
УДК 316:61
ББК 60.561.6
Ш 25

И.В. Шарауров,
соискатель кафедры социологии, политологии и обществоведческого образования Южного федерального университета, г. Ростов-на-Дону, помощник депутата законодательного собрания Ростовской области, тел.: 8-918-895-80-01, E-mail: raksha999yandex.ru

Комплексное влияние социальных факторов на здоровье населения России (на примере Ростовской области)
(Рецензирована)

Аннотация. Объектом исследования статьи является одна из актуальных проблем современного социума — влияние ключевых социальных факторов на здоровье населения России. В центре внимания исследования — последовательное и комплексное влияние безработицы, уровня обеспеченности, благосостояния и образа жизни как социальных факторов на степень рисков и получение ожоговой травмы населением Ростовской области.

Ключевые слова: социальные факторы, здоровье, население, безработица, ожоговая травма, образ жизни, благосостояние, влияние, безопасность.

I.V. Sharaurov,
Applicant for Candidate's degree of Sociology, Political Science and Social Science Education Department, Southern Federal University, Rostov-on-Don, Assistant to the Deputy of Legislative Assembly of the Rostov region, ph.: 8-918-895-80-01, E-mail: raksha999yandex.ru

Complex influence of the social factors on health of the population of Russia (as shown by the Rostov region)

Abstract. The paper studies one of the actual problems of modern society, namely: influence of key social factors on health of the population of Russia. Attention is focused on consecutive and complex influence of unemployment, level of security, welfare and a way of life as social factors on degree of risks and receiving a burn trauma by the population of the Rostov region.

Keywords: social factors, health, population, unemployment, burn trauma, way of life, welfare, influence, security.

Данная статья затрагивает один из актуальных вопросов современной социологии — влияние социальных факторов на здоровье населения. На благополучие индивидуума воздействуют многие социальные факторы. Их влияние может быть позитивным и негативным. Подобные факторы называют детерминантами здоровья. Среди факторов, влияющих на здоровье и смерть, есть три важных, демонстрирующих последовательность своего воздействия достаточно высокую степень

социально-опасного влияния в случае реализации их отрицательной составляющей — безработица, уровень обеспеченности и благосостояния и образ жизни.

Теоретическая и методологическая основа комплексного и *последовательного* воздействия социальных факторов, как научный подход в исследовании, применена российскими социологами в фундаментальных трудах: «...все факторы теснейшим и сложнейшим образом взаимосвязаны, взаимо-

переплетены. По существу, их влияние принципиально *совокупное, комплексное* [1].

Непосредственным предметом нашего исследования является последовательное и комплексное влияние безработицы, уровня обеспеченности, благосостояния и образа жизни как социальных факторов на степень рисков и получение ожоговой травмы населением Ростовской области. Из множества болезней мы выбрали для нашего исследования одну, а именно ожоговую травму, которая весьма показательна для анализа влияния социальных факторов и изменений этого влияния в связи с существенными переменами условий российской жизни.

Отрицательное влияние безработицы как социального фактора на жизнь и здоровье населения рассмотрено в научных работах многих исследователей. По их мнению, безработица имеет весьма тяжелые социальные последствия, так как может привести к потере уверенности и уважения к себе, деградации личности: пьянству, наркомании, совершению противоправных действий.

Так, стресс, вызванный безработицей, ведет к ухудшению здоровья, возникновению различных заболеваний, на лечение которых у безработных часто не хватает денег [2].

Специалисты, профессионально занимающиеся девиантным и деликвентным поведением человека, отмечают, что «нищета, бедность, неустроенность жизни людей в обществе, безработица — все это ведет к потере самообладания, веры в себя, свои силы. А отсюда, как результат, — к пьянству, наркомании, преступности, разрушению семей, снижению рождаемости, уменьшению молодого здорового работоспособного населения Страны. И как следствие опять идет по кругу снижение материального и духовного уровня людей [3].

В аналитическом докладе компании ФБК «Рейтинг прогресса» сделан вывод о том, что «за последние годы Россия так и не смогла ощутимо повысить качество жизни населения, улучшить условия ведения бизнеса и свести

до минимума коррупционную составляющую. Удивительный итог пятилетки — Россия встала на путь регресса [4]. В проведенном рейтинге Россия заняла 97-е место из 101-го [5].

Влияние безработицы и занятости населения на получение ожоговой травмы выдвигалась нами как гипотеза. Анализ статистических данных лечебного учреждения показал значительный рост безработных среди пациентов ожогового центра за 2009-2010 гг. (64% от общего числа ожоговых больных за год в 2009 году и 81% — в 2010 году).

По итогам января 2011 года показатели безработных с ожоговой травмой, в сравнении с 2010 годом, приближаются к 90%. Из них 20% составили пенсионеры и инвалиды, не достигшие пенсионного возраста. Остальные 70% — мужчины и женщины трудоспособного возраста, не имеющие работы. Это позволило сделать вывод о том, что рост официальной и скрытой безработицы прямо либо совместно с другими социальными факторами приводит к возникновению различных заболеваний и к получению ожоговой травмы, в частности.

Приводимые данные были получены нами в ходе таких социологических методов исследования, как интервьюирование и анкетирование. По их результатам можно сделать вывод, что последовательное влияние исследуемых социальных факторов выявляет следующее: безработица приводит к падению уровня благосостояния и к девиантному образу жизни, возникновению и прогрессированию таких анти-социальных явлений, как алкоголизм, полинаркомания, преступность. Последние же, в свою очередь, влияют на состояние здоровья населения, включая риск и возникновение ожоговой травмы. Например: «Не работаю в течение двух последних лет, решили с приятелем демонтировать электропровода на столбах и сдать их в пункт вторсырья, чтобы выручить хоть какие-то деньги на жизнь, ударило током, больше ничего не помню», «Постоянного места жительства у меня нет, сплю на тепло-трассе, вчера выпил стеклоочиститель,

заснул на трубе горячего отопления, прожог живот» и т.д..

Безработица, как общественное явление с отрицательным вектором воздействия на здоровье, находится в составе крайне опасных социальных факторов, разрушающих жизнедеятельность населения, и прямо либо косвенно влияет на уровень смертности в России.

Таким образом, отсутствие постоянной либо временной трудовой занятости является первой социальной ступенью к изменению качественной составляющей жизненного благосостояния и образа жизни населения.

Уровень благосостояния и обеспеченности как социальный фактор зависит от состояния занятости и безработицы в стране, и, в свою очередь, влияет на формирование образа жизни, и, следовательно, на здоровье населения. Его отрицательные показатели способствуют возникновению у населения различных заболеваний, ведут к травматизму, в частности — к ожоговой травме.

К сожалению, уровень благосостояния российских граждан недостаточен для нормальной жизнедеятельности, установленной международными нормами. Более того, положение россиян продолжает ухудшаться. Со слов директора ИГСО Бориса Кагарлицкого, давшего интервью журналу «Финанс», «с началом в 2008 году глобального кризиса рост реальной заработной платы прекратился. Установилась и окрепла противоположная тенденция. В 2011 году власти, стремясь изыскать новые источники пополнения казны для продолжения антикризисного курса, вынуждены будут пойти на принятие непопулярных мер, которые негативно отразятся на жизненном уровне населения» [6]. Он убеждён, что государство заинтересовано продолжать финансово поддерживать корпорации, все более жестко действуя в отношении непривилегированных компаний и изымая различными способами средства трудящихся» [7].

Для исследования механизма влияния уровня благосостояния пациентов, находившихся в лечебном учреждении,

на получение ожоговой травмы, были рассмотрены их интервью и анкетные данные, а также данные статистических отчётов медучреждения по годовым периодам, в которых присутствует информация о занятости опрашиваемых лиц, либо отсутствию у них работы.

С 2008 по 2010 год наблюдается рост числа безработных пациентов, получивших ожоговую травму, снижение уровня благосостояния указанной группы лиц. Респонденты единогласны в выводах о том, что потеря работы самым худшим образом сказывается на всех сторонах их жизни, как в материальном, так и в духовном отношении. Отсутствие средств к существованию, невозможность удовлетворять свои духовные потребности приводит к физическим заболеваниям, меняет нормальное поведение в социуме на девиантное, приводит к деградации личности, суицидальным попыткам и высокой смертности населения. Итоги исследования позволяют сделать вывод, что уровень обеспеченности непосредственно влияет на получение населением ожоговой травмы. Так, в 2008 году ожоги в группе малообеспеченных граждан составляли 57% от общего числа пациентов; в 2009 году — 69%, а в 2010 году — 86%. Интервьюирование выявило следующие причины получения ожоговой травмы данной категорией лиц как результат влияния на этот процесс уровня благосостояния:

— невозможность обеспечения нормальными условиями проживания («проживаю в аварийном помещении, электропроводка «голая», замкнуло и загорелось»);

— отсутствие централизованных поставок услуг ЖКХ («мы печь топим долгие годы, газ проведут не скоро, печь всегда зажигаю дизельным топливом, чтобы быстрее загорелось, вылил на огонь и загорелся сам», «взорвался баллон с газом, в который газ был закачан в большем объёме, чем положено» и т.д.);

— пользование приборами повышенной опасности, произведёнными с низким качеством и ценой, не гарантирующими безопасностью («чайник старый,

несла от плиты, оборвалась ручка, и я пролила кипяток себе на ноги»; «газовая плита у меня работает лет 20-25, старенькая, но удобная, я и не думала, что в духовке произошла утечка газа, зажгла спичку и огонь обжег меня с ног до головы»);

— периодический найм на предложенную случайным работодателем тяжёлую физическую работу, предполагающую грубые нарушения техники безопасности и без официального оформления («я устроился на работу на два дня к хозяину автотранспортного предприятия и должен был покрасить емкости баков-прицепов для грузовых автомобилей, после покраски осветил изнутри зажигалкой, был взрыв, пришёл в сознание уже в больнице, ничего не помню»);

— совершение преступлений (краж), в ходе которых участники получают поражения электрическим током как разновидность ожоговой травмы («однажды мы с приятелем уже разбирали на запчасти электротрансформатор и сдавали металл в пункт вторсырья, получили приличные деньги, а в этот раз решили срезать провода на столбах в поле между нашим селом и соседним, тут меня током и ударило»).

Перечисленные причины получения ожоговой травмы являются отрицательным результатом действия такого социального фактора, как низкий уровень благосостояния населения. Об-

раз жизни, как социальный фактор, и как маркер влияния на здоровье населения, имеет две качественно разные составляющие: *здоровый образ жизни и нездоровый образ жизни*, характеризующийся девиантным поведением человека. В центре нашего внимания — нездоровый образ жизни пациентов, госпитализированных в ожоговый центр. В частности, были рассмотрены такие антисоциальные формы, как алкоголизм и наркомания. Была выдвинута гипотеза о прямом их влиянии на получение представителями данной группы населения ожоговой травмы.

Методы исследования показали следующую динамику развития изучаемого процесса. В период с 1987 по 1991 годы число лиц, получивших ожоги различной этиологии в состоянии алкогольного опьянения, характеризуется стабильностью на всём протяжении указанных лет, без сигналов тревожно-опасного роста. Количество подобных эпизодов сохранялось в пределах 20%-30% от общего числа госпитализированных в стационар медицинского учреждения. Причём процент лиц, злоупотребляющих спиртными напитками и получивших ожоги в состоянии опьянения, не превышал 10%.

Рассмотренный нами период с 2006 по 2010 годы имеет ярко выраженный рост фактов госпитализации лиц с ожоговыми травмами, полученными в состоянии алкогольного опьянения:

Таблица 1

Динамика ожоговой травмы, полученной в состоянии алкогольного опьянения (% от общего числа ожоговых больных)

Исследуемый период (по годам)	Характер травмы	% от общего числа больных стационара	Ожоговые Больные (мужчины) (%)	Ожоговые больные (женщины) (%)
2006	бытовая	25	82	18
2007	бытовая	28	76,3	23,7
2008	бытовая	31	77,1	22,9
2009	бытовая	33	68,4	31,6
2010	бытовая	40	59,8	41,2

В течение пяти лет число лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, выросло с 25% до 40% в данной исследуемой категории. Крайне тревожным

является рост показателя получения ожоговой травмы в состоянии алкогольного опьянения среди госпитализированных женщин. В данной категории

исследуемых наблюдались лица, лишённые родительских прав, привлекавшиеся к административной и уголовной ответственности за различные правонарушения, состоящие на медицинском учёте по поводу асоциальных заболеваний (СПИД, венерические заболевания, алкоголизм, наркомания, различные формы гепатитов и др.). Анкетирование и интервьюирование позволили сделать вывод о негативном образе жизни женщин в данной группе:

— «У нас в селе работы нет, выживаем тем, что вырастим. А пьют все мои родственники. То, что обожглась в пьяном виде — случайность: всё время выпиваю по полстакана водки и работаю. И ничего. А тут...»;

— «Живём с сожителем в однокомнатной квартире. Платить за неё нечем, не работаем. Ну, выпили с ним и заснули. А самодельный обогреватель замкнуло. Пока проснулись и стали спасаться — нас и припало. Теперь вот лежим в разных палатах...»;

— «Жилья у меня нет, ночью, где придётся. Пока обойду мусорные ящики на своём районе — уже вечер. Два дня назад приятель позвал переночевать в люк теплотрассы. Выпили и заснули. Проснулась от боли уже под утро: сожгла кожу на ноге об трубу» и т.д.

Сравнительные характеристики января 2010 года и января 2011 года характеризуются ростом ожоговой травмы на 15% и составили в 2011 году 43% от общего количества обожжённых за месяц, ожоговая травма которых была получена в состоянии алкогольного опьянения («мылись с друзьями в бане, выпили много водки, втроём получили ожог паром»; «заснул пьяный в вагончике, во сне прикоснулся к обогревательной плитке, ничего не помню»; «был сильно пьяный и опрокинул на себя кастрюлю с кипятком» и т.д.). Наличие этанола в крови указанной категории пациентов подтверждается лабораторными анализами и зачастую составляет крайне высокие показатели.

Подавляющее число опрошенных не скрывает факта систематического употребления алкоголя и связывает

его с отчаянием и безысходностью своей жизни, отсутствием работы, средств к существованию, невозможностью, в силу этого, вести здоровый образ жизни, заботиться о своём здоровье. Интересным наблюдением является тот факт, что никто из анкетированных либо интервьюированных лиц не связал употребление алкоголя на момент получения ожоговой травмы с каким-либо радостным событием в своей жизни.

Категория лиц, употребляющих наркотические средства и получивших ожоговую травму в состоянии наркотического («после приёма дозы курил в постели, «вырубился» и не помню, как всё горело и почему»), либо преднаркотического («готовил себе «дозу» в гараже, выпаривал ацетон на горелке, как бабахнуло») состояния незначительна и составляет 3% от изучаемой категории пациентов. Данный факт объясняется не столь широкой доступностью и возможностью употребления наркотических средств, в сравнении с алкогольными напитками, страхом перед возможными последствиями и традиционным предпочтением алкоголя наркотикам в России. Процентное отношение данной категории лиц к общему числу госпитализированных в изучаемые периоды примерно одинаково, без наблюдения роста. Но, тем не менее, данная категория лиц входит в предмет исследования признаков, характеризующих последовательное, либо комплексное воздействие социальных факторов на здоровье и заболеваемость населения.

Полученные результаты позволили сделать вывод об одной из важных составляющих состояния здоровья человека — об отрицательном образе жизни и его влиянии на рост заболеваемости, в частности — на получение ожоговой болезни. Качественное ухудшение жизни в последние годы, имеющее место в силу разрушительных процессов в экономике и социальной политике России, способствовало формированию нездорового образа жизни населения, выразившегося в алкоголизме, полинаркомании, абсолютном равнодушии к качеству собственного здоровья и возникающим на этом фоне заболеваниям.

Перечисленные выше девиантные направления жизнедеятельности прямо либо косвенно влияют на получение ожоговой травмы, наряду с другими болезнями. Данный факт подтверждается социологическими исследованиями и анализом статистических данных.

В ходе исследования нами была доказана гипотеза о влиянии таких социальных факторов, как безработица, уровень обеспеченности и благосостояния, образ жизни (на примере Ростова-на-Дону и Ростовской области) на риск и возникновение ожоговой болезни.

Таким образом, в зависимости от политических и экономических условий социальные факторы, имеющие двойственную природу (положительное и отрицательное воздействие), прямо или косвенно влияют на жизнедеятельность человека. Ухудшение экономического развития России в период с 1990 по 2010 годы способствовало формированию у населения нездорового образа жизни, выразившегося в таких

наиболее разрушительных и опасных формах, как алкоголизм, наркомания. Алкоголизм и наркомания, как девиантные формы образа жизни населения непосредственно и совместно с другими, отрицательно воздействующими социальными факторами, влияют на получение человеком ожоговой травмы. На возникновение фактов получения ожоговой травмы социальные факторы влияют как самостоятельно (безработица), так и совместно с другими социальными факторами, либо косвенно, через них (уровень благосостояния формирует образ жизни; последний, в свою очередь, создаёт девиантные формы жизнедеятельности, непосредственно влияющие на возникновение ожоговой болезни). За исследуемый период наблюдается устойчивый рост ожоговой травмы среди неработающего населения (на примере Ростова-на-Дону и Ростовской области), как результат комплексного и последовательного отрицательного воздействия социальных факторов.

Примечания:

1. Денисова Г.С., Радовель М.Р. Этносоциология: учеб. пособие для студентов ун-тов и пед. вузов. Ростов н/Д, 2000.
2. [Электронный ресурс]. URL: <http://market-pages.ru/makroec/33.html>.
3. Мартынов Б. Влияние безработицы, нищеты, бедности на рост наркомании и преступности / Фонд оказания социальной помощи наркозависимым гражданам и содействия развитию профилактики наркомании «Позитив». URL: <http://fond-pozitiv.ru/articles/stati/vliyanie-bezraboticyi,-nishhetyi,-bednosti-na-rost-narkomanii-i-prestupnosti.html>
4. Россия встала на путь регресса // Независимая газета. 2011. 13июля.
5. Там же.
6. Россиянам придется затянуть пояса // Финанс. 2011. 17 янв. URL: <http://www.finansmag.ru/rating>.
7. Там же.

References:

1. Denisova G.S., Radovel M.R. Ethnosociology: a manual for students of universities and teachers' training colleges. Rostov-on-Don, 2000.
2. [Electronic resource]. URL: <http://market-pages.ru/makroec/33.html>.
3. Martynov B. The influence of unemployment, misery and poverty on the increase of drug addiction and crime / Fund of the social help to drug addicts and assistance to the development of drug addiction prevention «Positive». URL: <http://fond-pozitiv.ru/articles/stati/vliyanie-bezraboticyi,-nishhetyi,-bednosti-na-rost-narkomanii-i-prestupnosti.html>
4. Russia follows a regress way // The Nezavisimaya gazeta. 2011. July 13.
5. Ibidem.
6. The Russians will have to tighten the belts // Finance. 2011. January 17. URL: <http://www.finansmag.ru/rating>.
7. Ibidem.