минск превзошёл российскую столицу почти на 6% по мужской страте. А в Гродно эта категория студентов составила 50% от общего числа выпивающих респондентов, что на 4% больше, чем у лидера российских любителей пива Уфы.

Анализ возрастных различий в частоте и приоритетах употребления алкогольной продукции позволил выявить чёткую закономерность, которая заключается в том, что с увеличением возраста среди юношей растёт число часто употребляющих алкоголь.

Данные социологических исследований проведённых в последние 10-15 лет, свидетельствуют, что зачастую студенты хорошо информированы о влиянии на организм человека больших доз алкоголя, но не придают этому должного значения и не всегда согласны с этим.

В России для борьбы с алкоголизмом существует государственная наркологическая служба, но в последние годы она претерпела изменения не в лучшую сторону. Например, сократилась численность наркологических диспансеров и стационаров, несмотря на то, что потребление алкоголя на душу населения у нас самое высокое в мире. В России в настоящее время потребление алкоголя составляет 14-15 литров на человека в год. Между тем уровень потребления алкоголя, угрожающий генофонду нации, составляет 8 литров чистого этанола на каждого жителя страны в год [Сапова, Слуцкий 2006: 27].

С целью изменения сложившегося положения целесообразно было бы принять к исполнению итоговую декларацию¹ конференции ВОЗ «Молодёжь и алкоголь», которая прошла

¹ Источник: Правовой портал «бизнес и власть». URL: <http://www.lawmix.ru/medlaw/21224> [дата посещения: 20 февраля 2013 г.].

По количеству студентов, употребляющих пиво почти ежедневно, Минск превзошёл российскую столицу почти на 6% по мужской страте. А в Гродно эта категория составила 50% от общего числа выпивающих респондентов, что на 4% больше, чем у лидера российских любителей пива Уфы.

В России для борьбы с алкоголизмом существует государственная наркологическая служба, но в последние годы она претерпела изменения не в лучшую сторону. Например, сократилась численность наркологических диспансеров и стационаров, несмотря на то, что потребление алкоголя на душу населения у нас самое высокое в мире.

в Стокгольме 19-21 февраля 2001 г. Эта декларация призвала правительства европейских стран, межправительственные, правительственные организации и другие заинтересованные стороны защитить и поддержать здоровье и благополучие молодых людей. В декларации сформулировано, что конкретно нужно сделать для снижения потребления алкоголя и противодействия интенсивному его употреблению:

1. Существенно уменьшить число молодых людей, употребляющих алкоголь;
2. Увеличить возраст, с которого молодёжи разрешены спиртные напитки;
3. Снизить случаи и частоту рискованного употребления алкоголя молодёжью;
4. Развивать эффективные альтернативы потреблению алкоголя и наркотиков;
5. Улучшить образование и подготовку тех, кто работает с молодёжью;
6. Усилить антиалкогольную пропаганду среди молодёжи;
7. Свести к минимуму стимулы, побуждающие молодёжь к употреблению спиртного (его доступность и рекламу);
8. Поддерживать акции, направленные против нелегальной продажи алкоголя;
9. Обеспечить и облегчить доступ к медицинским и консультативным услугам, особенно для молодых людей с алкогольными проблемами и членов их семей.

Если бы этот документ был положен в основу антиалкогольной молодёжной политики в России, он мог бы сыграть в борьбе с молодёжным алкоголизмом значительную роль.

Наркотики

Наркомания – заболевание, обусловленное зависимостью от наркотических средств или психотропных веществ. Факторы риска, приводящие к употреблению наркотических веществ, делятся на три группы: 1) социальные факторы – доступность вещества, мода на него, влияние группы сверстников; 2) психологические факторы – характер человека, привлекательность для него испытываемых ощущений; 3) биологические факторы – изначальная толерантность, пути и природа употребляемого вещества. Считается, что наиболее опасными являются социальные факторы. С целью борьбы с наркоманией в России была принята Федеральная целевая программа «Комплексные

меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005-2009 гг.» [Федеральная целевая программа 2005]. При её разработке учитывались российский и зарубежный опыт противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту, предложения федеральных органов исполнительной власти, ведущих научно-исследовательских и образовательных учреждений.

Правительство РФ приняло ряд документов по борьбе с молодёжной наркоманией. Последнее мероприятие в этом ряду – предложение ввести тестирование на наркотики в школах, вузах и при приёме на работу.

О том, насколько распространено сегодня употребление наркотиков, можно судить по ответам на вопрос нашего исследования «Пробовали ли Вы когда-нибудь наркотики?». Положительно ответили 11,4% респондентов – 16,2% юношей и 7,4% девушек. Об употреблении наркотиков в момент опроса признались соответственно 2,7% и 1%. Кроме того 28,2% юношей и 20,8% девушек ответили, что среди их знакомых есть наркопотребители. Исходя из этого можно предположить, что истинная цифра пробовавших наркотики значительно больше признавшихся 11,4%.

Первенство по числу студентов, не понаслышке знакомых с наркотиками, занимает Москва (29,3% юношей и 13,8% девушек), далее идёт Мурманск (23,6 и 12,1% соответственно), Уфа (23,4 и 8%), а также Брянск (17,8 и 4,4%). Меньше всего юношей, употребляющих наркотики, в Нижнем Новгороде (3,1%), девушек – в Хабаровске (3,7%).

На знакомство с наркотиками и на их употребление влияет возраст респондентов. Если в возрастной группе 18-20 лет какой-либо наркотик пробовал примерно каждый 10-11-й респондент, то в возрасте 23-25 лет – это уже каждый 6-7-й студент как мужского, так и женского пола. Как оказалось, процент употребляющих наркотические вещества в настоящее время и имеющих таковых знакомых почти в два раза выше в высокодоходных группах студентов, чем в низкодоходных.

Сравнительный анализ данных по столицам двух союзных государств показал, что процент юношей, употребляющих наркотики, в Минске выше, чем в Москве, на 0,7%. В Гродно картина более оптимистичная, чем в РФ.

Существующие данные по наркомании в студенческой среде говорят о необходимости незамедлительного принятия необходимых профилактических мер. Профилактика делится на первичную, вторичную и третичную. К первичной относятся мероприятия, направленные на предупреждение употребления психоактивных веществ. Вторичная ориентирована на лиц, у которых уже отмечены эпизоды употребления наркотических веществ. Третичная профилактика является медицинской

Положительно на вопрос «Пробовали ли Вы когда-нибудь наркотики?» ответили 11,4% респондентов – 16,2% юношей и 7,4% девушек.

Процент употребляющих наркотические вещества в настоящее время и имеющих таковых знакомых почти в два раза выше в высокодоходных группах студентов, чем в низкодоходных.

и ориентирована на больных наркоманией. Согласно полученным в исследовании эмпирическим данным, отдельные представители студенческой молодёжи нуждаются во всех трёх видах профилактических мер, включая медицинскую форму.

Питание

Правильное питание обеспечивает профилактику заболеваний и является важнейшим условием общественного и индивидуального здоровья. Исследования, проведённые в 1990-х гг., выявили нарушения питания студентов (нерегулярность – 36%, приём пищи всухомятку – 31%) [Здоровье студентов 1997: 37].

В исследовании анализировались малоизученные аспекты отношения студентов к питанию. Например, в анкету был включён вопрос о различных ограничениях в питании. Его формулировка не содержала ни ограничений в выборе числа ответов, ни указаний на возможность отметить любое их число. Последнее вытекало из самого вопроса. Сумма ответов превышает 100% у юношей на 18,5%, у девушек – на 42,5%. (см. таблицу 3).

Таблица 3

Ограничения в питании, к которым прибегают студенты,
по полу, %

Прибегаете ли Вы к следующим ограничениям в питании?	Юноши	Девушки
Ограничиваю себя в количестве еды	8,2	14,5
Избегаю сладкого	5,6	8,3
Избегаю мучного	3,5	8,6
Стараюсь не есть поздно вечером	12,2	31,7
Избегаю острой пищи	6,5	9,2
Ни в чём себя не ограничиваю	45,9	26,1
Избегаю употребления некачественных продуктов	33,8	42,3
Что ещё?	2,8	1,8

На 1-м месте у юношей ответ «ни в чём себя не ограничиваю», у девушек – «избегаю употребления некачественных продуктов». Последний вариант ответа выбрали свыше 40% девушек и только треть юношей, что является показателем недостаточного внимания к качеству продовольственных товаров у большинства опрошенных. Не придерживаются никаких ограничений в питании почти половина юношей и немногим более четверти девушек. Из приведённых данных можно сделать вывод об отсутствии у большинства респондентов какой-то сознательно выработанной линии поведения в отношении рациона питания.

В рейтинге ограничений, связанных с питанием, на которые указали студенты, 2-е место и у девушек, и у юношей принадлежит ответу «стараюсь не есть поздно вечером». Доля девушек, выбравших данный ответ, почти в три раза больше, чем юношей. Следование этому элементарному правилу является показателем внимания к режиму правильного питания. Девушки в 1,8 раза чаще, чем юноши, выбирали ответ об ограничении себя в количестве еды. Контроль объема употребляемой пищи, как правило, продиктован стремлением следить за своим весом. Лишь небольшая часть опрошенных отметили избегание острого, сладкого, мучного, жирного (учитывались и ответы в графе «Что ещё?»). Установлено, что россияне в среднем больше употребляют жиров животного происхождения, чем рекомендуется нормами здорового питания [Онищенко 2009]. Если это входит в привычку, то в дальнейшем сложно изменить закрепившиеся предпочтения. В молодые годы перемены даются с меньшим трудом.

Просматривается некоторое влияние возраста студентов на отношение к питанию. Так, в старшей возрастной группе меньше доля ответов «ни в чём себя не ограничиваю»: среди юношей возрастной группы 18-20 лет – 45,6%, 23-25 лет – 36%, среди девушек – соответственно 27 и 19,5%.

Сравнение ответов студентов вузов России и Беларуси на вопрос об ограничениях в питании не выявило существенных различий.

Студенты, указавшие, что они заботятся о своём здоровье, реже выбирали ответ «ни в чём себя не ограничиваю», чем те, кто здоровьем не занимается. Следует подчеркнуть, что среди уделяющих внимание своему здоровью более половины индифферентны к качеству продуктов. Это свидетельствует о непонимании важности данного аспекта, незнании, как применить его на практике или о формальном ответе на вопрос.

Большинство респондентов указали, что «часто» обращают внимание на сроки годности продовольственных товаров. Однако почти 40% юношей и более 20% девушек делают это редко или не делают никогда, хотя употребление просроченных продуктов может обернуться отравлением. У юношей такой риск выше.

Почти одинаковой оказалась доля ответов «часто» на вопросы об ознакомлении с информацией о калорийности продуктов (20,7 юноши и 29% девушки) и о небезопасных добавках (20,9 и 28,1%). Внимания к этим сведениям существенно меньше, чем к срокам годности продуктов. Наблюдается влияние возраста респондентов на внимание к небезопасным добавкам, содержащимся в пищевых продуктах. В возрастной группе 23-25 лет по сравнению с группой 18-20 лет больше доля часто знакомящихся с такой информацией: у юношей 18-20 лет – 18,6%, 23-25 лет – 27,6%, у девушек – 26,5 и 40,2% соответственно.

Можно сделать вывод об отсутствии у большинства респондентов какой-то сознательно выработанной линии поведения в отношении рациона питания.

В рейтинге ограничений, связанных с питанием, на которые указали студенты, 2-е место и у девушек, и у юношей принадлежит ответу «стараюсь не есть поздно вечером». Доля девушек, выбравших данный ответ, почти в три раза больше, чем юношей.

Респонденты, указавшие, что они заботятся о своём здоровье, значительно чаще отмечали, что при приобретении продуктов они «часто» обращают внимание на сроки их годности и содержащиеся небезопасные пищевые добавки. Среди студенток из Беларуси больше, чем в России, доля часто обращающих внимание на различные сведения о продовольственных товарах.

Ещё одна важная составляющая культуры здоровья – использование качественной питьевой воды. Всегда дома пользуются водоочистительными фильтрами только 36,3% юношей и 35,1% девушек. Примерно треть как юношей, так и девушек никогда их не применяют. Ещё треть респондентов имеют дома водоочистительные фильтры, но не всегда их эксплуатируют («часто» 10,1 и 11,6%; «иногда» 20 и 21%).

Заметно чаще «всегда» пользуются водоочистительными фильтрами и юноши, и девушки, внимательные к своему здоровью.

Студенты-россияне несколько чаще отмечали, что очищают воду с помощью бытового водоочистительного фильтра, чем студенты из Беларуси. Возможно, это связано с её качеством или с особенностями рекламы водоочистительных фильтров в союзных государствах.

Здоровое питание позволяет снизить заболеваемость и увеличить продолжительность жизни. Больше внимания к нему проявили студенты, ориентированные на заботу о здоровье. Поэтому для формирования культуры питания необходимо повышение ценности здоровья в системе ценностных ориентаций молодёжи, нужно знакомить молодых людей с основами рационального питания и с правилами выбора качественных продуктов.

Активность студентов в сфере физической культуры

Для техногенной цивилизации характерно снижение двигательной активности человека и, соответственно, его энергетических затрат. Это результат сокращения физических нагрузок в сферах производства и быта.

На совещании в мэрии Москвы с ректорами вузов отмечалось сокращение числа студентов, занимающихся физкультурой и спортом, и недостаточное количество спортивных сооружений [Молодцова 2008].

Исследователи здоровья вузовской молодёжи констатируют низкую физическую активность почти у 76% студентов, избыточную массу тела имеют 15-20% [Здоровье студентов 1997: 35]. Обследования с использованием системы специальных тестов выявляют низкий уровень физической подготов-

Среди студенток из Беларуси больше, чем в России, доля часто обращающих внимание на различные сведения о продовольственных товарах.

ленности значительной части студентов. По разным данным, их доля колеблется от 30 до 60% от общего числа обследованных, не относящихся к специальной медицинской группе [Синельников 2009: 32].

В исследовании использовался индикатор регулярности занятий физической культурой (см. таблицу 4).

Таблица 4

Регулярность занятий физкультурой, по полу, %

Как часто Вы занимаетесь физкультурой?	Юноши	Девушки
Ежедневно	15,4	8,2
Часто	39,3	28,4
Иногда	40,7	57,2
Никогда	4,6	6,2

Как показано в таблице 4, наибольшая доля ответов приходится на вариант «иногда». Суммарная доля ответов «ежедневно» и «часто» составляет более 50% у юношей и более одной трети у девушек. Среди юношей из Грозного заметно большая доля ответов о каждодневных занятиях физической культурой.

Среди студентов первых курсов больше доля тех, кто уделяет время физическим упражнениям, чем среди студентов 3-4-х и особенно 5-6-х курсов. Если на 1-2-м курсе «ежедневно» и «часто» их выполняют 60,2% юношей, то на 5-6-м курсах – 43,7%, среди девушек – соответственно 44,2 и 29,1%. Снижение в полтора раза доли занимающихся физкультурой от младших курсов к старшим объясняется тем, что этот предмет не преподают на старших курсах. Старшекурсники, за исключением профильных вузов, занимаются ею по собственной инициативе. Как показало исследование, такие занятия широко не распространены.

Различия между ответами студентов двух союзных государств очень небольшие. «Ежедневно» занимаются физической культурой по 15,4% юношей из России и Беларуси, «часто» – 39,9 и 37,4%, среди девушек на каждодневные занятия указали соответственно 8,8% и 6,7%, на частые – 28,7 и 27,4%.

Как и следовало ожидать, среди студентов, подверженных гриппу, ОРЗ и простудным заболеваниям, а также с плохим (по самооценке) здоровьем, больше доля тех, кто никогда не занимается физической культурой.

В группе заботящихся о здоровье, «ежедневно» практикуют физкультуру 17,4% юношей, «часто» – 42,6%; у девушек – 9,2 и 30,7%. В группе не заботящихся о своём здоровье ответы «ежедневно» и «часто» выбрали соответственно 8,4 и 26,8% юношей и 2,1 и 16% девушек.

Хотя среди студентов, которые не курят, больше доля «ежедневно» и «часто» занимающихся физической культурой по сравнению с курящими, тем не менее различия по

этому показателю между курящими и некурящими не очень большие. Сравнивались ответы учащихся старших курсов (5-6-х), имеющих эту вредную привычку и не отягощённых ею. «Ежедневно» занимаются физической культурой 4,3% курящих юношей-старшекурсников, «часто» – 31,9%; среди некурящих – 14,8 и 32,3%. Среди курящих девушек – соответственно 7,1 и 11,9%. Среди некурящих – 9,9 и 22,4%. С одной стороны, это показатель того, что курение широко распространено и становится нормой, совместимой с оздоровительной гимнастикой. С другой – что культура физических упражнений не является панацеей от девиаций в отношении здоровья.

Среди курильщиков 69,3% юношей и 73,2% девушек указали, что заботятся о здоровье, среди некурящих доля отметивших заботу о своём здоровье больше – соответственно 84,1 и 87,9%. В сознании многих курящих их вредная привычка уживается с заботой о здоровье.

Наименее внимательны к своему здоровью злостные курильщики. Среди них заботятся о здоровье 77,6% юношей, выкуривающих до 10 сигарет в день, 62,8% – выкуривающих от 10 до 20 сигарет, 50% – более 20 сигарет за день; среди девушек – соответственно 78,1; 63,9; 22,2%. Отсутствие действенной установки на внимание к здоровью снижает эффективность вторичной профилактики курения в вузах.

Влияние уровня доходов на занятия физической культурой анализировалось среди студентов 3-6-х курсов. Оказалось, что доля «ежедневно» выполняющих физические упражнения в группе с высокими доходами (более 30 тыс. рублей на человека в месяц) в два раза больше, чем в группе с самыми низкими (до 15 тыс. рублей на человека в месяц). Среди юношей – 22,1% против 10,9%, среди девушек – 13,8% против 7%. Можно предположить, что большие материальные возможности позволяют посещать спортивные и оздоровительные секции.

Недостаточная активность студентов в сфере оздоровительной физической культуры и её снижение на протяжении вузовского обучения – индикатор риска гиподинамии в будущем, а также показатель отсутствия у респондентов навыков снятия напряжения, улучшения психофизического состояния и поддержания высокого уровня работоспособности посредством физических упражнений. Эти навыки невозможно формировать силами только образовательных учреждений. Свою роль играет низкая оздоровительная физическая активность населения страны в целом, отсутствие эффективной пропаганды культуры здоровья в СМИ и недостаточная доступность спортивных секций для студенческой молодёжи.

Ежедневно» занимаются физической культурой по 15,4% юношей из России и Беларуси, «часто» – 39,9 и 37,4%, среди девушек на каждодневные занятия указали соответственно 8,8% и 6,7%, на частые – 28,7 и 27,4%.

Среди курильщиков 69,3% юношей и 73,2% девушек указали, что заботятся о здоровье, среди некурящих доля отметивших заботу о своём здоровье больше – соответственно 84,1 и 87,9%.

Эмоциональный стресс

Эмоциональное напряжение, возникающее в ответ на непривычную, сложную, нежелательную по своим последствиям, экстремальную ситуацию, называют психическим или эмоциональным стрессом. В процессе обучения в вузе стрессорами для студентов могут выступать большая интеллектуальная нагрузка, недостаток времени, в том числе на отдых и сон, необходимость адаптации к новой, по сравнению со школой, организации образовательного процесса, а также неопределённость будущего трудоустройства и карьеры в условиях постоянного изменения рынка труда. Особенно сильным стрессогенным фактором для вузовской молодёжи является экзаменационная сессия – время усиленных занятий на протяжении нескольких недель. Обследование студенток показало, что перед экзаменом у них происходило увеличение частоты сердечных сокращений, систолического и диастолического артериального давления [Карпенко].

Реакция на стрессогенную ситуацию индивидуальна. В формировании эмоционального стресса многое зависит от отношения к происходящим событиям: от восприятия их как угрозы удовлетворению каких-то значимых потребностей и социальному благополучию, от уровня саморегуляции и от сложившихся стереотипов реагирования.

Данные исследования о частоте переживания различных эмоциональных состояний респондентов представлены в таблице 5.

Таблица 5

**Регулярность переживания студентами различных эмоций,
по полу, %**

Как часто Вы испытываете негативные эмоции (тревога, раздражение, гнев, уныние и др.)?	Юноши	Девушки
Ежедневно	7,7	7,8
Часто	22,6	36,3
Иногда	61,3	53,8
Никогда	8,4	2,1
Как часто Вы испытываете положительные эмоции?		
Ежедневно	32,5	35,0
Часто	50,2	53,8
Иногда	16,4	10,6
Никогда	0,9	0,6

Позитивные эмоции «ежедневно» и «часто» переживают свыше 80% юношей и около 90% девушек. Большинство опрошенных указали, что отрицательные эмоции они испы-

Доля «ежедневно» выполняющих физические упражнения в группе с высокими доходами (более 30 тыс. рублей на человека в месяц) в два раза больше, чем в группе с самыми низкими (до 15 тыс. рублей).

тывают лишь «иногда». Речь шла о таких эмоциях, как тревога, раздражение, гнев, уныние и др. Ответы «ежедневно» и «часто» суммарно составили значительную долю (30,3% юноши и 44,1% девушки). Девушки менее стрессоустойчивы, чем юноши.

На ответы о частоте переживания различных эмоций влияет самооценка здоровья. Студенты, низко оценившие своё здоровье, несколько реже отмечали позитивные эмоции и значительно чаще – отрицательные.

Негативные переживания чаще отмечали студенты, которые не заботятся о своём здоровье, много курят, часто употребляют спиртные напитки, а также девушки, имеющие опыт употребления наркотиков.

Респонденты, подверженные негативным эмоциям, чаще пытались найти информацию о профилактике стресса. На это указали 23,8% юношей, которые переживают эти эмоции «ежедневно»; 22,8% – «часто», 12,7% – «иногда»; 10% – «никогда»; среди девушек – соответственно 41,6; 31,7; 20,4; 15%, т. е. значительная доля часто поддающихся стрессу студентов осознают эту проблему.

Потребность в улучшении общественного здоровья актуализирует задачу формирования культуры саморегуляции. Проблематика профилактики стресса найдёт своих слушателей, если её включить в курс по здоровью. Но не все учащиеся, часто переживающие отрицательные эмоции, осознают, что их можно преодолеть и не ищут соответствующую информацию. Возникает задача создания у этой категории молодёжи мотивации оздоровления и овладения практиками улучшения своего эмоционального состояния.

Ценностные ориентации в достижении жизненного успеха

Поведенческие риски в отношении здоровья находятся в неразрывной связи с ценностью здоровья. Отношение современного человека к своему здоровью можно назвать парадоксальным. В системе жизненных ценностей индивида здоровье как терминальная базовая ценность занимает, согласно нашим и другим отечественным и зарубежным исследованиям, 3-4 место после «семьи», «работы». Более углублённое изучение показало, что обосновано тем, что здоровье способствует достижению многих целей и удовлетворению различных потребностей человека, а в условиях сегодняшней экономической и социальной реальности выступает иногда как единственное средство достижения поставленных задач. Это делает здоровье всё в большей степени объектом эксплуатации, а его ценность приобретает выраженный инструментальный характер.

Это утверждение относится прежде всего к молодёжи, вступающей в жизнь без материальной и социальной поддержки со стороны родителей. В наших предыдущих исследованиях при ответах на вопрос «Что способствует достижению жизненного успеха в первую очередь?» молодые респонденты до 30 лет ставили на первое место «здоровье», на второе – «материальный достаток», на третье – «силу характера». Среди различных высказываний о значении здоровья в жизни человека молодые люди чаще всего выбирали следующее: «Здоровье – это, конечно, важно, но иногда можно и забыть об этом ради дополнительного заработка, развлечений и т. п.». Таким образом, ценность здоровья как средства достижения жизненных целей для респондентов оказывалась важнее, чем ценность его как средства жить долго и полноценно [Отношение населения 1993: 51-52]. Кроме того, подобное отношение к здоровью обуславливалось низким уровнем санитарно-гигиенической культуры, при котором население легко «тратит» своё здоровье, проявляет терпимость к экологическим нарушениям.

Инструментальный характер ценности здоровья связан также с тем, что при низких стартовых возможностях вхождения в рыночные отношения и пребывания в них у большинства населения страны идёт эксплуатация наиболее доступного ресурса, а у молодёжи нередко и единственного – здоровья. Эта эксплуатация облегчена отсутствием культурно-ценностных запретов и отдалённостью во времени возможных негативных проявлений. Казалось бы, люди должны заботиться о здоровье, сохранять и поддерживать его. На деле же оказывается, что не только не прилагаются усилия в данном направлении, но и нормативные представления перестраиваются таким образом, чтобы оправдать своё бездействие.

Социальные последствия этого явления очевидны: экономические потери от качества здоровья трудовых ресурсов, дополнительные вложения в программы социальной защиты населения, здоровье будущих поколений, социальное самочувствие общества, рост нынешних и будущих его девиаций.

Что касается данных нашего исследования, то ценность здоровья здесь рассматривалась в ряду других восьми жизненных ценностей в их влиянии на достижение жизненного успеха. Оказалось, что взгляды юношей существенно различаются в зависимости от самооценки здоровья (все респонденты разделились на три группы). У обладающих «хорошим» и «удовлетворительным» здоровьем на первом месте – «способности и талант», на втором – «сила характера», далее соответственно – «здоровье» и «образование». Неожиданным образом у респондентов-юношей с «плохим» здоровьем значимость «здоровья» оказалась очень низкой, и оно даже не попало в основную пятерку факторов, первые места среди которых заняли «материальный достаток», «способности, талант», «сила характера».

Особенность выбора девушек состояла в том, что они выбрали три варианта ответов (способности, здоровье, силу характера) из восьми возможных. При этом обладательницы «хорошего» и «плохого» здоровья на первое место поставили «способности», а те, у кого здоровье «удовлетворительное» – «силу характера», при почти одинаковых долях ответов (около 50%) во всех трех случаях. «Здоровье» как фактор заняло 2-3 места в группах по самооценке, причем наименьшую значимость по долям ответов оно имеет для девушек с «плохим» здоровьем (39,7% по сравнению с 49,8% у имеющих «хорошее» здоровье). У юношей аналогичная ситуация.

Региональная специфика проявилась в том, что в 6 регионах из 10 наиболее важным фактором достижения успеха названа «сила характера» (см. таблицу 6). Максимальная доля респондентов, выбравших этот фактор, в Москве – 60,1%, в остальных из шести немногим меньше – 47-57%.

Фактор «способности, талант» занимает преимущественно 2-3 места во всех регионах, кроме Минска и Хабаровска, где он вышел на первое место по значимости.

Фактор «образование» в основном стоит на 3-4 местах в ранге предпочтений студентов, за исключением Грозного, где его значение оценивается наиболее высоко – 2 место, и белорусских городов Гродно и Минска, где он оказался на 5 месте после «удачи». Россия уже прошла тот период своего экономического преобразования в 1990-е гг., когда значение «удачи» лидировало, а Беларусь, видимо, ещё не пережила этот период.

Таблица 6

**Рейтинги факторов достижения жизненного успеха
по регионам**

Регион	Удача	Материал. достаток	Сила характера	Способности талант	Здоровье	Образование
Брянск	6	5	3	2	1	4
Гродно	4	6	1-2	3	1-2	5
Грозный	5	4	6	3	1	2
Минск	4	6	2	1	3	5
Москва	5	6	1	2	4	3
Мурманск	5	6	1	2	4	3
Н. Новгород	5	6	1	2	4	3
Ульяновск	6	5	1	2	3	4
Уфа	6	5	1	3	2	4
Хабаровск	6	5	2	1	3-4	3-4

Самое противоречивое отношение выявлено к фактору «здоровье». В трёх городах он занял по ответам опрошенных первое место по значимости для жизненного успеха (Грозный, Брянск, Гродно) с долями ответов от 50,6% до 63,5%. Второе

Региональная специфика проявилась в том, что в 6 регионах из 10 наиболее важным фактором достижения успеха названа «сила характера». Максимальная доля респондентов, выбравших этот фактор, оказалась в Москве – 60,1%, в остальных из шести немногим меньше – 47-57%.

Фактор «способности, талант» занимает преимущественно 2-3 места во всех регионах, кроме Минска и Хабаровска, где он вышел на первое место по значимости.

Фактор «образование» в основном стоит на 3-4 местах в ранге предпочтений студентов, за исключением Грозного, где его значение оценивается наиболее высоко – 2 место, и белорусских городов Гродно и Минска, где он оказался на 5 месте после «удачи».

место этот фактор занял в Уфе (44%), в остальных регионах он на 3-4 местах (от 34% до 46% в Минске, Ульяновске, Мурманске, Нижнем Новгороде, Хабаровске). Только в Москве «здоровье» заняло самое низкое место в рейтинге факторов – шестое (23,6%).

В целом лидирующие факторы у юношей – «способности», «сила характера» и «образование». У девушек – «сила характера», «способности», а 3-4 места преимущественно занимают «здоровье» и «образование».

Эти ранговые распределения ещё раз подтвердили более высокую ценность здоровья в системе ценностных ориентаций девушек, независимо от их места проживания, культурологических и национальных особенностей. Более высокая ценность здоровья определяет также меньшую подверженность девушек рискованному для него поведению. У большинства опрошенных студентов не сформировано понимание взаимосвязи социальной успешности и состояния здоровья. В то же время студенты больше надеются на собственные способности, талант и образование (что свидетельствует о позитивном и достигательном настрое молодых людей), чем на материальный достаток. Они чаще доверяют качествам своего характера и личностным свойствам, чем удаче и благоприятным обстоятельствам.

Заключение. Что делать?

Негативные тенденции, которые складываются в настоящее время в студенческой среде в отношении своего здоровья, обуславливают необходимость разработки целевых мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья школьников, учащейся молодёжи – будущих студентов. Их ориентация на развитие самосохранительных стратегий поведения обеспечит позитивную социализацию и профессионализацию студенческой молодёжи.

Сравнение характеристик здоровья студентов различных городов свидетельствует о том, что существенных отличий не наблюдается. Есть определённые различия между городами с разным статусом – столицами, областными и региональными центрами.

Для оздоровления общества необходимо разрабатывать и проводить в жизнь последовательную социальную политику, направленную на:

- формирование с помощью СМИ и молодёжных лидеров моды на здоровый образ жизни, несовместимый с употреблением различных психоактивных веществ;
- организацию системы здорового питания в вузах;

Самое противоречивое отношение выявлено к фактору «здоровье». В трёх городах фактор «здоровье» занял по ответам опрошенных первое место по значимости для жизненного успеха (Грозный, Брянск, Гродно) с долями ответов от 50,6% до 63,5%. Только в Москве «здоровье» заняло самое низкое место в рейтинге факторов – шестое (23,6%).

- создание курсов, направленных на обучение молодых людей различным практикам для улучшения здоровья, психоэмоционального состояния и позитивного мышления;
- развитие инфраструктуры сферы досуга и физической культуры.

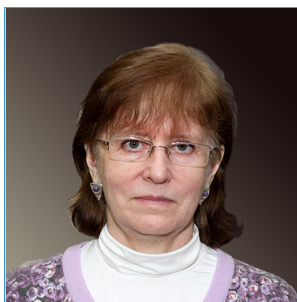
Университеты в своих регионах должны стать инициаторами по профилактике рисков в сфере здоровья, формированию ценностей и навыков самосохранительного поведения студенческой молодёжи.

Библиографический список

1. Здоровье студентов. 1997. – М.: РУДН.
2. Карпенко Ю. Д. Влияние экзаменационного стресса на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у студентов // Портал «Российская наука» [электронный ресурс]. URL: http://www.rusnauka.com/SND/Biologia/8_karpenko%20ju.d..doc.htm [дата посещения: 25.02.2013].
3. Молодцова В. 2008. Время зависимостей // Учительская газета. 10 июня.
4. Онищенко Г. Г. 2009. Государственная политика в области здорового питания населения и пути её реализации // Здравоохранение Российской Федерации. № 3.
5. Отношение населения к здоровью. 1993 / Отв. ред. И. В. Журавлёва. – М.: ИС РАН.
6. Сапова Н. И., Слущкий Е. Г. 2006. Здоровье молодёжи: учебное пособие / Под ред. Н. И. Саповой. – СПб.: Агентство Бис-принт.
7. Синельников Ю. А. 2009. Проблема обеспечения коррекции низкого уровня физической подготовленности студентов вуза и возможности её решения // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. № 6.
8. Федеральная целевая программа 2005 «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005-2009 годы» // Портал «Наркотики. ру» [электронный ресурс]. URL: http://www.narkotiki.ru/jrussia_5991.html [дата посещения: 1.02. 2013].

Т е м а н о м е р а : З д о р о в ь е н а с е л е н и я

С о ц и а л ь н ы е р и с к и для здоровья трудовых мигрантов



Иванова Лариса Юрьевна – кандидат педагогических наук, ведущий научный сотрудник Центра исследования социальной структуры и социального расслоения ИС РАН

E-mail: Lariv@yandex.ru

Социальные риски для здоровья трудовых мигрантов

Аннотация

В статье на материале вторичного анализа исследований, проведённых среди мигрантов, экспертных мнений и сообщений из интернет-источников рассматривается социальный аспект рисков для здоровья трудовых мигрантов в различных сферах их жизни.

Ключевые слова: трудовая миграция, здоровье, самосохранительное поведение, адаптация, медицинская помощь

Международная миграция приобретает всё большие масштабы в условиях глобализации экономики и развития мирового рынка труда. Притягательность России для мигрантов из государств ближнего и дальнего зарубежья обусловлена, прежде всего, её геополитическим положением, демографической и экономической ситуацией. Россия занимает второе место в мире после США по числу принимаемых мигрантов. Ежегодно в РФ въезжают 10-12 млн иностранных граждан, 70-80% из них прибывают из стран СНГ¹. Согласно данным ФМС на 14 декабря 2012 года, в РФ находилось около 10,3 млн иностранных граждан. Первое место по их численности принадлежит Узбекистану, затем идут Украина, Таджикистан, Азербайджан, Киргизия и другие государства. Примерно 2,5 млн иностранных граждан, находящихся в РФ, целью своего визита назвали «работу по найму». В комментариях отмечается, что «иностранцы, собирающиеся работать без разрешения, не склонны уведомлять об этом миграционные власти»². По оценкам ФМС, численность нелегальных мигрантов примерно составляет от 3 до 5 млн человек³. Нелегалами называют не только тех, кто нелегально пересёк границу, но и тех, кто прибыл легально, но не зарегистрировался или просрочил визу. По отношению ко всем этим категориям использу-

¹ По данным статс-секретаря – первого заместителя руководителя ФМС России Екатерины Егоровой // Официальный сайт ФМС России. URL: http://www.fms.gov.ru/press/news/news_detail.php?ID=54108 [дата посещения: 27.02.2013].

² Официальный сайт ФМС России. URL: http://www.fms.gov.ru/press/news/news_detail.php?ID=54108 [дата посещения: 27.02.2013].

³ Там же.

ется термин незаконные мигранты. Незаконными трудовыми мигрантами являются иностранные граждане, которые работают без разрешения на трудовую деятельность или патента. По обоснованным оценкам учёных, численность незаконных мигрантов в РФ составляет около 8 млн человек, включая 5 млн незаконных трудовых мигрантов. Причём 75% незаконных мигрантов – это граждане стран СНГ с безвизовым режимом [Поладова 2012]. В целях снижения незаконной миграции в российском обществе выдвигаются предложения об одностороннем выходе России из Бишкекских соглашений, касающихся безвизового режима передвижения граждан в рамках СНГ.

Изучение проблемы здоровья трудовых мигрантов в России и определение путей снижения рисков для них имеет как гуманистический, так и сугубо прагматичный аспекты. Во-первых, здоровье влияет на самочувствие и возможности самореализации человека; во-вторых, здоровье – важная характеристика качества трудовых ресурсов. Кроме того, коренное население России контактирует с мигрантами, приехавшими в РФ. В документах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) отмечается, что в территориях, из которых выезжают мигранты, сложилась определённая эпидемиологическая ситуация, присутствуют некие инфекционные агенты. Если в стране, из которой выезжают мигранты, низкий уровень иммунизации по какому-то заболеванию, то мигранты могут привнести изначальные риски для здоровья населения принимающей страны. Эти риски снизятся, если охват мигрантов иммунизацией возрастёт. Возможна и другая ситуация: если в принимающей стране более распространена какая-то инфекционная болезнь, то мигранты могут заразиться и привнести инфекцию в свою страну [Здоровье 2012: 5-6].

Показатели заболеваемости туберкулезом среди трудовых мигрантов вчетверо выше, чем среди российского населения¹. Внешние мигранты приезжают в Россию с этим заболеванием. Его распространению в их среде может способствовать большая скученность и плохие условия проживания. По ВИЧ-инфекции ситуация другая: миграционные потоки, как правило, идут «из стран с более низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции на территории крупных мегаполисов» [Трудовая миграция 2009]. В 2011 г. о нежелательности пребывания в России в связи с опасными инфекционными и вирусными заболеваниями было объявлено 6114 мигрантам, у более 1200 человек была обнаружена ВИЧ-инфекция, более чем

¹ По данным Информационного портала «Медицинский запрос» // Медицинский запрос. URL: <http://www.medzapros.ru/news-1483-migranty-chasche-zabolevayut-tuberkulezom> [дата посещения: 27.02.2013].

у 2600 – туберкулёз¹. За 10 месяцев 2012 г. медицинское обследование прошли более миллиона мигрантов. ВИЧ-инфекция была выявлена у 1153 человек, туберкулёз – у 1197 человек; инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) – у 1882 человек². Здесь нужно учесть, что медицинское освидетельствование не является обязательным для мигрантов, работающих по патентам, а это многочисленная группа легальных работников.

Проблема здоровья мигрантов тесно связана с их правами, прежде всего с правом на квалифицированную медпомощь. Сокращение среди мигрантов рискованного в отношении здоровья поведения и инфекционных заболеваний, включая социально обусловленные, положительно отразится на эпидемиологической ситуации в России. В Уставе ВОЗ здоровье определено как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия», поэтому при изучении проблемы здоровья трудовых мигрантов целесообразно рассматривать различные аспекты их жизни, связанные со здоровьем и социальными рисками для него, включая: 1) заболеваемость и доступность медицинской помощи; 2) возможности и условия для социальной адаптации, т. к. они влияют на уровень стресса и на отклоняющееся поведение; 3) самосохранительное поведение; 4) условия труда и быта, их соответствие санитарно-гигиеническим требованиям. Все аспекты должны изучаться в динамике. При этом необходимо учитывать социально-демографические и этнокультурные особенности мигрантов.

Большой вклад в изучение положения мигрантов в РФ внесли демографы, занимавшиеся проблемой миграции. В частности Е. В. Тюрюканова. Поддержку исследованиям среди мигрантов оказали международные организации – Международная организация труда (МОТ) [Тюрюканова 2004], Международная организация по миграции (МОМ) [Тюрюканова 2007], Фонд в поддержку гендерного равенства ООН – Женщины [Женщины-мигранты 2011] и др. организации. Эти исследования могут послужить точкой отсчёта, позволяющей при повторении оценить динамику доступности мигрантам в РФ квалифицированной медпомощи, изменений условий их труда и быта. В статье на основе вторичного анализа вышеуказанных и других исследований рассматривается социальный аспект рисков для здоровья трудовых мигрантов в РФ, анализируется оперативная информация и экспертные мнения из интернет-источников.

¹ По данным журнала Healthy Nation // VANCOMYCIN. URL: <http://www.vancomycin.ru/vyyavleno-6-tys-migrantov-s-opasnymi-zabolevaniyami> [дата посещения: 27.02.2013].

² Данные приведены в ходе круглого стола Комитета Госдумы по охране здоровья «Законодательное регулирование вопросов организации оказания медицинской помощи мигрантам» 23 ноября 2012 г. // Информационный портал «Официально». URL: <http://federalpolit.ru/govbody/gosduma/news/131302266> [дата посещения: 27.02.2013].

Показатели заболеваемости туберкулезом среди трудовых мигрантов вчетверо выше, чем среди российского населения. Они приезжают уже с этим заболеванием. По ВИЧ-инфекции ситуация другая: миграционные потоки, как правило, идут из стран с более низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции на территории крупных мегаполисов.

Проблема здоровья мигрантов тесно связана с их правами, прежде всего с правом на квалифицированную медпомощь.

Контроль здоровья при въезде и устройстве на работу

Вопрос о медицинском освидетельствовании мигранта в стране, из которой он выезжает, периодически обсуждается на разных уровнях. Специалисты ФМС РФ высказываются против, считая технически маловероятным потребовать у мигранта при въезде справки, касающиеся особо опасных инфекций. Сомнения вызывает и то, что справки выдают медицинские учреждения стран, из которых выезжают мигранты, оформив на своём языке [Миграционная политика 2008]. Роспотребнадзор не доверяет таким документам. Вопрос о медицинском освидетельствовании в странах-донорах остаётся открытым, в «Концепции государственной миграционной политики Российской Федерации на период до 2025 г.» предусматривается на первом этапе реализации (2012-2015 гг.) создание центров содействия иммиграции в Российскую Федерацию и медицинского освидетельствования иммигрантов, в том числе за рубежом.

В РФ действует постановление, содержащее перечень заболеваний, при которых иностранным гражданам и лицам без гражданства нельзя осуществлять трудовую деятельность в России (получить разрешение на временное проживание или вид на жительство). Предусматривается контроль наличия документов об отсутствии этих заболеваний. Мигранты, желающие работать свыше 90 суток, обязаны в течение месяца предоставить в орган ФМС, выдавший разрешение на работу, документы о результатах медицинского освидетельствования в медучреждении, которые подтверждают отсутствие наркозависимости и инфекционных заболеваний из перечня. Чаще всего расходы на получение необходимых медицинских документов ложатся на самих трудовых мигрантов. Медицинские справки выдают как государственные, так и частные клиники. Единого утверждённого бланка этого документа пока нет. Незаконная продажа мигрантам медицинских справок – распространённое явление. Фальшивые справки приобретаются без визитов к врачу, осмотров и сдачи анализов. Есть сообщения о получении фиктивных сертификатов об отсутствии ВИЧ-инфекции. Всё это – свидетельство непродуманности организации медицинского освидетельствования иностранных работников. Коммерческие медцентры не предоставляют данных в органы московской исполнительной власти об обследованиях мигрантов и выдаче справок. Нередко у мигрантов нет каких-либо медицинских документов, а ВИЧ-инфекцию и другие социально опасные заболевания у них обнаруживают только после госпитализации «по скорой». Лечение этих пациентов в стационаре осуществляется за счёт бюджетных средств.

В случае выявления заболеваний, при которых нельзя осуществлять трудовую деятельность, мигрант не заинтересован в предоставлении медицинских справок в ФМС, т. к. разрешение на работу аннулируется (как и вид на жительство). Обнаружение антител к ВИЧ-инфекции предполагает повторную диагностику с использованием более точного теста. Не исключено, что результат первого тестирования не подтвердится. Мигрант может избегать второго анализа, опасаясь подтверждения ВИЧ-инфекции, т. к. в этом случае ему грозит депортация. Высылке из страны подлежат иностранные граждане или лица без гражданства и с другими опасными заболеваниями из перечня. Депортация осуществляется из средств госбюджета. У мигрантов есть возможность самим покинуть РФ в установленные сроки. Вопрос о нежелательности пребывания мигранта (иностранного гражданина или лица без гражданства) с установленным диагнозом готовит Роспотребнадзор. Окончательное решение может быть отложено на время лечения в РФ, если межведомственная комиссия посчитает это целесообразным (заражённый может являться опасным источником инфекции для окружающих, например при туберкулёзе). В случае выявления инфекций, передающихся половым путем (ИППП) или туберкулёза, лечение может оплатить сам мигрант или его работодатель. Они должны предоставить соответствующий договор с медицинским учреждением. Если позволяют финансовые возможности, лечение может проводиться и в рамках государственных, региональных, муниципальных программ. В этом случае мигрант обязуется пройти курс до выздоровления от ИППП, либо абациллирования (в случае туберкулёза). Затем ещё раз рассматривается вопрос о нежелательности его пребывания.

У мигрантов есть право в судебном порядке оспорить решение государственных органов. Суд – последняя инстанция в решении вопроса о депортации, обязанная всесторонне рассмотреть вопрос. Например, ВИЧ-инфицированный может иметь вид на жительство и семью в РФ, а в Семейном кодексе предусмотрена норма о воссоединении семей. Для того чтобы депортация состоялась, государственным органам необходимо собрать документы для вынесения соответствующего решения. Но информации, по крайней мере о полной реализации этих решений, нет. В Москве в 2009-2011 гг. их было оформлено более двух с половиной тысяч. Сведения о депортации этих мигрантов отсутствуют.

Медицинская помощь мигрантам, имеющим опасные заболевания, является очень серьёзной проблемой. В связи с этим глава Роспотребнадзора, главный государственный санитарный врач РФ Г. Онищенко подчеркнул, что, если лечение мигрантов в России будет осуществляться за счёт бюджета, то «к нам будут массово ехать лечиться». По его мнению,

В случае выявления заболеваний, при которых нельзя осуществлять трудовую деятельность, мигрант не заинтересован в предоставлении медицинских справок в ФМС, т. к. разрешение на работу аннулируется (как и вид на жительство).

решение проблемы состоит в создании договорно-правовой базы по этому вопросу со странами исхода или возложения на работодателей обязанности по оплате лечения трудовых мигрантов¹. В законодательство, касающееся мигрантов, работающих по патенту у физических лиц – граждан РФ, предполагается внести поправки. Когда патент ввели, медицинские документы для его оформления не требовались. У мигранта не было необходимости проходить медицинское обследование. Патент оформляется на срок от 1 до 3-х месяцев и может быть продлён на период до года с момента выдачи. Вместе с тем, работающие по патентам заняты в хозяйстве, нередко ухаживают за детьми и престарелыми.

Правительство РФ ежегодно определяет потребность РФ в привлечении трудовых мигрантов. На 2012 г. она составила 1,746 млн человек, на 2011 г. – 1,754 млн человек. Численность незаконных трудовых мигрантов значительно превышает квоту. Эти иностранные граждане не предоставляют медицинских документов при устройстве на работу. Соответственно необходима разработка мер по противодействию незаконной миграции и легализации занятости приезжих работников. Кроме того, необходимы меры, обеспечивающие повышение качества документов о медицинском освидетельствовании мигрантов. В настоящее время выдвинуто предложение создания единой межведомственной информационной базы о трудовых мигрантах и состоянии их здоровья, что улучшит положение со статистикой заболеваемости работающих на законных основаниях.

Социальная адаптация и самосохранительное поведение

Дезадаптация является фактором риска для здоровья (повышения уровня дистресса (сильного и/или продолжительного стресса), риска суицида, аддиктивного, асоциального, антисоциального поведения. Вопрос адаптации прибывающих в РФ трудовых мигрантов предполагает рассмотрение соответствия их адаптационного потенциала условиям, в которых им предстоит жить и работать. Что касается принимающей стороны, то речь идёт прежде всего о правовом и институциональном обеспечении пребывания и занятости трудовых мигрантов, о гарантии их безопасности.

Миграционные сети способствуют приезду всё новых мигрантов. Уверенности прибавляет наличие знакомых или родственников, которые располагают информацией о возмож-

¹ Выявлено 6 тыс. мигрантов с опасными заболеваниями (по данным медицинского журнала Healthy Nation). URL: <http://www.vancomycin.ru/vyyavleno-6-tys-migrantov-s-opasnymi-zabolevaniyami> [дата посещения: 27.02.2013].

ностях трудоустройства, наличии жилья и могут оказать поддержку. Подчеркнём, что те, кто освоился на новом месте, а большинство из них трудятся в теневом секторе, транслируют свой опыт неформальной занятости вновь прибывшим.

Многие приезжие не контактируют с местным населением, живут замкнуто, что препятствует интеграции в принимающее сообщество. Очевидно, что шансы на успешную адаптацию у трудовых мигрантов, приезжающих из разных стран СНГ, существенно различаются. Это связано и со степенью близости культур, и с языковым барьером. Последний отсутствует у приезжающих из славянских стран.

Помощь мигрантам в сфере трудовых отношений оказывают профсоюзы, в сложных жизненных ситуациях – общественные организации. Однако большинство мигрантов не знают ни о тех, ни о других. Правоохранительным и другим государственным организациям, включая судебные инстанции, доверяют менее четверти опрошенных мигрантов. Только 13% знают о том, куда можно обратиться в случае нарушения их прав, обращались за такой помощью только 7%, в основном представители «сильных» диаспор [Тюрюканова 2007].

В российском обществе есть опасения, связанные с последствиями большого притока мигрантов (ухудшение криминогенной обстановки, увеличение культурной дистанции и социальной напряжённости вследствие конкуренции на рынке труда). По данным ряда исследований, эту конкуренцию с местными работниками ощущали 25-30% опрошенных мигрантов [Женщины-мигранты 2011: 28], что однако не сказалось на социальном самочувствии большинства из них, точнее на восприятии отношения к себе местного окружения. В частности 70% женщин указали, что местное население относится к ним нормально, 6% – что плохо, 22% затруднились с ответом [Женщины-мигранты 2011: 95] (этот вопрос интересно задать и мужчинам-мигрантам). Доля ответов о плохом отношении небольшая, тем не менее эти данные и статистика гибели мигрантов от рук скинхедов свидетельствуют о необходимости создания более эффективных программ по борьбе с ксенофобией.

Поток трудовых мигрантов в РФ будет расти. Страны-доноры заинтересованы в трудовой миграции в Россию. Денежные переводы мигрантов избавляют их от внутренней безработицы и снижают уровень бедности и социальной напряжённости. Потребность РФ в трудовых мигрантах объясняется недостатком собственных трудовых ресурсов и нежеланием россиян выполнять низкооплачиваемую работу. Сокращение рождаемости в 1990-х гг. в ближайшее десятилетие приведёт к снижению численности экономически активного населения.

Большинство приезжих руководствуются прежде всего экономическими мотивами. В России у них есть шанс заработать больше, чем на родине, где они нередко не имеют

стабильной занятости (были безработными, их работа носила разовый или временный характер). Те, кто не относится к бедным слоям, надеются улучшить своё материальное положение за счёт работы в РФ. Оплата труда мигрантов в РФ в среднем ниже, чем россиян, что объясняется их более низким уровнем квалификации, сферами занятости и лишь отчасти дискриминацией. И в то же время она превышает то, что они могли бы заработать у себя дома в среднем в три раза (в Москве – почти в пять) [Тюрюканова 2007].

Большинство мигрантов хотели бы и в перспективе трудиться в России. В 2006 г. свыше 70% опрошенных считали свой выезд на работу выгодным и собирались продолжать эту деятельность [Тюрюканова 2007]. В 2010 г. более четверти женщин-мигрантов хотели бы переехать в Россию на постоянное место жительства, 22% планировали оставаться здесь длительное время и лишь затем вернуться в свою страну. Почти половина (47%) были настроены на временный приезд с целью заработка в РФ и возвращение домой [Женщины-мигранты 2011: 98-99]. Рост численности трудовых мигрантов и долгосрочные планы большинства из них относительно работы в РФ – ещё один аргумент в пользу изучения проблемы здоровья этой группы.

О необходимости модернизации российской экономики говорится очень много. Создание высокотехнологичного производства требует возрождения начального профессионального образования в РФ. Задаче модернизации народного хозяйства должна отвечать и миграционная политика, и государственное регулирование объёмов и профессионального состава привлекаемой иностранной рабочей силы. Пока в Россию преимущественно приезжают мигранты с низкой квалификацией. Трудоустройством занимаются социальные сети и неформальные институты. Российское государство играет незначительную роль в рекрутинге мигрантов, 90% потока идёт через теневую инфраструктуру трудовой миграции [Тюрюканова 2007].

Как уже отмечалось, «Концепция государственной миграционной политики Российской Федерации на период до 2025 г.» предусматривает создание до 2015 г. центров содействия иммиграции в РФ. Такие центры могли бы решать задачи повышения адаптивных возможностей трудовых мигрантов к жизни и работе в РФ, способствовать организации профподготовки, изучению русского языка и российского законодательства. Численность и профессиональная подготовка кадров должны отвечать потребностями российского рынка труда. Создание таких центров потребует стратегического планирования и координации работы в рамках СНГ.

Специалисты считают, что и временные иностранные работники, приехавшие на заработки, «нуждаются хотя бы в элементарном знании языка, традиций, культуры и норм

поведения принимающего социума» [Мукомель 2011: 42]. Они нуждаются и в санитарно-гигиеническом просвещении. Это показывает статистика заболеваемости ИППП и ВИЧ-инфекцией среди мигрантов. В профилактической работе нужно учитывать социально-демографические и социокультурные особенности пребывающих контингентов.

В международной миграции большинство трудовых мигрантов составляют мужчины, хотя всё больше женщин и детей вовлекаются в этот процесс. Среди приезжающих в Россию с целью получить работу также преобладают мужчины. В то же время увеличивается женская миграция в РФ. Растёт доля женщин среди приезжающих из стран Центральной Азии, тогда как среди мигрантов из Украины, Беларуси и Молдовы она стабильная и довольно высокая [Женщины-мигранты 2011: 9].

Средний возраст мигрантов, участвовавших в исследовании 2006 г. составил 32-33 года. [Тюрюканова 2007]. Запас прочности здоровья в молодом возрасте ещё большой. Вместе с тем известно, что среди молодёжи более распространено рискованное в отношении здоровья поведение, чем среди людей среднего и старшего возраста. Это, прежде всего, употребление психоактивных веществ (ПАВ) и рискованное сексуальное поведение. Г. Онищенко отметил крайне низкую осведомлённость иностранных работников о путях передачи и методах профилактики ВИЧ-инфекции, их уязвимость по этой инфекции как следствие рискованной поведенческой практики [Трудовая миграция 2009]. Как показал опрос женщин-мигрантов относительно их сексуального поведения, почти треть из них «либо не информирована о путях передачи половых инфекций и ВИЧ-инфекции и не рассматривает презерватив как реальную защиту от них, либо безоговорочно верит своему партнёру, не допуская мысли о заражении» [Женщины-мигранты 2011: 82].

Адаптационные возможности мигрантов последних лет на рынке труда РФ и в быту ниже, чем у тех, кто приезжал 20 лет назад. Сравнивая трудовую миграцию в РФ конца 1990-х гг. – начала нового века (первая волна) и более позднего периода, учёные отмечают следующие тенденции, характерные для потока «новых» трудовых мигрантов: 1) снижение возраста; 2) рост доли прибывающих из стран Центральной Азии; 3) увеличение доли выходцев из малых городов и сёл; 3) снижение образовательного уровня и ухудшение знания русского языка [Тюрюканова 2007].

Выходцам из сёл, с низким уровнем образования трудно ориентироваться в новой среде. Они не знают своих прав, легко могут стать жертвами обмана и жестокой эксплуатации. В целях повышения адаптивных возможностей мигрантов начата работа по улучшению их знания русского языка, но это

Адаптационные возможности мигрантов последних лет на рынке труда РФ и в быту ниже, чем у тех, кто приезжал 20 лет назад.

только первый шаг. Необходимо разработать гибкую систему социальной адаптации трудовых мигрантов, учитывающую изменения в миграционных потоках, направленную на повышение правовой культуры и профилактику социально опасных заболеваний среди трудовых мигрантов.

Сфера трудовых отношений

Как показано выше, теневая занятость мигрантов имеет широкое распространение. Наём незаконных трудовых мигрантов приносит предпринимателям значительную выгоду, позволяя избегать уплаты налогов. Работники также экономят и на официальной регистрации, и на получении разрешения на работу. В 2010 г. заработная плата мигранток, имевших договор с работодателем и разрешение на работу, в среднем оказалась на 850 рублей меньше, чем у работающих нелегально или без договора. Исследователи считают, что причина состоит в особенностях занятости респондентов (сфера низкоквалифицированного труда) и, возможно, в экономии на налогах [Женщины-мигранты 2011: 24-25].

Исследователи выявляют многочисленные нарушения в сфере трудовых отношений, касающиеся мигрантов: 1) отсутствие трудового или гражданско-правового договора с работодателем, причём наличие договора не гарантирует от увольнения без предупреждения, встречаются юридически недействительные договоры 2) невозможность свободно уволиться или покинуть место работы (по международным нормам, такой труд не считается свободным); 3) изъятие работодателем документов; 4) отказ нанимателя платить под тем или иным предлогом, особенно это касается сверхурочных, несоблюдение договорённостей о размере оплаты [Тюрюканова 2007]. Отсутствие регистрации и незаконный наём оборачивается для работников тем, что они не могут свободно перемещаться по городу. Отсутствие договора или фиктивный договор чреват «проблемами в случае производственной травмы» [Эксплуатация 2009].

Условия работы. Лишь половина мигрантов, опрошенных в 2006 г., считали нормальными условия, в которых работали. Среди нарушений трудовых норм чаще всего отмечались чрезмерная продолжительность рабочего времени, повышенная интенсивность и плохие условия труда (холод, грязь и т. п.) [Тюрюканова 2007].

Бытовые условия. Плохие условия жизни могут стать причиной различных заболеваний. Нередко трудовые мигранты зависимы от работодателя в социально-бытовой сфере (жильё, питание, медицинские услуги и др.) [Тюрюканова 2007], живут в условиях антисанитарии и высокой скученности. У более чем двух третей опрошенных мигранток (68%) жилищные усло-

вия нельзя назвать хорошими. Около трети живут на съёмной квартире вместе с друзьями, родственниками, 13% – у родственников или друзей, ещё 13% – в общежитии, 9% – по месту работы. У остальных жилищные условия лучше – съёмная комната, реже квартира либо организация предоставляет им жильё [Женщины-мигранты 2011: 64].

В федеральный закон «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в 2013 г. внесены изменения, закрепляющие понятие «принимающая сторона» и уточняющие её административную ответственность за непринятие мер по материальному, медицинскому и жилищному обеспечению приглашённого иностранного гражданина или лица без гражданства в период его пребывания в России. Штраф для должностных лиц составляет 40-50 тыс. руб., юридических – 400-500 тыс. руб. Такие же размеры штрафов для должностных и юридических лиц предусмотрены за предоставление приглашающей стороной заведомо ложных сведений о цели пребывания в России иностранного гражданина или лица без гражданства при оформлении документов для его въезда. Уместно заметить, что административные штрафы за каждого незаконно работающего предусматривались и раньше, но ситуацию с теневым наймом они серьёзно не изменили.

Доступность квалифицированной медицинской помощи

Согласно статье 27 закона «О порядке выезда и въезда в РФ», иностранному гражданину или лицу без гражданства не разрешается въезд в нашу страну, если они не представили полис медицинского страхования, действительный на территории РФ (обозначены категории лиц, для которых делается исключение – сотрудники дипломатических представительств и др.). Данная статья закона не соблюдается в отношении приезжающих из стран с безвизовым режимом. У пребывающих оттуда трудовых мигрантов, медицинский полис на границе не требуют. Право на получение полиса обязательного медицинского страхования (ОМС) зависит от статуса в РФ. Полис ОМС выдаётся мигрантам, имеющим разрешение на временное проживание или вид на жительство. Он не полагается тем, у кого есть только разрешение на временное пребывание.

Экстренная медицинская помощь, включая скорую, в РФ предоставляется бесплатно всем мигрантам, независимо от их гражданства. Полис ОМС в этом случае не нужен. В Москве бесплатно оказывается и помощь по родовспоможению женщинам-мигрантам, поступившим в клиники «по скорой». Если у них выявят хроническую патологию, то по этому

поводу их также лечат за счёт бюджетных средств в условиях стационара. Если нужно, то бесплатно в стационаре лечат и новорождённых. В Москве растёт число рожениц-мигранток, доставленных в клиники машинами скорой помощи. В основном они не наблюдались у врачей в период беременности. Доля вызовов мигрантами скорой помощи составляет 3% от общего числа вызовов этой службы. Последняя ежегодно обслуживает 1,5 млн трудовых мигрантов [Щеглов 2012]. Вызовы и лечение мигрантов, поступивших «по скорой» в стационар, оплачиваются из бюджетных средств. Отмечается, что обычно по указанным мигрантами адресам они не проживают, после выписки дальнейшим лечением не занимаются [Мейланова 2012]. Это связано с их отношением к здоровью, финансовыми трудностями и опасением санкций, например, за незаконное пребывание.

Ежегодные расходы столичной казны на медпомощь мигрантам превышают 5 млрд рублей¹. В целях хотя бы частичной компенсации этих средств городского бюджета создаётся специальный фонд, в который работодатели могут внести пожертвования.

Плановую медицинскую помощь мигранты в основном оплачивают сами. Исследование среди женщин-мигрантов (2010 г.) показало, что почти половина из них обращались за медицинской помощью (40% – платно, 9% – бесплатно), 12% прибегали к самолечению по причине дороговизны врачебной помощи, у более трети (38%) не было необходимости лечиться. В стационарной медицинской помощи нуждались 11% респонденток, 6% из них лежали в больнице, 4% отказались от госпитализации, 1% – получили отказ в стационарной помощи. Лечение в основном было платное [Женщины-мигранты 2011: 31-32]. Условия найма не всем позволяли позаботиться о здоровье и полноценно лечиться в случае болезни. По данным исследования 2006 г., только 15% опрошенных трудовых мигрантов имели возможность получить оплачиваемый больничный лист, медицинскую страховку имели почти четверть [Тюрюканова 2007]. В 2010 г. только 5% опрошенных женщин-мигрантов получили полностью оплаченный больничный лист, ещё 7% могли рассчитывать на частичную оплату, 38% не смогли ответить на вопрос об оплате больничного листа, им не приходилось обращаться к работодателю по этому вопросу. 12% опрошенных женщин не могли не выходить на работу в случае болезни, почти треть (31%) имели такую возможность, но период болезни им не оплачивался. Среди занятых у частных лиц больше доля тех, кто не может рассчитывать на отпуск по болезни [Женщины-мигранты 2011: 31-32].

¹ По данным телекомпании НТВ // Официальный сайт НТВ. URL: <http://www.ntv.ru/novosti/345116/> [дата посещения: 28.02.2013].

В качественном пилотажном исследовании, проведённом сектором социальных проблем здоровья ИС РАН в 2011 г. в Москве и Подмосковье по проблеме здоровья трудовых мигрантов, приняли участие 10 работников от 20 до 60 лет из стран СНГ, 1 мигрант трудился нелегально. Трудового договора и медстраховки не было ни у кого. Всё лечение, за исключением экстренной помощи, в Москве было платное. Мигранты старались экономить и не обращаться к врачам даже по поводу хронических заболеваний. У лиц старше 50 лет было по несколько таких заболеваний. Удовлетворённость диагностикой и лечением в сложных случаях оказалась низкой, предпочтение отдавалось лечению на родине. Сама ситуация откладывания лечения неблагоприятно сказывается на здоровье мигрантов, увеличивая риск запущенности имеющихся заболеваний. Респонденты в основном считали, что возможности заниматься здоровьем в России у них хуже, чем дома.

Улучшение положения трудовых мигрантов в РФ, предоставления им социальных гарантий (в том числе медицинского обслуживания) требует средств. Большинство трудовых мигрантов имеют временную работу, преимущественно в частном секторе экономики. Вопрос об усилении ответственности бизнеса за их социальное обеспечение и повышении внимания государства и общества к их проблемам ставился давно. Как правило, подчёркивается, что работодатели заинтересованы в более дешёвой рабочей силе. Отмечается, что вывод из тени секторов экономики, в которых заняты мигранты (строительство, торговля, коммунальное хозяйство и др.), может ограничить прибыль теневых работодателей от найма мигрантов и повысить нагрузку на социальные системы многих регионов, в частности на государственную систему социального обеспечения [Тюрюканова 2007].

В ближайшее время в обеспечении медицинской помощи мигрантам ожидаются изменения. Во-первых, министерство труда и социальной защиты подготовило поправки в действующее законодательство, согласно которым договор (полис) добровольного медицинского страхования станет обязательным условием при заключении трудового договора с мигрантом. Полис покупает либо сам иностранный работник, либо работодатель заключает договор с медицинской организацией на оказание мигранту первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи. Подготовлены законопроекты, в соответствии с которыми, во-первых, медицинский полис будет обязательным документом для продления разрешения на работу и патента; во-вторых, работодатель будет обязан страховать иностранного работника на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством. Получается, что трудоустройство на законных основаниях зависит от наличия полиса добровольного медицинского страхования (ДМС),

гарантирующего медицинское обслуживание в оговоренных объёмах. Будут предусмотрены разные варианты. Скорее всего, мигранты постараются приобретать наиболее дешёвые полисы. Уже делаются оценки удорожания их труда в связи с необходимостью покупать полис ДМС. В октябре 2012 г. постановлением Правительства РФ утверждены «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», предусматривающие возможность оказания платных медицинских услуг иностранным гражданам и лицам без гражданства. Далее, скорая помощь переходит на одноканальное финансирование из средств Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС). У мигрантов, имеющих право на временное пребывание, нет полиса ОМС. Однако никто не отменял Соглашение Правительств государств-участников стран СНГ «Об оказании медицинской помощи гражданам государств-участников Содружества Независимых Государств».

Исследования показали, что у большинства мигрантов нет трудового договора и нет понимания важности его заключения. Поэтому возникает вопрос, не вырастет ли доля тех, кто покупке полиса ДМС предпочтёт нелегальный статус.

В заключение отметим, что снижение рисков для здоровья трудовых мигрантов во многом будет определяться: 1) сокращением их вовлечения в теневой и неформальный сегменты рынка труда (легализация повышает защищённость трудовых мигрантов); 2) эффективностью работы институтов (правовых, образовательных, медицинских, национально-культурных), которые должны осуществлять контроль их пребывания (включая условия их труда и жилищные условия) и оказывать им поддержку. Среда трудовых мигрантов неоднородна. В работе с мигрантами необходимо учитывать их этнокультурную принадлежность, социально-демографические характеристики, сферу занятости, гигиеническую культуру.

Библиографический список

1. Женщины-мигранты из стран СНГ в России. 2011 / Под ред. Е. В. Тюрюкановой – М.: МАКС Пресс.
2. Здоровье трудовых мигрантов. 2012. Информационный бюллетень Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Документационного Центра ВОЗ [сетевое издание] // URL: <http://whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/88.html> [дата посещения: 27.02.2013].
3. Мейланова М. 2012. Мигрантам нужны контроль и полис ОМС на границе // Экономика и жизнь. Официальный сайт. URL: <http://www.eg-online.ru/article/177368/> [дата посещения: 28.02.2013].

4. Миграционная политика в Российской Федерации: теория, практика, методы правового регулирования (интернет-интервью заместителя руководителя Федеральной миграционной службы Российской Федерации Е. Ю. Егоровой). 2008 // Информационно-правовой портал «Гарант». URL: <http://www.garant.ru/action/interview/10232/> [дата посещения: 27.02.2013].
5. Мукомель В. И. 2011. Интеграция мигрантов: вызовы, политика, социальные практики // Мир России. Социология, этнология. Т. XX. № 1.
6. Обязательным условием при трудоустройстве иностранных работников должно стать наличие медицинского полиса. 2012 // Министерство труда и социальной защиты. Официальный сайт. URL: <http://www.rosmintrud.ru/employment/migration/34> [дата посещения: 28.02.2013].
7. Поладова (Гайдарова) Л. Т. 2012. Незаконная миграция в Россию: тенденции, последствия, противодействие. Автореф. канд. дисс. 08.00.05. – М.: ИСПИ РАН.
8. Трудовая миграция способствует распространению ВИЧ-инфекции в России и странах СНГ? 2009 // Демоскоп. № 395 [сетевое издание]. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2009/0395/rossia01.php> [дата посещения: 27.02.2013].
9. Тюрюканова Е. 2007. О влиянии миграции на рынок труда // SocPolitika.Ru [сетевое издание] URL: http://www.socpolitika.ru/rus/social_policy_research/applied_research/document7000.shtml [дата посещения: 27.02.2013].
10. Тюрюканова Е. 2004. Трудовая миграция в Россию // Отечественные записки. № 4(19).
11. Эксплуатация трудовых мигрантов в российском строительном секторе. 2009. Доклад Международной правозащитной организации Human Rights Watch // Human Rights Watch. Official website [электронный ресурс]. URL: <http://www.hrw.org/ru/reports/2009/02/09> [дата посещения: 27.02.2013].
12. Щеглов К. 2012 // Медицинская газета. 14 сентября.

Т е м а н о м е р а : З д о р о в ь е н а с е л е н и я

Модернизация российского з д р а в о о х р а н е н и я : вызовы, ожидания и реальность



Шилова Людмила Сергеевна – кандидат
социологических наук, старший научный
сотрудник сектора исследований личности
ИС РАН

E-mail: Liudmila-shilova@ya.ru

Модернизация российского здравоохранения: вызовы, ожидания и реальность

Аннотация

Рассматриваются проблемы модернизации российского здравоохранения. Выясняются её основные направления, способы взаимодействия с населением, механизмы социокультурных инноваций в исследуемой сфере, а также реакции на это граждан страны.

Ключевые слова: технологическая и социокультурная модернизация, первичная медицинская помощь, самосохранительное поведение, стратегии получения медицинских услуг

Важным показателем в оценке успешности модернизационных процессов сегодня является индекс человеческого развития (ИЧР, или индекс развития человеческого потенциала – ИРЧП в российских публикациях), который пришёл на смену показателю общественного развития по национальному доходу. ИЧР показывает, насколько в стране созданы условия для развития личностного потенциала. В этом сводном индексе три компонента: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении – эффективность здравоохранения; среднее число лет обучения взрослых и ожидаемое число лет обучения детей и молодежи – доступность образования; индекс валового национального дохода на душу населения. За последнее десятилетие в России отмечался экономический рост, который способствовал росту ИЧР. По данным ООН в 2011 г. в рейтинге стран по ИЧР Россия входила в группу 187 стран с высоким значением этого показателя и занимала 66 место после Беларуси¹. Бывшие страны Балтии из состава СССР занимают по ИЧР более высокие места: Эстония – 34, Литва – 40, Латвия – 43 [Доклад ООН 2011].

Однако в России ИЧР характеризуется несбалансированностью своих компонентов, которая становится очевидной, когда расчёт индекса производится только с учётом двух его компонентов – здравоохранения и образования. Тогда его значение понижается при сравнении со странами с сопоставимыми

¹ Существует 4 группы стран по ИЧР: с 1 по 47 места занимают страны с очень высоким показателем, с 48 по 94 – с высоким, с 95 по 141 – со средним уровнем, со 142 по 187 – с очень низким уровнем ИЧР.

доходами на душу населения с 66 места на 74. А это, в свою очередь, указывает на то, что получаемый населением доход не конвертируется в здоровье и образование [Горина 2012]. Сам по себе экономический подъём в стране ещё не обеспечивает благосостояния населения, всё зависит от того, насколько социальная политика страны направлена на устранение социально-экономических неравенств.

Понижение ИЧР России связано с низкими показателями эффективности здравоохранения. Так, средняя продолжительность жизни в России в 2011 г. составила 68,9 лет, и её обогнали такие государства, как Ирак – 69 лет и Бангладеш – 68,9 лет [Доклад ООН 2011]. Начиная с 1990-х гг. ухудшение всех проблем здоровья населения придало им статус проблем национальной безопасности. На протяжении многих десятилетий это были одни и те же неустраняемые проблемы. «Сверхсмертность» мужчин в трудоспособных возрастах (при жизни одной женщины умирает 2,7 мужчин в возрасте от 15 до 60 лет); неблагоприятные показатели младенческой смертности; высокие темпы прироста социальных заболеваний, переходящих в эпидемии (туберкулёз, СПИД, наркомания); высокий разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин (13 лет), низкая средняя продолжительность жизни в России в сравнении с показателями западных стран. Ожидаемая продолжительность жизни населения России на 7 лет короче, чем в новых странах Евросоюза, то есть в бывших республиках СССР, и на 13 лет короче, чем в старых странах Евросоюза. Важный показатель эффективности здравоохранения – это средняя продолжительность жизни лиц, страдающих хроническими заболеваниями. В России она составляет 12 лет, а в странах ЕС – 18-20 лет [Доклад ЮНЕСКО 2007]. Сегодня все возрастные группы населения – дети, молодёжь, трудоспособные и пенсионеры – относятся к группам риска по состоянию здоровья.

Расходы на здравоохранение как показатель качества модернизации

Сложившийся уровень здоровья населения представляет серьёзные вызовы не только системе здравоохранения, но и всей социальной политике страны. Тем не менее, в структуре социальных расходов России здравоохранение на протяжении многих десятилетий, ещё со времён СССР, имеет тенденцию понижения финансирования. По данным Минздравмедпрома РФ, максимальными они были в СССР в 1960 г. – 6,6% ВВП; в 1970 – 6,1%; в 1980 – 5,0%; в 1993 – 3,5%; в 1991 – 3,2%; в 1995 – 1,4%. Снижение 1990-х гг. понятно в связи с кризисом переходного периода. Но последнее

Ожидаемая продолжительность жизни населения России на 7 лет короче, чем в бывших республиках СССР, и на 13 лет короче, чем в старых странах Евросоюза. Важный показатель эффективности здравоохранения – это средняя продолжительность жизни лиц, страдающих хроническими заболеваниями. В России она составляет 12 лет, а в странах ЕС – 18-20 лет.

десятилетие сопровождалось экономическим ростом в стране. Однако он очень слабо отразился на финансировании здравоохранения: в 2005 г. – 3,2%, в 2007 – 3,5%, в 2010 – 5,5% ВВП [Концепция 2008]. В то же время в последнее десятилетие расходы на образование медленно, но всё же росли с 2,9% в 2000 г. до 4 % ВВП в 2010, и это куда менее значительное отставание от стран ЕС, где в среднем расходы на образование составляют 5% ВВП [Государственные расходы 2010]. Самые высокие расходы в мире на здравоохранение и образование в США: 17 и 5,6% ВВП соответственно [Доклад ООН 2011]. Устойчивость сложившейся конфигурации расходов предполагается и в перспективе. В концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 г. на 2011-2015 гг. планируется выделить на здравоохранение 5,5%, а на образование 5,9% ВВП, а за период 2016-2020 гг. соответственно 6,2 и 6,7% ВВП [Концепция 2008].

Подобная конфигурация в финансировании здравоохранения и образования идёт в разрез с общемировой практикой, в которой здравоохранение финансируется по меньшей мере вдвое выше, чем образование [Денисова 2012]. Между затратами на здравоохранение и уровнем социально-экономического развития государства просматривается чёткая связь: чем выше уровень экономического развития стран, тем системы здравоохранения в их структуре социальных расходов становятся всё более затратными [Люблинский 2008]. Так, в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) рост затрат на здравоохранение происходит темпами, опережающими экономический рост. Но это не просто тенденция, отражающая высокий уровень развития этих стран, это объективная потребность, это важный фактор роста продолжительности жизни населения, эффективности трудовой деятельности взрослого населения. Наконец, снижение темпов роста расходов на здравоохранение наносит государствам больший экономический ущерб, чем его поощрение. Именно поэтому в некоторых странах содружества ОЭСР расходы на здравоохранение растут даже в случае падения ВВП [Садовничий, Григорьева, Чубарова 2012].

Эта общемировая тенденция обусловлена целым рядом факторов. Возрастание затрат произошло вслед за сменой характера патологий, когда на смену инфекционным заболеваниям в структуре причин смерти и заболеваемости пришли хронические. Они требуют длительного лечения, иногда сопровождают пациента всю его жизнь. Требуют регулярного контроля, современного дорогостоящего оборудования и лекарств, которые постоянно совершенствуются и обновляются. Их лечение дорого обходится и пациенту, и государству. Особенно – контроль хронических заболеваний у работающего населения. Расходы государства растут и вследствие роста продолжитель-

ности жизни и старения населения. Чем старше пациенты, тем выше у них вероятность наличия нескольких хронических заболеваний.

Ещё одним фактором роста затрат на здравоохранение является растущий уровень индустриализации и техногенности среды, порождающие всё новые риски для здоровья населения и повышающие уровень патологических явлений и процессов. Это глобальная проблема, решение которой в ближайшей перспективе не предвидится. Падение здоровья населения в техногенной среде происходит стремительно. Впечатляющие данные приводит У. Бек, согласно которым «здоровыми» рождаются сегодня примерно десятая часть населения. А 60% жителей планеты находятся между болезнями и здоровьем в так называемом «третьем состоянии», то есть имеют хронические заболевания, но не утратили трудоспособность. Негативные изменения в состоянии здоровья, которые произошли во второй половине XX в., настолько велики, что даже в развитых странах возможность повернуть негативные процессы вспять ставится под сомнение. В России в «третьем состоянии» специалисты насчитывают 50% населения, а 20% относятся к группе людей, имеющих факторы риска хронических заболеваний [Дмитриева 2002: 152-153].

На фоне общемировых тенденций финансирования систем здравоохранения в России мы наблюдаем не просто отставание финансирования, а отсутствие концепции собственной социальной политики здравоохранения. Концепции, в которой были бы обоснованы потребности системы и масштаб экономических потерь страны вследствие недофинансирования, и которая ставила бы в том числе и задачу влиять на коридор возможностей, выделяемых здравоохранению в структуре социальных расходов страны.

Система здравоохранения: современные вызовы

Вызовы, предъявляемые системам здравоохранения для всех стран, сегодня одни и те же: обеспечить доступность медицинских услуг для широких слоёв населения и контроль качества медицинских услуг. Доступность последних достигается за счёт предоставления малообеспеченным слоям населения гарантированного объёма бесплатных услуг (не будем здесь затрагивать вопрос о том, что медицинские услуги в различных пропорциях оплачиваются из разных источников). А качество медицинских услуг достигается посредством постоянных вливаний средств в подготовку врачей и повышение квалификации уже подготовленных специалистов, в медицинское оборудование и использование современных лекарств. Эти цели

В России наблюдается не просто отставание финансирования, а отсутствие концепции социальной политики здравоохранения.

требуют нахождения баланса между издержками, с одной стороны, и всеобщей доступностью медицинских услуг, с другой. Каким должно быть здравоохранение, чтобы поддерживать этот баланс? Международный опыт, обобщённый в рекомендациях ВОЗ, свидетельствует, что это модель здравоохранения с приоритетом первичной помощи и развитой профилактической функцией, потому что в учреждениях первичной помощи пациенты могут выявлять и на ранних стадиях предупреждать развитие хронических заболеваний. Эти заболевания являются приобретёнными, их возникновение связано с особенностями образа жизни и поведения в отношении здоровья. Такая модель наилучшим образом может обеспечивать доступность медицинских услуг и разумность издержек на поддержание их качества [Атун 2004]. Хронические заболевания как государству, так и пациенту проще и дешевле предупредить, чем лечить.

Вместе с тем эта модель может заработать и стать эффективной при выполнении ряда требований. Во-первых, учреждения первичной помощи должны быть максимально доступны по ряду критериев. К ним относятся: принцип территориальной доступности; бесплатные услуги в сочетании с невысокими тарифами дополнительных платных услуг; обеспеченность достаточным и современным набором оборудования, позволяющего проводить все виды диагностики; наконец, это такая организация предоставления услуг, в которой предусмотрена координация терапевтической и специализированной помощи, обеспечивающая комплексный подход к лечению (маршрут пациента), и в которой минимизированы потери времени.

Во-вторых, предупреждение хронических заболеваний требует, чтобы первичные учреждения (поликлиники) наряду с лечебными услугами предоставляли профилактические. Для этого нужны стандарты профилактических услуг, к предоставлению которых подготовлены и экономически мотивированы врачи, с одной стороны. С другой стороны, не менее важна культура самосохранения населения, в которой на основе высокой ценности здоровья сформирована профилактическая активность и своевременная обращаемость за медицинскими услугами.

Наконец, в-третьих, при современном типе патологий необходима смена патерналистской модели отношений врача и пациента на так называемую модель «информированного согласия». В рамках таких отношений возможно формирование у населения высокой ценности здоровья, повышение грамотности и информированности в сфере поддержания здоровья, что в результате и формирует профилактическую активность. В рамках этой модели существует равный баланс ответственности за результат лечения у врача и пациента, поддержанный правовыми нормами. Когда все эти требования соблюдены, как показывают обзоры экспертов ВОЗ по странам, уровень удовлетворенности населения услугами здравоохранения обычно возрастает [Атун 2004].

Вызовы, предъявляемые системам здравоохранения для всех стран, сегодня одни и те же: обеспечить доступность медицинских услуг для широких слоёв населения и контроль качества медицинских услуг.

Реорганизация здравоохранения в рамках национального проекта «Здоровье»

Правительство РФ провозгласило целью модернизации здравоохранения создание модели с приоритетом первичной медицинской помощи с развитыми профилактическими услугами. Это означает, что в первичном звене – поликлиниках – населению будет предоставляться основной объём медицинских услуг (до 80%), соответственно туда будут направляться и основные потоки финансирования. В предыдущие периоды развития советского, а затем российского здравоохранения у нас было наоборот: основной объём услуг и финансирования был в стационарной помощи. Там концентрировалось лучшее современное оборудование, и уровень квалификации врачей стационаров был самым высоким. А поликлиники из-за бедности оборудования имели в глазах населения низкий статус, квалификация врачей поликлиник оценивалась соответственно.

С введением национального проекта «Здоровье» в 2006 г., действие которого продолжается до настоящего времени, были осуществлены финансовые вливания и прописаны механизмы организации предоставления услуг в учреждениях первичной помощи. В это же время создавались варианты государственной концепции, последний из которых «Ключевые направления модернизации здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.» предварительно обсуждался в 2011 г.

Реорганизация здравоохранения осуществляется уже на протяжении двух десятков лет. Однако в принимаемых правительством концептуальных программах, в том числе и в перечисленных выше, последствия модернизации применительно к населению не отслеживались. Не было проанализировано, как само население оценивает реализуемые меры в контексте доступности и качества оказываемой медицинской помощи, насколько оно, как потребитель медицинских услуг, удовлетворено предпринятыми со стороны государства мерами. Но главное упущение состоит в том, что нет анализа готовности населения участвовать в модернизационном процессе, с точки зрения его культурных и материальных ресурсов. Но ведь здравоохранение существует в диалоге с населением, нельзя модернизировать один компонент системы, не затрагивая другой и даже не учитывая его параметры.

С этой целью мы проанализировали данные 27 исследований, проведённых за последние 10 лет в различных регионах страны, в которых население или пациенты учреждений первичной помощи давали оценки различным аспектам организации предоставления/получения услуг, и высказывали своё

отношение к преобразованиям в здравоохранении. Задачей было показать, как этот процесс шёл «на самом деле» в оценках населения.

Исследования последних десятилетий продолжают констатировать низкий статус поликлиник в оценках населения, неудовлетворённость качеством и организацией предоставления медицинских услуг, профессиональным уровнем врачей и отношениями с ними [Шилова 2012]. Данные исследований показывают, что проблема доступности первичной помощи для населения остаётся актуальной и до сих пор нерешённой прежде всего для тех групп населения, у которых выше уровень потребности в медицинских услугах. Доступность услуг снижена практически во всех социально-экономических и демографических группах населения. Во-первых, можно констатировать низкий уровень доступности для занятого (работающего или обучающегося) населения: из-за большой потери времени в условиях сложившейся организации предоставления услуг. Во-вторых, доступность снижена для низкодоходных групп населения из-за разветвлённой структуры платных услуг на диагностику, лечение, реабилитацию и дорогие лекарства. В-третьих, доступность услуг снижается с возрастом пациентов и из-за роста тарифов, и из-за плохой организации предоставления услуг. Наконец, для сельского населения с грунтовыми дорогами, нерегулярным и дорогим транспортным сообщением, территориальной удалённостью поликлиник проблема доступности носит характер исключения из сферы медицинского обслуживания. Таким образом, наибольшие трудности в получении доступа к услугам первичной помощи концентрируются в низкодоходных группах пожилых людей, проживающих в сельской местности.

Не менее важной проблемой для современной поликлинической помощи остаётся низкое качество услуг из-за недостаточного и устаревшего диагностического оборудования, недостаток расходных материалов. А врачи поликлиник, работая в таких условиях, не в состоянии поддерживать на должном уровне свои профессиональные навыки.

В качестве первого звена системы здравоохранения поликлиники работают автономно: пациенты отмечают трудности получения направлений на углублённую диагностику и специализированное лечение даже на информационном уровне. Информационные функции по координации диагностики и лечения с помощью других медицинских учреждений вместо поликлиник выполняют неформализованные социальные сети: родственники, знакомые, коллеги, виртуальные социальные сети интернета. Но и внутри самих учреждений координация между общим и специализированным лечением не работает, что не позволяет осуществлять комплексное и целостное лечение пациента. Выборочное повышение зар-

Исследования последних десятилетий продолжают констатировать низкий статус поликлиник в оценках населения, неудовлетворённость качеством и организацией предоставления медицинских услуг, профессиональным уровнем врачей и отношениями с ними.

платы врачам-терапевтам сломало даже тот механизм координации специализированной и терапевтической помощи, который работал до преобразований.

Основная функция первичной помощи – профилактика заболеваний, на которую направлены главные усилия по преобразованию здравоохранения, – по-прежнему не получила дальнейшего развития. Осуществляется усечённая диспансеризация по дешёвым стандартам только в отношении предписанных категорий учащихся и групп работающего в бюджетной сфере населения. Эффективность осуществляемой диспансеризации соответствует величине отпускаемых на неё средств.

Поликлиники не имеют условий для формирования профилактической активности и грамотности населения, для профилактического обслуживания инициативных пациентов. Население, в свою очередь, не видит смысла в профилактической активности на базе поликлиник. Поскольку финансирование не позволяет оснастить современным диагностическим оборудованием все поликлиники, а подчас не хватает и специалистов, то была выбрана стратегия создания специализированных Центров лечебно-профилактической медицины. Но как показывают исследования, в центрах снижаются и профилактическая деятельность и приток пациентов. Врачи, работающие в этих центрах, как правило, не имеют подготовки по оказанию профилактических услуг [Сабгайда, Павлов 2011].

Для того, что бы в профилактической деятельности поликлиник были заинтересованы и врачи и пациенты, нужно создать стандарты первичных и вторичных профилактических услуг и оплачивать их предоставление (как это делается в европейских странах). Пусть в условиях дефицита средств это будут небольшие доплаты, но мотивация медицинских работников уже начнёт создаваться. И, конечно, в подготовку врачей и медсестёр нужно включить дисциплины: «профилактическая медицина» и «основы психологии общения», «социальная профилактика». Это действительно создаст условия для формирования ценности здоровья, улучшит грамотность пациентов, показатели устранимой смертности. В целом это создаст предпосылки для здорового образа жизни в той мере, в какой он зависит от самого населения.

Платные услуги в поликлиниках призваны расширять структуру дополнительных диагностических и лечебных услуг. Но зачастую платные услуги покрывают дефициты поликлиник в диагностических и лечебных материалах. В поликлиниках распространилась практика оплаты приёма врача или на диагностическое обследование без очереди. На самом деле это создаёт по две очереди (платную и бесплатную) на приёме к врачам и диагностику. Пациенты констатируют, что платность услуг не гарантирует качества и даже лучшего отношения к пациентам. Одним из способов добиться если не

Основная функция первичной помощи – профилактика заболеваний, на которую направлены главные усилия по преобразованию здравоохранения, – по-прежнему не получила дальнейшего развития.

нужного качества, то хотя бы внимательного отношения со стороны медицинских работников для пациентов стало развитие теневой оплаты услуг, и это превратилось в развитый рынок со сложившимися традициями. Большинство и городских, и сельских пациентов указывали, что платили за те или иные услуги в поликлиниках вынужденно, потому что у них не было выбора.

Врачи в свою очередь вынуждены оказывать услуги не по медицинским показаниям, а по платёжеспособности пациентов, особенно при подборе лекарств, что приводит к неэффективному лечению и создаёт для врачей определённые моральные трудности. Это в конечном итоге государству обходится дороже на последующих этапах развития болезней. Исследования показывают, что дальнейший рост объёмов и структуры платных услуг невозможен. Проблема неравенства в получении медицинских услуг остаётся и будет нарастать вслед за ростом неравенства доходов среди населения. Политика соплатежей здравоохранения с населением набирает новые обороты: медицинские учреждения будут всё больше ориентированы на доходы от населения. Рост доходов за последний период времени происходил неравномерно: «рост объёма реальных доходов 20% самых обеспеченных (в процентах к общему объёму за годы реформ) составил почти 25%, в то время как для 20% «бедных» объём реальных доходов снизился почти на 18%. А это означает, что богатые группы населения будут иметь институциональные преимущества, что позволит им перетягивать эффекты экономического роста на себя [Шевяков 2010: 66]. Население, особенно низкодоходное, уже исчерпало свои возможности в соплатежах медицинской помощи с государством и реагирует отказом от его услуг.

Предложенный реформаторами механизм конкурентности врачей, а также самих учреждений, направленный на повышение качества предоставляемых услуг и профессионального уровня, фактически не работает. Из-за незавершённости преобразований отсутствует практика правового регулирования отношений врача и пациента. До недавнего времени это было связано с территориальным принципом закрепления за врачами участков с пациентами. Но принцип выбора врача не поддерживается и самими врачами, чтобы не создавать напряжённость в отношениях с коллегами. В предложенной сегодня концепции нет всех необходимых условий для действия механизма конкурентности, в частности пока оплата труда производится не за объём оказанных услуг.

Пациенты в поликлиниках выступают как пассивные потребители услуг, практика защиты их интересов не сформировалась до сих пор. Неудовлетворённое услугами поликлинической помощи население не видит способов и смысла в предъявлении протеста учреждениям здравоохранения как в силу

Предложенный реформаторами механизм конкурентности врачей, а также самих учреждений, направленный на повышение качества предоставляемых услуг и профессионального уровня, фактически не работает. Из-за незавершённости преобразований отсутствует практика правового регулирования отношений врача и пациента.

институционального недоверия, так и в силу собственной правовой неграмотности. Страховая медицина гарантирует только получение медицинских услуг, но не результат лечения.

Помимо инфраструктурных и организационных ограничений, как показывают исследования, пациенты неудовлетворены формальным отношением со стороны врачей, их слабой заинтересованностью в коммуникации. Пациенты раздражены нежеланием врачей обсуждать с ними стратегии лечения, принципы подбора лекарств. Большинство врачей не интересуют условия и особенности жизни пациентов, что даёт основную информацию при диагностике и лечении хронических заболеваний. Сегодня, когда пациент платит за услуги, он начинает проявлять бóльшую заинтересованность в информации о вариантах лечения и его последствиях, но наталкивается на сопротивление врачей, не желающих обсуждать такие темы или подчас не имеющих для этого времени. Но главных препятствий со стороны врачей для углублённого общения с пациентами два: отсутствие у них экономической мотивации на предоставление любой дополнительной информации, и отсутствие психологической подготовки к коммуникации с представителями разных социальных групп пациентов, а также профилактических знаний.

Вместе с тем опросы врачей показывают, что они часто согласны с претензиями пациентов, и объясняют свои промахи перегруженностью, ограниченным временем приёма пациента и необходимостью большого объёма записей в медицинских картах [Максимова 2002].

В 1970-х гг. в результате массового общественного движения в защиту прав пациентов в западных странах патерналистская модель отношений врача и пациента была трансформирована в современную модель «информированного согласия», которая базируется на усилении коммуникативной функции. В России подобной трансформации так и не произошло.

Платные услуги в том виде, как они существуют сегодня, не приводят к персонификации отношений врача и пациента, не способствуют мотивации врача ни к повышению качества услуг, ни к профилактической деятельности в отношении пациентов. Правда, в последней редакции концепции время на приём пациента у врача увеличено до 20 минут, а нормы численности населения, обслуживаемого врачами, снижены. Это несомненно приблизит отношения врача и пациента к новой модели, но разгрузит ли очереди – не ясно.

Подводя итоги, с учётом оценок населением деятельности поликлиник как первичного звена здравоохранения на описываемом этапе времени, мы должны констатировать следующее. До сих пор предпринятые меры ощутимых поло-

жительных результатов не принесли. Сама система первичной медицинской помощи практически оказалась не готова к существенным переменам внутри неё.

Девиантные стратегии поведения населения и их последствия

Из отчетов экспертов ВОЗ по страновым оценкам функционирования систем здравоохранения известно, что любая, сколь угодно эффективная система всегда имеет неудовлетворительные оценки со стороны населения. Потому что пока не создана модель идеальной системы, она всегда будет испытывать определённые ограничения со стороны государства: «Во всех странах признаётся, что существуют определённые ограничения в уровне всеобщего медицинского обслуживания. Вопрос в том, какой это уровень и какие это ограничения» [Тэннер 2011].

Однако неудовлетворённость медицинскими услугами, в частности услугами первичной помощи, у нас не просто растёт на протяжении двух десятков лет реформ, а является питательной средой для развития девиантных стратегий поведения населения при необходимости получения медицинской помощи: обращение за медицинской помощью на поздних стадиях заболеваний (иногда с расчётом попасть сразу в стационар для получения более квалифицированной помощи); отказ от лечения при «лёгких», с точки зрения пациентов, заболеваниях; самолечение, при котором пациенты сами ставят себе диагноз и назначают лечение, черпая информацию из фармакологической рекламы, СМИ, специальной литературы, от сотрудников аптек. Сегодня, когда растёт обеспеченность домохозяйств интернетом, а вместе с этим и практика «лечения» с его помощью. Это не только получение фармакологической и медицинской информации, но в буквальном виде получение советов от врачей – «виртуальное лечение» на основе предоставленных пациентами сведений, а иногда и просто использование обсуждений на форумах по соответствующим типам патологий. Наконец, это обращение к неофициальной медицине. В ответ на рост практик самолечения сформировался огромный рынок альтернативных услуг, в котором, с точки зрения пользователей, преодолены многие негативные моменты официальной медицины.

Эти практики мы оцениваем как девиантные, так как они приводят в лучшем случае к запущенным формам болезней, к обострению имеющихся других хронических заболеваний, к инвалидизации и, в конечном итоге, к преждевременной смерти (обратимся к показателям «сверхсмертности» мужчин трудоспособных возрастов).

Неудовлетворённость медицинскими услугами у нас не просто растёт на протяжении двух десятков лет реформ, а является питательной средой для развития девиантных стратегий поведения населения при необходимости получения медицинской помощи.

Эти практики носят вынужденный характер. Так, опрос ФОМ в 2008 г. в 44 субъектах РФ показал, что 52% предпочитают лечиться самостоятельно, обращаясь за медицинской помощью лишь в самом крайнем случае. Но на уровне установок 53% опрошенных самолечение не одобряют, что подтверждает вынужденность такого поведения [ФОМнибус 13.09.2008]. Наконец, опрос 4 тыс. респондентов, проведённый Минсоцразвития спустя три года, показал те же данные, что и ФОМ [Минсоцразвитие 2011]. Данные исследований показывают, что даже пациентам, имеющим более высокие показатели культуры отношения к здоровью и материальные возможности, приходится отказываться от медицинских услуг первичной помощи. Девиантные стратегии пациентов в отношении здоровья вносят огромный вклад в снижение уровня здоровья населения. В нашей стране ежегодно около 1 млн 800 тыс. человек умирают, не получая медицинской помощи от так называемых «устранимых причин смертности». Это как раз тот показатель, который говорит о последствиях описанных нами стратегий [Михайлова 2010].

Ещё в советские времена бесплатной, но всем доступной медицины, культура самосохранения российского населения отставала от уровня культуры развитых стран. Её характерной чертой являлась готовность к эксплуатации здоровья, сегодня, когда остро стоит проблема доступности медицинских услуг по целому спектру критериев для разных социально-демографических групп населения, культура самосохранения опустилась ещё ниже: к эксплуатации здоровья добавились практики самолечения.

Негативные последствия распространённых стратегий наступают быстро, они уже проявлены в нашей статистике заболеваемости и смертности. Речь идёт не только о снижении уровня здоровья населения и связанных с ним больших социально-экономических потерях государства. Все выявленные стратегии поведения (в том числе и общение с врачами через интернет, обращение к неофициальной медицине) оставляют пациентов незащищёнными с правовой точки зрения, без возможности исправить тяжкие последствия для здоровья вследствие неправильного лечения. Отсутствие правового контроля ведёт в свою очередь к разрастанию стихийных рынков непрофессиональных услуг. Вред от распространения подобных стратегий состоит в том, что они снижают роль в обществе медицинского экспертного знания, снижают мотивацию врачей к наращиванию качества профессиональных навыков. Любое снижение уровня культуры, в какой бы сфере оно не наступило, влечёт за собою длительные сбои в жизни общества и в деятельности социальных институтов.

Наконец, девиантные стратегии населения способствуют дезорганизации самого здравоохранения. Уровень общественного здоровья определяется по показателям обращаемости

населения за медицинскими услугами. По этим показателям определяется потребность населения в различных видах медицинской помощи, прогнозируются и планируются ресурсы и финансирование здравоохранения. Вследствие этого необрацаемость населения за медицинскими услугами искажает информативность существующих показателей, скрывает реальную картину заболеваемости населения.

Борьба с девиантными стратегиями потребует не только решения проблем с доступностью услуг, но времени и необходимых условий для формирования новых ценностей в сфере здоровья и у населения, и у медицинских работников. Перечисленные девиантные стратегии поведения населения при необходимости получения медицинских услуг представляют собою институциональные риски общественного здоровья, которые обладают большой инерционностью.

Природа этих рисков в той или иной степени вытекает из особенностей процесса модернизации первичной помощи. Причём риски появились не как неизбежные последствия смены старых моделей и механизмов новыми, а как следствие недоучёта реформаторами необходимых компонентов социальной политики, прежде всего – особенностей культуры самосохранения населения, его адаптационных ресурсов; игнорирование коммуникационных ресурсов политики в диалоге с населением. Объяснение такой ситуации состоит в следующем. Во-первых, государство в проведении модернизации страны в целом (и в здравоохранении в частности) является монополистом, то есть оно не только определяет направление модернизации и является её инициатором, но выбирает методы и средства. Дефицит ресурсов ни в коем случае не может оправдывать откладывание социокультурной модернизации здравоохранения. Пока государство не заботится о мотивации населения и врачей в инновационной деятельности, пока и те, и другие предполагаются пассивными участниками преобразований, государству не на кого опереться в модернизационных инициативах. В этом случае они будут оборачиваться своей противоположностью – рисками общественного здоровья.

Во-вторых, особенность российского здравоохранения состоит в том, что его «идеологи» принимают ответственность здравоохранения за уровень здоровья населения только исходя из его лечебной функции. В то время как при современном типе патологий здравоохранение должно контролировать всю совокупность факторов, влияющих на здоровье населения, как основной государственный эксперт по проблемам общественного и индивидуального здоровья. Этот контроль должен состоять в привлечении других социальных институтов, включая государство (например, при решении экологических проблем здоровья, качества продуктов питания и т. п.), к формированию общественной и индивидуальной культуры самосохране-

ния, к решению проблем мотивации здорового образа жизни населения и конкретной личности. Министерству здравоохранения пора осознать, что именно оно несёт ответственность за низкую культуру самосохранения населения, в том числе и за девиантные стратегии поведения.

Модернизация здравоохранения нацелена в основном на совершенствование финансовых потоков. Она не учитывает интересы населения, которое ожидает от реформ в первую очередь повышения доступности медицинской помощи и выполнения декларируемых гарантий. Это подтверждается близостью оценок пациентами деятельности здравоохранения независимо от палитры региональных различий систем местного здравоохранения.

Международный опыт модернизации первичной помощи свидетельствует о том, что вливание финансов и оснащение поликлиник современным оборудованием сами по себе не приведут к повышению организационной доступности и качества услуг, которое, в свою очередь, не повысится без изменения модели отношений врача и пациента, так же как сама модель не изменится без дополнительной подготовки врачей. Материалы исследований последнего десятилетия показывают, что это связанные между собой задачи, которые требуют комплексной реализации. Незавершённость или просто игнорирование каких-то элементов того будущего результата, которого предполагается достичь в результате всех преобразований, сводят на нет уже предпринятые усилия. В свою очередь, девиантные стратегии населения при необходимости получения медицинских услуг являются следствием откладывания задач социокультурной модернизации.

Заключение

Реализация социокультурной модернизации здравоохранения связана с восстановлением его роли в структуре общества. Сегодня здравоохранение выступает как социальный институт, который на минимальном уровне взаимодействует с другими социальными институтами в отношении формирования у населения новых норм и ценностей в сфере здоровья. Функция экспертного медицинского знания перестала быть в обществе востребованной на всех трёх уровнях: государством, другими социальными институтами и населением. Основная задача модернизации первичной помощи – расширить понимание профилактической деятельности как для врачей и медицинского персонала, так и для населения, показать, что она намного шире, чем возможности здравоохранения. Речь идёт о создании и внедрении концепции формирования ценности здоровья на общественном и индивидуальном уровнях, о профилактической активности,

о новом балансе ответственности населения и государства за уровень здоровья. В реализации этой концепции есть задачи, предназначенные для других социальных институтов государства: образования, СМИ, права, семьи, института финансирования. Но формулировать эти задачи и добиваться их статуса в социальной политике государства должна система здравоохранения как главный эксперт проблем общественного здоровья.

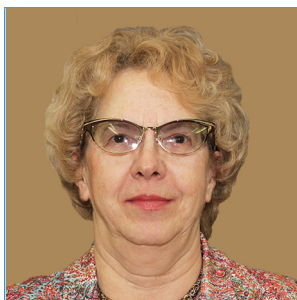
Библиографический список

1. Атун Р. А. 2004. Каковы преимущества и недостатки реструктуризации системы здравоохранения с целью её ориентации на услуги первичной медицинской помощи? // WHO [электронный ресурс]. URL: <http://do.gendocs.ru/download/docs-156847/156847.doc> [дата посещения: 30.11.2008].
2. Горина Е. А. 2012. Индекс человеческого развития в России и других странах мира. Обзор по материалам доклада ПРООН // Spero. № 16. Весна-лето.
3. Государственные расходы на образование в странах Европейского Союза. Российские реформы в цифрах и фактах. 2010 // Общество и экономика. № 2.
4. Денисова И. 2012. Экономика здоровья. // Портал Полит.ру [электронный ресурс]. URL: <http://www.polit.ru/article/2012/04/04/denisova/> [дата посещения: 15.02.2013].
5. Дмитриева Е. В. 2002. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. – М.: Центр.
6. Доклад ООН 2011. Индекс человеческого развития в странах мира 2011 г. // Центр гуманитарных технологий [электронный ресурс]. URL: <http://gtmarket.ru/news/state/2011/11/03/3705> [дата посещения: 17.02.2013].
7. Доклад ЮНЕСКО. 2007. США лидируют по расходам на сферу образования // Центр гуманитарных технологий [электронный ресурс]. URL: <http://gtmarket.ru/news/state/2007/10/17/1400Global Education Digest 2007: Comparing Education Statistics Across the World> [дата посещения: 15.02.2013].
8. Ключевые направления модернизации здравоохранения Российской Федерации до 2020 г. 2011 // Врачебные файлы [электронный ресурс]. URL: <http://www.spruce.ru/text/conceptio/02.html> [дата посещения: 17.02.2013].
9. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. (распоряжение Правительства РФ № 1662-р от 17 ноя-

- бря 2008 г.). 2008 // КонсультантПлюс [электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=law;n=90601> [дата посещения: 15.02.2013].
10. Люблинский В. В. 2008. Модернизация в социальной сфере: тенденции социальной политики в эпоху глобализации // Россия в глобальных процессах: поиски перспективы / Отв. ред. член-корреспондент РАН М. К. Горшков – М.: ИС РАН.
 11. Максимова Т. Н. 2002. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. – М.: PerSe.
 12. Министерство здравоохранения и социального развития РФ. 19.12.2011. Опрос населения // Официальный сайт Минздравсоцразвития РФ [электронный ресурс]. URL: www.minzdravsoc.ru [дата посещения: 10.02.2013].
 13. Михайлова Ю. В. 2010. Применение концепции предотвратимой смертности для оценки ситуации в России // Федеральный справочник. Т. № 10 [электронный ресурс]. URL: <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2010/II/z10-mihaylova%281%29.pdf> [дата посещения: 10.02.2013].
 14. Сабгайда Т. П., Павлов Н. Б. 2011. Возможность оценки результативности медицинской профилактики на основе данных статистической отчетности // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». Вып. от 28 февраля [сетевое издание]. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/260/30/> [дата посещения: 10.03.2013].
 15. Садовничий В. А., Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. 2012. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире. – М.: Экономика.
 16. Тэннер М. 2011. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах мира // Портал Полит.ру [электронный ресурс]. URL: <http://www.polit.ru/article/2011/04/28/tanner/> [дата посещения: 10.02.2013].
 17. ФОМнибус. 2008 г. Самолечение: распространённость практики // Официальный сайт ФОМ [электронный ресурс]. URL: http://bd.fom.ru/report/cat/home_fam/healthca/d083723 [дата посещения: 10.02.2013].
 18. Шевяков А. Ю. 2010. Мифы и реалии социальной политики // Вестник Института социологии. № 1 [сетевое издание]. URL: http://www.vestnik.isras.ru/files/File/Vestnik_2010_01/shevyakov.pdf [дата посещения: 10.02.2013].
 19. Шилова Л. С. 2012. Российские пациенты в условиях модернизации здравоохранения. Стратегии поведения. – Saarbrücken.: Lap Lambert Academic Publishing.

Т е м а н о м е р а : З д о р о в ь е н а с е л е н и я

П о ч е м у н е у л у ч ш а е т с я з д о р о в ь е р о с с и я н ?



Журавлёва Ирина Владимировна – доктор социологических наук, зав. сектором социальных проблем здоровья Центра исследования социальной структуры и социального расслоения ИС РАН

E-mail: zhuriv@mail.ru

Почему не улучшается здоровье россиян?

Аннотация

В статье анализируются социальные причины ухудшения здоровья россиян: отсутствие идеологии здоровья, искажение сути профилактики, необходимость формирования ответственности индивида за своё здоровье, отсутствие системы образования в сфере здоровья.

Ключевые слова: здоровье, профилактика, ответственность за здоровье, обучение заботе о здоровье

В последние годы в России отмечается улучшение демографических показателей – растёт продолжительность жизни и рождаемость, уменьшается смертность населения. Но при этом показатели заболеваемости продолжают ухудшаться у всех групп населения. Только за последнее десятилетие (2000-2010 гг.) увеличилась заболеваемость подростков 15-17 лет в 1,6 раза, населения в целом – в 1,2 раза, возросло число инвалидов – в 1,2 раза [Молодёжь 2010: 34; Здравоохранение 2011: 22]. Это происходит несмотря на активную законодательную деятельность, на недавно принятый Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на утверждённую Правительством РФ «Государственную программу развития здравоохранения РФ», на осуществляемый с 2006 г. Национальный проект «Здоровье», благодаря которому медицина оснастилась современным оборудованием, части врачей повышена заработная плата. Расходы консолидированного бюджета на здравоохранение, физкультуру и спорт за последнее десятилетие увеличились в абсолютном выражении в 11 раз и составили в 2010 г. 3,7% к ВВП (правда, в европейских странах соответствующие доли равны 7-8%, а в США – 7,9%) [Здравоохранение 2011: 274, 278]. Отечественное здравоохранение не только получает всё увеличивающееся финансирование, но и непрерывно реформируется, а текущее состояние здоровья населения – всё хуже и хуже. В чём же причина сложившейся ситуации? Возможно, она объясняется следующими обстоятельствами.

1. В России отсутствует идеология здоровья. Как известно, среди факторов, влияющих на здоровье, доля здравоохранения оценивается в 10-15%. Но и в массовом, и ин-

дивидуальном сознании здоровье привычно ассоциируется, прежде всего, с медициной. Тогда как на здоровье человека влияют ещё условия труда, жилищные условия, особенности досуга, наличие образования, воспитания, поведения. Эти факторы никто не отрицает, но они остаются как бы за скобками. Сложность состоит в том, что «здоровье» редко бывает первостепенным фактором при принятии решений во всех этих сферах жизни. Но, видимо, наступило время изменить взгляд на сложившееся положение.

Сегодня ВОЗ поставила перед всеми странами задачу пересмотра государственных политик в области охраны здоровья с целью возложения ответственности за здоровье народа не на органы здравоохранения, а на правительство в целом при активном участии населения. Это требует эффективной системы анализа и оценки состояния здоровья населения, которая может быть создана с помощью мониторинга. Его роль особенно возросла после изменения ВОЗ основного критерия успешности социальной политики – перехода от ориентации на расходы, выделяемые на нужды здравоохранения, к ориентации на здоровье конкретного человека (популяции). Рекомендации ВОЗ нашли отражение в недавно принятой «Государственной программе развития здравоохранения РФ», стратегической целью которой является «совершенствование системы охраны здоровья в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи» [Государственная программа 2012: 3]. Но анализ содержания программы, показателей и ожидаемых результатов обнаруживает её сугубо медицинскую направленность, связанную с лечением людей, а не с формированием и сохранением их здоровья.

В России сегодня здравоохранение ориентируется исключительно на больных людей, адресуя им почти все социальные и медицинские ресурсы. Социальная политика в сфере здоровья направлена в основном на улучшение качества медицинского обслуживания, а не на формирование санитарно-гигиенической культуры населения, самосохранительного сознания, не на создание условий для оптимального взаимодействия личности и социальных институтов (семьи, образования, СМИ, досуга и т. п.) в сфере здоровья. Сегодня в России объектом социальной политики в сфере общественного здоровья являются массовые заболевания и группы людей, подверженные им. Здоровый человек и здоровое население находятся вне сферы внимания здравоохранения до тех пор, пока у них не появятся заболевания. И чем серьёзнее и тяжелее будут заболевания, тем больший интерес, экономический и научный, они будут представлять для здравоохранения, так как деньги выделяются только на

Отечественное здравоохранение не только получает всё увеличивающееся финансирование, но и непрерывно реформируется, а текущее состояние здоровья населения – всё хуже и хуже.

В России сегодня здравоохранение ориентируется исключительно на больных людей, адресуя им почти все социальные и медицинские ресурсы. Социальная политика в сфере здоровья направлена в основном на улучшение качества медицинского обслуживания, а не на формирование санитарно-гигиенической культуры населения, самосохранительного сознания, не на создание условий для оптимального взаимодействия личности и социальных институтов в сфере здоровья.

лечение больных и на изучение болезней. Тогда как основное внимание необходимо сосредоточить на поддержании здоровья здоровых людей, т. е. нужен принципиально иной взгляд на общественное здоровье.

В 2003 г. была принята «Концепция охраны здоровья здоровых в Российской Федерации» и соответствующая программа её реализации. Значимость этого правового документа, в котором впервые использовано ключевое словосочетание «здоровье здоровых», достаточно велика. Но анализ данной концепции и её результатов за прошедшее десятилетие показывает, что её цели прежде всего связаны с повышением экономической эффективности от внедрения медицинских профилактических программ. И это не случайно, т. к. «местом рождения» концепции является Министерство здравоохранения РФ.

В 2011 г. после долгих обсуждений был принят Федеральный закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Хотя «охрана здоровья» понимается в законе достаточно широко (сюда включаются условия труда, быта, отдыха, воспитания, обучения, питания), но выглядит это в целом как декларация. Потому что 99% статей закона имеют сугубо лечебную направленность. Готовили этот закон по традиции Минсоцразвития РФ, Российская академия медицинских наук, но не были привлечены специалисты из сфер образования, воспитания, спорта.

Последний правовой документ, принятый в конце 2012 г. – Государственная программа «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» не стала исключением по своей медицинской направленности. Таким образом, все силы здравоохранения и раньше, и сейчас направлены на лечение больных людей.

2. В последние годы всё больше говорится о **необходимости усиления профилактики в системе здравоохранения**. Понимание сути профилактики представлено в Государственной программе «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» (далее Госпрограмма) – это «формирование здорового образа жизни населения посредством информирования о факторах риска неинфекционных заболеваний, мотивирования к ведению здорового образа жизни, а также обеспечения для этого условий» [Государственная программа 2012: 60].

Но на практике понимание этих задач Минсоцразвития РФ воплотилось с 2009 г. в осуществление «мероприятий по ограничению потребления населением табака, информационно-коммуникационной кампании и создания Центров здоровья» [Государственная программа 2012: 63]. Нельзя не согласиться с тем, что проведена большая работа, направленная на сокращение потребления табака и алкоголя

изданием законодательных актов, ограничением рекламы, усилением информационного воздействия через СМИ. В сетях вещания «Первого канала» и «Россия 1» регулярными стали программы, пропагандирующие отказ от курения, употребления наркотиков, рациональное питание, физическую активность. Разнообразная информация представлена на сайте «Здоровая Россия» [Здоровая Россия]. В стране открыто более 500 Центров здоровья – это новые медицинские структуры на базе больниц и поликлиник, где человек может один раз в году бесплатно пройти обследование. Население относится к Центрам пока настороженно. Всё это, несомненно, приносит пользу, но мотивация на реализацию здорового образа жизни (ЗОЖ) до сих пор не проводилась, хотя планировалась. Что же намечается в данном направлении в Госпрограмме на период 2013-2020 гг.?

Госпрограмма состоит из 11 подпрограмм и первая из них – «Профилактика заболеваний и формирование ЗОЖ. Развитие первичной медико-санитарной помощи». Среди участников подпрограммы все ведущие министерства и ведомства России – Минфин, МИД, Минобороны, Минэкономразвития, Минэнерго, Росавиация, Росимущество, ФНС, Российская академия наук, но нет ни Министерства образования, ни Министерства спорта, туризма и молодежной политики, ни Министерства природных ресурсов и экологии, имеющих к здоровью самое непосредственное отношение. Из 15 задач подпрограммы 10 имеют лечебный характер, а к числу немедицинских, поведенческих задач относятся: уменьшение потребления табака, алкоголя, соли и повышение потребления фруктов, овощей, увеличение уровня физической активности.

В качестве ожидаемых результатов семилетней работы, названы: снижение употребления табака на 50%, недопущение его употребления детьми, подростками и беременными женщинами (заведомо невыполнимая задача), увеличение продолжительности активной жизни за счёт формирования ЗОЖ и профилактики заболеваний (трудноизмеримый результат) [Государственная программа 2012: 54]. Все рассуждения о формировании у населения ответственного отношения к своему здоровью, о пропаганде ЗОЖ, об обучении навыкам соблюдения правил гигиены, режима труда и отдыха не попали в число отчётных показателей, значит, на их реализацию не будут выделяться средства и, соответственно, не будет результатов. Практически профилактика в Госпрограмме, помимо борьбы с курением, свелась к выявлению болезней и их лечению. Ежегодно на первую подпрограмму в 2013-2015 гг. планируется выделять по 75 млрд руб.

Но даже та профилактика, которая осуществляется сегодня, не приносит значимого результата, поскольку россияне относятся к ней без должной ответственности из-за

низкого уровня культуры здоровья. Например, по результатам диспансеризации в школе, тем ученикам, у которых обнаружены отклонения в здоровье, на руки выдаётся направление к врачу-специалисту – информация для родителей. Дальнейшее зависит от того, насколько серьёзно сам подросток относится к медицинскому направлению: донесёт ли его до родителей или выбросит. Даже если направление родителям доведётся прочитать, их реакция непредсказуема и зависит от большого числа факторов, начиная от недостатка времени, денег и кончая наличием общей культуры. Дошла ли информация до родителей и как они на неё прореагировали – никого не интересует, и родители могут оставаться в неведении относительно хронического заболевания ребёнка, которое тем временем развивается. При самом благоприятном исходе (это примерно 25% случаев) мама с подростком пойдёт на приём к специалисту. Зачастую оказывается, что специалиста нужного профиля в поликлинике нет или попасть к нему сложно. Таким образом, итоговый результат диспансеризации очень низкий. А следовательно и эффективность профилактики, и её содержание в понимании Минздрава РФ (выявление, лечение болезней и борьба с курением) обедняют её истинное предназначение и огромные возможности.

3. Индивиду определена пассивная роль в отношении своего здоровья. Россиянин не привык отвечать за собственное здоровье. Объясняется это характером ответственности за здоровье, которая в виде социальной нормы формировалась в предшествующие десятилетия. В СССР модель поведения индивида в отношении своего здоровья, во-первых, была ориентирована не на сохранение и укрепление здоровья, а на лечение возникающих болезней; во-вторых, обуславливалась патерналистским характером советского здравоохранения (когда бесплатное медицинское обслуживание было доступно для всего населения, что в определённой степени нейтрализовало собственную активность граждан в этой сфере); в-третьих, определялась предшествующим историческим опытом России с её небрежением к жизни отдельного индивида, существование которого было целиком подчинено интересам общества.

Во второй половине XX в. изменились тенденции смертности и заболеваемости, и это актуализировало идею личной ответственности индивида за здоровье. На смену причинам смертности, связанным с острыми и инфекционными заболеваниями, пришли хронические заболевания, объяснявшиеся в значительной степени особенностями образа жизни человека. В 1970-х гг. в западных странах это обусловило осуществление концептуального перехода в политике охраны здоровья от рассмотрения индивида как пассивного потребителя услуг здравоохранения к осознанию его активной роли в сохранении собственного здоровья. Новая политика обеспечения здоровья

Практически профилактика в Госпрограмме, помимо борьбы с курением, свелась к выявлению болезней и их лечению. Но даже та профилактика, которая осуществляется сегодня, не приносит значимого результата, поскольку россияне относятся к ней без должной ответственности из-за низкого уровня культуры здоровья.

Россиянин не привык отвечать за собственное здоровье. Объясняется это характером ответственности за здоровье, которая в виде социальной нормы формировалась в предшествующие десятилетия.

[Health Promotion] сводилась к стимулированию стереотипов поведения, ориентированных на сохранение здоровья, в сочетании с широкой системой соответствующих организационных, экономических, экологических и медицинских мер поддержки [Браун 1996: 132-133]. Изменившаяся социально-экономическая ситуация в стране, увеличение доли платного сектора в системе здравоохранения поставила человека перед необходимостью изменить отношение к собственному здоровью, но это обстоятельство только начинает осознаваться россиянами.

Следует отметить, что именно формирование ответственности за здоровье, потребности в заботе о нём является наиболее сложной проблемой в сфере здоровья, поскольку связано с ломкой психологических стереотипов в сознании людей, которым десятилетиями внушалась мысль о том, что об их здоровье заботится государство. Такая работа предполагает создание системы воспитания и обучения навыкам здоровья различных групп населения, начиная с первых лет жизни человека. Длительность и сложность этого процесса предполагает систематическое, научно обоснованное воздействие на население, формирование соответствующих социальных норм поведения. Результаты этой кропотливой работы будут достигнуты тогда, когда полученные в детстве знания о здоровье превратятся в установки, убеждения, потребности, сформируют поведение на уровне привычки. Этот процесс может продолжаться не одно десятилетие, и только тогда можно надеяться на изменение существующего сегодня у россиян безответственного отношения к своему здоровью. Отмиранию подобных установок способствует, например, возникшая система отбора кадров при приёме на престижную работу, при которой здоровье является одним из маркеров успешности на рынке труда.

Сегодня можно говорить о существовании двух типов ответственности за здоровье. Первый, по данным наших исследований, ориентирован прежде всего на «усилия самого человека» при заботе о здоровье, второй – преимущественно на «условия жизни», когда усилиям человека отводится второстепенная роль. К первому типу относятся в основном лица с хорошей самооценкой здоровья, ко второму – чаще всего с плохой и удовлетворительной (Журавлёва 2006: 74).

Необходимо подчеркнуть, что стремление отдавать приоритет ответственности за состояние своего здоровья внешним обстоятельствам (условиям жизни) является достаточно устойчивой характеристикой массового сознания на протяжении последних десятилетий. В целом ответственность за здоровье больше характерна для молодых людей, лиц с высоким уровнем материальной обеспеченности и хорошим здоровьем.

Однако всё больше россиян осознают важность ответственности за собственное здоровье, главным образом, в результате покупки лекарств, посещения медицинских и спортив-

Сегодня можно говорить о существовании двух типов ответственности за здоровье. Первый, по данным наших исследований, ориентирован прежде всего на «усилия самого человека» при заботе о здоровье, второй – преимущественно на «условия жизни», когда усилиям человека отводится второстепенная роль.

ных учреждений. Объем платных услуг на душу населения за десятилетие (2000-2010 гг.) увеличился: медицинских – в 9,1 раза, санаторно-оздоровительных – в 3,7, физкультурно-спортивных – в 12,6. При этом цены в медучреждениях (за приём специалиста, сдачу анализов крови, удаление зуба и т. п.) возросли более чем в 5 раз, а за разовое посещение бассейна, группы общефизической подготовки – более чем в 7 раз [Здравоохранение 2011: 311]. Выборочные обследования Госкомстата РФ денежных расходов домашних хозяйств (2010 г.) обнаруживают ещё более высокий рост затрат на оплату медицинских услуг – в 10,9 раза, санаторно-оздоровительных – в 21,4, физкультурно-спортивных – в 53 раза. [Здравоохранение 2011: 262]. Наличие оплаты – не единственная проблема, поскольку число организаций отдыха и спорта разного профиля продолжает сокращаться – за последнее десятилетие общее число учреждений отдыха уменьшилось в 1,3 раза, а число отдохнувших в них – в 1,4 раза [Здравоохранение 2011: 212].

Таким образом, ни собственные финансовые возможности, ни условия жизни в виде материальной базы поддержания здоровья не способствуют изменению существующих тенденций в состоянии здоровья россиян.

Но если даже россиянин вопреки всему хочет заботиться о здоровье, он далеко не всегда знает, как именно это надо делать. По данным наших исследований, до 40 % респондентов, будучи недостаточно информированными в вопросах здоровья, затрудняются с выбором действий. Логичным было бы повысить уровень санитарно-гигиенической культуры населения введением образовательных программ.

Но Госпрограмма предлагает другой путь – «формирование в обществе понимания и принятия обществом культуры взаимных обязательств. Это понимание должно включать не только обязательства со стороны государства по обеспечению охраны здоровья, но и обязательства граждан заботиться о собственном здоровье, соблюдать определённые нормы и правила» [Государственная программа 2012: 31]. Разумная идея, но для того, чтобы соблюдать эти нормы и правила, их надо знать. Существующая сегодня пропаганда ЗОЖ силами телевидения, радио, рекламы всех видов явно недостаточна для охвата всех категорий населения, особенно это касается детей и подростков.

Далее в Госпрограмме отмечается, что в случае принятия гражданином на себя обязательств по ответственному отношению к собственному здоровью (периодическое прохождение профилактических осмотров, вакцинации, соблюдения предписаний врача), ему гарантируют необходимый объём качественной медицинской помощи. Предполагается, что система охраны здоровья будет представлять собой «культурный про-

Но если даже россиянин вопреки всему хочет заботиться о здоровье, он далеко не всегда знает, как именно это надо делать.

ект социального партнёрства гражданина и государства. Это требует переходного периода, в ходе которого каждый гражданин сделает свой выбор» [Государственная программа 2012: 9]. До сих пор у нас была дифференциация по экономическому положению, теперь может появиться аналог по поведению в сфере здоровья. Индивида хотят сделать партнёром государства в сфере здоровья, но для этого ему нужны знания, права и материальные условия, возможности для поддержания здоровья. Пока все эти компоненты партнёрства присутствуют в ограниченном масштабе. Очевидно лишь намерение переложить на человека не только материальную, но и моральную ответственность за своё здоровье.

4. В стране отсутствует система воспитания, обучения заботе о здоровье. Потребность в такой системе стала актуальной в последние десятилетия, когда перед населением возникла задача изменить существующие стереотипы сознания и поведения. Но оказалось, что люди к этому не готовы психологически, у них нет необходимых знаний, и они не представляют, где их получить. Поскольку процесс формирования потребностей и установок весьма сложный и длительный, целесообразно говорить о нём прежде всего в связи с детьми и подростками, тем более, что их состояние здоровья характеризуется крайне негативными тенденциями на протяжении нескольких десятилетий.

Только за 2000-2008 гг. заболеваемость детей 0-14 лет увеличилась на 25%, подростков 15-17 лет – на 41% [Российский статистический 2007: 288; Здравоохранение 2009: 122, раздел 2.64]. В структуре заболеваний у детей и подростков преобладают болезни системы кровообращения, крови и кроветворных органов, костно-мышечной системы и врождённые аномалии. Максимальные темпы прироста отмечены в пределах 4,5-4,9 раза у детей, 1,5-1,8 раза – у подростков (у взрослых по тем же болезням – увеличение в 1,2-1,5 раза) [Российский статистический 2009: 268]. Каждый четвёртый подросток 15-18 лет курит, при этом доля курящих среди юношей составляет 30,1%, среди девушек – 17,8%. Но по мере взросления число курящих резко возрастает, и среди 19-24-летних курит уже половина, в том числе – 62,1% юношей и 37,9% девушек [Молодёжь 2010: 61].

Разработчики Госпрограммы осведомлены о том, что в здоровье детей «сформировались устойчивые негативные тенденции». Среди этой возрастной группы населения «растёт заболеваемость, инвалидность, ухудшается физическое развитие, остаётся высокий уровень смертности. Серьёзной проблемой остаётся состояние детородной функции подрастающего поколения – около 1/3 подростков имеют изменения репродуктивного здоровья. Более 40% мальчиков страдают болезнями, которые в дальнейшем могут ограничить возможность

реализации репродуктивной функции» [Государственная программа 2012: 179, 89, 32]. Очень большая распространённость среди подростков и молодёжи негативных видов поведения заставляет медиков опасаться того, что в ближайшие 10-20 лет ухудшится ситуация со смертностью от неинфекционных заболеваний среди лиц в возрасте 35 лет и старше.

Все эти данные с неизбежностью заставляют разработчиков Госпрограммы прийти к выводу о том, что «формирование здорового образа жизни детей должно осуществляться фактически с момента их рождения в семье, дошкольном учреждении и школе практически непрерывно посредством формирования соответствующих ценностей». Представление о том, как видят этот процесс чиновники Минздрава РФ, даёт лишь один фрагмент Госпрограммы: «В школе информация о здоровом образе жизни помимо занятий на специальных уроках по предмету «Основы безопасности жизнедеятельности» должна доводиться до учеников во всех возможных ситуациях в процессе всего периода обучения, но неназойливо и незаметно, например, через материал для рекомендованного чтения, через условия задач по математике и физике, курс биологии и т. п.» [Государственная программа 2012: 75-76]. Очевидно, что работники Минздрава РФ весьма далеки от школьных проблем и, видимо, не понимают, что введение обучения заботе о здоровье в школе невозможно осуществить «неназойливо и незаметно».

Сегодня школа наносит урон здоровью каждого ребёнка. В школе нет предмета, обучающего заботе о здоровье. Современная школа не имеет концепции сохранения и укрепления здоровья детей, воспитания осознанного отношения к собственному здоровью. Вместе с тем возможно позитивное многофункциональное воздействие школы в этом направлении: оно может осуществляться через организацию учебного процесса, питания, обеспечение физического развития, психологическую коррекцию, борьбу с девиантными видами поведения, формирование позитивного отношения к здоровью. Педагоги по различным школьным предметам могут заниматься обучением заботе о здоровье детей, но не занимаются, так как ни для кого это не является отчётным показателем работы, и потому, как правило, нет результатов. Ещё одно важное обстоятельство: подростку, помимо суммы знаний о здоровье, необходим положительный пример учителя, который не курит, занимается спортом, реализует в собственной жизни хотя бы часть того, чему учит. Преподавание предмета «здоровье» должно включать специальные формы обучения (ролевые игры, тесты, тренинги и пр.), предусматривающие активное соучастие школьника в формировании собственного здоровья, соответствующей потребности в нём.

Достаточно распространённым является мнение о том, что обучать навыкам здоровья должна семья. Действительно, функции семьи в формировании отношения к здоровью очень важны. Они состоят в том, чтобы привить навыки заботы о здоровье, правильно организовать режим труда и отдыха, обеспечить качественным питанием, своевременно обратиться к врачу в случае болезни, позаботиться о гармоничном физическом и психическом развитии ребёнка, передать ему определённый набор сведений о своём организме, о вредных для здоровья привычках, привить навыки оказания первой помощи, то есть обеспечить ребёнку определённый уровень грамотности в вопросах здоровья. Считается, что эти данные доступны и понятны взрослым людям с любыми социально-демографическими характеристиками. Но наши исследования показывают, что более половины взрослого городского населения не знают, какие лекарства им противопоказаны, не помнят о перенесённых инфекционных заболеваниях, треть – не знают своё верхнее и нижнее давление, четверти опрошенных не известна собственная группа крови [Журавлёва 2006: 76-77]. Трудно винить семью в отсутствии подобных сведений, это – показатель общей низкой культуры, в том числе гигиенической. Следствием этого является также курение и неумеренное употребление алкоголя родителями, подающими пример своим детям. По данным международного исследования «Здоровье подростков и окружающая среда», курящие отцы были у 48% опрошенных российских подростков, у 26% финских и 43% – эстонских, курящие матери – у 13, 24 и 31% подростков соответственно по странам [Журавлёва 2002: 156].

Проецирование образа жизни родителей на ребёнка с первых дней его жизни приводит к формированию соответствующего состояния здоровья. Чем грамотнее осуществляется уход, лечение и гигиеническое воспитание ребёнка, тем он здоровее. Проблема в том, как воспитать грамотных родителей. Для статуса родителей очень важен уровень образования, поскольку рядом исследований доказана прямая зависимость между образовательным уровнем родителей, особенно матери, и состоянием здоровья детей, начиная с процесса родов, развития в детстве и самочувствия в подростковом возрасте. Установлена прямая зависимость самооценок здоровья подростков от уровня образования их родителей. Аналогичные зависимости прослеживаются и в других исследованиях в связи с курением, медицинской информированностью и экологическим поведением [Гурко 1996].

Воспитание грамотных родителей эффективнее всего осуществлять в общеобразовательной школе путём систематического преподавания предмета «Здоровье». Причём, вести этот предмет должен специально подготовленный педагог (а не наспех переученный военрук) с широким кругозором, эруди-

Проецирование образа жизни родителей на ребёнка приводит к формированию соответствующего состояния здоровья. Чем грамотнее осуществляется уход, лечение и гигиеническое воспитание ребёнка, тем он здоровее. Проблема в том, как воспитать грамотных родителей.

цией, осознающий место и роль человека в природе, обществе. Преподавателю предмета «здоровье» предстоит формировать разумное отношение к здоровью не только у школьников, но и у их родителей. Это достигается проведением семинаров и конференций для родителей, что уже делается в ряде регионов. Но отдельные примеры не могут решить проблему здоровья в масштабах страны. Требуется комплексный подход к данной проблеме на государственном уровне.

Необходимо также учитывать, что потребность в здоровье не может существовать сама по себе. Жизнь для человека значима только тогда, когда она наполнена смыслом, социальным содержанием. Поэтому потребность человека быть здоровым реализуется только при условии её соединения с представлениями о собственном социальном предназначении. На эмпирическом уровне ценность здоровья у человека с самого начала его сознательной жизни должна быть связана с успешностью карьеры, престижем или хотя бы модой на здоровье. Подобная мода может стать важным инструментом в той идеологии здоровья, которую рано или поздно, но обязательно создадут в нашей стране.

5. Руководство сферой охраны здоровья. Завершим перечень обстоятельств, мешающих российскому населению стать здоровым, рассмотрением того, с чего, по сути, всё начинается – с руководящей структуры, которая должна обеспечить взаимодействие всех компонентов сложного процесса сохранения и обеспечения здоровья нации. Сегодня этим, как уже отмечалось, занимается Министерство здравоохранения РФ. Негативные результаты этого руководства мы наблюдаем в течение ряда десятилетий. Только за последние 20 лет «существенно возросло число случаев заболеваний, приводящих к смерти. Число случаев заболеваний системы кровообращения возросло в 2 раза, онкологических – на 60%. Число болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, приводящих к инвалидности, возросло в 2 раза» [Государственная программа 2012: 8]. Так в Госпрограмме аргументируется важность предстоящей работы.

Анализ сложившейся ситуации позволил авторам Госпрограммы прийти к выводу, что в соответствии с рекомендациями ВОЗ «выполнение этих задач в рамках только системы здравоохранения невозможно и требует широкого межсекторального многоуровневого взаимодействия» [Государственная программа 2012: 13]. Разумный вывод, хоть и сделанный с десятилетним опозданием. Действительно, заниматься здоровьем нации должны все ведомства, имеющие к этому отношение, но их работа невозможна без опоры на законодательство. В связи с этим представляется актуальным введение юридических гарантий во всех сферах жизнедеятельности по критерию здоровья. К ним относятся глобальные сферы (энергетическая,

Необходимо учитывать, что потребность в здоровье не может существовать сама по себе. Жизнь для человека значима только тогда, когда она наполнена смыслом, социальным содержанием.

продовольственная, демографическая, экологическая) и сферы, непосредственно связанные со здоровьем человека – медицина, социальная инфраструктура, охраны труда, отдыха и т. п.

Целесообразно было бы создание межведомственной структуры на правительственном уровне, призванной преодолеть ведомственную разобщённость. Эта структура занималась бы комплексным решением проблем охраны здоровья во всех сферах жизни. В ряде стран имеется опыт создания таких управленческих структур. Подобная система заботы о здоровье граждан существует, например, в Швеции, где, в соответствии с законом с 1991 г., все национальные государственные и общественные организации, учреждения и органы власти обязаны докладывать парламенту о конкретных действиях, направленных на охрану здоровья населения. Учреждён Институт общественного здравоохранения, который разрабатывает механизмы, способы планирования, мониторинга и информирования граждан по данной проблеме.

У нас аналогичной структуры до последнего времени не было, но в октябре 2012 г. была создана правительственная комиссия по охране здоровья граждан во главе с Председателем Правительства РФ. В её состав вошли 15 министров, 20 президентов, председателей, руководителей самого высокого ранга различных ведомств, государственных и общественных организаций и 4 главы религиозных конфессий. Конечно, столь представительной комиссии доступно всё, кроме повседневной работы по формированию у населения потребности в заботе о собственном здоровье. Для этого нужен координирующий орган, в состав которого вошли бы представители основных направлений, связанных с охраной здоровья. К числу таких направлений относятся: трудовая деятельность, жилищно-бытовые условия, питание, занятия физкультурой и спортом, организация досуга, окружающая среда. С созданием такого нового формирования социальная политика в сфере здоровья получила бы возможность расширить зону своего воздействия на все аспекты, связанные со здоровьем населения, независимо от их ведомственного подчинения.

Завершая рассмотрение обстоятельств, мешающих россиянам быть здоровыми, следует подчеркнуть прежде всего не медицинский, а социальный характер этих проблем, решение которых возможно только на государственном уровне. При этом стоит отметить важность создания идеологии здоровья, направленной на здоровье здорового человека. Для этого процесс формирования установок на здоровый образ жизни должен стать значимым аспектом (особенно для детей и подростков) в профилактической работе системы здравоохранения и войти в Государственную программу «Развитие здравоохранения Российской Федерации» на 2013-2020 гг. в виде конкретных показателей. Индивид должен нести ответственность за

Целесообразно создание межведомственной структуры на правительственном уровне, призванной преодолеть ведомственную разобщённость. Эта структура должна заниматься комплексным решением проблем охраны здоровья во всех сферах жизни.

своё здоровье после того, как получит необходимую для этого информацию (оптимально – в системе дошкольного, школьного и вузовского образования) и материально-технические возможности для реализации потребностей в здоровом образе жизни. Реорганизацией нынешней системы здравоохранения в новом направлении должна заниматься руководящая структура, объединяющая представителей всех отраслей и ведомств, связанных со здоровьем населения.

Библиографический список

1. Браун Дж. В., Русинова Н. Л. 1996. Социокультурные ориентации сознания и отношение к индивидуальной ответственности за здоровье, автономности пациента и медицинскому патернализму // Качество населения Санкт-Петербурга II / Отв. ред. Б. М. Фирсов. – СПб.: Европейский Дом.
2. Государственная программа «Развитие здравоохранения в Российской Федерации». 2012 // Сетевой архив Nginx [электронный ресурс] URL: http://img.rg.ru/pril/article/69/49/25/Proekt_Zdravoochranenie.pdf [дата посещения: 18.02.2013].
3. Гурко Т. А. 1996. Особенности развития личности подростка в различных типах семей // Социологические исследования. № 3.
4. Журавлёва И. В. 2002. Здоровье подростков: социологический анализ. – М.: Институт социологии РАН.
5. Журавлёва И. В. 2006. Отношение к здоровью индивида и общества. – М.: Наука.
6. Здоровая Россия [электронный ресурс] // URL: <http://www.takzdorovo.ru/> [дата посещения: 18.02.2013].
7. Здравоохранение в России. 2009 а. Статистический сборник. – М.: Росстат.
8. Здравоохранение в России. 2009 б. Статистический сборник // Официальный сайт ФГС РФ [электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b09_34/IssWWW.exe/Stg/d1/02-64.htm [дата посещения: 18.02.2013].
9. Здравоохранение в России. 2011. Статистический сборник. – М.: Росстат.
10. Молодёжь в России. 2010. Статистический сборник ЮНИСЕФ. – М.: Росстат.
11. Российский статистический ежегодник. 2007. – М.: Росстат.
12. Российский статистический ежегодник. 2009. – М.: Федеральная служба государственной статистики.

Следует подчеркнуть прежде всего не медицинский, а социальный характер проблем охраны здоровья, решение которых возможно только на государственном уровне. Необходимо создание идеологии здоровья, направленной на здоровье здорового человека.

В о п р о с ы т е о р и и

Политическая экономия этничности



Колье Пол (Collier Paul) – профессор экономики, директор Центра по изучению экономики африканских стран при Оксфордском университете, сотрудник Колледжа Св. Антония

E-mail: paul.collier@economics.ox.ac.uk

Политическая экономия этничности¹

Аннотация

Автор рассматривает влияние фактора этнической неоднородности на производительность экономики и возможность серьёзных конфликтов в обществе. В статье последовательно доказывается тезис о том, что существует связь между этнической неоднородностью и риском возникновения жестоких конфликтов, но эта связь нестрогая. Общества, в большей степени подверженные риску конфликтов, как правило, занимают срединное положение на шкале этнической неоднородности².

Ключевые слова: этничность, политическая экономия, этническая неоднородность, конфликт

В статье³ рассматривается влияние фактора этнической неоднородности на эффективность экономики и возможность серьёзных конфликтов в обществе. Неоднородность чревата различными пагубными микроэкономическими последствиями, нередко приводящими к сокращению влияния государственного сектора экономики, распространению практик патронажа и уменьшению уровня доверия между людьми. При этом масштабы влияния неоднородности на показатели экономического роста всегда зависят от политической конъюнктуры. В ситуации ограничения политических прав неоднородность очень деструктивно воздействует на экономический рост, однако при демократии влияние неоднородности не столь значимо. Существует связь между этнической неоднородностью и риском возникновения жестоких конфликтов, но эта связь нестрогая. Общества, в большей степени подверженные риску конфликтов, как правило, занимают срединное положение на шкале этниче-

¹ Автор хотел бы поблагодарить Anke Hoeffler за серьёзную исследовательскую помощь, оказанную на протяжении всего процесса подготовки материала, а также Mans Söderbom за помощь в работе над частью, посвящённой функциям риска (см. таблицу 4).

² Перевод выполнила Раиса Эдуардовна Бараш – кандидат политических наук, научный сотрудник Центра комплексных социальных исследований ИС РАН, E-mail: raisabarash@gmail.com.

³ Статья подготовлена в рамках ежегодной конференции Международного банка, посвящённой развитию экономики, г. Вашингтон, федеральный округ Колумбия (США), 20-21 апреля 1998 г. Содержащиеся в данной статье информация, интерпретация и выводы, полностью отражая мнение автора, могут не соответствовать позиции Международного банка, его руководства, а также стран-участниц.

ской неоднородности. Общества с высокой степенью этнической неоднородности, например, африканские, как ни странно, даже безопаснее гомогенных обществ. Демократическая Африка, таким образом, может извлечь выгоду из своей этнической неоднородности – уменьшая риск насилия при одновременном исключении потенциальных затрат в результате снижения темпов экономического роста. Однако уровень доходов и соблюдения политических прав тоже важен в контексте риска жестоких конфликтов и их перерастания в широкомасштабную гражданскую войну. В случае вступления общества в такую войну соотношение сил должно измениться. Стабильность конфликтов и успешность их разрешения в большей степени, чем их начало и эскалация, зависят от этнической структуры, в меньшей – от доходов и политических прав. Следовательно, для некоторых вариантов мирного урегулирования может потребоваться изменение границ в целях увеличения (или сокращения) этнической неоднородности государства.

Политическая экономия этничности

Большинство развивающихся стран этнически неоднородны. Многие годы социологи предпочитали не принимать во внимание неприглядный фактор этнической идентичности. Тем не менее, ряд недавних наблюдений аккумулировались в представление о том, что проявление этнической идентичности негативно сказывается на экономических показателях. Истерли и Левайн [Easterly, Levine 1998], наиболее полно отразившие данный вопрос в своих исследованиях, не только пришли к выводу, что совокупный уровень разнообразия значительно снижает темпы экономического роста, но и предположили, что это объясняет низкие показатели экономического прироста в Африке – на континенте наиболее этнически неоднородных стран. Не удивительно, что такой вывод в самой Африке был воспринят без энтузиазма – как не только не объясняющий причин деструктивности неоднородности, но и не содержащий каких-либо выводов, полезных для сферы экономической политики. Единственным следствием данного вывода кажется лишь призыв «не живите здесь». Кроме того, данный вывод можно трактовать ещё и так: этническая неоднородность увеличивает риск жестоких конфликтов. Например, согласно недавнему сообщению Международного банка на основании данных мониторингового исследования, «этническая неоднородность может привести к усугублению междоусобицы внутри страны» [World Bank 1997]. В пользу этой трактовки свидетельствуют как отдельные случаи межэтнического насилия, так и их совокупность: в Африке не только самый высокий уровень этнического разнообразия, но и наивысшее число пре-

Ряд недавних наблюдений аккумулировались в представление о том, что проявление этнической идентичности негативно сказывается на экономических показателях.

цедентов гражданских войн. В принципе, одно это могло бы стать достаточным основанием для иллюстрации экономических последствий неоднородности.

Даже если можно точно установить, каким образом этническая неоднородность негативно влияет на экономику, исследование этого может показаться малоперспективным. Нет ничего, что страна могла бы легитимно предпринять в отношении своего этнического состава, и едва ли можно попустительствовать таким нелегитимным мерам, как этнические чистки. В данной статье я демонстрирую практически полезные результаты исследования, содержащего весьма оптимистические выводы. Я говорю о том, что последствия неоднородности не столь губительны, как это обычно представляется. В одном важном (скорее интуитивно понимаемом) аспекте неоднородность благоприятна. Вера в то, что этническая неоднородность повышает риск насилия, должна быть признана заблуждением. По достижению определённого уровня неоднородности дальнейшее её увеличение сокращает риск насилия.

Утверждаю, что пагубные последствия этнической неоднородности, в первую очередь, в экономической сфере, могут быть преодолены политическими мерами. Полагаю, что политические меры разрешения таких проблем существуют. Далее я рассматриваю проблему, обусловленную умеренным уровнем этнической неоднородности, увеличивающим риск жестоких конфликтов. Согласно статистическим данным, средний уровень неоднородности в развивающихся странах и является умеренным. Я исследую возможность политического решения этнических конфликтов для стран, находящихся в наиболее критическом положении.

Этническая неоднородность, политические институты и экономическая эффективность

Истерли и Левайн [Easterly, Levine 1998] в своих работах проводят идею, что этническая неоднородность коррелирует с медленными темпами экономического роста, что частично объясняется связью между неоднородностью и неэффективной экономической политикой. Базируясь на данной гипотезе, авторы вполне обоснованно делают вывод, что неоднородность может заметно усложнить для участников политического процесса совместное решение проблем – то есть альтернативу конкуренции в рамках «игры с нулевой суммой». Причём эти авторы зафиксировали не только политическое, но и остаточное негативное влияние этнической неоднородности.

Если Истерли и Левайн рассматривают влияние этнолингвистической неоднородности на национальном уровне, то Алесина, Бакир и Истерли [Alesina, Baqir, Easterly 1997] – на

Пагубные последствия этнической неоднородности, в первую очередь, в экономической сфере, могут быть преодолены политическими мерами.

локальном, ориентируясь на результаты исследования американских городов. Эти исследователи полагают, что этническая неоднородность американских городов сокращает эффективность работы муниципалитетов при оказании общественных услуг; доказывают, что неоднородность уменьшает эффективность инициатив социальных служб, направленных на проведение продуктивной политики, через увеличение издержек на преодоление негативных последствий неоднородности. Установленная закономерность, по утверждению авторов, справедлива и в отношении государственного сектора рынка труда в Гане. Коллье и Гарг [Collier, Garg 1998] аналогичным образом используют территориальную разбивку данных по городам, проранжированным на основании информации о локальном доминировании в них различных родовых кланов. Они утверждают, что, несмотря на предпринимаемые государством ограничения, племенные и родственные группы всё равно будут выполнять функции патронажных систем, сводя эффективность государственных мер развития к минимуму и поддерживая преобладание доминирующей родственной группы. Коллье и Гарг через отслеживание личных данных рабочих установили, что в государственном секторе экономики¹ локально доминирующие группы добиваются для своих представителей 25% -го повышения оплаты труда. Контрастирует с этим частный сектор, где подобное повышение не фиксируется вероятно потому, что в частном секторе сильнее стимул к сдерживанию патронажа родственных групп. Следовательно, в добавление к ухудшающейся макроэкономической политике, этническое разделение может уменьшить эффективность деятельности социальных служб.

Возможен и такой вариант ситуации: этническая неоднородность может повредить экономическому процветанию, если она мешает формированию «социального капитала» и доверия, приводя тем самым к высоким транзакционным издержкам. До настоящего времени проблема формирования доверия изучалась главным образом Патнэмом и, в основном, на микроуровне [Putnam 1993]. Этническая неоднородность понималась как преимущество при формировании доверия внутри этнической группы, однако влияние этого фактора на общество в целом, насколько известно, не исследовалось. В данной статье рассматриваются доступные для сравнения по международным показателям данные 23 стран, в которых уро-

¹ Государственный сектор экономики, вне зависимости от форм собственности, будь то государственные, смешанные или частные компании, охватывает ключевые, общенациональные и стратегические сферы экономики, такие как сельское хозяйство, топливно-энергетический комплекс, транспорт, связь и телекоммуникации, оборонные и научно-технические комплексы, здравоохранение и социальная сфера, космос, мировой океан и т. п. Работа этого сектора регулируется законодательством и нормативной деятельностью регулятивных ведомств администрации, как независимых [independent agency], так и входящих в структуры министерств (прим. переводчика).

вень доверия измеряется посредством тщательного изучения установок, позволяющих определить возможность в некоем обществе доверия к чужакам. Патнэм [Putnam 1993] утверждает, что доверие внутренне обусловлено особыми формами социального взаимодействия. Несмотря на это, социальное взаимодействие в рамках доверия должно быть эндогенно по отношению к своим издержкам, и поэтому я апеллирую к более традиционному – экономическому – способу объяснения доверия с точки зрения издержек, с которыми акторы сталкиваются, принимая решение об участии в социальном взаимодействии.

Потенциально этнические неоднородности могут создавать дополнительный барьер для социального взаимодействия, снижая тем самым доверие. Я замещаю показатель издержек социального взаимодействия показателем плотности телефонной сети и пространственной плотности населения. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Этническая неоднородность – барьер для доверия^{1*}?

Переменная	Коэффициент	<i>t</i> -statistic
Этническая неоднородность – <i>b</i>	-0,14	-1,3
Плотность телефонной связи (<i>ln</i>) – <i>c</i>	16,35	6,2
Плотность населения – <i>d</i>	-0,17	-3,0
Плотность населения, возведённая в квадрат – <i>e</i>	0,00043	2,9

*Число исследуемых стран $n=23$. Скорректированный коэффициент детерминации $r^2=0,62$. Критерий Фишера $F=10,11$.

Предваряя обсуждение воздействия этничности, я бы хотел кратко прокомментировать другие переменные, поскольку они представляют определённый интерес сами по себе. Доверие объясняется через издержки социального взаимодействия, и плотность телефонной связи – чрезвычайно важный фактор². Показатель плотности населения возводится в квадрат: люди доверяют своим соседям, когда их немного или, напротив, если плотность населения очень

¹ Доверие – зависимая переменная по шкале от 0 до 100. Модель измерения доверия: t -statistic. $\text{Доверие} = a + b + c + d + e + u$, где “*a*” – свободный член уравнения регрессии, “*u*” – остаточный член; “*b*”, “*c*”, “*d*”, “*e*” устанавливаются и фиксируются в первом столбце таблицы 1. Данные получены из the World Value Survey, источник данных о плотности телефонной связи и населения – The World Bank Development Indicators [см.: The World Bank Development Indicators], об этнической неоднородности – работа Мауро [Mauro 1995]. Обратите внимание, что $n=23$, т. е. выборка очень мала, и поэтому результаты следует интерпретировать с осторожностью. Это одна из причин, по которой в статье регрессия не рассматривается более подробно.

² Плотность телефонной сети может, конечно, использоваться для альтернативного представления и других факторов, в частности дохода. Несмотря на то, что доход внутренне обусловлен доверием, он напрямую не используется для контроля. Тем не менее, плотность телефонной сети является гораздо более значимым и сильным фактором в сравнении с другими видами инфраструктуры, в такой же степени связанными с доходом.

велика. К сожалению, эффект этнической неоднородности очень сложно интерпретировать. На допустимом уровне он статистически незначителен, однако не настолько, чтобы можно было аргументированно доказать его малую значимость. Если коэффициент отрицателен и довольно высок, различие между наименее и наиболее этнически разделёнными обществами отображается в одном стандартном отклонении – снижении доверия. Подобное предположение, хотя и с низкой долей достоверности, доказывает, что этническая неоднородность является барьером в формировании доверия.

В результате представляется, что этническая неоднородность весьма негативно отражается на таких аспектах экономического развития, как экономический рост, макроэкономическая политика, муниципальное управление, формирование заработной платы в государственном секторе экономики, а также причины доверия. Далее я бы хотел сосредоточиться на влиянии этнической фракционности на политические институты.

Демократия потенциально может способствовать проведению правительством разумной экономической политики, а также устанавливать рамки, ориентируясь на которые, группы могут достигать взаимовыгодных результатов. Я начал с базовой регрессии, с помощью которой объяснил рост ВВП на душу населения в период 1960-1990 гг., используя традиционный набор структурных характеристик неполитического характера: исходный уровень ВВП на душу населения, темпы роста населения, наличие выхода к морю (см. таблицу 2). Были исключены все политические переменные, поскольку они могли пониматься как присущие этнической неоднородности. К анализируемым переменным добавлена этнолингвистическая неоднородность (ЭЛН), определяемая в промежутке от 0 до 100, а также уровень демократичности политических прав, ранжируемых в диапазоне от 1 (полностью демократические) до 7 (отсутствие политических прав)¹.

Значимы все переменные: демократия увеличивает темпы экономического роста, этническая неоднородность уменьшает их. Кажется, что этническая неоднородность приносит значительные убытки: в сравнении с гомогенными обществами в наиболее этнически неоднородных показатели

¹ Ранжирование параметра «политические права» выполнено с использованием Gastil-индекса. Это субъективная оценка ряда таких фундаментальных атрибутов, как значимость выборов, справедливость избирательного законодательства и возможности агитации, право голоса электората, наличие политической конкуренции, свидетельствующей о возможности смены политической власти через выборы, значительное оппозиционное голосование, свобода от внешнего или военного контроля за внутренней политикой, самоопределение меньшинств или плюрализм, децентрализация политической власти и попытка политических агентов достичь консенсуса по вопросам национальных отношений. При этом объективно индекс Gastil довольно тесно коррелирует с другими показателями, такими как индекс Боллена и Хьюмана (см. дискуссию в работе Феддерке и Клитгаард [Forthcoming 1998]).

экономического роста ниже примерно на 1,6%, а уровень стационарного дохода составляет лишь одну пятую часть (дохода в гомогенных обществах).

Таблица 2

Две регрессионные зависимости экономического развития от этнической фракционности и демократии (по 94 странам)*

Переменная	Базовая регрессия**		Эффект взаимодействия***	
	Коэффициент	t-statistic	Коэффициент	t-statistic
Константа	10,73	3,42	9,2	3,55
Логарифм ВВП	-0,90	-2,55	-0,81	-2,59
Логарифм численности населения	-0,73	-2,05	-0,86	-2,54
Выход к морю	-1,01	-1,85	-0,99	-1,84
ЭЛН	-0,0156	-2,22	-	-
Политические права	-0,26	-1,73	-	-
ЭЛН – Политические права			-0,0043	-3,22

*Число изучаемых стран $n=94$.

**Скорректированный коэффициент детерминации $r^2=0,16$. Критерий Фишера $F=4,63$.

***Скорректированный коэффициент детерминации $r^2=0,18$. Критерий Фишера $F=6,20$.

Попытаюсь определить, как связаны этническая неоднородность и демократия. Потенциально эффект взаимодействия может быть как позитивным, так и негативным. Рискуя «скалиться» в упрощение, я устанавливаю различие между реальной политикой и политикой идентичности.

Формально политическая система участвует в реализации экономической политики двумя способами. Во-первых, она создаёт символический капитал и сотрудничество. Во-вторых, избиратели «наказывают» правительство, проводящее неэффективную экономическую политику и настаивающее на том, что проводимая им политика эффективна. По контрасту с этим, политикой идентичности гражданам напоминают о неоднородности общества, уменьшая таким образом социальный капитал и возможности для сотрудничества. Лояльность электората поддерживается независимо от экономической политики партии. Правительство скорее проводит политику патронажа по отношению к своим верным сторонникам, нежели обеспечивает нужды медианного избирателя.

На основании выводов Алесины, Бакира и Истерли [Alesina, Baqir, Easterly 1997] можно заключить, что сотрудничество, вероятно, будет носить негативный характер. А этническая неоднородность американского города окажется связанной с переходом от политики конкретных результатов к политике идентичности. Тем не менее, сотрудничество вполне может

Политикой идентичности гражданам напоминают о неоднородности общества, уменьшая таким образом социальный капитал и возможности сотрудничества.

быть позитивным. Демократия способна обеспечить функционирование институтов, содействующих разрешению потенциально разорительных споров этнических групп друг с другом.

В гомогенных обществах сотрудничество может быть достаточно простым и не зависеть от демократических институтов, тогда как в сложносоставных обществах именно благодаря подобным институтам возможны не «игра с нулевой суммой», но совместные решения. Следовательно, этнически неоднородные общества могут получить от демократии больше, чем гомогенные, где ниже потребность в обсуждении решений. И это утверждение не противоречит выводам Алесины, Бакира и Истерли [Alesina, Baqir, Easterly 1997]. Этническая неоднородность процесса принятия политических решений обусловлена политическими границами. Децентрализация предполагает возможность вариативности конкретных экономических решений в различных этнических плоскостях. В Соединенных Штатах на федеральном уровне проводится политика конкретных действий («Это экономика, глупец»¹), тогда как на локальном – скорее политика идентичности. Но такой подход довольно нетипичен и, вероятно, отражает иммигрантскую природу американского общества. Большинство стран, проводящих политику идентичности, делают это и на общегосударственном уровне. Происходит это потому, что в большинстве стран существует весьма незначительное этническое разделение на локальном уровне, в то время как национальные границы гораздо шире границ этнических групп. Тем не менее в таких обществах политики локального уровня в большей степени стремятся к политике действий. Это, например, является одной из основных причин региональной децентрализации в Эфиопии: демократия регионального уровня этнически довольно гомогенна, несмотря на неоднородность на национальном уровне.

Далее я бы хотел изучить взаимодействие этнической неоднородности и демократии через введение категории «регрессия взаимодействия ЭЛН и политических прав». Введение данной категории предполагает, что влияние этнической неоднородности и политических прав само по себе совершенно ничтожно (что на самом деле не фиксируется)² и проявляется лишь во взаимодействии. Незначительные факты прямого влияния исключаются регрессией, самой важной переменной в ней представляется взаимодействие. Коэффициент велик и отрицателен. Поскольку политические права измеряются по убывающей шкале от 1 до 7, можно говорить о том, что демократия заметно уменьшает значимость проблем, обус-

¹ Это предвыборный лозунг Билла Клинтона в 1992 г. (прим. пер.).

² Даже если каждая категория включена по отдельности наряду с категорией эффекта их взаимодействия, их t-statistic показатель составляет лишь 0,4 и 0,6 соответственно, тогда как эффект взаимодействия имеет большое значение.

ловленных этнической неоднородностью. Например, в совершенно недемократической политической системе экономические показатели гомогенных обществ увеличиваются на 3% быстрее, чем в максимально неоднородном обществе. По контрасту: в совершенно демократической политической системе показатели роста, как правило, уменьшаются до скромных 0,4%. *Недостаток политических прав в сильно этнически разобщённых обществах экономически разрушителен.*

Этническая неоднородность, политические институты и конфликт

Далее анализируется взаимосвязь между этнической неоднородностью и жестокими конфликтами. Резюмирую и дальше развиваю результаты моего недавнего исследования, проведённого совместно с коллегами [Collier, Hoeffler 1998, a, Collier, Hoeffler, 1998, b: 563-573; Collier, Hoeffler, Söderbom 1998]. Риск гражданской войны определяется на основании расчёта выгод от восстания и затрат на него.

Издержки состоят из затрат на взаимодействие и упущенной выгоды. Напомним, что, изучая эффективность деятельности социальных служб, Алесина, Бакир и Истерли [Alesina, Baqir, Easterly 1997] установили, что этническая неоднородность усложняет взаимодействие. Если оно является необходимым условием формирования и поддержания сопротивления, то этническая неоднородность возможных мятежников, как правило, сокращает риск жестокого насилия. Это означает, что взаимосвязь между этнической неоднородностью общества и риском конфликтов должна быть неравномерной. В обществе с двумя этническими группами координационные издержки на сопротивление будут ниже, чем в гомогенном обществе, поскольку повстанцы могут идентифицировать себя как этнически отличающиеся от группы, поддерживающей правительство. Однако в случае восстания координационные издержки общества с двадцатью этническими группами будут выше, чем общества с двумя этническими группами (или гомогенного общества), поскольку гипотетические повстанцы вынуждены будут взаимодействовать, невзирая на этнические границы.

Другие учитываемые издержки восстания – это упущенная выгода¹. С очевидностью это можно продемонстрировать на примере дохода на душу населения. При очень низком уровне доходов люди мало что потеряют, вступив в ряды повстанцев, особенно молодые мужчины, которые, как правило, и являются бунтарями.

¹ Стоимость сделанного выбора эквивалентна выгоде, которую могли бы получить, приняв наилучший из отвергнутых вариантов (прим. пер.).

Выгоды мятежников зависят от военных успехов, которые, в свою очередь, детерминированы финансовыми возможностями правительства приобрести оружие. Очевидно, что расходы на оборону в тот или иной период зависят от наличия риска военных действий и поэтому не могут использоваться для прогнозирования возможности конфликтов. Исходя из этого, я замещаю налогооблагаемую базу экономики основными показателями экспорта ВВП, поскольку в большинстве государств они облагаются высоким налогом. Выгода от восстания зависит не только от успеха, но и от его целей. Некоторые группы повстанцев стремятся к сецессии. Проще всего показатель стремления к сецессии представить через численность населения: правительства стран с высокой численностью населения в меньшей степени нуждаются в своих гражданах с периферии [Alesina, Spolaore 1997]. Другие повстанческие группы стремятся к захвату государства. В этом случае победу повстанцев можно представить через показатель захвата базы налогообложения. Следовательно, влияние фактора базы налогообложения – в случае риска восстания – неоднозначно, поскольку, с одной стороны, снижает возможность успешной победы, а с другой – увеличивает выгоду в случае победы. Поскольку чистый эффект фактора базы налогообложения не должен быть однозначен, в рамках моей гипотезы переменная «основные статьи экспорта» принимается возведённой в квадрат.

Вероятность гражданской войны увеличивается с определением значимости выгод, достигнутых повстанцами в ходе войны. Теория совокупно представлена следующими переменными:

p = возможность победы повстанцев;

T = база налогообложения, иллюстрируемая основными показателями экспорта ВВП;

P = население (логарифм);

Y = цена издержки выбора, представленная доходом на душу населения;

C = затраты на взаимодействие, представленные этнолингвистической неоднородностью.

Модель была использована с целью изучения случаев гражданских войн, произошедших в период с 1960 г. Для анализа взяты базовые характеристики стран – как по состоянию на указанный год, так и в хронологически близкие периоды. Основанием послужили доступные данные о 97 государствах, в том числе о тех 27-ми из них, где после 1960 г. вспыхнули гражданские войны. Эти данные оказались весьма подходящими для начала анализа, поскольку именно в этот период многие страны оставались колониями, так что потенциальный

риск гражданской войны в большинстве случаев был нивелирован. Исходя из этого, потенциальная обусловленность дохода риском гражданских войн, как правило, не учитывается. Результаты приведены в [таблице 3](#).

Таблица 3

Два анализа регрессии, наблюдаемые в ходе гражданских войн

Переменная	Базовая регрессия		Добавлены политические институты	
	Коэффициент	t-ratio	Коэффициент	t-ratio
Константа	-1,543	2,14	-2,61	-2,66
Доход	-0,001	2,70	-0,0004	-1,87
Основные статьи экспорта	16,16	2,56	13,89	2,18
Основные статьи экспорта 2	-29,47	2,28	-27,71	-2,05
ЭЛН	0,033	1,35	0,027	1,09
ЭЛН2	-0,0004	1,60	-0,0003	-1,26
Население	0,0003	2,39	0,0002	2,26
Политические права	-	-	0,225	1,80

Источник. Базовая регрессия [Collier, Hoeffler 1998].

В базовой регрессии все переменные значимы вместе с ожидаемыми признаками. Риск гражданской войны в значительной степени соотносится с уровнем доходов: бедность заметно увеличивает этот риск. Влияние этнической неоднородности неоднозначно: умеренно разделённые общества находятся в большей опасности, чем гомогенные, что связано с уменьшением координационных издержек восстания в случае, если потенциальные повстанцы этнически отделены от групп населения, поддерживающих правительство. Тогда как для сильно этнически неоднородных обществ опасность гражданской войны выше, чем для гомогенных обществ, потому что неоднородность потенциальных повстанцев увеличивает координационные издержки восстания. Применительно к Африке такое наблюдение позволяет сделать вывод, что частые гражданские войны на континенте полностью обусловлены низким уровнем доходов, тогда как высокий уровень этнической неоднородности уменьшил риск жестоких конфликтов в регионе. Такой риск мог бы быть гораздо выше, если бы в африканских обществах уровень этнической неоднородности был ниже среднего уровня в других обществах [Collier, Hoeffler 1998 b: 563-573]. Тот факт, что экспорт естественных ископаемых, имеющихся в изобилии, увеличивает риск войны, я интерпретирую следующим образом: привлекательность захвата богатого природными ресурсами государства компенсируется возможностями этого государства защищаться и откупаться от посягательств.

Второй вариант регрессии, представленный в таблице 3, учитывает в качестве переменной ещё и политические права (которые были определены ранее). Доход на душу населения и демократические права взаимозависимы: введение в модель фактора политических прав несколько уменьшает влияние фактора дохода. Эффект этнической неоднородности теряет свою значимость, но на коэффициенты это мало влияет. Политические права существенно влияют на вероятность развязывания гражданской войны. Переход от низшего к высшему уровню прав равнозначен росту дохода от среднего показателя на 2,4 пункта. Таким образом, для того чтобы демократизация привела к достижению мира, потребовалось бы почти полвека роста дохода. Хотя в этнически разделённых обществах не обязательно вспыхивают жестокие конфликты, однако отсутствие демократии ведёт к росту бедности, что увеличивает вероятность конфликтов. Напомним, что в максимально неоднородных обществах при недостатке демократических институтов экономические показатели растут на 3% медленнее, чем в гомогенных обществах. Так как средний уровень темпов экономического роста на душу населения в 1960-1990 гг. составлял лишь 1,7%, этнически разделённые общества были признаны обществами с чрезмерно низкими доходами.

В целом же рост доходов выводит общества из нищеты, снижая риск гражданской войны. Сравним, например, максимально разобщённое общество с обществом, уровень разобщённости которого прямо угрожает развязыванием войны (это происходит при достижении коэффициентом показателя в 45). Полностью разобщённое общество, как правило, гораздо безопаснее. В единицах дохода полная разобщённость «стоит» 62% -го роста дохода (по отношению к эквиваленту среднего уровня безопасности). Однако, если полностью разобщённое общество всегда абсолютно недемократично, то частично разобщённое – полностью демократично, причём темпы роста экономических показателей во втором на 1,4% выше, чем в первом. Из двух обществ с одинаковым уровнем дохода демократическое полностью компенсирует высокий риск гражданской войны вследствие опасной разобщённости посредством высоких доходов, но только через 34 года.

При этом демократия снижает риск войны как прямо – через увеличение возможности урегулировать споры, так и косвенно – за счёт более высоких доходов. В большинстве сильно разобщённых обществ основной вклад демократии в дело мира реализуется через влияние на доходы; происходит это из-за того, что значимость роста доходов в таких обществах значительно выше, поскольку при определённом уровне доходов риск войны низок. В частично разобщённых обществах веро-

Хотя в этнически разделённых обществах не обязательно вспыхивают жестокие конфликты, однако отсутствие демократии ведёт к росту бедности, что увеличивает вероятность конфликтов.

ятность гражданской войны максимальна, а вклад демократии в рост дохода снижен. Тем не менее, демократия всегда реально приводит к прямому уменьшению риска конфликта¹.

Наконец, перейдём к проблемам, обусловленным эскалацией насилия, современными гражданскими войнами и сохранением мира в послевоенных ситуациях. Это могут быть процессы, в определённой степени общие для всех трёх проблем, но отличающиеся от рисков гражданской войны в первоначально мирных обществах.

Для анализа ситуации, связанной с эскалацией насилия, использовались данные Гурра [Gurr 1993: 161-201], который различает шесть уровней насилия: нижний уровень содержит политическое преступление, верхний – гражданскую войну, а срединные уровни представлены терроризмом и партизанской войной разных степеней интенсивности. Я опираюсь на предложенную экспериментальную модель для объяснения перехода от состояния мира к указанным шести уровням насилия. Основная инновация в модели Гурра заключена в том, что она акцентирует внимание на находящихся в невыгодном положении этнических меньшинствах. Однако ради того, чтобы результаты оставались пригодными для сравнения с другими показателями, я не использую данный аспект модели Гурра, а вместо этого принимаю во внимание измеряемый в диапазоне от 0 до 100 показатель этнолингвистической разобщённости. Хотя модель Гурра не распространяется на столь значимое количество стран, как предыдущие модели, она всё же важна.

При изучении проблем, обусловленных продолжающейся гражданской войной или разрушением послевоенного мира, я оцениваю функции риска. Различные вариации такой оценки функций риска представлены в работах Коллье, Хоэффлера и Седербома [Collier, Hoeffler, Söderbom 1998], проводящих более подробный анализ используемых моделей и данных. Функции риска моделируют длительность конфликта и, соответственно, послевоенного мира на месяц. Материалы, касающиеся гражданской войны, особенно внимательно рассматривались Смоллом и Сингером [Small, Singer 1982; Small, Singer 1994], и к 1997 г. эти материалы были обновлены. Функции рисков изучаются на основании частично параметрических методов и не учитывают принципа ограниченной специализации Вейбулла. Возможность установления мира в ходе гражданской войны оценивается на основании данных первого или второго (если необходимо) периода войны для каждой страны, начиная с 1960 г. Риск возобновления войны после заключения мира может быть определён лишь для

¹ К сожалению, в то время как у демократии есть два таких мощных инструмента снижения конфликтов, переход к ней может вызвать временную фазу повышенного риска. Это основной результат исследования Гурра [Gurr 1993: 161-201]. Я не обращаюсь к этой проблеме в данной работе.

тех стран, которые разрешили проблему гражданской войны и, таким образом, ограничили рамки исследования. В целях расширения масштабов исследования подобный риск оценивается для всех стран, где после 1945 г. возникали гражданские войны. Поскольку данная статья посвящена не структуре риска, но скорее значению объясняемых переменных, в ней содержатся лишь зафиксированные переменные. Результаты всех трёх процессов содержатся в [таблице 4](#).

Таблица 4

Эскалация, поддержание и возобновление жестоких конфликтов¹

Переменная	Эскалация		Поддержание		Возобновление	
	Коэфф.	t-statistic	Коэфф.	t-statistic	Коэфф.	t-statistic
Доход	-0,00008	-1,47	-0,00017	-0,92	-0,00004	-0,22
Основные	-5,48	-0,63	-	-	-	-
Основные 2	5,25	0,2	-	-	-	-
ЭЛН	0,053	1,92	0,0512	1,71	-0,05	-1,59
ЭЛН2	0,00052	-1,85	-0,0006	1,74	0,006	1,72
Население	0,18	1,04	0,0693	0,32	-0,2385	-1,21
Политические права	0,3	2,33	-0,839	0,72	-0,1517	-1,19
	n=47		n=45		n=56	

Приведённые в [таблице 4](#) данные для ситуаций эскалации, поддержания или возобновления конфликтов доказывают общее правило. Во-первых, учёт этнической неоднородности всегда важен, особенно если этот показатель возведён в квадрат, и, таким образом, более значим, чем при анализе прецедентов гражданской войны, обозначенных в [таблице 3](#). Причём, несмотря на значительно меньший объём выборки. Во-вторых, по контрасту, доход, население и основные экспортные статьи более не являются хоть сколько-нибудь важными. Но почему значимость взаимосвязи дохода и этнической неоднородности должна меняться столь существенно? Напомню, что доход представляет собою альтернативную стоимость присоединения к восстанию, в то время как этническая неоднородность эквивалентна затратам на взаимодействие. Я полагаю, что при определении того, возникнет ли гражданская война, решающий фактор состоит в том, смогут ли потенциальные предводители восстания убедить других присоединиться к ним. Поскольку реакция потенциальных лидеров на такие убеждения изначально зависит от свободного выбора потенциальных новобранцев, это утяжеляет альтернативные издержки. Однако, как только восстание начнётся, его результат – потер-

¹ Основные экспортные статьи совершенно не учитывались при анализе рисков и были приняты для приблизительной оценки.

пит ли оно неудачу, получит поддержку или даже наберёт темпы – будет зависеть от возможности поддерживать связи между повстанцами. У рядовых солдат-повстанцев нет возможности оставить свой пост. Действительно, все армии квалифицируют оставление позиций как дезертирство, за что жестоко наказывают. Это снижает значимость дохода, поскольку снижена значимость индивидуального выбора. Однако группы повстанцев легко раскалываются и начинают бороться друг против друга, и это является самой главной стратегией правительства по контролю мятежей. Я полагаю, что показатели при этнической неоднородности (особенно возведённые в квадрат) являются индикатором возможной сложности сохранения сплочённого офицерского состава.

Представляется, что сохранение мира в новой послевоенной ситуации, зависит от того же процесса (но с противоположным знаком), который, в свою очередь, обуславливает устойчивость войны. И это очень похоже на правду. Неспособность повстанцев поддерживать своё единство в послевоенный период способствует сохранению мира, позволяет избежать эскалации конфликта и укоренения гражданской войны.

Политические права – наиболее значимая переменная в модели эскалации. Демократия сокращает риск создания террористическими группами опорной базы, достаточной для эскалации насилия до масштабов полноценной гражданской войны. В свою очередь, политические права представляются менее эффективным инструментом, когда речь идёт о сокращении масштаба конфликта, уже разросшегося до полноценной войны, а также уменьшения риска реставрации конфликта в конкретном месте.

Таким образом, по масштабу проблема предотвращения гражданской войны отличается от проблем предотвращения эскалации, завершения текущей войны и удержания нового мира. Степень этнической неоднородности в этих процессах тем не менее одинакова: гомогенные общества безопаснее обществ со средней степенью разделения, однако общества с высокой степенью неоднородности являются более безопасными даже в сравнении с гомогенными обществами. Политические права очень важны при профилактике и эскалации конфликта, но представляются не столь эффективной мерой достижения и поддержания процесса урегулирования продолжающейся гражданской войны. Уровень доходов населения очень важен для предотвращения гражданской войны, но менее эффективен там, где уже было насилие; кроме того, имеется совсем мало свидетельств его значимости для уменьшения продолжительности войны или поддержания послевоенного мира.

Заключение

Этническая идентичность и неоднородность до последнего времени при анализе экономической конъюнктуры табуировались. Недавние факты, способные преодолеть это табу, казались весьма обескураживающими. Были установлены сильные устойчивые механизмы, влияние которых с большой долей вероятности приводило к тому, что экономические показатели этнически разделённых обществ были хуже показателей более гомогенных обществ. Более того, существовало предположение, хотя формально и не исследованное, что этническая неоднородность является причиной гражданских войн и иных форм жестоких конфликтов. Подобное предположение вызывало обеспокоенность судьбой африканских государств, отличающихся высоким уровнем этнической неоднородности, самым низким уровнем экономического роста и наиболее частыми прецедентами гражданских войн.

В данной статье анализировалась этничность в понимании её как высокой агрегированной всепроникающей общности. Это не безусловно для странового уровня исследования, поскольку на этом уровне, с учётом специфики современного периода, может быть диагностировано множество факторов, не выявляемых при обычном рассмотрении. Мой подход, пожалуй, наделяет экономические факторы сравнительным преимуществом при анализе, а также служит дополнением к стратегии исследования государства (стратегии, которая сама по себе сталкивается с трудностью определения того, что является особенным на национальном уровне). Прежде всего, я установил ещё один механизм, посредством которого этническая неоднородность может сокращать доход на душу населения через сокращение доверия и, таким образом, через увеличение транзакционных издержек. Но следом я обозначил два обнадёживающих набора данных. В одном случае наблюдения касались ситуации, когда политические институты оказываются более значимыми не в гомогенных обществах, а там, где потенциально существует проблема этнической неоднородности. Демократия имеет возможность практически полностью компенсировать экономические убытки, которые могут быть следствием высокого уровня этнической неоднородности. В другом случае я фиксирую, что взаимозависимость между этнической неоднородностью и риском жестоких конфликтов гораздо более тонкая и неоднозначная, чем предполагалось ранее. Фактически очень неоднородные общества гораздо безопаснее менее неоднородных. И фактически высокий уровень неоднородности в Африке представляется источником стабильности, а не опасности. С точки зрения вероятности возникновения насилия, наиболее опасны именно средние уровни

Политические права очень важны при профилактике и эскалации конфликта, но представляются не столь эффективной мерой достижения и поддержания процесса урегулирования продолжающейся гражданской войны.

С точки зрения вероятности возникновения насилия, наиболее опасны именно средние уровни неоднородности, при том что последствия неоднородности для экономического роста оказываются неизменно негативными.

неоднородности, при том что последствия неоднородности для экономического роста оказываются неизменно негативными. В то время как взаимозависимость между неоднородностью и конфликтом нелинейна, значимость политических институтов для мира и спокойствия, а также для экономического роста стабильна. Поскольку доход также является важным фактором риска конфликтов, усилия демократии – в целях сокращения рисков – направлены по двум векторам: с одной стороны, на прямое разрешение конфликтов, а с другой – на косвенное снижение предпосылок беспорядков. Более того, экономическое развитие уменьшает риск конфликтов.

Выводы для обществ с высокой степенью этнической неоднородности, подобных африканским, обнадеживают. Чем выше в таких обществах уровень политических прав, тем выше результативность усилий по обоим векторам. Демократия эффективно устраняет потенциально негативные последствия этнической неоднородности для экономического роста, в то время как высокий уровень неоднородности делает общество даже безопаснее (в плане жестоких конфликтов) гомогенных обществ.

Наконец, я сосредоточил внимание на обществах, уже столкнувшихся с конфликтами, изучил причины эскалации, поддержания, возобновления жестоких конфликтов в таких обществах. В этих процессах этническая неоднородность более важна, чем уровни дохода. Поддержание или создание крайней этнической неоднородности могут быть самой лучшей надеждой на мир. В случае обществ, пребывающих в состоянии гражданских войн, федерализация в целях создания очень неоднородных обществ может стать более эффективным решением, чем экономическое развитие. Однако такие очень неоднородные общества должны быть демократичными, если они хотят избежать высоких экономических издержек.

Библиографический список

1. Easterly W., Levine R. 1998. Africa's Growth Tragedy // Quarterly Journal of Economics.
2. The World Bank Annual Report 1997 // The World Bank. Official website. URL: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/1997/01/01/000009265_3971113150954/Rendered/PDF/multi_page.pdf [дата посещения: 30.11.2012].
3. Alesina A., Baqir R., Easterly W. 1997. Public Goods and Ethnic Divisions // World Bank. – Washington, D. C.
4. Collier P., Garg A. 1998. Forthcoming. On Kin Groups and Wages in Africa // Oxford Bulletin of Economics and Statistics.

В то время как взаимозависимость между неоднородностью и конфликтом нелинейна, значимость политических институтов для мира и спокойствия, а также для экономического роста стабильна.

Поддержание или создание крайней этнической неоднородности могут быть самой лучшей надеждой на мир. В случае обществ, пребывающих в состоянии гражданских войн, федерализация в целях создания очень неоднородных обществ может стать более эффективным решением, чем экономическое развитие. Однако такие очень неоднородные общества должны быть демократичными, если они хотят избежать высоких экономических издержек.

5. Putnam R. D. 1993. The prosperous community: social capital and public life // American Prospect. № 4.
6. The World Bank Development Indicators (WDI) covering 214 countries from 1960 to 2011 // World Bank. Data. Indicators. URL: <http://data.worldbank.org/indicator> [дата посещения: 30.11.2012].
7. Mauro P. 1995. Corruption and growth // Quarterly Journal of Economics. CX (3). P. 681-712.
8. Fedderke J., Klitgaard R. 1998. Forthcoming. Economic Growth and Social Indicators: An Exploratory Analysis // Economic Development and Cultural Change.
9. Collier P., Hoeffler A. 1998 a. The Coming Anarchy? The Global and Regional Incidence of Civil War / CSAE. – Oxford.
10. Collier P., Hoeffler A. 1998 b. On Economic Causes of Civil War // Oxford Economic Papers. № 50. P. 563-573.
11. Collier P., Hoeffler A., Söderbom M. 1998. On the Duration of Civil War and Postwar Peace / CSAE. – Oxford.
12. Alesina A., Spolaore E. 1997. On the Number and Size of Nations // Quarterly Journal of Economics. № 112. P. 1027-56.
13. Gurr T. R. 1993. Why Minorities Rebel: A Global Analysis of Communal Mobilisation and Conflict since 1945 // International Political Science Review. № 14. P. 161-201.
14. Small M., Singer J. D. 1982. Resort to Arms: International and Civil War, 1816-1980. – Beverly Hills: Sage.
15. Small M., Singer J. D. 1994. Correlates of War Project: International and Civil War Data, 1816-92.

В о п р о с ы т е о р и и

К а т е г о р и и с и м м е т р и и и асимметрии в социологических и политологических исследованиях



Кошлаков Дмитрий Михайлович – соискатель
кафедры Философии, истории и социологии
Брянского государственного технического
университета

E-mail: dmkosh2012@yandex.ru

Категории симметрии и асимметрии в социологических и политологических исследованиях

Аннотация

Рассматривается использование понятий симметрии и асимметрии как категорий общенаучного знания и их распространение в современных социологических и политологических исследованиях. Отмечается высокое методологическое значение общенаучных категорий для современного социально-гуманитарного знания

Ключевые слова: асимметричный конфликт, асимметрия, гендерная асимметрия, информационная асимметрия, политология, симметрия, социология

Симметрия и асимметрия – свойства, с античных времен исследовавшиеся в естествознании (прежде всего, в геометрии) и философии (пифагорейцы, Платон и др.). Кроме того, эти свойства имели большое значение для архитектуры, эстетики, музыки, искусства [Готт 1988]. Впоследствии понятия симметрии и асимметрии существенно развились и распространились на многие области математики (матричную и тензорную алгебру, математический анализ, статистику и т. д.) и физики (механику деформируемого твёрдого тела, кристаллографию; такие разделы теоретической физики, как теория поля, физика элементарных частиц и т. п.), а также другие отрасли естествознания, например биологию. Но и на этом развитие сферы применения понятий симметрии и асимметрии не приостановилось, хотя благодаря развитию системного анализа и синергетики были обнаружены довольно интересные закономерности окружающего нас мира, связанные с симметрией и асимметрией процессов, в нём протекающих. Понятия симметрии и асимметрии оказались столь глубоко укоренены в окружающем нас мире, что постепенно обрели общенаучный смысл, стали общенаучными понятиями наряду с такими парными категориями, как линейность и нелинейность, изолированность и неизолированность, порядок и хаос,

дискретность и непрерывность, локальность и нелокальность, определённости и неопределённости, финитность (конечность) и бесконечность.

Выдающийся советский философ В. С. Готт (1912-1991), специализировавшийся на философских проблемах естествознания, столетие со дня рождения которого российская философия отметила в 2012 г., одним из первых показал общенаучный смысл подобного рода категорий, определил их место в концептуальном пространстве между философскими категориями и понятиями частных наук, указал на важную методологическую функцию, ими реализуемую [Готт 1988]. На языке современной эпистемологии эта функция может быть обозначена как осуществление коммуникации между философским и частнонаучным знанием, между различными уровнями научно-философского знания вообще, и формирование тенденций к интеграции научного знания в условиях его стремительного дезинтеграционного роста.

В. С. Готт подчеркивал, что особый смысл использование общенаучных понятий имеет в современных социально-гуманитарных исследованиях, где они могут сообщить дополнительный импульс развитию социальному знанию [Готт 1988]. Впоследствии это положение подтвердилось широкой научной практикой, и оказалось, что благодаря развитию системного анализа и иных отраслей общенаучного знания (математика, логика, теоретико-вероятностные и статистические методы, кибернетика, теория информации, синергетика), а также расширению сферы их применения, их экспансии в социальное знание, произошло распространение общенаучных категорий в социально-гуманитарном знании. Кроме того, данному процессу способствовал высокий эвристический потенциал, которым обладают общенаучные категории, их адекватность задачам концептуализации (в данном случае – осуществления концептуальных построений, включающих в себя общетеоретические и частные аспекты работы со знаниями) социальной информации и осуществления методологической рефлексии высокого уровня.

Итак, за последние несколько десятилетий общенаучные категории проникли в политологию, социологию, экономику, лингвистику, психологию, менеджмент, коммуникативистику, конфликтологию и другие сферы социально-гуманитарного знания. Не стали исключением в этом плане и понятия симметрии и асимметрии [Гомбоева, Новиков 2010: 9; Жуланов 2011: 131-132; Милостивая, Серебрякова 2010]. Именно их место в современном социальном знании мы попытаемся обозначить в данной статье. Переходя на новый уровень обсуждения, имеет смысл привести определённые примеры применения указанных категорий в современном социально-гуманитарном знании.

На языке современной эпистемологии функция научных категорий, подобных симметрии и асимметрии, может быть обозначена как осуществление коммуникации между философским и частнонаучным знанием, между различными уровнями научно-философского знания вообще, и формирование тенденций к интеграции научного знания в условиях его стремительного дезинтеграционного роста.

Симметрия и асимметрия как категории политологии

В современной политологии понятия симметрии и асимметрии используются нередко (симметричные и асимметричные федерации, асимметричные международные отношения и т. п.). Так, к примеру, актуальна проблема асимметрии экономических и политических интересов в отношениях между различными странами, организациями и т. п. Скажем, в российско-польских отношениях экономические интересы сотрудничества достаточно сильны, тогда как политические, наоборот, слабы, что приводит к серьёзным диспропорциям в межгосударственных отношениях, когда политическая разновекторность двух стран осложняет экономическое партнёрство. Обсуждая российско-американские отношения, политолог Н. В. Злобин говорит о том, что неразвитость экономического взаимодействия между США и Россией препятствует формированию достаточно влиятельных групп, способных конвертировать интересы экономического взаимодействия в стабильность и позитивность российско-американских отношений в сфере политики [Злобин 2012]. Данную позицию можно оспорить (слишком уж многоаспектна проблема отношений Москвы и Вашингтона), однако для нас в данном вопросе более важно внимание аналитиков и экспертов к проблеме асимметрии политических и экономических интересов в межгосударственных отношениях, её высокая значимость в современном политологическом дискурсе и, наконец, релевантность категории асимметрии задачам концептуального описания определённых политических проблем.

В сфере военно-политического анализа интенсивно используются такие понятия, как «асимметричный ответ на военно-стратегические вызовы», «асимметричные вооружённые силы» и т. п. С некоторых пор с подачи высшего политического руководства России широкое хождение приобрело понятие асимметричного ответа на военно-стратегические вызовы и угрозы. Для В. Путина понятие асимметричного ответа на планы создания европейского района американской ПРО, провозглашённое в его знаменитой «мюнхенской речи» в феврале 2007 г., было важным в том смысле, что Россия не позволит своим военно-стратегическим конкурентам втянуть себя в изматывающую гонку вооружений, а будет активно работать над ответом, использующим иные интеллектуальные достижения военной науки и техники, нежели её конкуренты.

Вместе с тем это не означает, что «симметричному ответу» вообще не должно быть места. Скорее всего, абсолютно асимметричного ответа быть не может, поскольку он контрпродуктивен, и в данном случае ориентироваться нужно на разные

типы ответов, рационально распределяя организационные, военные, технологические, интеллектуальные и экономические ресурсы между ними.

Асимметричный ответ делает невозможным или, вернее, крайне недостаточным простое копирование военной техники и технологий, а также догоняющее развитие в военно-технологической сфере. Выработка асимметричного ответа требует поддержания военной науки на высоком интеллектуальном уровне, а соответственно и её серьезного финансирования. Высокие требования логика асимметричного ответа предъявляет и к личному составу вооруженных сил, равно как и к системе его подготовки, военному образованию как области воспроизводства основных потенциалов вооружённых сил.

В более широком смысле асимметричный ответ – это ответ, достигнутый в рамках уровня технологического развития, по ряду параметров существенно отличающегося от уровня развития противника. В этом плане асимметричный ответ может быть связан как с более высоким уровнем технологического развития, нежели у противника, так и с более низким. В любом случае и тот и другой типы асимметричных ответов могут по тем или иным причинам оказаться как результативными, так и безрезультными. Иначе говоря, военная задача в определённых ситуациях при стечении и обеспечении соответствующих обстоятельств может быть решена даже с применением вооружения, технологический уровень которого уступает уровню вооружения противника. К примеру, если с рыбацких джонок выставлены минные заграждения, из-за чего военный флот противника утрачивает господство в регионе, то, очевидно, дан асимметричный ответ, но не на основе военно-технологического превосходства над противником, а на основе использования его слабых сторон и своих скромных военных возможностей. В такой логике тоже иногда действуют, выстраивая асимметричные вооружённые силы при недостатке экономических ресурсов. Так действовал Вьетнам в эпоху военного противостояния США. Не в последнюю очередь это касается большей части вооружённых сил современного Ирана, страны, вокруг которой периодически нагнетается международно-политическая напряжённость.

Особый теоретический и одновременно практический интерес представляет понятие асимметричного конфликта. В частности, именно асимметричный конфликт миру пришлось наблюдать совсем недавно в Ливии: неожиданно для многих зарубежных аналитиков Ливийская арабская Джамахирия, руководимая М. Каддафи, в течение практически полугода сопротивлялась натиску огромной по своим масштабам совокупной силы – военной и пропагандистской машине НАТО, дополнительно усиленной ближневосточными оппонентами каддафистской Ливии (прежде всего Саудовской Аравией,

Асимметричный ответ в военной сфере – это ответ, достигнутый в рамках уровня технологического развития.

Катаром, Турцией) и в известном смысле внутриливийскими повстанческими отрядами, боровшимися против режима с оружием в руках.

К точному определению понятия «асимметричный конфликт» существуют разные подходы [Дериглазова 2009: 3, 9-11]. С точки зрения одних подходов, такого рода конфликт – это ситуация столкновения существенно отличных по своей военной, технологической и/или экономической мощи сторон (стран, организаций и т. п.); с точки зрения других – ситуация может казаться парадоксальной, неожиданной при линейном прогнозе, победы слабого субъекта над более сильным. Надо понимать, такая победа может быть временной или окончательной, частичной или полной.

Не вдаваясь в специализированные детали до определения дефиниций, приведём другие примеры асимметричных конфликтов. К их числу в том или ином смысле могут быть отнесены военные кампании США (и НАТО) во Вьетнаме, Сомали, Югославии, Афганистане и Ираке, кампания Франции в Алжире, серия малых войн, которые вела Великобритания после окончания Второй мировой войны и которые стали звеньями процесса распада Британской империи. В определённой степени черты асимметричного конфликта присущи русско-японской войне начала XX в. и военной кампании Советского Союза в Афганистане. Оба конфликта, подстегнув наращивание кризисных тенденций во внутренней политике, стали важными звеньями распада Российской и Советской империй.

Постсоветская Россия вплотную столкнулась с феноменом асимметричного конфликта в противостоянии с вооружёнными формированиями на территории Северного Кавказа, а также в борьбе с терроризмом. Террористические группировки пытаются нарушить хрупкий межнациональный мир на Кавказе (в этом заключался один из важнейших политических смыслов террористического акта в Беслане) и вообще стремительно ввергнуть всю российскую государственность в состояние глубокого политического кризиса (не исключено, что это было одной из важнейших целей другого крупнейшего террористического акта в истории России – захвата заложников в московском театральном центре на Дубровке). Террористические и партизанские войны в своём большинстве могут быть отнесены к асимметричным конфликтам.

В чём же причины того, что сравнительно слабые (или малые) субъекты в определённых случаях способны одерживать победу над мощными? Или если и не одерживать победу, то делать войну изнурительной для более крупного государства, оттягивать и даже сковывать значительные массивы сил и т. п. Причинами могут выступать поддержка малых субъектов крупными геополитическими игроками, к примеру, финансовая, информационная и военно-техническая подпитка.

Так, в случае военной кампании против Ирана Тегеран получит определённую поддержку со стороны Китая, России, стран Латинской Америки, а также некоторых западных элитных групп. Кстати сказать, отсутствие единства в элите и обществе крупной в военном плане страны, ведущей «асимметричную» войну, способно стать важным фактором её поражения. К примеру, первая чеченская кампания в качестве значимой причины неудач российской стороны имела борьбу кланов в Москве. Важны в «асимметричных» поражениях и победах факторы воли, ментальности и устойчивости патриотического сознания. Недаром война во Вьетнаме с причисляемым к числу особо стойких в военном плане народов стала для США источником масштабной психологической травмы.

Итак, как видно, категории симметрии и асимметрии не только характерны военно-политической сфере, но и выполняют некоторую методологическую функцию в понимании закономерностей её функционирования. Важно также то, что при правильном задействовании скрытых потенциалов асимметрии, из ситуации можно извлекать определённый положительный эффект. Вместе с тем вряд ли стоит необоснованно завышать и переоценивать эти потенциалы.

Симметрия и асимметрия как категории социологии

Соответствующие общенаучные категории проникли и в социологию. Так, в социологических и социально-экономических исследованиях нередко используется понятие информационной асимметрии. Например, при заключении какой-либо сделки часто встречается ситуация, когда информированность сторон о реальном содержании сделки распределена между ними неравномерно. В частности, рекламируемые товары или услуги могут в большей или меньшей степени не соответствовать характеристикам, заявленным в рекламе. Такое происходит всё чаще по мере усиления постмодернистских тенденций в социокультурном пространстве современного мира, вообще в культуре постмодерна классические товарно-денежные отношения претерпевают серьёзные трансформации. Отныне потребитель покупает не столько некоторый товар (или услугу), сколько определённый бренд, т. е. символическое начало в современной экономике всё более доминирует над реалистически-материалистическим. Продавец и производитель всё больше заботятся о виртуальном образе товара и всё меньше о его качестве и реальном содержании [Бузгалин 2008].

Товаром становится бренд. Нередко современный потребитель готов переплачивать за бренд сумму, в разы превосходящую реальную стоимость и себестоимость товара. При этом не

только товар претерпевает диалектические изменения в современном мире, но и сами деньги, которые ввиду оторванности от реальной, физической экономики, т. е. ввиду своей хозяйственной необеспеченности, превращаются в симулякры или вообще переходят в разряд превращённых форм. В первую очередь такая картина характерна для доллара, основной валюты современного мира, уже давно не соответствующей уровню золотого запаса США. Американский доллар и построенная на нём экономика базируются не на золотых запасах, а на чём-то принципиально ином: американском военном могуществе, устройстве мировой финансовой системы, среди прочего позволяющем Вашингтону переносить финансовые издержки на весь остальной мир посредством тех или иных инструментов (как финансовых, так и нефинансовых, к примеру, связанных с эскалацией военно-политической конфликтности). В этом также проявляется определённая асимметрия в устройстве мировой финансовой системы. В одной русской народной сказке подобная дилемма когда-то была хорошо выражена с помощью метафоры «вершки и корешки» (одним достаются вершки, другим – корешки). В завершение обсуждения данного тематического примера отметим, что затронутое нами устройство мировой финансовой системы в совокупности с нарастанием постмодернистских тенденций в мировой экономике стало одними из важнейших причин разразившегося в 2008 г. мирового финансового кризиса.

Однако вернёмся к проблеме информационной асимметрии, актуальность которой весьма высока. Так, абитуриент, поступающий в вуз, в силу множества разнообразных причин не может владеть всей информацией о качестве образования в данном вузе, равно как вуз не может владеть всей полнотой информации о степени подготовленности и уровне творческих способностей абитуриента [Меркулова 2007: 3]. Информационная асимметрия характерна также электоральному процессу.

Если, как справедливо утверждал К. Маркс, индустриальное (капиталистическое) общество порождает неравенство отношений собственности и, как следствие, отчуждение труда, то постиндустриальное общество порождает информационное отчуждение как следствие неравенства информационного [Шабров 2010: 9]. Из него вытекает ситуация различного уровня субъектности участников информационного процесса. Какие-то участники и группы в силу своего более мощного информационного присутствия получают те или иные возможности навязать индивидуально и массовому сознанию виртуальные сущности, не имеющие прообраза в реальности (симулякры). В результате этого механизмы представительной демократии превращаются в средства манипуляции сознанием, а информационное пространство и, говоря шире, куль-

Информационное неравенство ведет к различию уровня субъектности участников информационного процесса. Некоторые участники в силу мощного информационного присутствия получают возможности навязать индивидуально и массовому сознанию виртуальные сущности, не имеющие прообраза в реальности. В результате механизмы представительной демократии превращаются в средства манипуляции, а информационное пространство – в среду для тотальной манипуляции.

тура – среду для тотальной манипуляции. На более высоком уровне абстракции можно сказать, что в этой связи происходит отчуждение человека от объективной информации и самое главное – от самой реальности [Шабров 2010: 9].

Высокий уровень информационной асимметрии может подрывать доверие между сторонами социального процесса, т. е. уничтожать важнейший ресурс общественных отношений. В связи с этим мониторинг подобного рода асимметрий необходим в целях сохранения в обществе таких нематериальных ресурсов, как доверие к работодателю, правоохранительным органам, выборному процессу и т. п.

В социально-экономических исследованиях пристальному анализу подвергается также и такой тип асимметрии, как гендерная асимметрия. Наиболее ярко гендерная асимметрия проявляется в различии социальных функций мужчины и женщины в семейных отношениях и обществе, в различии средних величин продолжительности жизни мужчин и женщин, средних размеров заработной платы и нормативах возраста выхода на пенсию, в разнообразных распределениях количества мужчин и женщин в различных профессиональных группах. Особое внимание к подобного рода асимметрии предопределено необходимостью выработки адекватной социальной и демографической политики, в частности определению оптимального нормативного пенсионного возраста, формированию системы льгот, пособий, налогов и т. п.

В разных странах мира уровень гендерной асимметрии различный. Так, к примеру, он достаточно высок в Саудовской Аравии, Объединенных Арабских Эмиратах, Катаре и сравнительно невысок в странах Запада, где гендерная дифференциация при приёме на работу или в самой общественно-политической жизни нередко расценивается как проявление дискриминации и серьёзное нарушение норм политкорректности. Вместе с тем надо понимать, что при приёме на работу и при принятии решений, связанных с карьерным ростом сотрудников, гендерная дифференциация в каких-то своих аспектах вполне обоснованна и не переходит в гендерную дискриминацию. В частности очевидно, что гендерная дифференциация имеет свои корни в различиях биологического и психосоциального плана между женщинами и мужчинами. Кроме того, с точки зрения работодателя, женщины (в зависимости от характера профессиональных обязанностей) могут расцениваться как менее качественная рабочая сила, т. к. они могут обладать определёнными льготами, зафиксированными трудовым законодательством, и, как правило, в большей степени, чем мужчины, ориентированы на семью (в противовес работе и карьере). В любом случае, в определённой мере корни гендерной асимметрии носят объективный характер [Абазиева 2008], а их учёт является важным социально-управленческим ресурсом.

Заключение

Итак, на различных примерах из области политологии и социологии мы можем увидеть, сколь высоким эвристическим потенциалом обладают категории симметрии и асимметрии при их перенесении в социально-гуманитарное знание. Вместе с тем важен не только большой эвристический потенциал тех или иных категорий, но и факт укоренённости симметрии и асимметрии в окружающем человека мире. Важна даже не столько возможность использования конкретных понятий в качестве моделирующих реальность метафор, сколько то, что свойства симметрии и асимметрии присущи социально-гуманитарной сфере и играют большую роль в понимании её закономерностей. Не является случайным и то, что такого рода свойства обнаруживаются и эффективно исследуются в ходе математического моделирования и системного анализа социальных процессов и систем. В таком симбиозе и взаимопроникновении методов, понятий и пластов естественного, общенаучного и социально-гуманитарного знания проявляется важная черта постнеклассической науки, связанная с формированием единства научной рациональности.

Библиографический список

1. Готт В. С. 1988. Эвристическое значение принципа единства симметрии и асимметрии // Готт В. С. Философские вопросы современной физики. 3-е изд. – М.: Высшая школа.
2. Гомбоева М. И., Новиков А. Н. 2010. Трансграничная асимметрия: понятие и следствия // Трансграничье в изменяющемся мире. № 1.
3. Жуланов Е. Е. 2011. Управление социально-экономической асимметрией регионов как фактор экономического роста // Управление большими системами. Вып. 32.
4. Милостивая А. И., Серебрякова С. В. 2010. Идеологический потенциал диссимметрии в политическом нарративе // Политическая лингвистика. № 3 (33).
5. Злобин Н. В. 2012. Военно-политическая дружба США и России // Ведомости. № 53 (3067). 26 марта.
6. Дериглазова Л. В. 2009. Опыт исторического анализа феномена асимметричного конфликта в международных отношениях (вторая половина XX – начало XXI в.): Автореф. дисс... докт. истор. наук. 07.00.03. – Томск.

7. Бузгалин А. В. 2008. Альтернативы деконструкции: блеск и нищета постмодернизма // *Философия хозяйства*. № 5.
8. Меркулова Е. П. 2007. Информационная асимметрия как фактор социальной конкурентоспособности современного образовательного продукта: Автореф. дисс... канд. соц. наук. 22.00.04. – Иркутск.
9. Шабров О. Ф. 2010. Эффективность государственного управления в условиях постмодерна // *Власть*. № 5.
10. Абазиева К. Г. 2008. Статистическая методология оценивания гендерной асимметрии социально-экономических процессов в России: Автореф. дисс... докт. эконом. наук. 08.00.12. – Ростов-на-Дону.

В о п р о с ы т е о р и и

« Н о в а я п а р а д и г м а » в социологии религии: Pro и Contra



Руткевич Елена Дмитриевна – кандидат философских наук, ведущий научный сотрудник ИС РАН, доцент кафедры социологии ГАУГН

E-mail: erutkevich@yandex.ru

«Новая парадигма» в социологии религии: Pro и Contra

Аннотация

В статье рассматривается «новая парадигма» в социологии религии, возникающая в противовес теориям секуляризации или «старой парадигме». С. Уорнер был первым, кто сформулировал происходящие в социологии религии изменения в терминах сдвига от «старой», берущей начало в европейском контексте теоретической «парадигмы» к «новой парадигме», возникающей в США, поскольку религиозная история США с её огромным многообразием не вписывалась в теорию секуляризации. Теория рационального выбора и религиозной экономики – составные части «новой парадигмы».

Ключевые слова: «новая парадигма», рациональный выбор, религиозная экономика, «старая парадигма», религиозная мобилизация, сдвиг парадигм, секуляризация, американская религия, религиозный рынок, возрождение религии, десекуляризация

В глобальном споре, в который достаточно долго были вовлечены западные социологи религии, тезису секуляризации («старой парадигме»¹) противопоставлялась «новая парадигма». «Теория рационального выбора религии», «теория религиозной мобилизации», «теория рыночной религиозной ниши», теория «религиозной экономики», теория «религиозного предложения» (religious supply-side theory), «рационального выбора модели религии» – различные аспекты «новой парадигмы», которая в своё время оказалась в центре острых дискуссий в западной социологии религии. Однако в нашей отечественной литературе ей уделено не слишком много внимания, поэтому, не претендуя на детальный и исчерпывающий анализ, попытаемся восполнить этот пробел.

¹ Хотя в данной статье мы не рассматриваем «старую парадигму», описанию которой на Западе посвящено множество работ и концепций, но так или иначе мы с ней пересекаемся. Поэтому кратко отметим, что при всём их различии весьма плодотворной представляется классификация Голдштейна, который выявляет в «старой парадигме» (к которой преимущественно относят Т. Парсонса, Р. Беллу, П. Бергера, Т. Лукмана, Н. Лумана, Б. Вильсона, Д. Мартина, Р. Фена) три образца: циклический/спиральный, диалектический и парадоксальный (причём преобладающим, по его мнению, является диалектическое понимание процесса секуляризации) и три теоретических направления: функционалистское (Т. Парсонс, Р. Белла, Н. Луман); феноменологическое (П. Бергер, Т. Лукман) и диалектическое (Б. Вильсон, Д. Мартин, Р. Фенн) [Goldstein 2009].

В «новой парадигме» прослеживаются несколько источников (теории рационального выбора, социального обмена и религиозной экономики), разные комбинации которых, позволяют говорить о преобладании теории рационального выбора или религиозной экономики. Многие исследователи и критики «новой парадигмы» указывали на эти различия среди её последователей. По мнению Д. Шпикарда [Spicard 1998], можно даже говорить о наличии в её рамках двух подходов.

В основе первого подхода, которого придерживаются Р. С. Уорнер, Р. Финке, М. Гест, Р. Старк, лежат модели «религиозной экономики», «религиозных рынков» или «религиозных фирм». Выводы, к которым приходят эти авторы, говорят о жизненности религии, а не о её исчезновении, представляя собой вызов предсказаниям теоретиков секуляризации или «старой парадигмы».

С другой стороны, Л. Яннаконе, Р. Старк, В. Бэйнбридж, Р. Финке придают особое значение теории «рационального выбора» человеческого действия, помогающей понять, почему религиозные рынки работают именно так, а не иначе. Ключ к пониманию действия религиозных рынков – в понимании правил, объясняющих индивидуальные религиозные действия. Подход рационального выбора – это попытка теоретического объяснения наблюдаемых эмпирических явлений, их обобщения и создания концептуальной системы.

Оба подхода используют экономическую терминологию, при этом особую значимость приобретает понятие «религиозная экономика». Они едины в том, что церкви можно рассматривать как религиозные фирмы, конкурирующие за приверженцев в условиях структурированного рынка, и что рыночное регулирование ограничивает конкуренцию, меняя как мотивы и возможности религиозных производителей, так и выборы религиозных потребителей. По их мнению, «секуляризация» – естественное следствие религиозных монополий, поддерживаемых государством церквей, которые подобно всем монополиям недостаточно внимания уделяют нуждам потребителей [Spicard 1998: 1]. Поэтому, несмотря на некоторые различия, акценты и нюансы (учитывая тот факт, что эти авторы – практически единая команда¹, цель которой не просто критика «старой парадигмы», а радикальное изменение теоретико-методологических оснований и этических установок в подходе к религии, а также потому, что одни и те же авторы используют то один, то другой подход), в целом в социологической литературе сложилось представление о «новой парадигме» как об общем направлении.

¹ Эта «команда» начала складываться, когда Р. Старк стал использовать понятие «религиозная экономика» [Stark 1987], а Л. Яннаконе применил экономическое понятие supply-side при изучении религии [Iannaccone 1991], что послужило отправной точкой для их дальнейшей совместной работы.

Однако за последние два десятилетия накопилось множество данных по исследуемой проблеме, как теоретических, так и эмпирических, произошли события, приведшие к крупномасштабным социально-политическим изменениям в исламском мире, Латинской Америке, Восточной Европе. Это повлияло на роль и место религии во всём мире, возникло новое видение как «старой», так и «новой» парадигм, в рамках которых стали яснее видны различия её представителей.

На наш взгляд, сегодня прослеживается тенденция к различению в рамках «новой парадигмы» теории рационального выбора (ТРВ), теории религиозной экономики (ТРЭ) и концепции С. Уорнера, с которого, собственно, начинается активное обсуждение «новой парадигмы». Впоследствии он неоднократно отмечал, что его понимание «новой парадигмы» не тождественно теории рационального выбора Финке, Старка и Яннаконе, оно несколько шире, тогда как применение «новой парадигмы» не универсально и должно быть ограничено рамками США.

Отправным пунктом в обсуждении «сдвига парадигм» стала статья Стивена Р. Уорнера¹ [Warner 1993], в которой он одним из первых сформулировал происходящие в социологии религии изменения в терминах сдвига от «старой», берущей начало в европейском контексте теоретической парадигмы, к «новой», возникающей в США. К тому времени тезис секуляризации уже подвергся основательной критике социальными учёными по обе стороны Атлантики, а процесс секуляризации больше не считался само собой разумеющимся ни в Европе, ни тем более в Америке. Поэтому описание постепенного глубинного теоретического сдвига привлекает к себе всеобщее внимание. И в этой связи представляется важным остановиться подробнее на работе Уорнера, отметив несколько моментов, на которых концентрируется внимание автора.

1. Появление «новой парадигмы»² Уорнер связывает с теоретической рефлексией некоторых учёных относительно того, что религиозная история США не вписывается в теорию секуляризации. Картина американской религиозной жизни является нетипичной для религиозной жизни остального мира, процесс секуляризации проходит совершенно иначе, чем в Западной Европе, эмпирические показатели религиозности населения бросают вызов модели секуляризации, что, собственно, и приводит его к выводу о возможности появления «новой парадигмы», критичной по отношению к «старой».

¹ Большинство социологов считают именно эту работу отправной точкой сдвига парадигм, хотя есть и более ранние, но более специальные (экономические) работы других авторов [Boulding 1957].

² Парадигмой Уорнер называл «особый способ видения мира, репрезентацию, картину или нарратив о фундаментальных свойствах реальности» [Warner 2005: 64].

2. Прежде всего необходимо изменить установку научного исследователя по отношению к религии, которая не только в «старой парадигме»¹, но и вообще в академических кругах была негативной: с давних времён повелось ждать смерти религии, её преодоления как предрассудка по достижении человечеством просвещённой разумной стадии развития. Научная университетская среда настолько уверовала в скорый конец религии, что для неё оказалось если не сюрпризом, то помехой состояние дел с американской религиозностью.

Многие социологи², описывая религиозную американскую ситуацию, используют очень распространённую в западной социологии религии и ставшую частью их культурного капитала бергеровскую концепцию «священной завесы» как «объективной религии», которая, по мнению Уорнера, в большей степени относится к европейскому контексту (с их исторически сложившейся уникальной ситуацией монополии церкви, тесно связанной с политической властью), а не к американской религиозной ситуации огромного многообразия, включая партикуляризм, неотрадиционализм, плюрализм, инновации.

3. У Америки свой путь, своя «парадигма», говорящая не столько о церквях, сколько о деноминациях, независимых конгрегациях и автономных религиозных собраниях. Религия в США никогда не была единообразной, представляя собой огромный конгломерат организаций (с их гибкостью, готовностью к изменениям, активностью), выполняющих функции не только религиозного, но и социально-политического характера: поддержания различных субкультур (этнических, сексуальных и прочих меньшинств) в их борьбе за равноправие.

Уорнер отмечал несколько идей, убеждавших его и других исследователей в необходимости «новой парадигмы», которая могла бы стать альтернативой «старой парадигме». Они были связаны со спецификой американской религии, для которой долгое время были характерны: 1) отделение от государства; 2) культурный плюрализм, предполагающий многообразие, пластичность и изменчивость религиозных форм, взаимодействующих и конкурирующих на религиозном рынке; 3) структурная адаптивность; 4) наделение полномочиями (empowering); 5) «новый волюнтаризм» [Warner 1993].

Эти особенности нужно принимать во внимание, чтобы понять различия в религиозной истории Америки и Европы. Неслучайно теория секуляризации возникает в Европе, так как корни этого феномена исходят из средневековой Европы, для которой была характерна церковная монополия, распространявшая своё влияние на всё общество.

¹ Говоря о старой парадигме, Уорнер прежде всего имеет в виду таких видных ученых, как П. Бергер, Т. Парсонс, Ф. Лечнер, Д. Д. Хантер, О. Тшанен и др.

² N. Ammerman, Kevin J. Christiano, L. Davidman, Margaret M. Poloma, Riv-Ellen Prell etc.

1. Что касается Америки, то уже на заре её возникновения как самостоятельной нации здесь не было монополии в лице государственной церкви, ни одна из религиозных групп не была господствующей, что было следствием *отделения церкви от государства*¹ и появления открытого религиозного рынка. Никаких предпочтений и тем более никакой государственной религии. В долгосрочной перспективе это означало свободную конкуренцию для религиозных организаций, что значительно повышало уровень религиозной мобилизации. В этом одно из существенных отличий американской религии от европейской и основание для исследования религии в контексте «новой парадигмы».

2. Во-вторых, важный аспект расхождений между старой и новой парадигмами – влияние *плюрализма* на религию. Так, если П. Бергер – один из представителей «старой парадигмы» – рассматривал «плюрализацию социальных миров», как и секуляризацию, как следствие модернизации, способствующее демонаполизации религии и уходу её с публичной сцены в частную сферу, то сторонники «новой парадигмы» Финке и Старк полагают, что «чем больше плюрализма, тем больше религиозная мобилизация населения» [Finke, Stark 1988]. И этот вопрос связан с различными ситуациями в Европе и Америке по отношению к монополии и конкуренции. Если в средневековой Европе была только одна церковь, религия в Америке принимает множество форм (деноминаций, конгрегаций, различных групп), которые принимаются за подлинно религиозные скорее «новой», чем «старой парадигмой».

Отсюда вытекает принципиально различное понимание ими религии вообще, а также церкви, секты, деноминации, в частности. «Старая парадигма» отдаёт теоретическое преимущество религиозному истеблишменту, определяя, что является подлинно религиозным, а что нет. Но, вследствие отделения церкви от государства, в Америке религиозные формы всегда были весьма гибкими и изменчивыми, которые «новая парадигма» не считает признаком секулярности. «Исходя из европейской перспективы, где универсальная «церковь» была социальной и теоретической нормой, против которой вечно протестовали радикальные «секты», американская «деноминация»... была структурной инновацией» [Warner 1993: 1065].

3. В-третьих, описывая специфику институциональной истории американской религии, подчеркивая её структурную *адаптивность*, Уорнер предлагает рассматривать её не в кон-

¹ Отделение церкви от государства, которое иногда называют первым отделением (второе и третье связаны с двумя Великими Пробуждениями, происходившими в разное время: 1800-1830, 1890-1920), было закреплено Первой поправкой Конституции в 1789 г., ратифицированной Конгрессом США в 1791 г. В соответствии с ней, была провозглашена свобода вероисповедания, с одной стороны, и отсутствие поддержки государством какой-то одной религии, с другой.

тексте централизации и бюрократизации, а в связи с чередованием центробежных и центростремительных тенденций. В истории протестантских церквей основного направления¹ (от гражданской до вьетнамской войны) центростремительные процессы были характерны для бюрократий этих деноминаций и для экуменических организаций.

Достигнув пика в первой половине XX в., эта тенденция приняла форму защиты протестантского истеблишмента. Недавнее ослабление центростремительных процессов истеблишмента интерпретируется некоторыми учёными как процесс секуляризации, предсказанный «старой парадигмой». Следствием этого процесса было то, что руководители истеблишмента на протяжении поколения были более либеральны, чем миряне.

Впоследствии этот центростремительный поток принял другое направление – центробежное, что было охарактеризовано Р. Ватноу [Wuthnow 1988] как падение значимости «деноминационализма». Другим проявлением центробежной тенденции стал «фактический конгрегационализм» («de facto congregationalism»), то есть уклон американской религиозной жизни в сторону «аффективно значимых» локальных самоуправляющихся ассоциаций, инновации в которых впоследствии соединяются с проблемами гендера, семьи и т. д.

Итак, в то время как в Европе была только «одна церковь», религия в Америке принимает множество форм (деноминаций, конгрегаций, культов, новых религиозных движений (НРД) и др.). Так как «новая парадигма» признаёт историческую популярность американской религии, она в большей степени, чем старая парадигма, воспринимает эти формы как подлинно религиозные.

4. Если религия не является общей для всех, то она всё в большей степени становится *«невидимой»* и *«приватизируется»*, полагают сторонники «старой парадигмы», что вступает в явное противоречие с той позитивной ролью, которую религия сыграла в процессе социальных изменений. Ведь в США принадлежность к той или иной религиозной организации всегда была одним из способов улучшения качества жизни, наделения человека полномочиями (empowering) и правами.

1960-е гг. не были бы «шестидесятыми», не будь американских церквей. «Чёрная церковь функционировала как институциональный центр движения за гражданские права» [Warner 1993: 1068]. И моральный консерватизм 1980-х гг. не

¹ Раньше к протестантским церквям основного направления (mainstream) относили пресвитериан, конгрегационалистов, епископалов, затем к ним присоединились баптисты и методисты, а сегодня – это Объединённая Методистская Церковь, Евангелическая Лютеранская Церковь в Америке, Епископальная Церковь США, Пресвитерианская Церковь США, Американская баптистская Церковь США, Объединённая Церковь Христа и Церковь Христа (ученики Христа).

был бы самым собой без церквей, и «Моральное большинство¹» было создано пасторами местных церквей (независимыми баптистами), представлявшими не церковный истеблишмент, а протестное движение. Деннис Альтман – теоретик движения сексуальных меньшинств за свои права – отмечал: «Во многих местах церковь была единственно возможной формой существования движения геев и лесбиянок» [Warner 1993: 1069].

Поскольку для своего освобождения какой-либо подчинённой группе требуется доступ к финансовым и социальным ресурсам, самым удобным и легитимным способом его организации оказываются церкви. Многочисленные эмпирические исследования говорят о том, что исторически «чёрная церковь» – теологически консервативна, и ресурс социального изменения; она способствует групповой солидарности и личному благосостоянию» [Warner 1993: 1070]. Есть и другие религиозные общины, возникающие в качестве оппозиции, сила которых в соединении автономной организации и теологически консервативных верований и практик.

Учитывая роль религии в конструировании и поддержании патриархальности, неудивительно, например, что чем больше женщина соотносит себя с феминизмом, тем слабее её связь с организованной религией. Однако почти в той же мере верно и то, что американские женщины в большей степени, чем мужчины, вовлечены в религию, – чаще посещают церковь, чаще читают Библию, молятся и т. д., и менее вероятно, что они относятся к неверующим.

Некоторые теоретические подходы рассматривают женскую религиозность как проявление «ложного сознания», распространение патриархального контроля. Ориентированные на «новую парадигму» согласны с феминистскими теориями, в соответствии с которыми женская культура воплощает установки женщин сделать всё от них зависящее в исторических обстоятельствах, что подтверждает американская социальная история².

Если религиозная община – зеркало местной патриархальности, то у женщин есть причина оставить её. Женщины обращаются к тем религиозным организациям, где они могут полнее себя проявить и занять равные с мужчинами посты – они идут к евангеликам и харизматикам, где могут позволить себе критику и мужчин, и традиционной семьи; могут даже выстроить стратегию изменения мужа по своему представлению.

¹ «Моральное большинство» – консервативная фундаменталистская организация, созданная Дж. Фоллуэлом в 1979 г., как коалиция морально активных граждан, выступающих за «суверенитет церкви и семьи», против аборт, феминизма и гомосексуализма, за восстановление молитвы в публичных школах, за утверждение авторитета библейской морали и «морального здоровья» нации.

² В середине XIX в. возникает социальное движение «за моральную реформу» (первое публичное пространство для американских женщин, организационная матрица первой волны феминизма) как следствие Второго Великого (евангелического) Пробуждения.

Сторонники как «новой» (Яннаконе, Майлс), так и «старой» (Хантер, Штелин) парадигм признают тот факт, что современная консервативная американская религия (евангеликализм и неопятидесятничество) в значительной мере испытала влияние феминизма. Однако этот факт можно по-разному интерпретировать: как капитуляцию религии перед современностью, что делают ультраконсерваторы и радикалы, или как мобилизацию скрытых феминистских тенденций самой религии.

5. Пятая характеристика американской религии связана со сложной «индивидуализированной религиозной идентификацией» (в 1960-е гг.), означающей обращение к новым религиозным идентичностям, которые Уорнер, вслед за Руфом и Маккинни, называет **«новым волюнтаризмом»** [Roof and McKinney 1987]¹.

Если обратиться к цифрам, то окажется, что от одной трети до половины всех респондентов меняли деноминации. Одна пятая всех католиков перешли в протестантизм. Согласно данным Гэллапа (1988) 80% американцев согласны с тем, что «человек должен прийти к своей религиозной вере независимо от церкви или синагоги» [Gallup 1988:3]. Происходит сдвиг от «коллективной церковной религиозности» в прошлом к «индивидуальной религиозности», добровольной и независимой от прочих социальных связей сегодня.

Так что современная американская религиозность связана и с религиозным возрождением, и с апостасией. Само собой разумеющаяся традиционная религиозность уходит, на смену которой приходит «неотрадиционная» и нетрадиционная религиозность, связанные с поисками большего смысла в религиозном участии, стремлением к религиозному обращению, к большей религиозной вовлечённости и большему согласию с моральной культурой вновь обрётённой референтной группы.

Означает ли это, что американская религия становится «лишённой корней, мимолётной и произвольной»? Вовсе нет, отвечает Уорнер. Новый религиозный волюнтаризм говорит о центробежном процессе, разделении различных элементов, на основе которых конструируются идентичности [Warner 1993: 1079]. Иначе говоря, для «новой парадигмы» религия в США – не столько инструмент политической власти, действующий сверху (характерный для Европы и «старой парадигмы»), сколько ресурс наделения полномочиями снизу.

Эта работа Уорнера [Warner 1993] – не просто обзор или анализ, но своего рода программа и призыв к учёным, работающим в рамках «старой парадигмы», а также к тем, кто стоит

¹ Термин «волюнтаризм» Уорнер использует в контексте отделения церкви от государства, религиозной свободы и опоры церквей на убеждение, а не на принуждение.

над этими дебатами, совершить «сдвиг» в сторону «новой парадигмы», которая представляется ему более адекватной и уместной для описания того, что происходит в религиозном мире.

Как видим, этот подход фокусирует внимание на отличительных организационных параметрах американской религиозной системы и на её жизнеспособности как аналитической норме изучения религии [Warner 1993: 1080].

Позднее, объясняя свою позицию, Уорнер отмечал [Warner 1997], что, говоря о сдвиге парадигм, он имел в виду не создание универсальной теории, а формирование нового подхода, давно назревшего и необходимого, поскольку многие молодые учёные, проводя эмпирические исследования, испытывали сложности с теорией, связанной по преимуществу со «старой парадигмой», и не соответствовавшей получаемым результатам.

Вся работа Уорнера говорит о применении «новой парадигмы» к реалиям американской религии, за исключением последнего параграфа [Warner 1993: 1081-1082], где он допускает возможность использовать американский образец в качестве общей модели. Впоследствии он отмечал, что в этом существенное отличие его подхода от теории рационального выбора (ТРВ), претендующей на всеобщность и универсальность их теории. При этом он никоим образом не умалял вклада, внесенного теоретиками рационального выбора (к которым он относил Р. Старка, Р. Финке и Л. Яннаконе), в формирование данного подхода, полагая, что без них не было бы «новой парадигмы».

Теория рационального выбора: Старк-Бэйнбридж

Хотя о «сдвиге парадигм» в академических кругах заговорили после статьи Уорнера, «новая парадигма» восходит к теории *Старка и Бэйнбриджа*¹, которые сформулировали ключевые элементы и основные положения теории рационального выбора религии (ТРВР). Суть этой теории сводится к тому, религия возникает из потребности в компенсации существующих в мире страданий, зла, неизбежности смерти и т. д., всегда присутствующих в человеческой жизни, являясь относительно неизменной константой человеческого состояния. Религиозность – неотъемлемое свойство человеческой природы,

¹ Хотя многие работы написаны Старком в соавторстве – сначала с Ч. Глоком, затем с Бэйнбриджем, Финке, Яннаконе и другими авторами – именно ему принадлежит главная роль в систематической и продолжительной (со студенчества) разработке проблем религиозного обращения, НРД, американской религиозности, теоретических основ изучения религии, что выдвинуло его в первые ряды социологов религии, основателей «новой парадигмы» и первопроходцев в области применения ТРВ к изучению религии.

и люди стремятся активизировать свои религиозные выборы таким образом, чтобы максимизировать приобретения и минимизировать потери.

В основе этой теории, во-первых, лежат принципы экономического мышления, разработанные Г. Беккером [Беккер 2003], в свою очередь восходящие к утилитарному индивидуализму А. Смита. И, во-вторых, элементы теории социального обмена Г. Хоманса и П. Блау, главное место в которой занимает актор.

Теория строится на основе идеи, что любое действие является «рациональным» по своему характеру и что люди соизмеряют потери и приобретения любого действия, прежде чем совершить его. Тот факт, что люди действуют рационально, признаётся многими социологами. Но, наряду с рациональными, они признают наличие и других типов человеческого действия: традиционного, эмоционально-аффективного, ценностно ориентированного. Такова была типология М. Вебера, Т. Парсонса и других учёных.

Что отличает теоретиков РВ от других учёных, так это их сосредоточенность на одном, исключительно рациональном виде социального действия. Они считают, что рациональное действие можно рассматривать как рационально мотивированное, инструментальное действие, как бы сильно оно ни казалось иррациональным и нерациональным.

Подобно экономистам, многие теоретики РВ видят свою задачу в конструировании логически связных теорий, стремящихся предсказать человеческое поведение. Люди, говорят они, действуют, «как если бы они были полностью рациональны» и поэтому рациональность может считаться несомненным исходным пунктом, а социальные отношения и процессы обмена могут быть поняты, «как если бы индивиды были чисто рациональными акторами».

Вслед за экономистами теоретики РВ рассматривают социальное взаимодействие как процесс социального обмена. Экономическое взаимодействие включает обмен товарами и услугами, социальное взаимодействие включает обмен одобрением и другого рода ценностными вещами. Чтобы подчеркнуть параллели с экономическим действием, вознаграждения и наказания в социальном обмене заменяются вознаграждениями и потерями. И хотя одобрение значительно труднее измерить, чем его денежный эквивалент, для теоретиков РВ – это всего лишь техническая проблема, для которой пока не найдено решения.

Соединив эти элементы, теоретики рационального выбора разработали принцип целерационального актора, который, среди прочего, стремится к религиозному удовлетворению. А с другой стороны, ТРВ предполагает наличие религиозного рынка, на котором актор совершает свои выборы.

Религиозность – неотъемлемое свойство человеческой природы, и люди стремятся активизировать свои религиозные выборы таким образом, чтобы максимизировать приобретения и минимизировать потери.

Отсюда следует, что для многих сторонников ТРВ теория работает скорее в терминах предложения (supply), а не спроса (demand): религиозная активность растёт там, где есть много предложений религиозных выборов со стороны разнообразных фирм; там же, где таких предложений немного, религиозная активность будет уменьшаться. Они подчёркивают центральную значимость дерегулирования религии и конкуренции для религиозной жизнеспособности как отдельной религиозной организации, так и общества в целом.

Именно эти исходные положения ТРВР вызывают наибольший огонь критики¹, поскольку, даже с точки зрения обыденного сознания, трудно согласиться с тем, что такой сложный, многогранный феномен, как религиозное действие (принадлежность к той или иной религии), которое имеет скорее нерациональный характер, можно рассматривать как рациональный выбор на «рынке религиозных товаров». Что касается значения конкуренции, религиозного плюрализма и позитивной корреляции между религиозным предложением и религиозной активностью, эта корреляция опровергается данными многих исследований. Проблема соотношения религиозного плюрализма, конкуренции и религиозного участия разрабатывается сегодня многими социологами даже в рамках «старой парадигмы», что говорит об актуальности темы и необходимости её конкретизации.

Так, по мнению Чавеса и Горски [Chaves, Gorski 2001], существует два различных типа религиозной конкуренции. Во-первых, европейский тип, «где членство в религиозной организации подобно ...гражданству..., и где религия часто переплетается с культурными, политическими и социальными конфликтами между государствами, классами и национально-этническими группировками», а религиозные альянсы становятся маркерами нерелигиозных интересов. Во-вторых, американский тип, когда религиозные организации зависят от добровольных пожертвований людей, и когда они конкурируют за их время и ресурсы с другими как религиозными, так и нерелигиозными добровольными объединениями. Поэтому, по мнению этих учёных, вряд ли стоит говорить об общих закономерностях такого рода корреляций, так как слишком много исключений.

Наиболее последовательные сторонники ТРВ – Р. Старк, У. Бэйнбридж, Р. Финке и Л. Яннаконе, многие работы которых написаны совместно. Поскольку применение ТРВ к религиозной сфере – явление довольно новое, их теория не есть нечто законченное и определившееся, она постоянно дополняется, отчасти пересматривается, видоизменяется. Начало было положено в 1980-е гг., когда появилась статья [Stark,

¹ С. Брюс, Ф. Лечнер, М. Чавес, Л. Йонг, С. Шарот и др.

Bainbridge 1980] и две книги Старка и Бэйнбриджа: «Будущее религии» [Stark, Bainbridge 1985] и «Теория религии» [Stark, Bainbridge 1987], радикально изменившие представление о социологии религии.

Сформировавшаяся в противостоянии теории секуляризации, ТРВ – это попытка создания науки, исследующей религию не как предрассудок, иллюзию или патологию, но как интегральную часть личности и общества. В «Будущем религии» отчётливо звучит: религия была, есть и будет, и не только в американском обществе. Конечно, есть и секуляризация, но она характерна для любой, а не исключительно современной экономики. Более того, секуляризация есть часть непрерывного цикла, присутствующая в любом обществе и приводящая к двум уравнивающим друг друга процессам – религиозной инновации и возрождению.

Поэтому нельзя сказать, что религия исчезает в современном обществе, как думают многие; скорее, она подобна «приливам» и «отливам» в любом обществе на протяжении долгой истории. «Социальные учёные неправильно истолковали будущее религии не только потому, что горячо желали её исчезновения, но и потому, что им не удалось признать динамичный характер религиозных экономик. Сосредоточив внимание лишь на секуляризации, они не заметили, что этот процесс стал частью более значительной противоположной структуры. Ошибочно приравняв религию к совокупности религиозных организаций, западные интеллектуалы ошибочно приняли секуляризацию этих групп за конец религии вообще..., но нельзя смотреть на закат, не видя рассвета... Мы считаем, что источники религии постоянно сдвигаются в обществах, но количество религии остаётся относительно постоянным» [Stark, Bainbridge 1985: 2-3].

Взлёты и падения религии рассматриваются ими как непрерывные исторические циклы, как сменяющие друг друга **секуляризация, инновация и возрождение**. Движущей силой каждого цикла является напряжённость между религиозными организациями и обществом. Согласно этой схеме, церкви и деноминации находятся в состоянии низкой напряжённости, тогда как секты и культы в состоянии высокой напряжённости. Если секты возникают в результате раскола группы с низкой напряжённостью, то культы – продукт инновации. Именно культы оказываются движущей силой смены циклов секуляризации, инновации, возрождения.

Когда секты постепенно становятся деноминациями и церквями низкой напряжённости, религиозное участие падает, наступает время секуляризации. Однако, поскольку потенциальный спрос является, по их мнению, постоянным, упадок конвенциональной религии в то же время даёт возможность инновационному культу удовлетворить этот спрос. Когда

Религия не исчезает в современном обществе. Её взлёты и падения рассматриваются как непрерывные исторические циклы, как сменяющие друг друга секуляризация, инновация и возрождение.

же внешние условия и внутренний потенциал культа соединятся, культ станет религией, религиозное участие возрастет и цикл завершится отступлением секуляризации. Эта новая религия, постепенно становясь мировой и бюрократизируясь, запускает новый цикл секуляризации.

В начале книги «Будущее религии» Старк и Бэйнбридж отмечают: «Весь наш труд показывает, что религия – непосредственное выражение универсальной человеческой потребности, так что и религию и её изучение ждёт блестящее будущее» [Stark, Bainbridge 1985: 18]. Конечно, во многом это зависит от определения религии, которое, по их мнению, должно быть: 1) общим, чтобы оно включало самые разные религии мира; 2) дающим понимание её сущности (сверхъестественного ядра); 3) не слишком широким. Широкое определение религии, как, например, у Дюркгейма¹, позволяющее включать в него и идеологии, и социальные движения, но при этом избегающее сути религии – сверхъестественного, не даёт понимания религии вообще и её понимания как процесса, включающего секуляризацию, инновацию, возрождение. По их мнению, религия² включает два момента – веру в высшие силы и попытку умиротворить их. Это определение они соотносят с аксиомами человеческого поведения и вводят понятие «компенсаторов» – обещаний будущего воздаяния и сверхъестественных объяснений, становящееся главным аргументом на этом этапе их работы и связанное с такими понятиями, как вознаграждения и затраты.

Аксиомы человеческого поведения гласят: «люди стремятся к тому, что они воспринимают как вознаграждения, и стараются избегать того, что воспринимается как потери» [Stark, Bainbridge 1985: 5]. Однако вознаграждения достаточно редки и неравно распределены в различных слоях любого общества, а некоторые – вообще недоступны. Поэтому создаются компенсаторы. Вера в компенсаторы – «вера в то, что вознаграждение будет получено в отдалённом будущем или в каком-то другом контексте, и эту веру нельзя непосредственно подтвердить» [Stark, Bainbridge 1985: 6].

Компенсаторы – это не вознаграждения, а обещания будущего вознаграждения при исполнении определённых действий и обязательств через какое-то время, заменяющие то, что не может быть достигнуто в этом мире, «здесь и сейчас». Компенсаторы не являются исключительно религиозными по

¹ Согласно Дюркгейму, «есть нечто вечное в религии», «нет ни одного общества без религии», религия – это священное. При этом в его определении отсутствует сверхъестественное – самая суть религии, согласно анализируемым нами авторам.

² На это обратили внимание культурные антропологи в первой трети XX в., в частности, Д. Фрэнсер (1922). Он считал, что религия включает некоторые представления о сверхъестественном существе, силе, мире, и что сверхъестественное является активной силой, которой обусловлены все события земной жизни.

своей природе, их используют также политические и социальные идеологии и движения. Различают компенсаторы специфические (обещающие ограниченное вознаграждение, например, вылечить больное животное) и общие (обещающие великое множество вознаграждений широкого спектра, например, устройство счастливого будущего человечества).

Однако очевидно, по Старку и Бэйнбриджу, что религия – главный источник общих компенсаторов, и что любая религиозная организация упорядочивает эти компенсаторы в систему. Из этой перспективы религия может быть определена как «система общих компенсаторов, основанных на сверхъестественных допущениях» [Stark, Bainbridge 1979], а религиозные организации – как «социальные предприятия, главной целью которых является создание, поддержание и обмен общими компенсаторами» [Stark, Bainbridge 1987: 326]. Религиозные системы вырастают из потребности в объяснениях «трудных вопросов» посясторонней и потусторонней жизни: о смысле жизни и истории, о страданиях и смерти, о неравном распределении вознаграждений и ресурсов и т. д. и т. п. И до тех пор, пока есть эти вопросы, будет существовать и религия.

Правда, некоторые критики ТРВ отмечали, что универсальная потребность в религиозных компенсаторах опровергается наличием атеистов и агностиков. На что Э. Грили отвечал, описывая их как «людей с нулевым спросом на религию», что если их число сильно не меняется в пространстве и времени, то ТРВ легко с этим справится [Jagodzinski, Greeley].

И в «Будущем религии», и в «Теории религии» Старк и Бэйнбридж развивают начатую раньше [Stark, Bainbridge 1979] теорию о церквях, сектах и культах, революционность которой заключается в том, что их модель религиозной динамики переворачивает с ног на голову представление об этих религиозных организациях: церковь оказывается безжизненной формальной структурой, тогда как секта и культ – позитивным моментом религиозной динамики.

Разработка этой проблематики приводит авторов к системе логических утверждений, составляющих фундамент их дедуктивной теории религии, которая была сформулирована в вышедшей два года спустя «Теории религии». В основе этой теории – 344 взаимосвязанных утверждения, в свою очередь исходящих из аксиом. Аксиомы связаны с человеческой природой и условиями человеческого существования, из которых выводится религия, существующая во всех человеческих обществах. Цель этой теории не только подтвердить жизнеспособность религии в Америке, но и объяснить, почему людей привлекают различные формы религиозной жизни – церкви, секты, деноминации, культы; различаются ли они в разных обществах и почему, стабильны они или подвержены изменениям, и как происходят эти изменения.

Один из соавторов Р. Старка по многим публикациям и участник команды ТРВ – Р. Финке. Следует отметить две их большие совместные работы «Воцерковление Америки» [Finke, Stark 2008] и «Дела веры» [Stark, Finke 2000].

В работе «Воцерковление Америки» Финке и Старк рассматривают изменение уровня церковной посещаемости на протяжении более двух веков. По их наблюдениям, в 1776 г. только 17% американцев посещали церковь, а к 1980 г. – 62%. Они объясняют это тем, что США постепенно вырабатывают традицию религиозного предпринимательства как своего рода субкультуру, в контексте которой считалось, что люди, живущие в США, «могут и должны спастись». К 1800 г. уже сложилась система «религиозного возрождения», продолжающаяся и поныне.

Здесь выявляется взаимосвязь между религиозным плюрализмом¹ и религиозной жизнеспособностью, которая прослеживается в историческом контексте. Устанавливается своего рода правило – религиозный плюрализм стимулирует жизнь религиозной организации, повышая религиозное участие. В исторической перспективе Америка воцерковлялась по мере того, как колонии становились всё более взаимозависимыми с экономической точки зрения, что в свою очередь привело к большей толерантности многообразных религиозных групп и направлений. Растущий религиозный рынок способствовал процветанию новых религиозных организаций, что подтверждало главную идею работ Финке и Старка: увеличение религиозного предложения приводит к увеличению спроса, а не наоборот.

Однако ряд исследований подвергают сомнению центральное положение ТРВР о том, что конкуренция увеличивает силу религиозной организации и религиозной жизнеспособности общества в целом, полагая, что между ними существует более сложная взаимосвязь. При этом отмечается важность контекста (культурного, социального политического): в одних случаях существует позитивная корреляция между конкуренцией и религиозной витальностью, в других – отрицательная. Так, например, в исследованиях К. Бролта [Breault 1989] было установлено, что влияние религиозного плюрализма на религиозное участие зависит от формы религиозной общины: там, где присутствуют традиционные консервативные религиозные группы, религиозный плюрализм оказывает менее разрушительное влияние. А там, где преобладают либеральные или экуменические организации, плюрализм приводит к ослаблению религиозного участия. К. Лэнд [Land 1991] и его соавторы

¹ Чавес и Горски в своем исследовании приходят к выводу: эмпирические данные не подтверждают утверждение, что религиозный плюрализм всегда позитивно связан с религиозным участием [Chaves, Gorski 2001: 27].

предлагают ввести несколько переменных (для обозначения социально-экономических условий), чтобы определить корреляции между плюрализмом и религиозной принадлежностью.

Во второй работе Старка и Финке «Дела веры» [Stark, Finke 2000] продолжается как исследование прежней проблематики, так и дискуссия со старой парадигмой. Не слишком удачное понятие «компенсаторы» здесь практически исчезает. Внимание ТРВР обращается прежде всего на рационального индивида, затем на религиозные группы, выявляется взаимосвязь между высоким уровнем религиозной веры и высоким уровнем успешности, то есть более дорогостоящие и требовательные религии успешнее функционируют на рынке, чем менее требовательные, так как «предлагают лучшее соотношение цены и качества». Другими словами, многого требующая религиозная организация много и даёт. Качество достаётся дорогой ценой. Большое внимание в этой работе уделяется относительному упадку религиозной жизнеспособности в Европе и выявлению причин этого. Финке и Старк полагают, что это связано, скорее, с ограниченным спросом, чем с падением спроса.

Работы Лоуренс Яннаконе – самые экономические из всей группы. Математик по образованию, экономист по профессии, сегодня он – профессор экономики, директор института изучения религии, экономики и общества (Institute for the study of Religion, Economics and Society, IRES), учредитель и президент Ассоциации изучения религии, экономики и культуры (Association for the study of religion, economics and culture, ASREC) – считается одним из пионеров в данной области и наиболее последовательным и принципиальным теоретиком РВ в применении его к социологии религии. Круг его интересов необычайно широк: теория и методологии РВ, фальсификация теории секуляризации, концепция человеческого религиозного капитала, религиозной мобилизации, типология церковь–секта–культ; а также самые разные проблемы социологии и экономики религии: фри-райдерства, связи религиозных пожертвований и церковной посещаемости, религиозного фундаментализма и религиозного экстремизма, религиозности различных организаций, роста консервативных церквей и экспансии строгих сект и т. д.

Отметим кратко основные моменты его теоретического подхода, который он неоднократно излагал и который подвергался критике, зачастую вполне обоснованной. Также, как Г. Беккер, он считает, что подход рационального выбора включает принцип максимизации поведения, рыночное равновесие, стабильные предпочтения.

1. Самый фундаментальный из них первый принцип – максимизации поведения. Однако, подчёркивает Яннаконе, безусловно, это упрощение, поскольку и само допущение ис-

пользуется в контексте «моделей, которые сами представляют упрощённые представления о реальности». Возможно возражение, что такая модель бесполезна, за исключением тех случаев, когда человек действует логично, эффективно или руководствуясь эгоистическим интересом.

Но, отмечает Яннаконе, «я не утверждаю, что люди действительно рациональны, просто я знаю, что допущения рационального выбора весьма плодотворны в экономике и задача ТРВ – построение и проверка формальных моделей человеческого поведения» [Iannascone 1997: 4]. Поэтому теории рационального выбора подходят ко всем действиям с точки зрения оценки потерь и приобретений с целью максимизации приобретений. Выбирая религию, люди взвешивают, каково будет их участие в ней. Со временем большинство людей значительно видоизменяют свой религиозный выбор, варьируя степень религиозного участия, меняя его характер или вообще религию.

2. Говоря о стабильности предпочтений, теоретик рационального выбора почти никогда не объясняет эти изменения изменившимися вкусами, нормами или верованиями, а стремится смоделировать изменения поведения (и межличностные различия) в качестве оптимальных реакций на меняющиеся обстоятельства: различные цены, доходы, умения, опыт, технологии, ограничение ресурсов и т. п.

Подобные допущения применяются к религиозному предложению. Религиозные «производители» также рассматриваются в качестве участников, находящихся в процессе максимизации – оптимизации, будучи частью ресурсов правительственной поддержки или каких-то иных детерминант институционального успеха. «Эволюционные силы будут благоприятствовать максимизации поведения, даже если религиозные фирмы сознательно не стремятся к успеху, так как индивиды, организации и политики, обладающие большими ресурсами, вероятнее всего, выживут и будут расти. Действия церкви и клира, таким образом, моделируются как рациональные реакции на принуждения и возможности религиозного рынка» [Iannascone 1997: 5].

3. Смешанные действия религиозных производителей и религиозных потребителей создают религиозный рынок, который, подобно другим рынкам, стремится к устойчивому равновесию. Как и на других рынках, свобода потребителя стесняет производителя религии, так как продавец не может выжить без поддержки покупателей, будь то в форме денежных вложений, налогов, пожертвований или правительственных субсидий. Таким образом, предпочтения потребителя формируют содержание религиозных товаров и структуру институтов, их производящих. Эти последствия чувствуются гораздо сильнее

там, где религия регулируется меньше, а конкуренция больше. Конкурентная среда способствует тому, что мало востребованный продукт заменяется более востребованным.

Эти постулаты неоднократно подвергались критике [Bruce 1993, 1999; Chaves 1995; Spicard 1998], так как многие социологи считают, что люди не всегда действуют рационально, не всегда подсчитывают и соизмеряют затраты и выгоду даже в обычном поведении, не говоря о религиозном. Невозможно думать ни о максимизации поведения, ни о стабильности предпочтений, ни о рыночном равновесии в социальной теории – это механизмы рыночной экономики, которые не просто не помогают, а напротив, мешают исследовать многие связи и феномены социокультурной жизни, – считают критики.

Не все сторонники ТРВР разделяют постулат о стабильности предпочтений. Так, Шеркат [Sherkat 1997] и его соратники считают необходимым дополнить ТРВР некоторыми понятиями, относящимися к сфере культуры, и различать «предпочтения» и «выбор». Люди, говорят они, могут предпочитать одно (например, мистику, магию, оккультизм), а выбирать другое (христианство) в силу культурной традиции и социальных связей. Кроме того, набор доступных индивиду выборов может различаться в пространстве и времени, даже если предпочтения остаются стабильными.

Согласно Яннаконе, эти постулаты неотделимы от концепции человеческого капитала: он утверждает, что в действительности выборы индивида будут меняться со временем, но лишь в той степени, в какой они инвестированы в иную форму человеческой деятельности. Запас человеческого капитала ограничивает способность индивида менять религиозную принадлежность, но если перемена происходит, то ищут сходную деноминацию – такую, где можно было бы использовать накопленный раньше человеческий капитал. Так, например, методисты будут стремиться присоединиться к сходным группам типа пресвитериан или баптистов, а не к таким незнакомым традициям, как католики или индуисты.

Молодые люди в большей степени склонны менять свою религиозную принадлежность, так как они меньше вложили в религиозные обязательства. Супруги из разных религиозных традиций не столь способны к коллективному созданию религиозной ценности, однако они будут сокращать религиозное участие.

Но даже если можно говорить о стабильных предпочтениях, они не поддаются наблюдению и измерению. Измерить можно лишь выбор. Более того, продолжает Шеркат, можно говорить о предпочтениях совокупности индивидов, но не каждого отдельно. Выборы же, которые будут сделаны, зависят от взаимосвязи уровня предпочтений и местной структуры соци-

альной и религиозной напряжённости. Иначе говоря, религиозный ландшафт зависит не столько от религиозных склонностей индивида, сколько от культуры.

Что касается равновесия, то, конечно, к нему стремится всякая экономическая деятельность. Однако как оно соотносится с утверждением Яннаконе о том, что наличие религиозной монополии приводит к религиозному упадку, тогда как религиозная рыночная свобода – к росту? В любом случае, здесь нет места состоянию равновесия.

По мнению Шпикарда, хотя и критиковавшего эти постулаты Яннаконе, ТРВР внесла позитивный вклад в социологию религии, поскольку обратила внимание на те аспекты американской (и иной) религиозной жизни, которые ранее не рассматривались, а её представители собрали и обобщили огромный эмпирический материал и продолжают это делать. Что касается теории, то если её и сохранить, то не в качестве универсальной теории, а как рыночную модель религий, дающую чёткое представление о совокупности рыночных процессов [Spicard 1998].

В отличие от теории, претендующей на универсальность, но не для всех убедительной, применение экономической модели к проблемам религиозных организаций оказывается весьма плодотворным. В частности, объяснение успеха требовательных дорогостоящих церквей, в отличие от нетребовательных дешёвых, проблемой фрирайдерства (free-rider). Поскольку успешные церкви требуют подтверждения веры от своих членов (в форме финансов, времени и т. д.), а фрирайдер пользуется преимуществами религиозной группы, не делая в неё соответствующего вклада, то проблема фрирайдерства является в большей степени проблемой либеральных или менее требовательных церквей, чем более строгих требовательных.

Оценивая сделанное за прошедшее десятилетие в области экономики религии, Л. Яннаконе отмечал, что экономические подходы к изучению религии «теоретически содержательны, а практически плодотворны». Кроме того, они интегрируют очень многое из того, что уже известно о религиозном участии, делают новые прогнозы, предлагают новые пути эмпирических исследований, устанавливают связи между социологическими и экономическими исследованиями религии, культуры, институтов, социальных сетей, нерыночного поведения. По его мнению, такое междисциплинарное исследование религии выходит за рамки создания «ниши» в рамках экономики, превращаясь в новую дисциплину «экологию», развитию которой способствуют учёные, студенты, институты, работающие на основе вышеуказанного подхода к религии в социальных науках [Iannaccone 2005].

Как уже отмечалось, оценки «новой парадигмы» научным сообществом самые разные: от воодушевления и энтузиазма относительно новых установок, методов исследования,

Молодые люди в большей степени склонны менять свою религиозную принадлежность, так как они меньше вложили в религиозные обязательства. Супруги из разных религиозных традиций не столь способны к коллективному созданию религиозной ценности, однако они будут сокращать религиозное участие.

сбора данных и их интерпретации, «чуткого» личностного отношения к религии, выбора тем – до полного неприятия того же самого. Между крайними позициями много тех, кто признаёт одни её стороны и аспекты, игнорируя другие, считая, что нужно использовать то ценное, что есть в любой теории и парадигме.

Заключение

Итак, подведем итоги относительно «новой парадигмы», ТРВ и экономики религии. Каковы их достоинства и недостатки?

Прежде всего, «новая парадигма» возникает из противостояния «старой парадигме», в основе которого – разный подход к решению вопроса о том, как следует изучать религию, как к ней относиться, какие тенденции являются доминирующими в мире, что представляет собой «исключение из правила» – религиозная Америка или секулярная Европа и т. д.

Многие учёные ставят её теоретикам в заслугу то, что в результате прекращается доминирование тренда секуляризации, а в рамках последнего происходит обратное движение, пересматриваются старые, возникают новые, более «мягкие», приближенные к реальности теории нео- и контрсекуляризации, склонные к конвергенции с новой парадигмой, с ТРВР, и другими теориями. Старые статичные теории находятся в процессе активной реконструкции. Налицо динамика и оживление всего поля социологии религии, что приветствуется многими, и в этом большой плюс.

Другой плюс «новой парадигмы» – её стремление изменить место религии в научной теории, связанное с «восприятием религии всерьёз», что означает отказ от господствовавшей долгое время недооценки роли религии в обществе. Однако этот плюс имеет оборотную сторону, так как происходит сдвиг от приуменьшения роли религии в обществе к её переоценке, прорелигиозной направленности, ценностной ненейтральности, что воспринимается некоторыми учёными как преобладание религиозного подхода над социологическим.

К недостаткам ТРВР относится рассмотрение религии вне социального и культурного контекста, недостаточное внимание к связям религии и общества, религии и государства. На теоретическом уровне сторонники ТРВР защищают тезис о «фундаментально несоциальном характере религии» в противовес очень популярной и, пожалуй, единственной концепции такого масштаба – «священной завесы» П. Бергера как социальной конструкции религии.

Для понимания корреляции плюрализма, конкуренции и религиозного участия, государству и обществу отводится очень незначительная роль. В аналитическую схему ТРВР не включены государственные акторы, как и их взаимодействие между собой, так и с религиозными акторами.

Поскольку, согласно этой теории религиозные потребности оказываются постоянными во времени и пространстве, и никакие, даже самые глубокие социально-культурные изменения не отменяют базисной человеческой потребности в религии, то с точки зрения и религиозного спроса (demand), общество не оказывает сколько-нибудь значительного влияния. Объяснения этой теории – объяснения в контексте supply-side, то есть религиозного предложения, в котором практически нет места обществу.

Ещё один большой недостаток ТРВР – игнорирование религиозных различий и религиозного многообразия. Анализируя религиозные организации изнутри для понимания их успеха или неуспеха на религиозном рынке (что очень важно), авторы ТРВР исходят главным образом из протестантских предпосылок, которые по большей части не подходят многим другим – как мировым, так и локальным религиям.

Теоретики РВР делают свои обобщения на основе исследований религии в США, редко выходящих за рамки христианства. Когда же они обращаются к другим, нехристианским религиям, то становится видна ограниченность их теории. Во-первых, говоря о религии, они имеют в виду религиозную веру, практически не обращаясь к таким её компонентам, как ритуал или религиозная практика. А во-вторых, анализируя религиозные организации, они используют стандартный набор черт, присущих американским религиозным организациям (достаточно эксклюзивное членство, конгрегационная структура, экспансия). Отсюда следуют решающие факторы для определения силы или слабости религиозных групп – строгость, требовательность к членам группы и напряжённость с обществом. В результате те религии, которые не подходят под протестантский стандарт, ТРВР либо не рассматривает вообще, либо рассматривает ограниченно.

Очень важной дискуссионной и привлёкшей огромное внимание многих исследователей оказывается проблема соотношения религиозного плюрализма и религиозного участия. В процессе критики ТРВР многие авторы, анализируя, уточняли и видоизменяли её, используя более дифференцированный подход и дополнительные переменные [Chaves, Gorski, Cann, etc.]. Кроме того, подвергается сомнению правомерность рассмотрения роста и упадка религии, а также определяющего их фактора – свободной конкуренции – вне социально-политического контекста, без обращения к сущности общества и государства и их взаимосвязи.

В результате проблемой для теоретиков РВР оказываются: а) коллективное действие, так как они не могут объяснить, почему люди объединяются в те или иные группы; б) социальная структура, которая рассматривается в терминах последствий индивидуальных действий; в) такие социальные нормы, как альтруизм, доверие и т. д.

ТРВР развивается в радикальном противостоянии некоторым положениям постмодернистского мышления, основу которого составляет отрицание, или, по крайней мере, ограничение рационализма в современной культуре.

Теоретики РВР считают, что люди действуют, «как если бы они были полностью рациональны». Вводится не слишком удачное понятие «компенсаторов», от которого впоследствии отказываются. ТРВР рассматривает социальное взаимодействие как социальный обмен, смоделированный на экономическом действии. В основе человеческой мотивации того или иного человеческого действия лежит соотношение приобретения (вознаграждения) и затрат (утилитарный прагматизм). ТРВР занимает позицию методологического индивидуализма и пытается объяснить все социальные феномены в терминах рационального подсчёта (калькуляции) индивида-эгоиста.

ТРВР – часть «новой парадигмы» и более широкого экономического подхода к изучению религии. Следует подчеркнуть, что пересекающаяся с «новой парадигмой», но не сводящаяся к ней «экономика религии» – не просто концептуальная модель или раздел в рамках общей экономики¹, но широкая перспектива, в рамках которой за последнее десятилетие возникли новые теории, выделяются различные этапы её развития, накоплен огромный эмпирический материал, читаются курсы в университетах.

Хотя и сегодня есть стойкие сторонники «старой парадигмы» и принципиальные критики «новой парадигмы», большинство социологов считают, что европейскую религиозность следует рассматривать в контексте не секуляризации, а сдвига от традиционной к нетрадиционной религиозности². В целом

¹ Хотя экономический анализ религии восходит к А. Смиту, К. Марксу и М. Веберу, в XX в. экономисты обращаются к религии в конце 1980 – начале 90-х гг., когда им не удалось объяснить межличностные и интернациональные различия в уровне доходов только материальными факторами, равно как и подъём фундаментализма в различных странах и др. Экономисты начинают печататься в неэкономических журналах, а неэкономисты вовлекаются в орбиту экономики религии. Р. Старк – одна из самых заметных фигур среди сторонников применения ТРВ в социологии религии.

² Например, Г. Дэви, Д. Эрвье-Лежер, С. Хант, Л. Вудхэд и другие европейские социологи, анализируя истоки европейской и американской религиозности, говорят о необходимости принимать в расчёт многие социально-политические и культурные различия этих стран. Так, например, европейцы, говоря о своей религиозности, склонны её приуменьшать, ибо такова их культурная традиция (стыдно быть религиозным и часто ходить в церковь), тогда как американцы, наоборот, склонны её преувеличивать по той же причине (нужно быть религиозным, и часто ходить в церковь), что подтверждают разнящиеся данные опросов общественного мнения и данные непосредственного подсчёта присутствующих в церкви.

же «европейские социологи даже постмодернистского направления согласны с центральными положениями и утверждениями, особенно относительно религиозного «предложения», возникающего в качестве реакции на потребности религиозных «потребителей» и «искателей».

По-прежнему продолжают споры относительно того, насколько плодотворна экономика религии при изучении религиозного феномена, насколько уместно говорить о рациональном подходе в применении к такому сложному и далеко нерациональному феномену, как религия. Не выпадает ли при этом сущностное ядро религиозной веры, как можно измерить то, что измерению не подлежит, и насколько корректны измерительные процедуры? Почему не затрагиваются другие типы социального действия и т. д.?

Однако, несмотря на продолжающуюся критику «новой парадигмы» и отдельных её частей, она безусловно оказала огромное влияние на изучение религии, став для Америки тем же, что «тезис секуляризации» для Европы, совершенно изменив представление о том, что такое социология религии, обогатив понимание внешних сторон религии и преодолев сопротивление тех, кто считал, что экономические и религиозные феномены несовместимы.

Более того, в процессе обсуждения «новой парадигмы» за последние 20 лет сформировалась ещё одна перспектива, которую Линда Вудхэд называет «новой зарождающейся» («emerging paradigm») [Woodhead 2009], а в рамках «старой парадигмы» происходит пересмотр основных её положений¹ и появляются новые подходы к изучению религии в контексте теории глобализации, «постмодерна», «множественных модернов» и «транснациональных религиозных связей» [Wuthnow, Offut 2008].

Библиографический список

1. Беккер Г. 2003. Человеческое поведение: экономический подход. Избранные труды по экономической теории. – М.: ГУ ВШЭ.
2. Фрэзер Д. Д. 1980. Золотая ветвь. Исследование магии и религии. – М.: Политиздат.
3. Boulding K. E. 1957. Some contributions of Economics to Theology and religion // Religious Education. V. 52. № 6.

¹ Здесь уместно вспомнить мнение Х. Казановы, который в своё время отмечал, что эти перемены связаны не только и не столько с наличием новым данных, сколько с «революцией в сфере научных парадигм», радикально изменившей интеллектуальный климат, когда не столько изменилась реальность, сколько наше её восприятие [Casanova 1994].

4. Breault K. D. 1989. A new evidence on Religious Pluralism and religious participation // American Sociological Review. V. 54. № 6.
5. Bruce S. 1993. Religion and Rational Choice: Critique of Economic Explanations of Religious behavior // Sociology of Religion. V. 54. № 2.
6. Bruce S. 1999. Choice and Religion: A critique of Rational Choice. – Oxford: Oxford Univ. Press.
7. Casanova J. 1994. Public Religions in the Modern World. – Chicago: Univ.Chicago Press.
8. Chaves M., Cann D. 1992. Regulation, Pluralism and Religious Market Structure: Explaining Religion's Vitality // Rationality and Society. № 4 (3).
9. Chaves M. 1995. On Rational Choice Approach to Religion // Journal for the Scientific Study of Religion. V. 34. № 1.
10. Chaves M., Gorski Ph. 2001. Religious pluralism and Religious participation // Annual review of sociology. V. 27.
11. Finke R. 1997. The consequences of religious competition: supply-side explanations for religious change // Assessing rational choice theories of religion ed. by Young L. A. – N. Y.: Routledge.
12. Finke R. 2005. Church membership in America: Trends and Explanations // Handbook of Religion and Social Institutes / ed. by H. R. Ebaugh. – N. Y.: Springer.
13. Finke R., Guest A., Stark R. 1996. Mobilizing Local Religious Markets: Religious Pluralism in the Empire State: 1855-1865 // American Sociological Review. V. 61.
14. Finke R., Stark R. 1988. Religious economies and sacred canopies: Religious mobilization in American cities, 1906 // American sociological review. V. 53 (1).
15. Finke R., Stark.R. 2008. The churching of America, 1776-2005: Winners and Losers in Our Religious Economy. – New Brunswick: Rutgers University Press.
16. Gallup. 1988. The Unchurched American-Ten Years Later. – Princeton, N. J.: Princeton Religious Research Center.
17. Goldstein W. S. 2009. Secularization Patterns in the Old Paradigm // Oxford Journals: Sociology of Religion. № 70 (2).
18. Jagodzinski W., Greeley A. The Demand for Religion: Hard Core Atheism and Supply-side Theory [сетевое издание] // URL: <http://www.agreeley.com/articles/hardcore.html> [дата посещения: 12.12.2012].

19. Iannaccone L. 1991. The Consequences of Religious Market Regulation: Adam Smith and the Economics of Religion // Rationality and Society. № 3 (2).
20. Iannaccone L. 1997. Rational Choice: Framework for the Social Scientific Study of Religion // Rational Choice Theory and Religion: Summary and Assessment / ed. By Young. – L.-N. Y.: Routledge.
21. Iannaccone L. 2005. Economics of Religion: Debating the Costs and benefits of a New Field // Faith and Economics. V. 46.
22. Land K. C., Dean G., Blau G. R. 1991. Religious pluralism and church membership: A Spatial Diffusion Model // American Sociological Review. V. 56. № 2.
23. Roof W. C., McKinney W. 1987. American Mainline Religion. Its changing and Future. – Rutgers: Rutgers State Univ.
24. Sherkat D. E. 1997. Embedding Religious Choice: Integrating Preferences and social constraints into Rational Choice Theories of religious behavior // Rational Choice Theory and Religion: Summary and Assessment / ed. By Young. – L.-N. Y.: Routledge.
25. Spicard J. V. 1998. Rethinking religious social action: What's rational about rational choice theory // URL: <http://www.findarticles.com/Sociology of Religion/ Summer> [дата посещения: 20.02.2013].
26. Stark R. 1987. How new religions Succeed: A Theoretical Model // The Future of New Religious Movement / ed. by Bromley D., Hammond Ph. – Macon: Mercer Univ. Press.
27. Stark R., Bainbridge W. S. 1979. Of Churches, Sects and Cults: Preliminary Concepts for A Theory of religious movements // Journal for the Scientific study of Religion. V. 18.
28. Stark R., Bainbridge W. S. 1980. Towards a Theory of Religion // Journal for Scientific Study of Religion. V. 19.
29. Stark R. Bainbridge W. S. 1985. The Future of Religion: Secularization, Revival and Cult Formation. – Berkeley: Univ. California press.
30. Stark R., Bainbridge W. S. 1987. A Theory of Religion. – N. Y.: Peter Lang.
31. Stark R., Finke R. 2000. Acts of Faith: Explaining the Human side of Religion. – Berkeley: Univ. of California Press.
32. Warner S. R. 1993. Work in Progress toward a new paradigm for the Sociological Study of Religion in the United States // American Journal of Sociology. V. 98. № 5.

33. Warner S. R. 1997. Convergence toward the new paradigm // Rational Choice Theory and Religion: Summary and Assessment / ed. by Young L. A. – N. Y.: Routledge.
34. Warner S. R. 2005. A church of our own. Diversity and Disestablishment in American Religion. – New Brunswick.
35. Woodhead L. 2009. Old, New and Emerging Paradigms in the Sociological Study of Religion // Nordic Journal of Religion and Society. № 22 (2).
36. Wuthnow R. 1988. The restructuring of American Religion: Society and Faith since World War II. – Princeton: Princeton Univ. Press.
37. Wuthnow R., Offut S. 2008. Transnational Religious Connections // Sociology of Religion. V. 69. № 2.

Социология образования: сравнительные исследования

« Проблема мелюзги », образовательные неравенства и эффективность вузов как социально-экономические индикаторы



Ключарёв Григорий Артурович – доктор философских наук, профессор, учёный секретарь ИС РАН

E-mail: kliucharevga@mail.ru

«Проблема мелюзги», образовательные неравенства и эффективность вузов как социально-экономические индикаторы

Аннотация

Обосновывается неизбежность неравенства в образовании, рассматриваются пути его смягчения. Анализируются различные модели высшего профессионального образования, соотношение его качества и доступности. Предложен новый подход к методике рейтингования вузов, основанный на их типологизации по следующим признакам: уставные цели, тип собственности, источники финансирования, степень доступности, соотношение числа учащихся, преподавателей и менеджмента.

Ключевые слова: профессиональное образование, качество образования, доступность образования, образовательные неравенства, рейтингование вузов

Достаточно редкое слово «мелюзга» в контексте проблем, связанных с образованием, удачно использовал А. П. Чехов в одном из своих блестящих рассказов. Так писатель называл людей, которые по разным причинам не могут или не хотят учиться, а для оправдания такого положения дел находят массу объяснений. Например, разговор двух чиновников.

– *Всякому своё, Иван Данилыч. Бог даст, и Вы дослужитесь, в колясках ездить будете.*

– *Я-то ? Ну, нет, брат, шалишь. Мне дальше титулярного не пойти, хоть тресни... Я необразованный.*

– *Наш генерал тоже без всякого образования, иначе...*

– *Ну, генерал, прежде чем этого достигнуть, сто тысяч украл. И осанка, брат, у него не та, что у меня... [Чехов 2010: 170].*

В современной интерпретации чеховская «проблема мелюзги» непосредственно связана с существующими образовательными неравенствами и возможностями их преодоления, со степенью доступности профессионального образования и мерой его эффективности.

Неравенство в образовании: к истории вопроса

Все люди равны, но одни более равны, чем другие – гласит известный афоризм. Идея равенства в образовании – одна из основных ценностей демократического общества. Первоначально проблема преодоления неравенства была поставлена христианскими проповедниками, однако общее признание по сути революционной идеи об изначальном равенстве всех людей на Земле и перед Богом задержалось на многие столетия. Лишь начиная с XVII в. в Европе постепенно начинают на практике признавать право людей обучаться и участвовать в общественной жизни, прежде всего в зависимости и в соответствии с индивидуальными способностями [Apple 2001; Foster, Hammersley 1996].

Благодаря промышленной и серии политических революций складывается новая социальная структура западного общества, а вслед за этим происходит существенная эволюция и самих институтов образования. Взаимосвязь образования с другими общественными институтами достаточно подробно изучали К. Маркс и М. Вебер. По их мнению, неравные образовательные возможности являются одновременно причиной и следствием условий социальной мобильности. Используя неравенство в образовании, доминирующие социальные группы вполне легитимно воспроизводят себя¹. Таким образом, по Марксу (классовая борьба) и Веберу (способ подчинения – *structure of domination*) получается, что образование закрепляет существующее классовое, стратификационное, сословное, профессиональное или иное неравенство. Иначе говоря, люди, имеющие власть или влияние в обществе, посредством существующей системы образования закрепляют своё положение и положение своих преемников. В теории такая образовательная модель получила название элитарной.

Однако элитарное образование не отвечало интересам развивающегося индустриального общества. Потребность в обученных кадрах росла быстрее, чем её могла удовлетворить

¹ Сейчас эта мысль кажется достаточно очевидной и не вызывает особых дискуссий. Однако дело заключается в том, каким образом воспроизводятся эти неравенства и институты, каковы динамика и перспектива таких преобразований. Если это рутинная практика воспроизведения существующего социального порядка, как показал, например, в 2011 г. Ф. Э. Шереги, то и здесь есть варианты – расширенное это воспроизводство (т. е. элита увеличивается) или же закрытое (т. е. численность элит остаётся относительно постоянной). И как трансформируется социальная структура в целом. Первая модель более способствует поддержанию динамического неравенства: растут межстратификационные контакты, создаётся ощущение равенства возможностей (о чём свидетельствуют опросы ИС РАН). В случае закрытого воспроизводства элит (например обучение в престижных зарубежных университетах) принцип равенства возможностей нарушается, растёт конкурентная борьба между (и особенно) региональными элитами, создаются предпосылки стагнации общественной жизни.

элита за счёт своих представителей. Поэтому в XIX в. в Европе постепенно реализуется модель *меритократического* образования. Учреждения образования начинают действовать на основе открытой состязательности и проявленных способностей учащихся.

Как идеал рассматривается модель *эгалитарного* образования, при котором все социально-экономические группы имеют равные возможности и условия для учёбы. Но по понятным причинам достичь всеобщего равенства, пусть и в одной, конкретно взятой сфере духовной жизни общества, пока нигде не удалось. Отчасти, возможно, такая модель была реализована на уровне всеобщего начального и общего среднего (по восьмой класс включительно) образования в СССР. Также в ряде развивающихся стран и сегодня национальные правительства ставят задачу создания условий для всеобщего (равного) достижения общей (базовой) грамотности.

Тем не менее, правящий класс и доминирующие в обществе группы заинтересованы в сохранении образовательного неравенства. Как показали А. Грамши и Ю. Хабермас, существующий социальный порядок и способ его воспроизведения через образование контролируются и оправдываются при помощи государственной (возможно, патриотической или религиозной) идеологии и соответствующей политической риторики. В любом случае, качественное профессиональное образование всегда остаётся абсолютной ценностью элиты. С его помощью она сохраняет доминирующее положение в обществе.

В демократическом обществе приходится поддерживать динамическое равновесие – баланс между индивидуальным правом на свободное общее и профессиональное образование и общественной потребностью в подготовке вполне определённого типа работника, гражданина, родителя, прихожанина и т. д. Эта общественная потребность определяется существующей социальной структурой, потребностями и возможностями рынка труда, политическим заказом. В большинстве европейских государств образование до XX в. выполняло функции социальной селекции, закрепляя существующую стратификацию. Позже произошёл постепенный переход к меритократической идеологии, на основе которой возможности в сфере образования предоставлялись в соответствии с индивидуальными способностями и талантами, а также эффективностью общественной отдачи.

В дальнейшем профессиональное образование рассматривается как средство социальной мобильности, что совпадает с интересом личности, но почти никогда не поощряется конкретной социальной группой. Характерным примером является история рабочего образования в Великобритании. Возникшее по инициативе университетской профессуры и интеллигенции,

Как идеал рассматривается модель эгалитарного образования, при котором все социально-экономические группы имеют равные возможности и условия для учёбы. Но достичь всеобщего равенства, пусть и в одной, конкретно взятой сфере духовной жизни общества, пока нигде не удалось.

Качественное профессиональное образование всегда остаётся абсолютной ценностью элиты. С его помощью она сохраняет доминирующее положение в обществе.

оно первоначально выполняло просветительские функции¹. В дальнейшем Ассоциация образования рабочих (WEA) перехватила инициативу у Оксфорда и Кембриджа и стала сама нанимать преподавателей и определять цели и содержание занятий. При этом речь шла только о развитии рабочих до определённых профессиональных стандартов, необходимых для поддержания существующего положения вещей. О так называемом революционном просветительстве и политзанятиях, которыми увлекались в то же самое время некоторые революционеры (например, известная школа рабочих на Капри, которую открыли М. Горький и А. А. Богданов), здесь речи не было.

Неравенство в образовании в значительной степени обусловлено столкновением интересов различных групп общества, которые обслуживают сегодняшние институты образования – университеты, колледжи, курсы повышения квалификации, школы, детские сады. Происходящая маркетизация профессионального образования обусловлена прежде всего потребностями реального сектора экономики, инвестициями бизнеса и финансовых институтов в стандартизацию и распространение обучающих модулей для работников в соответствии с используемыми технологиями. Общий тренд – увеличение рабочих и учебных мест, сокращение сроков подготовки работника. Однако, с другой стороны, неравенство усугубляется узкой специализацией и, как следствие, незащищённостью человека перед постоянно изменяющейся экономической ситуацией, невозможностью учёта персональных интересов и предпочтений. Именно это составляет суть критики современной системы профессионального образования, что постоянно подтверждается опросами общественного мнения [Двадцать лет реформ 2011].

Отдельно стоит вопрос о самообразовании. Речь не идёт о том, что человек самостоятельно, без помощи со стороны приобретает новые знания или осваивает специальность. Такой вид учебной деятельности имеет место обычно вне сферы профессиональных занятий. Более значимым фактором является способность и желание учиться. А этот показатель, как оказывается, существенно различается в восприятии людей. На вопрос: «Как Вы пополняли свои знания последние три года?» около половины респондентов в многолетних общероссийских опросах отвечают: «Никак». Более внимательный анализ этой подгруппы респондентов показывает, что мы имеем дело с людьми, которым учёба либо «в тягость», либо на неё не хватает времени. Соотношение здесь примерно равное. Возможно, для «нежелающих» учиться следует подбирать специальные программы, адаптировать их к конкретным интеллектуальным и психологическим особенностям взрослых учащихся. Однако в действительности мы имеем вполне определённое разделение

¹ Оригинальные названия таких учебных подразделений «University Extension», «Department of Extra-Mural Studies».

респондентов на постоянно (с возможными перерывами до года, по международной классификации) участвующих в образовательных программах, и тех, кто оказывается в стороне от учёбы и образования на длительные периоды, а то и на всю свою сознательную жизнь [Sargant, Tuckett 2006].

Развитие неравенств в образовании справедливо связывают с объективным и неустранимым противоречием, заложенным в самом процессе обучения. Оно выражается в конфликте общественных и индивидуальных интересов, допустимостью вторжения общества посредством образования в частную жизнь граждан [Jarvis 2012]. При планировании деятельности учебных заведений и создании новых программ происходит столкновение консервативных и прогрессивных тенденций. С одной стороны, государство заинтересовано в «молчаливых» учащих для поддержания существующего порядка и стабильности. С другой стороны, существует определённая общественная потребность в инновативных людях, которые критически думают и рефлексивно учатся. Прогресс демократического общества возможен только на основании новых знаний и новых подходов, получаемых на основании критического мышления.

Ещё одно противоречие связано с глобализацией и всеобщим изменением порядка распределения знаний через образовательные институты. Если в начале XX в. неравенства (в том числе образовательные) носили внутренний характер, то к началу следующего столетия ряду государств удалось перенести эти неравенства на межстрановой уровень. По оценкам экспертов ЮНЕСКО, сегодня до 80% глобальных неравенств носят межстрановой характер, а внутри этих стран неравенства значительно смягчились [Milanovic 2010: 17-21].

В основе этого лежит экономическая интеграция различных государств (Европейский Союз, страны АСЕАН, СНГ), деятельность транснациональных корпораций (Coca-Cola, McDonalds, IBM, Sony, BMW и др.), перераспределение финансовых потоков и более свободная миграция рабочей силы. Преодолеть негативную тенденцию роста экономического неравенства, проходящего по условной оси «Север – Юг», и которая очевидно обуславливает и неравенство в образовании, пока не удалось. Так, по данным Института образования ЮНЕСКО, средний национальный доход в индустриальных странах в 1913 г. превышал национальный доход беднейших стран мира в 11 раз. Тот же показатель в 1950 г. составлял 35 раз. В дальнейшем неравенство продолжало увеличиваться – 44 в 1973 г. и 72 в 1993 г.¹

¹ Как следствие, самые богатые люди на планете, численность которых составляет всего 5% от общего населения, потребляют 85% совокупного общемирового дохода, в то время как равные им по численности 5% самого бедного населения потребляют всего 1 % мирового дохода. В межстрановом контексте эти показатели ещё выразительнее: 1% беднейших американцев живут лучше, чем 62% населения остального мира; лишь 3% самых состоятельных индийцев живут лучше, чем самые бедные американцы (1%); 1% беднейших россиян живут лучше, чем 25% населения мира [Milanovic 2010: 17-20].

Развитие неравенств в образовании справедливо связывают с объективным и неустранимым противоречием, заложенным в самом процессе обучения. Оно выражается в конфликте общественных и индивидуальных интересов, допустимостью вторжения общества посредством образования в частную жизнь граждан.

По оценкам экспертов ЮНЕСКО, сегодня до 80% глобальных неравенств носят межстрановой характер, а внутри этих стран неравенства значительно смягчились.

Определённой реакцией на эти противоречия стала «утечка мозгов», которую следует отличать от «циркуляции мозгов» [Latova, Savinkov 2012]. Для ряда посткоммунистических стран, образовательные системы которых ориентированы на потребности развитого индустриального общества, перепроизводство высококвалифицированных специалистов в наукоёмких областях ведёт к миграции работников в те страны, на рынках которых они востребованы. В результате национальные экономики западных стран становятся зависимыми от притока иностранных специалистов. В то же время в бедных странах происходит дальнейшая маргинализация населения на фоне избыточной концентрации неквалифицированной рабочей силы.

Возможность снижения уровня неравенства в обществе ряд экспертов связывают с приватизацией образования. Доля негосударственного профессионального образования существенно варьируется в зависимости от уровня экономического развития страны и культурно-исторических традиций. Процессы приватизации в образовании характерны на начальных и наиболее динамичных этапах экономических трансформаций, именно в эти периоды значение отдачи от вложений имеет максимальные значения [Ордин 2001]. Особенно это имеет значение при переходе от государственного социализма к либеральным рыночным отношениям, – переходу, который по сути и является содержанием рассматриваемой трансформации. Побочным, но достаточно актуальным результатом приватизации является также снижение уровня коррупции в образовании [Heyneman, Anderson, Nyraliyeva 2008].

Однако по мере перехода к стабильным, устойчивым режимам, соответствующим высокой ступени экономического развития, темпы приватизации замедляются и устанавливается наиболее оптимальное для каждой страны соотношение государственных и иных источников финансирования образования (см. таблицу 1).

Таблица 1

Доля негосударственного (частного) сектора высшего образования, по числу учащихся от общего числа, данные PROPHE*, %

Доля частного сектора	0-10	10-35	35-60	Свыше 60
Страны с переходной экономикой	Куба, ЮАР	Египет, Кения	Индия, Малайзия	Чили, Бразилия, Индонезия, Филиппины
Страны со стабильно развитой экономикой	Германия, Новая Зеландия	Венгрия, США	Велико- британия	Япония, Республика Корея

*PROPHE – База данных, содержит результаты исследований развития негосударственного (частного) высшего образования в 117 странах мира. Один из наиболее подробных и достоверных ресурсов на сегодняшний день. Поддерживается университетом Олбани (США), научный руководитель проф. Daniel C. Levy. URL: www.albany.edu/dept/eaps/prophe/data/international.html.

Частное образование, как показывает опыт сравнительных исследований [Heyneman, Anderson, Nyrallyeva 2008], крайне многообразно. Это объясняется тем, что оно легче и быстрее (чем государственное и муниципальное) адаптируется к изменениям на рынке труда и в социальной жизни. Провайдеры частного образования могут сотрудничать, создавать лоббистские структуры в виде профессиональных или корпоративных союзов или ассоциаций и действовать по законам и правилам бизнеса и рыночной экономики. Себестоимость образовательного процесса здесь, как правило, ниже, чем в государственном секторе. Это достигается за счёт многих факторов, среди которых, например, возможности быстрой адаптации учебных планов под конкретный проект или специальность, демократичный подход к составу преподавателей, при котором практический опыт работы имеет большее значение, чем наличие учёных степеней и званий. Сам учебный процесс по содержанию и форме менее формализован и академизирован, он больше ориентируется на запросы и восприятие происходящего самими учащимися, на принятые в их среде модели поведения и времяпрепровождения после плановых занятий.

Как уже отмечалось, приватизация в образовании, а точнее, сокращение бюджетного финансирования и его постепенное замещение иными, в том числе частными, негосударственными источниками – одна из важных особенностей современного реформирования российского образования. В ходе приватизации влияние государственных структур на процесс профессиональной подготовки и переподготовки постепенно сокращается до признаваемого оптимальным в каждом конкретном случае уровня разрешительно-контролирующих (лицензирование, аккредитация) функций. К примеру, программой модернизации в России¹ была поставлена задача выйти к 2012 г. на показатель 25%-го стороннего финансирования каждого учреждения высшего профессионального образования². Задачу, можно считать выполненной отчасти (достигнутый средний показатель 15-17%). Как одну из конкретных форм приватизации можно считать открытие во многих российских вузах программ обучения по второй специальности (на платной основе), поскольку это приносит новые внебюджетные поступления.

¹ Федеральная целевая программа развития образования на 2006-2010 гг., утверждена Постановлением Правительства РФ от 23.11.2005 № 803.

² Для сравнения приведём основные статьи поступлений в бюджет Гарвардского университета: оплата учёбы из средств студентов – 30%, благотворительные и безвозмездные взносы и частные пожертвования – до 10%, доходы от выполнения научно-исследовательских и иных проектов, участие в которых происходит на конкурсной основе – около 60% (данные PROPHE, пояснение см. выше).

Комиссии по качеству и эффективности образования

В рамках российско-британского исследовательского проекта, поддержанного Российской академией наук и Британской академией, автору удалось достаточно близко познакомиться с тем, как работают региональные комиссии по качеству и эффективности образования (*Quality assurance commissions*) в нескольких графствах центральной Англии¹. Основное впечатление – это крайне высокая бюрократизированность таких комиссий, во многом напоминающая деятельность районных отделов народного образования советского периода и их современных преемников. Совпадения начинаются при сравнении огромного количества бумаг, инструкций, методичек, призванных оптимизировать учебный процесс и повысить его качество. На мой вопрос, как всё-таки определяется качество, более-менее внятно не ответил ни один из английских респондентов. Все ответы сводились к тому, что качество обеспечивается строгим соблюдением инструкций. В более неформальных беседах выяснилось, что контроль качества образования заключается в контроле целевого расходования муниципальных (государственных, бюджетных) средств администрациями учреждений дошкольного, начального и среднего общего образования². На более высоких уровнях профессионального образования качество оценивает работодатель. Если речь идёт о подготовке мигрантов или лиц с ограниченными возможностями, то в дело включаются органы социальной опеки. На уровне университетов всё обстоит сложнее: здесь главная гарантия качества – бренд и репутация (если она имеется), как например у Ноттингемского университета (University of Nottingham), который входит в десятку ведущих учебных заведений Соединённого Королевства. Менее известные и менее престижные высшие учебные заведения, к числу которых относится, например, расположенный по соседству Trent Nottingham University, довольствуются шумными пиар-компаниями для молодёжи и в чём-то неуловимо напоминают деятельность наших небольших вузов, часть из которых недавно оказалась в известном списке «неэффективных».

Если подходить к вопросу более обстоятельно, то оказывается, что *эффективность профессионального образования* – многофакторный и многоуровневый показатель. Более того, можно говорить, что эффективность всякого социального процесса (каким в нашем случае является образование) относительна, *релятивна*. Она всегда рассматривается по отноше-

¹ А именно: Nottighamshire, Darbyshire, Linkolnshire (2002, 2005, 2010 гг.).

² Названия уровней образования приводятся в российских эквивалентах.

нию к другому социальному процессу или субъекту. Так, на микроуровне эффективность определяется по отношению, как минимум, к основным субъектам образовательного процесса – выпускникам (учащимся), работодателям, учебным учреждениям, муниципалитетам и иным учредителям, финансовым институтам. Несколько пояснений в этой связи.

Выпускник (учащийся). Как показывают обстоятельные многолетние исследования [Константиновский 2008], приобретение знаний и навыков, получение престижного диплома являются не основной, а сопутствующей целью более чем половины студентов. Другая половина считает эффективным результатом 5-6-летней учёбы в вузе достижение определённой статусности и занятие хорошо оплачиваемого места работы. Первая половина при этом вполне довольствуется отсрочкой от службы в вооружённых силах, устройством семейной жизни (выход замуж и рождение детей), возможностью приятного общения с друзьями и на этом основании считает годы пребывания в вузе проведёнными не напрасно.

Работодатель. Для него признаком эффективности является расширение деятельности предприятия, повышение конкурентоустойчивости, получение прибыли. Насколько этим целям способствует полученное образование его работников – остаётся открытым вопросом. Исследования последних лет, в том числе сравнительные российско-китайские исследования показывают, что более важным для работодателя является способность и желание работника постоянно повышать квалификацию, участвовать в программах непрерывного и дополнительного образования, нежели факт наличия свидетельств, дипломов и сертификатов [Fengliang, Morgan, Ding 2008]. Именно для этого работодатель готов нести корпоративные затраты на дополнительное образование в соответствии с технологическими потребностями его предприятия.

Высшее учебное заведение. Хорошо известные с XVIII в. академические свободы и университетская автономия обеспечивают учебному заведению высокую степень закрытости, консерватизма и самодостаточности. Благодаря этому многие вопросы внутренней жизни решаются узкокорпоративно, исходя из внутренних интересов и целесообразности (обеспечение преподавателей учебной нагрузкой), внешние факторы при этом могут отходить на второй план¹. Особое значение

¹ Одна из типичных внутренних проблем, которые приходится решать в современном вузе, – это распределение нагрузки среди действующих преподавателей. Особенность состоит в том, что во многих провинциальных вузах на профессорских, реже – доцентских преподавательских должностях числятся высокопоставленные чиновники местного уровня, имеющие, разумеется, необходимые учёные степени и звания. При этом у заведующего кафедрой возникает задача перераспределения учебной нагрузки этих «совместителей» в сторону немногочисленных реально действующих преподавателей, аспирантов (которых в провинциях очень немного) и почётных пенсионеров кафедры.

придаётся созданию позитивного имиджа, повышению научной и педагогической репутации, продвижению вверх в различных системах рейтингов среди себе подобных учреждений.

Муниципалитеты (органы регионального управления) и иные учредители. Здесь проблема эффективности связана со степенью решения конкретных территориальных проблем, таких как обеспечение занятости, социально-экономическое развитие города и региона.

Финансовые институты (банки, инвестиционные фонды). Это относительно новые субъекты образовательного процесса, которые, однако, имеют значительный ресурс влияния на развитие системы образования. Для них эффективность определяется прежде всего размером получаемой прибыли посредством образовательного кредитования и снижения его рисков [Диденко 2010].

Далее переходим на макроуровень, где эффективность образовательной системы рассматривается при помощи теории социального капитала и связана с «ресурсным подходом» [Coleman 1971, Coleman 1988]. Считается, что *образование является системой, которая конвертирует (производит и перерабатывает) основные виды человеческих и финансовых ресурсов.* Именно образование становится основным средством производства общественного богатства, социального статуса, знаний и навыков. Такие «традиционные», используемые на микроуровне параметры, как численность учащихся, размер и оборудование учебных помещений, уровень оплаты труда не позволяют оценить знания, навыки, степень вхождения на рынок труда и меру социальной адаптации. Поэтому происходит переход к интегральным показателям, таким как, например, *компетентность*. При этом в результате изучения процессов конвертации капиталов – финансового, человеческого, социального – удаётся оценить уровень компетентностей и, соответственно, общую эффективность образования. На данной стадии понимание образования предельно расширяется и включает в себя, помимо формальной учебной деятельности (с учебными планами, заданным содержанием занятий, обязательными контрольными мероприятиями), ещё *неформальную и информальную* (досуговую) составляющие.

Поясним, что в соответствии с Международной стандартной классификацией образования (ISCED), основные формы непрерывного образования определяются следующим образом.

Формальное образование относится к системе школ, колледжей, университетов, иных формальных учебных заведений, которые обычно обеспечивают набор взаимосвязанных учебных программ в качестве основного занятия для детей и молодёжи, как правило, в возрасте от 5 (7) лет и до 20 (25) лет или же вплоть до начала оплачиваемой трудовой деятельности в качестве основного вида занятий.

К неформальному образованию причисляется любая организованная и продолжающаяся какое-то время учебная деятельность, которая не попадает под определение формального образования. Она может происходить как внутри учебного заведения, так и вне его стен вне зависимости от возраста обучающихся. Неформальное образование не ставит целью аттестацию учащегося. Оно может иметь как профессиональную направленность, так и общекультурное значение. Содержание и методы занятий чётко не фиксируются и, вследствие этого, могут быть максимально адаптированы под нужды учащихся.

Таким образом, *есть все основания утверждать, что вопрос оценки качества и эффективности образовательных систем и институций весьма непрост и не может иметь единственного решения.*

Что же происходит в реальной жизни? Какие факторы содействуют или, наоборот, препятствуют развитию образовательных систем? Оказывается, по мере перехода к рыночным отношениям доля негосударственного, частного сектора и, соответственно, финансового капитала, неуклонно возрастает. С точки зрения логики рынка, ничего странного в этом нет: товарно-денежные отношения распространяются не только на сферу материального производства и оказания услуг, но и на область производства и распространения знаний и технологий. Разумеется, сторонники коммерциализации культуры и образования подвергаются серьезной критике, в том числе и по поводу сомнительности качества обучения. Однако при более внимательном рассмотрении вопроса острота критики снимается, если уточнять, о каком – *массовом* (инклюзивном) или *элитарном* (эксклюзивном) – образовании идёт речь. Элитарное образование, по своему определению, всегда должно быть только высокого качества. Массовое, напротив, высокого качества быть не может, да и не должно.

В силу своих социальных обязательств, учредителем и исполнителем массового образования является государство. Напротив, частные инвестиции имеют «точечный» характер и назначение. По сравнению с бюджетным, государственным финансированием, они имеют более высокую гибкость и способны эффективнее адаптировать учебный процесс к быстро изменяющимся требованиям рынка труда. При правильном инвестировании частного капитала и эффективном менеджменте – как об этом свидетельствуют примеры всемирно известных негосударственных учебных центров, таких как Оксфордский, Кембриджский, Гарвардский университеты, Массачусетский технологический институт и ряд других – обеспечивается высокая и стабильная, если говорить языком экономистов, отдача или выгода как в материальных, так и в нематериальных активах.

Есть все основания утверждать, что вопрос оценки качества и эффективности образовательных систем и институций весьма непрост и не может иметь единственного решения.

Элитарное образование, по своему определению, всегда должно быть только высокого качества. Массовое, напротив, высокого качества быть не может, да и не должно.

В таблице 2 показано, как соотносятся качество, доступность и стоимость (затраты) обучения в основных типах высших учебных заведений¹.

Таблица 2

**Эффективность и доступность обучения
в частных и государственных вузах**

№	Учебные заведения	Доступность поступления	Качество обучения	Трудоустройство выпускников по специальности, % от выпуска	Стоимость обучения
1	Массовые, коммерческие	Высокая	Среднее	40-60	Средняя
2	Полу-элитные*	Средняя	Среднее и высокое	50-70	Высокая
3	Элитные**	Низкая	Высокое	до 100	Высокая
4	Институты-«однодневки»***	Высокая	Низкое	20-30	Низкая

*В неформальной обстановке специалисты называют учащихся таких заведений «бестолочи с деньгами» (в англоязычной терминологии – rich fools).

**Сюда относятся как социально-экономические элиты, так и академическое сообщество – преподаватели, учёные и др.

***К группе «однодневок» относятся учреждения, главной задачей которых является легальная продажа дипломов и оказание минимальной образовательной услуги потребителю (fraud-false).

Обращает на себя внимание, что элитное образование (группа 3), как и следовало ожидать, оказалось малодоступным, но эффективным и качественным: почти все выпускники работают на престижных и хорошо оплачиваемых позициях и главное – имеют перспективу для дальнейшего роста. А это способствует повышению самооценки. Напротив, в массовых платных учреждениях (группа 1) степень трудоустройства остаётся в пределах среднестатистических показателей. Как говорится, *«кто захотел учиться, тот чему-то научится, а насильно учиться не заставишь»*.

Особый феномен – это достаточно многочисленная группа вузов, а точнее, филиалов – «однодневок» (группа 4), где качество обучения крайне низкое, показатель трудоустройства ниже общероссийского примерно в два раза, стоимость обучения также минимальная (5-10 тыс. руб. в месяц в регионах и малых городах). На деле, эти учебные заведения просто легально продают дипломы, оказывая взамен образовательную услугу крайне низкого качества. Впрочем, как показывают обследования, такая ситуация всех устраивает.

Важными показателями качества, о которых почему-то забывают, является открытость учебных планов и программ, возможность их индивидуализации в соответствии с ожиданиями учащихся. Особенности содержания обучения в зависимости от типов вузов приводятся в [таблице 3](#).

¹ По данным мониторинга нацпроекта «Образование» (2010-2011), рук. Ф. Э. Шереги (данные любезно предоставлены автором проекта).

Таблица 3

Содержание обучения в различных по уровню доступности вузах

Учебные заведения	Учебные планы
Массовые, коммерческие	Открыты для изменений, определяются для конкретного набора ежегодно, доступны внешней экспертизе и ознакомлению самими учащимися и их представителями
Полу-элитные	Частично открыты, частичная адаптация
Элитные	Предусмотрена максимальная адаптация и индивидуализация под учащегося, высокая доля мастер-классов, индивидуальных занятий, учебные планы имеют «штучный» характер и охраняются копирайтом.
Институты-«однодневки»	Закрываются, адаптация и индивидуализация под учащегося не предусмотрены, не доступны внешней экспертизе и ознакомлению самими учащимися и их представителями.

Как видим, в вопросе оценки качества и эффективности образовательного процесса «демаркационная» линия определяется принадлежностью (составом учредителей) того или иного учебного заведения. Сегодня существуют различные организационно-правовые формы управления учебными заведениями. Очень многое зависит от социально-экономической ситуации и культурно-исторических традиций. Однако нынешний путь российского профессионального образования типичен для трансформационных экономик – по мере развития рыночных отношений доля негосударственных средств в профессиональном образовании неуклонно возрастает.

Отсюда следует важное обстоятельство, которое стоило бы учитывать при создании различных систем рейтингования (сопоставления, сравнения) вузов в России – все системы и методики рейтингования должны применяться к более или менее однотипным группам вузов. С учётом современной типологии учебных заведений высшего (третичного) профессионального образования можно выделить группы вузов по следующим признакам:

1. *Уставные цели, тип собственности и основные источники финансирования.* Принципиально возможны два варианта уставных целей – коммерческие (получение прибыли) и некоммерческие (культурно-просветительские и информационно-образовательные). От того, какие цели указаны в Уставе университета, во многом зависят порядок налогообложения и свобода деятельности в каждой конкретной стране. Во многих странах (США, Бразилия, Кения и др.) активно действуют некоммерческие учебные заведения – университеты, учреждённые религиозными организациями. Однако характер и со-

Все системы и методики рейтингования должны применяться к более или менее однотипным группам вузов.

Есть все основания утверждать, что вопрос оценки качества и эффективности образовательных систем и институций весьма непросто и не может иметь единственного решения.

Массовое образование – вполне обоснованный шаг по выравниванию шансов и возможностей представителей нижних и, отчасти, средних слоёв населения.

держание обучения здесь, как правило, светские. Желая специализироваться по богословской проблематике занимаются факультативно и дополнительно. А «религиозная» компонента проявляется лишь в более строгом дресс-коде во время занятий, коллективном исполнении одной из молитв по особо торжественным случаям и полном запрете алкоголя и табака в самом университете и на кампусе (студенческом городке).

По типу собственности и основным источникам финансирования, включающим состав учредителей и круг попечителей (инвесторов), выделяются индивидуальные, благотворительно-религиозные, корпоративные, учреждённые неправительственными (общественными или религиозными) организациями или другими юридическими лицами учебные заведения. Это один из основных показателей в сфере управления образованием.

2. Степень доступности вуза и качество обучения в нём. Выше уже отмечалось, что чем легче поступить в учебное заведение, тем ниже в нём, как правило, качество образования. Массовое образование – вполне обоснованный шаг по выравниванию шансов и возможностей представителей нижних и, отчасти, средних слоёв населения. Оно всегда ориентировано не столько на потребности рынка труда, сколько на спрос на конкретную специальность или профессию среди основных потребителей данной услуги – учащихся и их родителей. Массовое образование руководствуется принципом – *«заплати и получи»*¹.

С другой стороны, *элитное образование* должно оставаться труднодоступным для основных групп населения. В некоторых случаях его определяют как специально созданное для элит или для привилегированных и особо талантливых учащихся (последние, разумеется, могут быть и представителями нижних слоёв населения). Поэтому правильнее считать, что основным признаком элитного учебного учреждения является его ориентация исключительно на подготовку учащихся к труду в привилегированных секторах экономики и в иных престижных сферах профессиональной деятельности (наука, культура).

С учётом этого предлагается выделять следующие основные типы университетов, институтов и их филиалов: *массовые и коммерческие, полу-элитные, элитные*.

3. Соотношение числа учащихся, преподавателей и менеджмента (включая вспомогательный персонал). Это достаточно важный пакет количественных показателей, определяющий эффективность обучения и уровень затрат. Оптимальное

¹ В англоязычной литературе это определяется словосочетанием *demand absorbing*, которое буквально означает «потребление требуемого», а по смыслу переводится старорусским «Чего изволите?».

соотношение варьируется и часто служит одним из важных показателей при лицензировании и аккредитации учебного заведения во многих странах мира. Обычное среднее значение составляет один преподаватель на 12-15 студентов, один менеджер (декан, начальник курса и др.) на 100-150 студентов [Adeyemi 2001, Alvarez-Mendiola 2006]. Отмечается общая тенденция, когда при увеличении численности студентов и соответствующем пропорциональном росте количества преподавателей и менеджеров, уровень затрат понижается, а полученная выгода расходуется на повышение качества. Однако это не всегда так. Например, крупнейший частный вуз в Чехии – университет Я. А. Коменского (численность студентов около 6 тыс. человек) по качественным показателям (данные рейтингования) намного превосходит государственный Карлов университет (около 45 тыс. студентов).

Таким образом, имеются веские причины положить в основу рейтингования принцип выделения соответствующих (схожих) групп вузов по указанным выше признакам. При этом мы сознательно не указали здесь один из важнейших критериев эффективности – *история трудоустройства выпускника данного вуза и его самооценки (самооценка) на занимаемой позиции*. Этот критерий можно считать универсальным, он валиден для всех названных выше групп учебных заведений.

Заключение

Особенности национального характера, которые среди многих других мыслителей пытался понять А. П. Чехов, проявляются в сферах образования и образованности самым необычным и причудливым образом. Когда мы смотрим на объективные цифры официальной статистики и, казалось, предлагаем научно обоснованные программы дальнейших действий, непонятно откуда появляется что-то неуловимое, метафизическое, которое изменяет первоначальный замысел реформаторов. Так, например, эффективность образования, как показано в настоящей статье, – это прежде всего *социально-экономический показатель*, который всегда используется по отношению к конкретной референтной группе людей и сложившимся на данный момент межгрупповым неравенствам. Степень этих неравенств самым прямым образом оказывает влияние на эффективность образовательного процесса. А *признаки эффективности* – термин, который активно используется в современной риторике, – нечто иное, скорее ситуативное, конъюнктурное, *метафизическое*. В отдельных случаях это может быть коляска, на которой перемещается по городу чиновник от образования, его осанка или что-то ещё, неуловимое, но определённо влияющее на наше восприятие.

Элитное образование должно оставаться труднодоступным для основных групп населения. В некоторых случаях его определяют как специально созданное для элит или для особо талантливых учащихся (последние могут быть и из нижних слоёв населения). Поэтому основным признаком элитного учебного учреждения является его ориентация исключительно на подготовку учащихся к труду в привилегированных секторах экономики и в иных престижных сферах профессиональной деятельности (наука, культура).

Один из важнейших критериев эффективности – история трудоустройства выпускников данного вуза и их самооценки на занимаемой позиции.

«Проблема мелюзги» в образовании проявляется сегодня в особых формах неравенства, которое разделяет тех, кто хочет учиться, и тех, кто по самым различным (пусть и вполне обоснованным) причинам этого не желает. Абсолютное большинство людей признаёт высокую ценность образования, но понимает под этим совершенно различные вещи. А отсюда – тот противоречивый и многоликий дискурс с продажей дипломов, рейтингованием и закрытием вузов, посылкой детей на престижную учёбу за границу, коррупцией, ЕГЭ, ГИФО и ещё много чем другим – и хорошим, и плохим, – таким знакомым и, в общем-то, нам понятным.

Библиографический список

1. Двадцать лет реформ глазами россиян: опыт многолетних социологических замеров. 2011 / М. К. Горшков, Р. Кrumm, В. В. Петухов. – М.: Весь Мир. 328 с.
2. Диденко Д. В. и др. 2010. Образовательное кредитование в России: состояние, проблемы, пути решения // Финансы и бизнес. № 1.
3. Константиновский Д. Л. 2008. Неравенство и образование: опыт социологических исследований. – М.: ИС РАН, ЦСП. 552 с.
4. Ордин О. 2001. Неравенство и экономический рост. Подходит ли кривая Кузнецца для российской экономики? – М.: Институт финансовых исследований [электронный ресурс]. URL: <http://www.finansy.ru/publ.pmacro003.htm> [дата посещения: 12.11.01].
5. Чехов А. П. 2010. Мелюзга // Пёстрые рассказы. – М.: АСТ.
6. Adeyemi K. 2001. Equality of access and catchment area factor in university admissions in Nigeria // Higher Education. № 42.
7. Alvarez-Mendiola G. 2006. Lifelong learning policies in Mexico: context, challenges and comparisons // COMPARE. V. 36. № 3. September.
8. Apple M. W. 2001. Comparing Neo-liberal Projects and Inequality in Education // Comparative Education. Vol. 37. № 4.
9. Coleman J. S. 1971. Resources for Social Change. – N. Y.: John Wiley & Sons.
10. Coleman J. S. 1988. Social Capital and the Creation of Human Capital // American Journal of Sociology. V. 94.

Эффективность образования – это прежде всего социально-экономический показатель, который всегда используется по отношению к конкретной референтной группе и сложившимся межгрупповым неравенствам.

11. Fengliang Li, Morgan W. J., Ding X. H. 2008. The Expansion of Higher Education, Employment and Over-Education in China // International Journal of Educational Development. № 6.
12. Foster P., Gomm R., Hammersley M. 1996. Constructing Education Inequality. – L.: Falmer Press.
13. Heyneman P. S., Anderson H. K., Nyraliyeva N. 2008. The cost of corruption in higher education // Comparative Education Review. № 52 (1).
14. Jarvis P. 2012. Paradoxes of Learning. On becoming an Individual in Society. – L.: Routledge.
15. Latova N. V., Savinkov V. I. 2012. The Influence of Academic Migration on the Intellectual Potential of Russia // European Journal of Education. V. 47. № 1.
16. Milanovic B. 2010. Measuring global income inequality // World Social Science Report. Knowledge Divides. – P.: ISSC-UNESCO.
17. Otero M., Whitworth A. 2006. Equality in Higher Education in Spain and the UK: Mismatch between Rhetoric and Policy? // Higher Education Quarterly. V. 60. № 2. April.
18. Program of research on Private Higher Education // University of Albany – State University of New York: Official Website [электронный ресурс]. URL: www.albany.edu/dept/eaps/prophe/data/international.html [дата посещения: 01.07.12].
19. Sargant N., Tuckett A. 2006. The Learning Divide Revisited. – Leichester: National Institute for Adult Continuing Education.

Социология образования: сравнительные исследования

Образ профессионального учительского сообщества в британских и российских СМИ



Колесникова Елена Михайловна – кандидат социологических наук, старший научный сотрудник Центра исследования социальной структуры и социального расслоения ИС РАН

E-mail: kolesnikova@mail.ru

Образ профессионального учительского сообщества в британских и российских СМИ

Аннотация

Статья посвящена вопросу формирования образа профессиональной группы педагогов и их профессии в СМИ. Профессиональная группа рассмотрена как корпоративный актор, использующий информационные ресурсы для формирования общественной репутации группы и профессии в собственную пользу.

Ключевые слова: социология профессий, социальные проблемы, социология образования

Существует множество путей совершенствования системы школьного образования, но очевидно, что фактор профессиональной группы учителей был и остаётся одним из решающих. Цель государственной социальной политики в области образования состоит в обеспечении качества, доступности и эффективности образования. Статус профессии, являясь значимым при формировании и динамике развития социальной группы учительства, представляется важным элементом реализации этой цели.

Образ профессиональной группы как одна из составляющих символического капитала профессии во многом определяет её статусные позиции. От того, как позиционируется учительский профессиональный проект, зависит, сколь автономными и авторитетными экспертами будут выглядеть учителя, сколь активно они смогут принимать участие в обсуждении и реализации реформ, и, в конечном итоге, приведут ли эти реформы к позитивным изменениям их статуса и позиций на рынке труда.

В статье приведены результаты части британского проекта «Статус учителя, статус профессии и группы учителей в Великобритании: взгляд на профессию изнутри и со стороны», посвящённого анализу дискурса образования и учительства в СМИ, и авторского исследования образа профессии и учителей в российском медиа-дискурсе. Основное внимание было посвящено вопросу медиа-образа учителей, доминирующего в новостной части британских и российских печатных СМИ.

Образ учительства в британском новостном дискурсе

Британский проект «Статус учителя, статус профессии и группы учителей в Великобритании: взгляд на профессию изнутри и со стороны» посвящён исследованию статуса профессии и профессиональной группы учителей и включает оценку основного тренда в восприятии статуса учителей и их профессии самими учителями, их ассоциированными группами и широкой общественностью в период между 2003 и 2006 гг. [Hargreaves et al. 2007]. Исследование является продолжением проекта, включавшего аналогичный обзор в 1991-2002 гг. [VITAE Report 2006]. Для достижения поставленной цели были проведены: опрос учителей и представителей ассоциированных групп (родителей, в частности), экспертные интервью, анализ образа профессиональной группы в СМИ и результатов опросов общественного мнения.

Значимость статуса профессии как фактора существования и развития профессиональной группы, определения её места в актуальной социальной иерархии и формирования перспектив признаётся как учёными, так и самими учителями. Например, данные британского исследования свидетельствуют о заинтересованности учителей в более высоком статусе своей профессии – 45% респондентов рассчитывают на повышение статуса учителя в XXI в [GTC 2002]. Также подчёркивается обеспокоенность учительского сообщества вопросами привлечения и удержания в профессии высококвалифицированных и мотивированных кадров [Ball 1990; Woods et al. 1997].

Как предыдущие [Lortie 1975; VITAE Report 2006], так и данное исследование показывают, что связь между статусом профессии и перспективами существования группы не является столь прямолинейной. Например, лишь небольшая доля учителей основывают выбор своей профессии на её статусе или общественном имидже. Большинство становятся учителями «чтобы работать с детьми», «дать детям хорошее начало в жизни» и/или «быть полезными обществу». В основном учителя мотивируют свой профессиональный выбор приоритетом «психологических» или «внутренних» наград. Авторы отмечают, что их респонденты, сознавая испытания и несчастья, выпадающие на их профессиональную долю (психологическое напряжение, максимальную нагрузку, беспрецедентный уровень ответственности и недостаток профессиональной автономии), тем не менее сохраняют общий рефрен «но я люблю это дело». Учителя с такой мотивацией вероятнее всего в перспективе останутся верны профессии. Те же, кто отмечают «статус, имидж и материальные награды» как наиболее важные характеристики занятости, в большей степени планируют сменить профессию учителя [Hargreaves et al. 2006; Warin et al. 2006].

Само по себе понятие «статуса профессиональной группы» является довольно сложным, многокритериальным и различно трактуемым. В своём проекте английские авторы опираются на концепцию Хойли [Hoyle 1974: 13-19; Hoyle 2001]. В ней природа понятия «статус» раскрывается через категории престижа, высокой квалификации и уважения¹. Престиж профессии связывается с общественным представлением о её месте в иерархии профессий. Квалифицированность занятия соотносится с автономией практики, высшим образованием как пропуском в профессию, деятельностью, основанной на профессиональном знании высокой степени абстрактности и символизации, самостоятельностью в осуществлении основной профессиональной деятельности и ориентацией на служение обществу (этике служения). Уважение к профессии состоит в «доверии и почтении со стороны клиентов» – наличии уважения клиентов и общественности в целом; получении полномочий быть доверенным лицом, позволяющим действовать в наилучших интересах доверителя в пределах ответственности и получать соответствующие награды. Оно складывается из образов, создаваемых как в непосредственном межличностном общении, так и опосредованно формируемых СМИ. При этом именно уважение отмечается как основная составляющая статуса, на которую могут влиять непосредственно сами учителя [Hargreaves et al. 2007: 18-19].

Данная трактовка статуса профессии даёт возможность обратиться к результатам опросов общественного мнения, проводимых в частности для британской Медицинской Ассоциации [MORI 2003]. В них разрабатывается «индекс доверия» профессиям, представителям которых люди «доверяют настолько, что говорят им правду». Опрос показал, что граждане доверяли докторам (91% респондентов), учителям (87%), профессорами (74%), судьям (72%) и духовенству/священникам (71%). Дальнейшие исследования [MORI 2006] показали стабильность в результатах и подтверждают высокий уровень доверия учителям.

Но, несмотря на эти результаты, опрос представителей профессионального учительского сообщества, проведённый этим же агентством для Главного совета по преподаванию (General Teaching Council for England) в 2002 г., показал, что непосредственно сами педагоги в значительной степени недооценивали уважение и доверие граждан по отношению к себе [MORI 2002]. С точки зрения учителей, у них низкий «кредит уважения» в глазах СМИ (так посчитали 86% респондентов-учителей), затем следует «общественность» (68%), «правительство» (55%) и «родители учеников» (49%). Публичный имидж

¹ В статье приводится та трактовка основных понятий (понятия «статус профессиональной группы» в частности), которая была принята авторами британского проекта, без критического анализа их позиции.

профессии, представленный именно в массмедиа, вызывал больше всего несогласия и разочарования у педагогов. Они описывали прессу как тот институт, который «представляет их в самом невыгодном свете».

В связи с этим важной частью проекта стало рассмотрение печатных СМИ (национальных и местных) как одного из наиболее важных факторов, влияющих на представления как самих учителей, так и общественности. Авторы отмечают, что отражением признания роли СМИ в создании и влиянии на общественную репутацию учителей и образования являются многочисленные исследования образа учителя в фильмах и других развлекательных видах медиа [Dalton 2007; Ellsmore 2005; Farber et al. 1994]. При этом мало исследований образа учителя в самом значимом и политическом жанре медиа – новостях, интерпретирующих социальные проблемы, попадающие в повестку дня. В качестве важного исключения авторы отмечают работы Викланда [Wiklund 2003] и Каннинггема [Cunningham 1992: 37-56]. Непосредственно проект анализировал динамику частоты и природы освещения в новостях проблем образования, профессии «учитель», статуса учителей в национальной и региональной прессе. Методика включала проведение еженедельных обзоров ряда национальных и региональных ежедневных массовых газет [Hargreaves et al. 2007: 50].

Результаты проекта говорят о том, что в последние годы интерес к теме образования и учительских проблем возрастал (занял третье/четвёртое место в рейтинге). Тремя основными «образовательными» темами в британских новостях были: «государственные реформы в образовании», «занятость/зарплаты учителей» и «истории учителей, вовлечённых в гражданские или уголовные дела (включая новости о неподобающих сексуальных отношениях между учителями и учениками, злоупотреблениях, финансово-недостойном поведении)». В рамках третьей темы учителя часто представлялись в роли жертвы, а категория «статус» упоминалась редко. Тема участия учителей в гражданских или уголовных делах формирует отчётливо отрицательную общественную репутацию учителей, привлекая внимание к непрофессиональному поведению или преступной деятельности отдельных представителей профессии. Напротив, другие проблемы и вызовы, с которыми сталкиваются учителя, позиционируют их как высоких профессионалов, преданных делу [Hargreaves et al. 2007: 50-51].

Анализ проблемы воздействия печатных СМИ на общественное мнение также ставит вопрос о диапазоне «авторитетов», влияющих на повестку дня в отражении проблем учителей и сферы образования. В этой связи отмечаются значительные изменения между периодами 1991-93 и 2001-02 гг. Если ранее образ «учителя» рассматривался почти исклю-

чительно как «объект/цель государственной активности», то впоследствии в нём стали видеть деятельного «агента», что, несомненно, делало более весомой позицию учителей. Превалирование административного дискурса и представителей властей как основных экспертов активно придаёт образу учителя и сфере образования негативный окрас. Тематический акцент, обозначенный в британском проекте как «учителя в проблемной ситуации», связывает учителей с категориями депрофессионализации, снижения профессионального статуса и позиций в иерархии – это вопросы увеличения нагрузки, ограниченности ресурсов, проблем заработной платы, необходимости образовательных реформ, профессионального стресса, разложения социальных ценностей, насилия и дисциплины. В то же время опыт британского проекта свидетельствует о том, что новостной медийный ресурс может быть использован профессиональной группой учителей для укрепления своих статусных позиций. Подтверждением этого является постепенное упрочнение образа британских учителей как организованного сообщества, способного к противостоянию, выдвижению своих требований относительно оплаты и условий труда и отстаиванию их различными способами, вплоть до забастовок. Учителя перестают быть лишь объектом обсуждения, обретая собственный голос. Происходит изменение перспективы видения ситуации и проблем: от внешней оценки и выбора тем – к активному участию самих учителей в определении предметов обсуждения [Hargreaves et al. 2007: 52-58].

Ключевой признак статуса учителя в освещении новостей состоял в том, что сами учителя, директора школ и представители профсоюза учителей, наряду с деятелями правительства и высшего образования, заняли место среди самых видных авторитетов и источников цитирования. Престиж профессии, связанный в данном случае с занятием ключевых позиций в общественных дебатах с властью, вносит большой вклад в общественную репутацию учителей как профессиональной группы. Если в центральных газетах самым значимым цитируемым источником всё же были правительственные структуры, то в региональной прессе это место заняли директора школ [Hargreaves et al. 2007: 53-54, 61].

Проект также включал анализ факторов, формирующих дискурс о статусе учителей и их профессии. Здесь авторы признают, что корреспонденты и редакторы играют ключевую роль в формировании новостей и общественной репутации учителей и образования в печатных массмедиа. Эта часть проекта была посвящена исследованию профессиональных практик журналистов касательно освещения в печати тем образования, положения учителей и статуса профессии. Были проведены интервью с корреспондентами и редакторами, представляющими национальную и региональную прессу. Результаты пока-

В британском проекте выявлено, что превалирование административного дискурса и представителей властей как основных экспертов активно придаёт образу учителя и сфере образования негативный окрас.

зали, что значимое положение директоров школ и профсоюзов учителей в освещении «образовательных» новостей, о котором говорилось выше, было результатом их более активной публичной «медиастратегии». Учителя/директора школ всё в большей степени становятся «медиа сообразительными, грамотными». Именно на этот фактор авторы проекта обращают особое внимание. Результаты исследования особенно важны для самой профессиональной группы учителей, так как устанавливают связь между медийным дискурсом и социальной практикой. Изменение в восприятии учителями внешнего имиджа своей профессии и её статуса основывается на признании изменений в освещении сферы образования в прессе и позиции прессы. Педагоги получают возможность пересмотреть свои установки в отношении СМИ как арены формирования мнения о профессии и группе. Учителя признают, что рост осведомлённости общественности и понимания их работы повысили бы статус профессии. Поэтому стратегия развития более позитивных отношений педагогов и их представителей со столь лояльной к ним прессой признаётся авторами проекта весьма перспективной. Необходимо формировать более прочную систему контактов с национальными и региональными СМИ, дабы укреплять положительный эффект, оказываемый ими на учительское коллективное чувство собственного достоинства, и использовать его для защиты своей профессии [Hargreaves et al. 2007: 58-60, 62].

Образ учительства в российском новостном дискурсе

В России государственные реформы в образовании, начавшиеся в конце 1990-х гг. и продолжающиеся по сегодняшний день, возрастающее влияние коммерческой составляющей и требований общества активно трансформировали мнение о профессии и учителей как профессиональной группе. По данным исследований ФОМ, в 2010 г. 49% респондентов оценили престиж профессии школьного учителя как низкий, а в 2008 г. 55% опрошенных посчитали, что профессия учителя не пользуется уважением. Россияне также всё меньше связывают статус профессиональной группы с экономической составляющей: 69% опрошенных считают, что учителя «в целом живут не лучше и не хуже большинства россиян». Основными поводами для беспокойства являются квалификация учителей и несоответствие повседневной педагогической практики представлениям общественности о профессиональной миссии и этике служения. Вопросы квалификации группы активно связываются с возрастом кадрового состава, сращиваются представления о старении кадров с низким профессиональным и культурным уровнем учителей.

Проблематизация профессионального этоса учителя связывается с невыполнением его воспитательной миссии. Подавляющее большинство респондентов (86%) заявляют, что учителя, помимо преподавания своего предмета, должны формировать взгляды, социальное мировоззрение, отношение детей к жизни. При этом 51% считают, что влияние сегодняшнего российского учителя на взгляды детей незначительно или полностью отсутствует. В представлениях самой профессиональной группы учителей школ «престиж (их) труда» также оценивается крайне низко [Мониторинг 2011: 9]. На фоне столь серьёзных изменений внешнего контекста профессии СМИ являются важным ресурсом, который формирует общественную репутацию группы и профессии, влияет на позицию учительства в социальной иерархии.

В своём исследовании мы не ставили задачи повторить британский проект и в частности его медийную часть ни в масштабах исследования, ни в методике. Изучение российского медийного образа профессиональной группы позволит сформулировать его актуальные характеристики и оценить их влияние на статусные показатели профессиональной группы. С нашей точки зрения, конструктивистский подход представляется теоретической и методологической основой, наиболее соответствующей предмету исследования. Сильной стороной этого подхода является понимание природы признания определённой ситуации социальной проблемой посредством её освещения в массмедиа и превращения её в общественно значимую новость¹. Задача состоит в определении характеристик образа педагогов как идиоматического продукта: представляет ли положение профессиональной группы учителей социальную проблему, то есть является ли этот вопрос предметом общественного интереса, дискуссии; кто конструирует понимание ситуации; каковы её основные характеристики.

В ходе исследования анализировались тексты раздела «Новости» печатной и электронной версии федеральной газеты «Известия» (оригиналы газет и новостной архив Интернет-сайта издания URL: <http://www.izvestia.ru>) за 2008 год. «Известия» – российская ежедневная газета, учреждённая в 1917 г., в настоящее время является независимым СМИ. Тематика газеты – освещение событий в России и за рубежом, аналитика и комментарии. Газета выпускается как в печатном, так и в электронном виде и является качественным, массовым, доступным изданием, ориентированным на широкую читательскую аудиторию.

По данным ФОМ, наши сограждане весьма активно интересуются новостями о событиях в России и в мире². Печатные СМИ занимают второе место по охвату аудитории,

¹ Подробное рассмотрение теоретических положений и сильных сторон конструктивистского подхода см.: [Ясавеев 2004].

² Здесь и далее все данные опросов ФОМ заимствованы из базы данных, размещённой на официальном сайте Фонда. URL: <http://bd.fom.ru>.

очевидно уступая только телевидению. Доля россиян, на исследуемый период (2008 г.) использовавших газеты в качестве канала получения информации о событиях, составляла 30%, а 9% обращались к Интернету. Основные дифференцирующие признаки аудитории – регион (например, аудитория Интернета была по России 9%, а в Москве – 36%), возраст и образование. Совмещение печатной и электронной версии издания даёт возможность большего охвата по всем характеристикам. Выбор издания связан с его показателями популярности среди россиян. По данным TNS [TNS 2008], «Известия» занимали в 2008 г. второе место среди «качественных» общественно-политических печатных ежедневных изданий (газет) после «Российской газеты», но так как данные по аудитории электронной версии «Российской газеты» за 2008 г. отсутствуют, то мы остановили свой выбор на издании «Известия». Период 2008 г. был выбран нами как последний полный прошедший год президентских выборов¹ (по аналогии с принципом британского проекта – их исследования были привязаны к выборам как наиболее политизированным периодам, ориентированным на постановку социальных проблем).

Рассматривались значимость и содержание новостей, посвящённых образованию и учителям. Отбор текстов производился только в новостном разделе электронной и печатной версии издания (без учета приложений к газете) по ключевым словам «образование», «ученики», «школа», «учитель», «педагог», «преподаватель» и только те, в которых институт образования был базовой проблемой. В результате было отобрано 206 новостей с электронной версии и 35 – из печатной версии издания. Различия между новостями в печатной и электронной версии газет заключались в оперативности публикаций (электронная версия новостей всегда опережала печатную) и количестве новостей (в электронной версии присутствует больше новостных поводов в каждой тематической рубрике). В новостном разделе печатной версии публиковались не только статьи, но и анонсы статей, размещённых в других рубриках, которые также анализировались в ходе проекта. В выборку были включены тексты, ориентированные на всю систему образования в целом, включая начальное, среднее и высшее профессиональное образование и весь педагогический корпус. В данном издании присутствуют как российские, так и международные новости. В общей выборке новостей печатной версии газеты все тексты были посвящены российской тематике, а в электронной было 134 российских, 57 зарубежных и 15 новостей бывших советских республик. В процессе дискурс-анализа отобранных текстов выделялись основные темы (повестка дня), а также «эксперты», мнение которых приводи-

¹ Обращаем внимание читателя на то, что данная статья готовилась в основном до последних президентских выборов в РФ 2012 года.

лось авторами статей. В анализе образов учителей, профессии и института образования в целом отслеживались репрезентации элементов статусных показателей группы. Повестка дня образовательных новостей даёт информацию об «ассортименте» и популярности «образовательных» тем, выбранных изданием. Привлечение педагогов в качестве экспертов по различным аспектам образования рассматривалось нами как подтверждение их значимости и статуса (указание их позиции по вопросу, цитирование их мнения, выделение их как экспертов, у которых берётся интервью).

Первичный анализ новостей позволил выделить основную «образовательную повестку дня» – набор вопросов (проблем), определяемых изданием в качестве приоритетных и значимых для освещений в новостях. Были определены следующие темы: «чрезвычайные происшествия и финансовые преступления» (75 электронных и 9 печатных новостей), «модернизация высшего и среднего образования» (57 электронных и 13 печатных новостей), «содержание среднего и высшего образования» (27 электронных и 5 печатных новостей), «дополнительное образование» (22 электронных и 0 печатных новостей), «кадровая политика» (14 электронных и 5 печатных новостей), «материально-техническая база образования» (6 электронных и 1 печатная новость), «здоровье школьников» (4 электронных и 2 печатных новости). Важно отметить, что в печатной версии отсутствовали «иностранские» образовательные новости и большинство российских новостных поводов в электронной и печатной версиях газеты дублируются, но при этом не всегда один и тот же материал попадает именно в новостной раздел (например, текст в электронной версии может быть размещён в разделе «новости», а в печатной версии – в «неновостных» разделах: Общество, Образование, Родительское собрание, Москва, и наоборот). Рассмотрим подробнее, как в рамках основных новостных тем был представлен образ педагогической профессиональной группы.

Чрезвычайные происшествия и финансовые преступления

Эта тема была самой популярной из «образовательных новостей». Содержательно новости были связаны с «авариями, прекращением занятий, терроризмом, преступлениями, травматизмом, пожарами» и прочими происшествиями. Лидирующая позиция данной тематики в «повестке дня» определяется скорее её соответствием формату новостей и принципам отбора проблем для публичных арен – драматичность, новизна, регулярность и непрерывность потока информационных поводов.

В электронной и печатной версии криминальная часть новостей изображена в формате разворачивающихся событий, что позволяет держать в напряжении аудиторию: сначала анонсирование происшествия, затем разнообразные подробности, указание количества жертв, посещения места происшествия должностным лицом.

Например, цепочки заголовков новостей в электронной версии от 23-24-25.09.2008: *В Финляндии ученик открыл стрельбу в здании школы / Стрельба в финском колледже унесла жизни 9 человек / Финляндия скорбит по жертвам кровавой стрельбы в колледже / Финские школьники не на шутку разбушевались; и в печатной версии: 01.02.2008. Месть мучительнице. В школе объявили войну «физичке», которую пытался зарезать ученик / 17.04.2008. «Мучительница» физики. Против педагога, которую пытался зарезать ученик, возбудили уголовное дело.*

Прослеживается тенденция отказа в новостях (и в печатной, и в электронной версии издания) от всестороннего анализа ситуации, социального контекста происшествия в пользу концентрации на внешних драматических аспектах событий. Так, в освещении происшествия (обрушение школы), повлекшего за собой гибель учеников и самоубийство классного руководителя, акцент смещается на индивидуальные для данной школы административные и юридические аспекты события – состояние здания, эффективность использования средств, выделенных на капитальный ремонт, перспективы функционирования данной конкретной школы, ответственность должностных лиц.

В электронной версии: 01.10.2008. *В оренбургской школе произошло обрушение, 01.10.2008. Возросло число жертв обрушения в оренбургской школе, 02.10.2008. Классный руководитель не перенесла смерти своих учеников, 02.10.2008. Обрушившуюся школу в Беляевке сносить не будут, 22.10.2008. Эксперты установили причины обрушения школы в Беляевке. В печатной версии: 02.10.2008. «Этот проклятый ремонт погубил наших девочек», 03.10.2008. «Классная мама» не пережила смерти учениц¹. Акцентирование внимания на индивидуальности данного события позволяет избежать как общего контекста системы образования² (вопросов эффективности использования бюджетных средств в образовании), так и контекста профессиональной группы (социальной незащищенности сегодняшнего учителя, неразвитости внутрикорпоративной поддержки, психологических рисков профессии). Учителя*

¹ В данном случае приведены только заголовки новостей.

² Так, в 2008 г. число государственных школ, требующих капитального ремонта, в городской местности составило 30% от общего числа государственных и муниципальных общеобразовательных учреждений. В них училось 35% от общей численности учащихся государственных общеобразовательных учреждений. Число школ, находящихся в аварийном состоянии, составило 1%.

в данной новостной тематике преподносятся как субъект юридического процесса – описываются обстоятельства инцидента с правовой оценкой действий педагога, констатируется факт заведения уголовного дела, проверки, вынесения приговора. Статус юридического знания в определении действий педагога превалирует и формирует представление о должном поведении.

В электронной версии новостей учителя позиционируются как «жертва» (внешних обстоятельств, эмоциональной связи с учениками, юридической незащищенности): 21.05.2008. *Следственное управление СКП РФ по Красноярскому краю возбудило уголовное дело по факту гибели 11-летнего мальчика на уроке физкультуры в Мотыгинском районе края... Сейчас выясняются все причины трагедии, следствие устанавливает степень вины в случившемся учителя физкультуры, директора школы и других должностных лиц.*

В печатной версии издания присутствует новостной повод, в котором учитель также позиционирован как субъект права, но переквалифицируется из категории «жертва» в категорию «обвиняемого»: 01.02.2008. *Месть мучительнице. В школе объявили войну «физичке», которую пытался зарезать ученик. 17.04.2008. «Мучительница» физики. Против педагога, которую пытался зарезать ученик, возбудили уголовное дело.* Коллеги педагога представлены активно оценивающими, комментирующими событие. Их мнение приводится наравне с другими экспертами (мать ребёнка и его адвокат). Но статус юридического знания в определении действий педагога также доминирует – новостная цепочка связана с возможностью пересмотра дела и изменения приговора.

Некриминальная хроника происшествий присутствует только в электронной версии газеты. В ней педагогическая профессиональная группа не представлена, а все проблемы, ставшие новостными поводами (заккрытие школ и отмена занятий в связи со стихийными бедствиями, пожарами), увязываются исключительно с административной составляющей института образования.

Основным источником информации, влияющим на общественное мнение, всегда выступают официальные органы, отвечающие на вопросы журналистов. Они представлены исполнительной властью, сотрудниками силовых и правоохранительных органов (президент страны, губернатор, правительство РФ, пожарные, спасатели, полицейские, охрана колледжей, сотрудники прокуратуры, МЧС, ГУВД) и администраций разных уровней (директор школы, сотрудники органов управления образованием, городской администрации, Роспотребнадзора, Рособнадзора, руководство вуза/факультета, управления здравоохранением). Подобное исключение профессиональной группы из сферы ответственности делеги-

рует государству все полномочия по защите детей (как основного страдающего субъекта в данных новостях) без посредничества учителя как ответственного профессионала.

Превалирование юридического дискурса в описании и оценке новостных поводов в институте образования подтверждается и в отношении «финансовых преступлений» (взятки и хищения). Эта категория новостей представлена также только в электронной версии издания. Коррупционная риторика затрагивает в основном управленческий состав образования – доминирующими субъектами финансовых преступлений были не педагоги, а чиновники, административные работники образовательных учреждений и обобщённо «работники образовательных учреждений». Педагогическая группа исключается из ситуации контроля финансовой составляющей образовательной системы и дискурса о ней (отсутствуют её оценки, комментарии данного вида нарушений или нарушителей). Только в одной новости коррупция представлена на уровне конкретного педагога – преподаватель физкультуры вуза был осуждён за финансовое преступление (взятка). Коррупционные новости также индивидуализированы (все происшествия представлены как частные случаи) и в них отсутствует общий социальный контекст данной проблемы как на уровне всей системы образования, так и на непосредственно учительском уровне. Основным авторитетным лицом, отвечающим на вопросы прессы и описывающим ситуацию, были представители судебных органов (в основном работники прокуратуры и МВД), а родители учеников оказались субъектом, актуализировавшим ситуацию правонарушения (обратившимся в милицию, прокуратуру).

Модернизация образования

Тема «модернизации образования» раскрывалась в следующих аспектах: реформы (болонский процесс и ЕГЭ), лицензирование, платное (среднее и высшее) образование, доступность (среднего и высшего) образования, сокращение бюджетных мест, сокращение количества вузов, уровень студентов и выпускников, стипендии, связь между академической, вузовской и отраслевой наукой, сотрудничество с работодателем. Данное направление повестки дня очевидно связано с обсуждением и формированием мнения по поводу основных реформ, проводимых в системе образования в этот период. Содержательно оно представлено утверждениями о неэффективности действующей системы образования (и педагогических кадров как её составляющей), необходимости реформ и большими ожиданиями государства от их реализации.

Исключение профессиональной группы из сферы ответственности делегирует государству все полномочия по защите детей без посредничества учителя как ответственного профессионала.

Коррупционная риторика затрагивает в основном управленческий состав образования – доминирующими субъектами финансовых преступлений были не педагоги, а чиновники, административные работники образовательных учреждений и обобщённо «работники образовательных учреждений».

В официальном дискурсе конечным результатом модернизационной политики должно стать повышение эффективности образования в экономическом, политическом, социальном аспектах и закономерный рост статуса педагогов. Основным лейтмотивом образа преподавательского состава и в печатных, и в электронных новостях является тема «качества» кадров как залога добротности образования нового поколения.

Среди критериев оценки преподавательского состава высшей школы, в частности, проблематизируются такие показатели, как возраст (старение кадров), включённость в международный образовательный и научный универсум (не)владение иностранными языками и современными учебными материалами), связь научно-исследовательской и педагогической деятельности.

В электронной версии газеты: 05.03.2008. *Россия на всех парах движется к «товаризации» высшего образования... Если вуз увлекается чисто рыночными вопросами, то может пострадать наука и воспитательный процесс, нет своего преподавательского состава... Преподаватель может забежать, прочитать лекцию между химчисткой и супермаркетом и побегать дальше... По словам председателя Высшего совета АККОРК, доктора психологических наук В. Шадрикова, «в вузах хромает работа по использованию научных исследований и, прежде всего, международных электронных баз данных при формировании содержания образования по разным предметам. Препятствием является низкое знание иностранного языка преподавателями и студентами, что мешает использовать международные источники образования».*

Авторитетными лицами, формирующими повестку дня по этим вопросам, были чиновники государства различных рангов (начиная с первых лиц государства – Путина и Медведева), ректоры ведущих вузов, экспертное сообщество и заинтересованная общественность (бизнес и студенты). Высказываний, мнений или оценок преподавателей в новостях представлено не было.

Учителя средней школы позиционируются в рамках взаимосвязи доступности и качества образования. Показатели экономической составляющей статуса профессиональной группы (уровень дохода профессионала/учителя) не ставятся в прямую зависимость от культурной составляющей статуса (практическим воплощением профессиональной миссии/уровнем образовательной практики учителей). Одновременно официальная «белая» коммерциализация образования (активное включение потребителей услуг (родителей) в финансирование института образования) также не связывается с повышением доходов педагогов. Скорее наличие связи признаётся в неофициальном «сером» контексте, когда дифференциация образовательных стратегий семей (выбор школы) основывается на различиях

В официальном дискурсе конечным результатом модернизационной политики должно стать повышение эффективности образования в экономическом, политическом, социальном аспектах и закономерный рост статуса педагогов.

в социально-экономическом положении (возможность нести материальные расходы, доплатить учителю). Сами учителя также не привлекались в качестве экспертов, комментирующих проблематику (в этой роли выступает известный медийный персонаж – литератор, автор популярных детективов).

Печатная и электронная версия газеты: 19.03.2008. *Школа – это не камера хранения... Я очень сочувствую учителям и директорам школ, которые существуют на мизерные бюджетные деньги и всё-таки ещё при этом умудряются учить наших детей. Одновременно я очень сочувствую детям и родителям, у которых подчас на самом деле нет возможности платить столько, сколько требует тот или иной учитель или, допустим, статус учебного заведения. Я призываю всех родителей, отдающих в школу своих детей, соотнести «престижность» школы и собственные финансовые возможности. Мы должны понимать, что в «престижной школе» денег с нас, видимо, потребуется больше, чем в обычной муниципальной. Речь сейчас не о платном образовании, а о добровольных родительских вложениях. ... Мне очень повезло: мои сыновья – и один, и второй – учатся в той же школе, в которой учились я и моя сестра, и когда-то училась наша мама. Традиции этой школы настолько же сильны и устойчивы, насколько хороши учителя и их настрой на то, чтобы именно учить детей.*

Тема «модернизации среднего образования» как в печатной, так и в электронной версии издания была ориентирована в основном на проблему Единого государственного экзамена (в частности в связи с организацией «горячей линии» по ЕГЭ зам. председателя думского комитета по делам молодежи А. Кабаевой). Введение ЕГЭ как одной из основ реформы среднего образования позиционируется представителями власти как «очевидная антикоррупционная мера», «расширение равенства возможностей получения качественного высшего образования» и критикуется общественностью в вопросах процедуры проведения и выбора предметов. Все новостные тексты, посвящённые ЕГЭ, строятся как дискуссия представителей властных структур, учеников и родителей. Ни в одной новости не представлен ни комментарий, ни позиция учителей, что исключает самого педагога из идеи реформы (ЕГЭ), а педагогическое профессиональное сообщество – из дискуссии о нём.

Содержание образования

Наиболее активно данная проблематика рассматривалась в электронной версии издания и связывалась с категориями патриотизма и религиозности. «Патриотическо-воспитательная» составляющая содержания образования

Все новостные тексты, посвящённые ЕГЭ, строятся как дискуссия представителей властных структур, учеников и родителей. Ни в одной новости не представлен комментарий или позиция учителей, что исключает самого педагога из проблемы ЕГЭ, а педагогическое профессиональное сообщество – из дискуссии о нём.

проблематизировалась посредством вопросов нерушимости территории нации репрезентацией в школьной программе Японии спорных территорий как оккупированных Россией), языковой политикой (вопросы использования русского языка в системе образования таких бывших республик СССР, как Украина, Литва и Латвия), трактовками истории нации (содержание «уроков памяти»), милитаризацией понимания патриотической составляющей образования (военная подготовка и нормы ГТО в школе как формы развития «любви к Родине»). Главным авторитетом во всех вариациях темы в новостях выступали представители власти (от президентов государств до чиновников министерств разных уровней) и депутаты Госдумы, очевидно подчёркивая государственную значимость вопроса. Данная тема «политизирует» профессиональную ответственность учителя и выдвигает проблему гражданского долга как основы формирования образа педагога – учитель как представитель профессиональной группы, непосредственно сталкивающийся по роду своего занятия с политическими аспектами образования, не может не иметь гражданской позиции и должен её отстаивать.

Трактовка исторических событий в школьной программе позиционируется как часть национальной концепции идентичности. Так, президент Украины становится учителем и проводит «открытый урок», максимально воплощая в себе «Учителя-Наставника» для подрастающего и взрослого поколения граждан, а сама позиция «учитель» применяется как значимая характеристика вне профессиональной привязки. Электронная версия газеты: 19.11.2008. *Ющенко провёл для школьников урок голодомора. Президент Украины Виктор Ющенко в Харьковской специализированной школе № 62 принял участие во Всеукраинском уроке памяти, посвящённом 75-й годовщине голодомора 1932-1933 гг. Глава государства особенно отметил важность возобновления исторической справедливости, сохранения в Украине и донесения до международного сообщества правдивой истории этой трагедии... Одна из вещей, которая делает любую нацию самодостаточной, – это созданное эффективное политическое государство, в основе которого – праведна, честная собственная история. На чужой истории, на лжи никогда не строится государство.*

Языковая политика в сфере образования Украины, Литвы и Латвии характеризуется в новостях тенденциями к этнизации и политизации, а статус профессиональной группы ставится в зависимость от проявлений языковой лояльности. Выбор учителем языка преподавания переносится из сферы профессионального решения в политическую, становится актом подтверждения национальной идентичности, актом гражданского выбора.

Электронная версия газеты: 22.04.2008. В Эстонии 12 учителей одной из русскоязычных гимназий оштрафованы за недостаточное знание эстонского языка. Согласно эстонскому законодательству, всё трудоспособное население страны должно владеть государственным языком... Что касается педагогов, то критерием профессиональной пригодности учителей в русских школах Эстонии подчас является знание не основ преподаваемого предмета, а государственного эстонского языка, сообщает ИТАР-ТАСС. Преподавание в учебном заведении, куда наведались представители инспекции, ведётся на русском языке, и знание или незнание педагогами государственного эстонского языка не является ни помехой, ни подспорьем для преподавания.

17.06.2008. В латвийских вузах запретят преподавать на русском языке...» Все вузы, которые получают помощь от государства, можно приравнять к государственным. У них нет права свободно выбирать язык обучения», – заявил премьер на встрече с руководителями учебных заведений... Ряд вузов выступает категорически против поправок, поскольку они разрешают преподавать предметы только на государственном языке и языках стран ЕС. По мнению представителей некоторых учебных заведений, государство не имеет права вмешиваться в работу частных вузов.

Если статус русских школ и педагогов оценивается «нероссийскими» авторитетными источниками как не соответствующий национальным концептам идентичности, то российские власти переоценивают его с точки зрения законности оппозиционного голоса, политических прав и требований русского меньшинства. Если в первом случае русские педагоги и школы преподносятся как «враги» (нарушители концепта гражданства), то во втором как «жертвы» (национальное меньшинство, чьи гражданские права нарушаются). Гражданская позиция и активность учителей трактуются как часть профессионального проекта и используются для подчёркивания общей «русской/русской» идентичности. Электронная версия газеты: 28.08.2008. Крым отказывается переводить обучение в школах на украинский язык. Министр образования Крыма Валерий Лавров запретил школам полуострова с русским языком обучения выполнять приказ Минобразования Незалежной о частичном переводе обучения на украинский язык.... Мы будем отстаивать право выбора для наших учеников, их родителей и учителей... 01.09.2008 Жители Крыма отказались от «урока НАТО» в школах. 10.11.2008 Крымские власти отказались проводить в школах «уроки голодомора». Министерство образования автономной республики Крым (АРК) не будет выполнять указания Киева по проведению в школах так называемых «уроков голодомора», поскольку считают версию официального Киева о событиях 1932-1933 гг. не соответ-

ствующей действительности, заявил председатель комиссии по надзору за образованием автономии Анатолий Жилин. 13.05.200. ... Ассоциация русских школ, а также Общество учителей польских школ убедили министерство науки и просвещения Литвы пересмотреть мартовский проект поправок к Закону о просвещении, согласно которому в старших классах русских и польских школ предлагалось ввести преподавание 70% предметов на литовском языке.

В отношении своего собственного педагогического сообщества в «русских» новостях, посвящённых вопросам истории нации и милитаристской трактовки патриотического воспитания, государственные и особенно военные чиновники выступают в роли оценивающего и корректирующего эксперта.

Электронная версия газеты: 16.04.2008. Минобороны займётся перевоспитанием авторов учебников по истории. Руководство Министерства обороны и Генштаба считает необходимым придать общегосударственный масштаб задаче противодействия фальсификации истории в ущерб интересам России.... 27.05.2008. Российских школьников теперь будут воспитывать в духе патриотизма. Участники «круглого стола» в Госдуме предлагают ввести в школах в качестве обязательных уроки патриотического воспитания и дополнить программу факультативными занятиями по начальной военной подготовке.... 16.07.2008. Российских школьников будут учить военному патриотизму. Руководство Министерства обороны предложило Минобрнауки ввести в школах курс начальной военной подготовки (НВП). А в Госдуме планируют вернуть в школы и вузы нормы ГТО... Опасения экспертов вызывает то, что НВП и нормы ГТО уравниваются с любовью к Родине, эксплуатируя военно-казарменное представление россиян о патриотизме.

В текстах новостей мнение педагогического сообщества по этим вопросам не представлено (высказываний самих учителей нет). Вместо них авторитетом, участвующим в дискуссии, являются «чиновники от образования» – профессиональные педагоги, которые одновременно выполняют административные функции (например Е. Бунимович) и экспертное сообщество (социологи, правозащитники). Таким образом, в обсуждении этой группы новостей, также касающихся вопросов непосредственно основной деятельности профессиональной группы учителей, их голос и позиция как ресурс не мобилизуются.

Второй большой блок вопросов в этом разделе – «религия и система образования». Новости были неравномерно распределены между странами – проблема отношения религии и образования пришлась на долю России и зарубежья и совершенно не затрагивалась в отношении бывших советских республик. Все иностранные новости этого раздела были ярко выраженной про-светской ориентации и касались религиоз-

ной составляющей актуального педагогического архетипа. «Учитель» позиционировался или как исходно религиозно нейтральный чиновник, вне зависимости от его убеждений, или как «светский учёный-просветитель», противостоящий институту религии, отделённому от института образования. Первая позиция была явно связана с политическим аспектом вынесения в публичную сферу признаков конфессиональной принадлежности (ношением мусульманками-педагогами и ученицами в школах и вузах платка/хиджаба) и признанием его незаконности. Так как эта тема является предметом специальной регуляции на государственном уровне, то не удивительно, что основными агентами мнения здесь были чиновники. Мнение учителей и профессионального сообщества или не приводилось, или выступало объектом административного контроля с точки зрения соответствия законодательству.

Электронная версия газеты: 12.03.2008. *Госсовет Турции приостановил во вторник исполнение нового закона, который позволяет носить мусульманский платок в учебных заведениях... Действующее на протяжении почти 80 лет законодательство запрещает учащимся и преподавателям носить мусульманский платок в стенах вузов, информирует ИТАР-ТАСС. Этот запрет – один из важнейших политических принципов первого президента и основателя современной Турции Кемаля Ататюрка, отделившего религию от сферы образования. 19.03.2008. В Германии учительнице запретили носить в школе мусульманский платок. Суд счёл головной убор нарушением закона о государственных служащих. Учительница начальных классов одной из школ Штутгарта приняла ислам ещё в 1984 г. Четыре года назад ей официально запретили приходить в школу в платке, как предписывалось новым законом о государственных служащих. По этим правилам, чиновники не имеют права демонстрировать свои религиозные убеждения перед учениками и их родителями... Судья в городе Мангейм заявил, что ношение мусульманского платка противоречит закону о религиозном нейтралитете учителя на рабочем месте, сообщает РСН.*

Второй аспект образа педагогов был ориентирован на отделение церкви от научной, академической основы профессии как светского служения. Желание представителя церкви (Папы Римского) выступить в роли Учителя в публичном светском учреждении (университете) было опротестовано преподавателями именно с точки зрения несовместимости роли педагога и религиозной ангажированности в суждениях.

Электронная версия газеты: 15.01.2008. *Преподаватели университета La Sapienza не хотят видеть Папу Римского... Предполагалось, что понтифик выступит с речью, посвящённой началу учебного года. Однако до приезда Папы 67 профессоров подписали письмо в знак протеста против визита...*

Подписавшие письмо заявили, что взгляды Папы Римского «оскорбляют и унижают» преподавателей и учащихся университета, сообщает BBC. Вокруг здания учебного заведения развешаны плакаты с лозунгами «Наука не принадлежит церкви» и «Папе нет!»... 15.01.2008 Бенедикт XVI отказался от идеи посещения университета La Sapienza.

Российская часть новостей данного раздела была в основном посвящена обсуждению перспектив преподавания в школах предмета «Духовно-нравственной культуры». В качестве агентов мнений здесь были задействованы представители Минобразования, Госдумы, Федерации еврейских общин России и РПЦ. Педагогическое сообщество как источник мнений, комментариев по вопросу формирования мировоззрения и гражданской позиции учеников посредством школьной программы не было представлено, а, соответственно, и задействовано в дискуссии по важнейшему социальному аспекту образования.

В печатной версии издания содержание образования практически не рассматривалось, кроме двух новостей, в которых описывалось посещение Д. Медведевым уроков, на которых он подчёркивал значение спорта для развития подрастающего поколения. Педагогическая профессиональная группа никоим образом не была задействована в данном контексте.

Кадровая политика

В этом разделе все новости зарубежья и из бывших советских республик были посвящены протестным забастовкам учителей. Представлены они были только в электронной версии издания. Основными субъектами новостей были учителя совместно с заинтересованными агентами (ученики и их родители, профсоюзы, политики («левая оппозиция»)). Они активно противостояли действиям властей по сокращению расходов на образование в форме манифестации, забастовки, угрозы голодовки, прекращения занятий, проведения «занятий со связанными руками, что символизирует бессилие педагогов и бездействие властей».

Электронная версия газеты: 15.04.2008. *Возмущённые французские студенты и учителя вновь дали о себе знать. От 20 до 40 тысяч лицеистов, их родителей и учителей вышли сегодня в Париже на манифестацию. Они протестуют против снижения государственных дотаций на нужды образования и значительное (более 11 тыс.) сокращение числа преподавателей начиная со следующего учебного года...* 24.04.2008. *Британские учителя объявили общенациональную забастовку.* 07.11.2008. *В Италии не утихают забастовки учителей и студентов.* 03.03.2008 *Литовские учителя «закрыли» школы.*

Протестное поведение профессиональной группы является ярким проявлением осознания себя как социальной силы. И здесь учителя преподносятся именно в этом ключе. Один из мотивов их протестного поведения – отстаивание профессиональной миссии; несогласие с политикой властей, стимулирующих посредством образования воспроизводство социального неравенства (учителя *«критикуют намерения властей сокращать численность преподавателей в районах, где и так наблюдаются серьёзные проблемы в обучении молодёжи из социально неблагополучных семей»*). Другой мотив – оказание влияния на результат собственного труда, а именно на объём социально-экономического вознаграждения – несоответствие уровня оплаты труда и получаемых статусных привилегий ожидаемому уровню. Учителя активно настаивают на повышении их заработной платы, так как *«общество дошло до того, что профессия учителя стала одной из самых непривлекательных»*. Результатом активной протестной практики (серии забастовок) профессиональной группы стала отставка министра образования Литвы (Электронная версия газеты: 07.04.2008. *Литовские учителя отправили в отставку министра образования и науки*). Таким образом, учителя в этой части новостей представлены как осознающая свою социальную миссию, самостоятельная, активно действующая и достигающая определённых результатов социальная сила.

Российские новости (в печатной и электронной версии) рисуют учителей скорее как объект административного воздействия. Подтверждение квалификационного потенциала группы (например, вручение премии «Учитель года», поддержание международных профессиональных контактов: 06.10.2008. *«Учителем года» впервые стал преподаватель музыки, 27.08.2008 Дневник сельской учительницы*) сочетается с отсутствием одновременно как его актуального влияния на экономические показатели статуса, так и стратегии перевода культурного ресурса группы в социально-экономический. Основным агентом влияния на материальное вознаграждение профессиональной деятельности предложено государство – оно определяет критерии оценки профессионализма группы и размеры соответствующего вознаграждения (зарплаты). Вопрос «профессионализма» учительских кадров проблематизируется чиновниками с точки зрения низкой оценки результатов их основной деятельности – уровня общеобразовательной подготовки выпускников.

Электронная версия газеты: 01.04.2008. *Минобрнауки решило бить нерадивых учителей рублём. Специальную систему наказаний для нерадивых учителей, а также других работников сферы образования планирует законодательно ввести в России Минобрнауки РФ... «Мы часто сетуем, что российское образование сегодня стало недостаточно каче-*

ственным, и вот для того, чтобы качество образования подтянуть, нужна какая-то санкция – не наказание, но, по крайней мере, воздействие на эту ситуацию, – сказал Сентюрин.

Печатная версия издания: 04.09.2008. *Как учителя подготавлишь, так он и научит. Вчера в Госдуме пришёл Министр образования и науки Андрей Фурсенко... Пообещал повышение зарплаты региональным и муниципальным работникам образования вслед за федеральными (в том числе и за счёт увеличения трансфертов). И раскритиковал систему отечественного среднего образования. 04.12.2008 Госдума вводит штрафы для педагогов.*

Основными участниками обсуждения были уполномоченные властных структур, эксперты, родители учеников. Профессиональная группа была единожды представлена в электронной версии в образе «большинства учителей, несогласных с инициативой властей», и аргументы «несогласия» высказывались экспертным сообществом.

Электронная версия газеты: 28.07.2008. *Результаты ЕГЭ могут повлиять на зарплату учителей. Зарплату педагогов в России могут поставить в зависимость от успехов учеников... Большинство педагогов, между тем, не довольны инициативой властей, так как введение новой системы оплаты труда предполагает не только дифференцированное повышение зарплаты, но и её понижение... По мнению эксперта (Ректор института проблем образовательной политики «Эврика») одних результатов ЕГЭ мало.*

Заключение

Если посмотреть в целом на образ профессиональной группы российских учителей (в печатной и электронной версии), формируемый в рамках данной повестки дня, то можно констатировать преобладание политической, правовой и административной риторики в новостном образовательном дискурсе, выборе значимых тем и формате их освещения, что отодвигает на второй план педагогический профессиональный дискурс и учителей как его экспертов. «Повестка дня» устанавливается главным образом представителями власти. Они принципиально опережают все другие «авторитетные» группы и выступают инициаторами дискуссий, диктуют темы, аргументы, позиционируются как основная инстанция, осуществляющая контроль в образовательной практике. Педагогическая профессиональная группа преподносится как актер, нуждающийся в оценке, коррекции, как объект воздействия. Отсутствует и такой значимый агент мнения, как профсоюз. Подобный образ используется как один из факторов справедливости и оправданности реформирования института образования и процессов, связанных с функционированием группы.

Образ «зарубежных» учителей (в электронной версии издания) менее однообразный, и он явно мобилизуется для легитимации российской внешней политики. Активная позиция педагогов становится новостным поводом в тех случаях, когда она согласуется с политикой и идеологией российских властей (особенно это очевидно в отношении учителей из бывших республик СССР). В то же время яркие проявления социальной активности учителей, отстаивающих свои профессиональные и социальные позиции, становятся медийными поводами скорее в силу их соответствия требованиям отбора событий для публичного анонсирования и рассмотрения в новостях. Это эффектные драматичные события в сочетании с обращением к профессиональным устоям, согласующимся с базовыми общественными ценностями – совместные забастовки учителей и учеников в сочетании с идеями социальной справедливости, проблемы соотношения профессиональной идентичности и свободы вероисповедания. Этот аспект даёт возможность представить учителей как ответственных профессионалов и самостоятельную социальную силу, имеющую чёткую позицию, способную к отстаиванию своих убеждений и к оппозиционным настроениям и действиям по отношению к существующей политике и государственным чиновникам.

Сложное положение статуса профессиональной группы учителей является признаваемой и широко обсуждаемой проблемой. Символический капитал профессиональной группы формируется из закрепления в общественном сознании определённой деятельности за профессией, признание профессионалов наиболее сведущими в данном круге вопросов. Так, например, символический капитал учительства – это уверенность общественности в том, что именно учителя наиболее компетентны в вопросах образования и именно в школе дети должны получать образование. Авторы британского проекта приводят результаты, которые свидетельствуют о том, что общественность, да и сами учителя в статусе профессии всё больше проблематизируют содержание труда и символический капитал. Родители и широкая общественность всё больше «сомневаются» в том, что учителя как профессиональная группа более компетентны, чем они сами, в понимании того, как и чему учить. Происходит смещение восприятия профессиональной миссии в сторону управления поведением учащихся; профессионального этоса – к его демистификации; профессиональной автономии – к контролю различными административными органами и всё более и более информированными и оценивающими родителями; сокращению дистанции между учителем, учеником и родителем. Поэтому особенно важно понимание того, как медийные образы учительства (не)способствуют накоплению символического капитала группы, и, тем самым, (не)повышению её статусных показателей в целом.

«Повестка дня» в СМИ устанавливается главным образом представителями власти. Они опережают все другие «авторитетные» группы и выступают инициаторами дискуссий, диктуют темы, аргументы, позиционируются как основная инстанция, осуществляющая контроль в образовательной практике. Педагогическая профессиональная группа преподносится как актор, нуждающийся в оценке, коррекции, как объект воздействия.

Как говорилось, в задачу нашего исследования не входил повтор британского исследовательского проекта, но в плане понимания задачи мы постарались сохранить единство и на этом основании отметить определённое совпадение трендов в выводах. Объединение образа учителей с негативным аспектом проблем в образовании и категориями депрофессионализации даёт возможность представителям власти (управляющим от образования, политическим лидерам) выступать главными экспертами и демонстрировать свои функции внешнего контроля института и профессионального сообщества как необходимые и наиболее эффективные. Исключение учителя из информационного поля образовательной социальной политики позволяет государственным и политическим элитам «приватизировать» образ института образования и реформ, не допуская продвижения конкурентной трактовки ситуации и перспектив её развития. Также оно не способствует и формированию «высокостатусного» образа учительства как профессии и группы, снижая значимость профессионального педагогического экспертного знания и позиции профессии на арене публичных дебатов.

Библиографический список

1. Мониторинг экономики образования. 2011. Динамика мотивации, характеристик занятости и человеческого капитала учителей школ и воспитателей дошкольных образовательных учреждений в 2006-2011 гг. // Информационный бюллетень. № 6. – М.: НИУ-ВШЭ.
2. Фонд «Общественное мнение». База данных ФОМ. Тематический каталог // Официальный сайт ФОМ [электронный ресурс]. URL: <http://bd.fom.ru> [дата посещения: 9.11.12].
3. TNS Россия 2008. Данные по аудитории СМИ [электронный ресурс] // URL: <http://www.tns-global.ru> [дата посещения: 21.10.12].
4. Ясавеев И. Г. 2004. Конструирование социальных проблем средствами массовой коммуникации. – Казань: Изд-во Казанского ун-та.
5. Ясавеев И. Г. 2004. Конструкционистский подход к социальным проблемам // Гражданское общество, социальные проблемы и социальная политика. Т. 2. № 4.
6. Ball S. J. 1990. Politics and Policy-making in Education. – L.: Routledge.
7. Cunningham P. 1992. Teachers' professional image and the Press 1950-1990 // History of Education. Vol. 21. № 1.

Исключение учительства из информационного поля образовательной социальной политики позволяет государственным и политическим элитам «приватизировать» образ института образования и реформ, не допуская продвижения конкурентной трактовки ситуации и перспектив её развития.

8. Dalton Mary M. 2007. The Hollywood Curriculum: Teachers in Movies. Second Printing of the Revised Edition. – N. Y.: Peter Lang.
9. Ellsmore S. 2005. Carry on, Teachers! Representations of the teaching profession in screen culture. – Stoke-on-Trent: Trentham Books.
10. Farber P., Provenzon J. R., Eugene F., Holm G. (eds.). 1994. Schooling in the light of popular culture. – N. Y.: State University of New York Press.
11. Hargreaves L., Cunningham M., Everton T., Hansen A., Hopper B., McIntyre D., Maddock M., Mukherjee J. Pell, Rouse M., Turner P., Wilson L. 2006. The status of teachers and the teaching profession: views from inside and outside the profession: interim findings from the teacher status project. Research Report 755. – L.: DfES.
12. Hargreaves L., Cunningham M., Hansen A., McIntyre D., Oliver C., Pell T. 2007. The Status of Teachers and the Teaching Profession in England: Views from Inside and Outside the Profession. Final Report of the Teacher Status Project. The Chancellor, Masters and Scholars of the University of Cambridge [сетевое издание] // URL: <http://www.educ.cam.ac.uk/research/pastprojects/teacherstatus> [дата посещения: 21.10.12].
13. Hoyle E. 1974. Professionalism, Professionalism and Control in Teaching // London Educational Review. Vol. 3. № 2.
14. Hoyle E. 2001. Teaching: Prestige, Status and Esteem // Educational Management and Administration. Vol. 29. № 2.
15. Lortie D. 1975. Schoolteacher: A Sociological Study. – Chicago: University of Chicago Press.
16. MORI Social Research Institute. 2006. Opinions of professions. [сетевое издание] // URL: <http://www.ipsos-mori.com/researchpublications/researcharchive/371/Public-Trust-In-Doctors-Is-Still-High.aspx> [дата посещения: 21.10.12].
17. MORI Social Research Institute. 2002. Teachers on Teaching: A Survey of the Teaching Profession. London: General Teaching Council for England. [сетевое издание] // URL: <http://www.ipsos-mori.com/researchpublications/researcharchive/1015/One-In-Three-Teachers-To-Leave-Within-Five-Years.aspx> [дата посещения: 21.10.12].
18. MORI Social Research Institute. 2003. Trust in public institutions. [сетевое издание] // URL: <http://www.ipsos-mori.com/researchpublications/researcharchive/967/The-Publics-Trust-In-Doctors-Rises.aspx> [дата посещения: 21.10.12].

19. Page B. 2005. What do the best leaders get right? (Presentation given at the NCSL conference, 7-9 March 2005. Birmingham, England) // URL: www.rm.com/_RMVirtual/Media/Downloads/BenPageMORI.ppt [дата посещения: 21.08.2011].
20. VITAE Report. 2006. Day C., Stobart G., Sammons P., Kington A., Gu Q., Smees R., Mujtaba T. Variations in teachers work, life and effectiveness. – L.: Department for Education and Skills.
21. Warin J., Maddock M., Pell A., Hargreaves L. 2006. Resolving identity dissonance through reflective and reflexive practice in teaching // Reflective Practice. Vol. 7. № 2.
22. Woods P., Jeffrey B., Troman G., Boyle M. 1997. Restructuring Schools, Reconstructing Teachers: Responding to change in the primary school. – Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Summary

Polina Kozyreva, Alfiya Nizamova, Alexander Smirnov

Health of the Russian Population: Changing Patterns and Age-Related Factors (1993-2011)

Abstract

The paper uses the data of the Russian Longitudinal Monitoring Study to analyze the change in the state of health of the Russian population in the post-Soviet period. Age is regarded as a factor with a potential to influence incidence of chronic disease, disability and self-preservation behavior. The authors stress the importance of such factors of health deterioration as smoking and alcohol consumption.

Keywords: population's health, age-related health status, chronic disease, illness diagnostics, disability, risk factors, self-preservation behavior

Mikhail Malyshev, Svetlana Varlamova

Getting Access to Medical Care: Public Demand for Health Care Services

Abstract

The paper monitors change of Russian citizens' health self-assessment in the period from 2005 to 2010. The data of All-Russia surveys are used to assess the accessibility of specialized medical care in line with general health insurance policy, usage of paid and free medical care. The data are analyzed across various socio-demographic and income groups.

Keywords: health, health self-assessment, state of health change, disease incidence, public demand for medical services, refusal to claim medical services

Alla Chirikova

On the Influence of Patient`s Status to Healer`s Behavior

Abstract

The papers assesses the influence of the patient`s status on the doctor`s performance. The specialty of the doctor and the level of a medical institution are regarded as factors with a potential to modify doctor`s behavior. The paper is based on interviews with doctors and health care managers. The paper reveals that medical personnel assumes different attitudes towards patients with a high or low status, towards rich and poor patients, relatives and colleagues.

Keywords: patient`s status, doctor`s conduct scenarios, rich and poor patients, family or corporate ties, doctor`s attention

Galina Ivakhnenko

The Health-Preserving Technologies in the System of University Education of Russia

Abstract

The paper analyzes various types of health-preservation technologies in Russian universities and stresses their importance. The author concentrates on the study of documents to bring out major themes in professional articles dedicated to the problem.

Keywords: students, health-preservation, university education, health

Irina Zhuravleva, Larisa Ivanova, Galina Ivakhnenko

Students: Risk Behaviors and Health-Related Values

Abstract

The paper analyzes major behavioral risks to student health: smoking, alcohol, drugs, poor diet, lack of exercise, stress. The paper is based on the results of a survey conducted in 10 cities of Russia and Belarus. The paper rates the value of health in the system of value orientations and explores its relatedness to place of residence, culture and ethnic characteristics.

Keywords: health, students, behavioral risks, and value orientation

Larisa Ivanova

Social Risks for the Health of Migrant Workers

Abstract

The article relies on the results of secondary analysis, expert interviews, Internet sources to explore the social aspects of health hazards faced by migrant workers.

Keywords: labor migration, health, self-protection behavior, adaptation, medical assistance

Liudmila Shilova

Modernization of the Russian Health Care: Challenges, Expectations and Reality

Abstract

The paper highlights the agenda of the modernization of the Russian health care and related problems. The author concentrates on the main directions of modernization, draws attention to its public interpretation, reveals mechanisms of social and cultural innovations employed in its implementation.

Keywords: technological and socio-cultural modernization, primary health care, self-preservation behavior, ways of access to medical care

Irina Zhuravleva

Why Not Improve the Health of Russians?

Abstract

The article investigates the social causes of ill health in Russia: the absence of a health-related ideology, the ineffective strategy of illness prevention. The author stresses the necessity to bolster individual responsibility for one's state of health and build up a system of education teaching ways of health preservation.

Keywords: health, prevention, responsibility for health, health care education

Paul Collier

The Political Economy of Ethnicity

Abstract

The paper investigates the effects of ethnic diversity on economic performance and the risk of violent conflict. Diversity has various detrimental microeconomic effects, tending to reduce public sector performance, increase patronage, and lower the level of trust among individuals. However, whether diversity adversely affects overall economic growth depends upon the political environment. Diversity is highly damaging to growth in the context of limited political rights, but is not damaging in democracies.

Keywords: ethnicity, political economy, ethnic heterogeneity, conflict

Dmitry Koshlakov

Categories “Symmetry” and “Asymmetry” in Sociological and Political Research

Abstract

The article elaborates on the usage of the concepts of symmetry and asymmetry as scientific categories in the modern sociological and political studies. The author emphasizes the importance of general categories for contemporary social sciences and humanities.

Keywords: asymmetric conflict, asymmetry of information, asymmetry, gender asymmetry, political science, sociology, symmetry

Elena Rutkevitch

New Paradigm in the Sociology of Religion: Pro and Contra

Abstract

This article draws attention to a “new paradigm” in sociology of religion counterposed to the theories of secularization and the “old paradigm”. S. Warner was the first researcher to focus on the paradigmatic shift in sociology of religion. He claimed that the “old paradigm” embedded in the European context is no longer relevant for the US religious history with its stress on religious diversity and rejection of secularization. The theories of rational choice and religious economy are postulated to be the integral components of the new paradigm.

Keywords: new paradigm, rational choice, paradigm’ shift, religious economics, American religion, religious revival, desecularization, supply-side theory, religious market, revival

Grigory Kliucharev

The Problem of “Small-Fry”, Education Inequalities and Efficiency of Universities as Indicators of Social-Economic Development

Abstract

The article argues for the necessity of inequality in education, discusses ways to mitigate it, analyzes various models of higher education and a ratio of its quality and accessibility. The author proposes a new approach to the method of rating universities based on their typology according to the statutory objectives, type of ownership, sources of financing, the accessibility, the ratio of the number of students, professors and management.

Keywords: vocational training, education quality assurance, access to education, universities ranking

Elena Kolesnikova

The Image of Teachers` Professional Corporation in British and Russian Media

Abstract

The article focuses on the media image of a teachers as professional group. A professional group is regarded as a corporate actor using information resources for the formation of the group's or profession's positive public reputation.

Keywords: sociology of professions, social problems, sociology of education

Онлайн приложения

Рождественская Е. Ю.

Хакамада – опыт деконструкции
политической биографии

Салмин А. М.

Между верховной властью и гражданским
обществом: современная демократия
в вертикальном измерении

СЕТЕВОЙ ЖУРНАЛ

Учредитель – Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Институт социологии РАН

Издатель – Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Институт социологии РАН

Председатель международного редакционного совета:

Владимир Александрович Ядов

Главный редактор:

Михаил Константинович Горшков

Заместители главного редактора:

Зинаида Тихоновна Голенкова,

Полина Михайловна Козырева,

Ирина Альбертовна Халий

Ответственный секретарь: Кирилл Викторович Подъячев

Редактор: Ольга Александровна Амелькина

Перевод аннотаций на английский язык: Михаил Фёдорович Черныш

Разработка программного обеспечения: IT-Центр ИС РАН

Макет: Ольга Викторовна Березная

Компьютерная вёрстка: Ильдар Мансурович Ситдилов

Точка зрения авторов публикуемых материалов не обязательно отражает точку зрения редакции. При перепечатке материалов ссылка на журнал «Вестник Института социологии» обязательна.

Журнал зарегистрирован Роскомнадзором 19 октября 2012 г.

Свидетельство о регистрации ЭЛ № ФС77-51453

Адрес редакции: 117218, Москва, ул. Кржижановского, д. 24/35, корп. 5

E-mail: vestnik@isras.ru

Размещение журнала: <http://www.vestnik.isras.ru>