

exposure to occupational hazards // *Gig. i sanit.* — 2016. — Vol. 95. — 1. — P. 45–48 (in Russian).

3. Zaytseva N.V., Dolgikh O.V., Krivtsov A.V., Starkova K.G., Luchnikova V.A., Bubnova O.A., Otavina E.A., Bezruchenko N.V., Vdovina N.A. Evaluating polymorphism of candidate genes in children, associated with prolong low-level exposure to strontium in drinkable water // *Analiz riska zdorov'yu.* — 2015. — 4. — P. 21–27 (in Russian).

4. Zaytseva N.V., Ustinova O.Yu., Zemlyanova M.A. Improvement of strategic approaches to prevention of diseases associated with exposure to environmental factors // *Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya.* — 2013. — 11. — P. 14–18 (in Russian).

5. Izmerov N.F., Kuz'mina L.P., Kolyaskina M.M., Lazarashvili N.A. Molecular genetic studies in occupational medicine // *Gig. i sanit.* — 2011. — 5. — P. 10–14 (in Russian).

6. Masyagutova L.M., Bakirov A.B. Parameters of local and system immunity under exposure to occupational factors // *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie.* — 2012. — 1. — P. 25–28 (in Russian).

7. Khalimov Yu.Sh., Sukhonos Yu.A., Tsepikova G.A. et al. Immune system state and life quality of personnel exposed to occupational hazards // *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii.* — 2014. — 2 (46). — P. 7–12 (in Russian).

8. Duramad P., Holland N.T. Biomarkers of Immunotoxicity for Environmental and Public Health Research // *International Journal of Environmental Research and Public Health.* — 2011. — 8(5). — P. 1388–1401.

9. Jeng H.A., Pan C.H., Diawara N. et al. Polycyclic aromatic hydrocarbon-induced oxidative stress and lipid peroxidation in relation to immunological alteration // *Occupational and Environmental Medicine.* — 2011. — 68(9). — P. 653–658.

10. Sultana R., Ferdous K.J., Hossain M. et al. Immune functions of the garment workers // *International J of Occupational Med. and Environmental Health.* — 2012. — 3(4). — P. 195–200.

Поступила 21.04.2017

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Старкова Ксения Геннадьевна (Starkova K.G.),
зав. лаб. иммун. и аллергологии ФБУН «ФНЦ МПТ УРЗН», канд. биол. наук. E-mail: oleg@fcrisk.ru.

Долгих Олег Владимирович (Dolgikh O.V.),
зав. отд. иммунобиологических методов диагн. ФБУН «ФНЦ МПТ УРЗН», д-р мед. наук, проф. E-mail: oleg@fcrisk.ru.

Кривцов Александр Владимирович (Krivtsov A.V.),
зав. лаб. иммуногенетики, канд. мед. наук, ФБУН «ФНЦ МПТ УРЗН». E-mail: krivtsov@fcrisk.ru.

Казакова Ольга Алексеевна (Kazakova O.A.),
мл. науч. сотр. лаб. иммуногенетики ФБУН «ФНЦ МПТ УРЗН». E-mail: oleg@fcrisk.ru.

Отавина Елена Алексеевна (Otavina E.A.),
мл. науч. сотр. отдела иммунобиологических методов диагн. «ФНЦ МПТ УРЗН». E-mail: oleg@fcrisk.ru.

УДК 614+316.014:316.342.6

Лебедева-Несевря Н.А.^{1,2}, Гордеева С.С.², Соловьев С.С.²

МИКРОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЗДОРОВЬЮ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ (РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

¹ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения»,
ул. Монастырская, 82, Пермь, РФ, 614045;

²ФГБОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет» 29, Комсомольский пр-т,
Пермь, РФ, 614990

На материалах Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE) за 2016 г. исследуется связь трех групп микросоциальных факторов риска (социально-демографические факторы, социальный капитал и социальное самочувствие) и объективных и субъективных показателей здоровья работающего населения России (объем выборки — 7943 человека). Выявлено, что микросоциальные факторы сильнее влияют на самооценку здоровья, нежели на его объективные характеристики. Установлен различный уровень чувствительности половозрастных групп к действию микросоциальных факторов. В отношении ряда показателей (в частности, страх потери работы и самооценка здоровья) зафиксирован двунаправленный характер связи. Показано, что наличие детей и их количество выступают для некоторых возрастных групп фактором риска здоровью, что может объясняться ограниченностью социальных ресурсов и слабым социальным капиталом.

Статья подготовлена при финансовой поддержке гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых — докторов наук (проект МД–281.2017.6).

Ключевые слова: здоровье работающих; самооценка здоровья; факторы риска; микросоциальные факторы; социальный капитал

Lebedeva-Nesevrya N.A.^{1,2}, Gordeeva S.S.², Solovyov S.S.² **Microsocial factors of health risk for workers in Russia (results of sociologic study).** ¹Federal Scientific Center for Medical and Preventive Health Risk Management Technologies, 82, Monastyrskaya str., Perm, Russian Federation, 614015; ²Perm State National Research University, 29, Komsomolsky Ave., Perm, Russian Federation, 614990

Materials of Russian monitoring of economic state and public health by RLMS-HSE over 2016 helped to study relationships of three groups of microsocial risk factors (social demographic factors, social capital and social state) and objective and subjective health parameters in workers of Russia (select of 7943 people). Findings are that microsocial factors have stronger influence on self-esteem of health, than on its objective characteristics. Sensitivity to microsocial factors action appeared to be different in various sex- and age-matched groups. If concerning some parameters (specifically, fear to lose the job and health self-esteem), the relationship appeared to be bidirectional. Evidence was that presence of children and their quantity can be a health risk factor in some age groups — that can be explained by limited social resources and weak social capital.

The article is prepared with financial support by grant of Russian Federation President for governmental support of young Russian scientists — scientific doctors (project MD-281.2017.6).

Key words: workers' health; health self-esteem; risk factors; microsocial factors; social capital

Введение. Проблема сокращения численности экономически активного населения, обусловленная, в первую очередь, неблагоприятными тенденциями изменения возрастной структуры населения, обозначена в качестве крайне важной в разработанном Минэкономразвития «Прогнозе долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года» [4]. Прогнозируемые потери экономически активного населения и, как следствие, трудовых ресурсов страны актуализируют вопрос сохранения и повышения их качества, базовой характеристикой которого является физическое и психическое здоровье работающих [8].

Согласно «Глобальному плану действий по охране здоровья работающих на 2008–2017 гг.» улучшение здоровья работающего населения предполагает мероприятия по снижению рисков, связанных не только с рабочим местом, но и с социальными и индивидуальными поведенческими факторами [2]. Значимость вклада в формирование здоровья работающих таких социальных факторов, как образ жизни, социальный капитал (в т. ч. — уровень личного и институционального доверия), образование и семейный статус, подтверждается зарубежными и отечественными исследованиями [9,10,13].

Социальные факторы, влияющие на состояние здоровья работающего населения, принято разделять на три группы в зависимости от уровня воздействия [12]: 1) глобальные факторы (информатизация общества, глобализация, международная миграция), оказывающие влияние на здоровье всего населения планеты; 2) национальные факторы (уровень социально-экономического развития, качество системы здравоохранения, внутренние миграционные процессы, занятость), определяющие популяционное здоровье; 3) локальные факторы, включающие микросоциальное

окружение индивида и его «стиль жизни», в т. ч. поведение в сфере здоровья. Микросоциальным факторам зачастую отводится первостепенная роль в формировании здоровья современного человека [11], в особенности — социально-экономическому статусу индивида, складывающемуся из уровня дохода, профессиональной и этнической принадлежности, образовательного и миграционного статуса. Наиболее значимым здесь следует считать экономический статус, по мере повышения которого наблюдается снижение риска смерти по ряду причин [3] и повышение самооценки здоровья [7].

Цель исследования — систематизация и количественная оценка влияния микросоциальных факторов на здоровье работающего населения России.

Материалы и методы. Эмпирическую базу исследования составили данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ за 2016 г. (25 волна) [5]. Из общего массива были отобраны 7943 человека, имеющие работу, в т.ч. 3910 мужчин (49,2%) и 4033 женщины (50,8%). Среднее образование имеют 3085 человек (38,9%), среднее специальное — 2126 (26,8%), высшее и послевузовское — 2721 (34,3%). В промышленной сфере заняты 1569 человек (19,8%), в здравоохранении, управлении, образовании и науке — 1775 (22,3%), в торговле — 1709 (21,5%), в сфере транспорта и связи — 750 (9,4%), в строительстве — 619 (7,8%), в органах безопасности и армии — 384 (4,5%), в сфере ЖКХ — 284 (3,6%), в сельском хозяйстве — 280 (3,5%), в сфере финансов — 198 (2,5%), в других сферах — 337 человек (4%). Число работающих пенсионеров в массиве составило 923 человека. Среди них 692 женщины (75%) и 231 мужчина (25%).

Здоровье работающего населения характеризовалось через самооценку (вопрос: «Как вы оцениваете ваше здоровье?») и наличием/отсутствием проблем

со здоровьем в течение последних 30 дней (вопрос: «Были у вас в течение последних 30 дней какие-либо проблемы со здоровьем?»).

В числе микросоциальных факторов риска здоровью оценивались а) социально-демографический статус, включающий семейный статус (брачный статус и наличие детей), миграционный статус, национальность и религиозный статус; в) доверие как характеристика индивидуального социального капитала (вопрос: «В какой степени вы доверяете людям, с которыми вы вместе работаете, вашим коллегам?»); г) социальное самочувствие — удовлетворенность различными аспектами жизнедеятельности (работой, материальным благополучием, условиями труда, жизнью в целом) и субъективная оценка безопасности (вопросы: «Насколько вас беспокоит то, что вы можете потерять работу?» и «Представьте, что вы идете в одиночестве после наступления темноты в том районе, где живете. Насколько безопасно вы себя чувствуете в такой ситуации?»).

Анализ связей микросоциальных факторов и ответов со стороны здоровья был проведен через построение таблиц сопряженности и расчет различных коэффициентов (асимметричный коэффициент d Сомерса, симметричный коэффициент Гамма и пр.).

Результаты и их обсуждение. Среди изученных микросоциальных факторов наиболее сильное влияние на состояние здоровья работающих оказывают параметры социального самочувствия (табл.). Достоверно больше тех, кто оценил свое здоровье как «хорошее» и «очень хорошее» среди респондентов, удовлетворенных: а) жизнью в целом (d Сомерса=0,158 при $p<0,01$), б) своим материальным положением (d Сомерса=0,110 при $p<0,01$) и в) работой (d Сомерса=0,113 при $p<0,01$). Респонденты, которые не хотели бы найти другую работу, чаще дают позитивные оценки своему здоровью, чем те, кто желает поменять место работы ($p<0,01$). Удовлетворенность условиями труда может модифицировать состояние здоровья — среди тех, кто доволен своими условиями труда, самооценка здоровья выше (d Сомерса=0,105 при $p<0,01$), однако связи указанного фактора с наличием проблем со здоровьем в течение 30 дней, предшествовавших опросу, не установлено.

Мужчины и женщины по-разному характеризуют свое социальное самочувствие — среди работающих женщин достоверно больше тех, кто «полностью» и «скорее» удовлетворен условиями труда (69% против 61% в группе мужчин), но меньше «полностью» удовлетворенных жизнью в целом (49% против 54% в группе мужчин). Также женщины чаще говорили о том, что «практически всегда» или «часто» испытывают чувство одиночества (10% против 4% среди мужчин). При этом связь между ощущением одиночества и здоровьем является достоверной и в отношении самооценки здоровья (d Сомерса=(-)0,149 при $p=0,000$), и в отношении объективного статуса здоровья (нали-

чие проблем со здоровьем в течение последних 30 дней) — (d Сомерса=0,063 при $p=0,000$).

Самооценка здоровья взаимосвязана с боязнью работающего респондента потерять работу: с одной стороны, чем сильнее страх остаться без работы, тем хуже работник оценивает свое здоровье (d Сомерса=(-)0,05 при $p=0,000$), но, с другой стороны, чем выше респонденты оценивали состояние собственного здоровья, тем меньше они были обеспокоены потерей работы (d Сомерса=(-)0,07 при $p=0,006$).

Аналогичный тип связи наблюдается между переменными «наличие проблем со здоровьем за последние 30 дней» и субъективным восприятием безопасности района проживания. Чувствующие себя безопасно в районе проживания достоверно реже имели проблемы со здоровьем за последние 30 дней (d Сомерса=(-)0,034 при $p=0,000$), а не имевшие проблем со здоровьем достоверно чаще воспринимают свой район как безопасный (d Сомерса=(-)0,055 при $p=0,000$). Мужчины чувствуют себя более безопасно в своем районе после наступления темноты, чем женщины (в полной безопасности себя чувствуют 34,1% мужчин против 14,4% женщин).

Согласно данным отечественных исследователей [1,6] бесконфликтные, доверительные отношения внутри трудового коллектива выступают значимым фактором сохранения психосоматического здоровья его членов. В рамках настоящего исследования установлена слабая положительная связь между доверием коллегам и самооценкой здоровья работающего населения (d Сомерса=0,082 при $p=0,000$), а также доверием администрации предприятия (организации) и самооценкой здоровья (d Сомерса=0,06 при $p=0,000$).

Влияние социально-демографических характеристик на состояние здоровья работающих нельзя назвать сильным. Так, обнаружена слабая отрицательная связь (d Сомерса=(-)0,105 при $p<0,01$) между миграционным статусом и самооценкой здоровья работающего населения — среди тех, кто не менял место жительства после рождения, больше оценивали свое здоровье как хорошее или очень хорошее.

Состояние своего здоровья лучше оценивают те, кто не состоит в браке. Достоверно хуже оценивают здоровье вдовы и вдовцы ($p=0,01$). Однако данная связь может объясняться концентрацией вдов и вдовцов в более старших возрастных группах, имеющих низкую самооценку здоровья в силу действия фактора возраста. Для устранения влияния данного фактора была сформирована подвыборка работающего населения в возрасте 30–45 лет (объем подвыборки — 3369 человек).

Для группы работающих от 30 до 45 лет установлено наличие очень слабой связи брачного статуса и самооценки здоровья (d Сомерса=(-)0,033 при $p<0,01$) и отсутствие статистически значимой связи между брачным статусом и наличием проблем со здоровьем в течение последних 30 дней.

Связь микросоциальных факторов и здоровья работающих (приводятся значения коэффициентов при $p \leq 0,01$)

Фактор	Самооценка здоровья	Проблемы со здоровьем за последние 30 дней
Социально-демографические факторы		
Брачный статус	0,060 (Лямбда) 0,022 (Тау Гудмена-Крускала)	0,013 (Тау Гудмена-Крускала)
Наличие детей	(-)0,193	0,063
Миграционный статус	(-)0,105	0,044
Национальность	-	0,015 (Тау Гудмена-Крускала)
Религиозный статус	0,056	(-)0,030
Социальный капитал		
Доверие коллегам	0,082	-
Доверие администрации	0,060	-
Социальное самочувствие		
Удовлетворенность жизнью в целом	0,158	(-)0,051
Удовлетворенность работой	0,113	(-)0,034
Удовлетворенность условиями труда	0,105	-
Удовлетворенность материальным благополучием	0,110	(-)0,038
Желание поменять работу	(-)0,046	0,057
Беспокойство относительно потери работы	(-)0,051	-
Ощущение безопасности	0,105	(-)0,034
Чувство одиночества	(-)0,149	0,063

Примечание. Во всех случаях, где нет дополнительных указаний, использовался коэффициент d Сомерса.

Зависимость между фактором детности работающего населения и самооценкой здоровья трудно интерпретируется. В целом по выборке респонденты, имеющие детей, состояние своего здоровья оценивают ниже, чем те, кто детей не имеет (d Сомерса = (-)0,193 при $p < 0,05$). В подвыборке работающих в возрасте 30–45 лет данная связь сохраняется, но носит менее выраженный характер (d Сомерса = (-)0,056 при $p < 0,05$). Можно предположить, что воспитывающие детей работающие родители наряду с трудовой деятельностью прилагают значительные усилия, чтобы сохранить здоровье самих детей, при этом собственному здоровью уделяют меньше внимания и, как следствие, оценивают его как среднее или ниже среднего. Возможным объяснением может являться и сокращение материальных ресурсов на поддержание собственного здоровья при наличии детей. Поэтому те респонденты, у кого детей меньше, достоверно лучше себя чувствуют (d Сомерса = (-) 0,035 при $p < 0,05$). Достоверной связи между количеством детей и объективным показателем здоровья (наличие проблем в течение последних 30 дней) в подгруппе работающих 30–45 лет не установлено.

Интересны данные, полученные относительно связи религиозного статуса, выраженного в частоте посещения религиозных служб и других религиозных мероприятий, и самооценки здоровья. Так, чем чаще респондент посещает подобные мероприятия, тем выше он оценивает собственное здоровье (d Сомерса = 0,056 при $p < 0,05$) и скорее не имел проблем со здоровьем в течение последних 30 дней (d Сомерса = (-)0,030 при $p < 0,05$).

Крайне слабая связь по всей выборке работающих обнаружена между идентификацией респондентом себя «русским» и наличием проблем со здоровьем в течение последних 30 дней (значение коэффициента Тау Гудмена-Крускала составило 0,013 при $p < 0,001$). Однако, в подвыборке 30–45 лет «русские» респонденты достоверно чаще, чем представители других национальностей, говорили о высокой самооценке здоровья (значение коэффициента Гамма — 0,109 при $p < 0,05$). Учитывая связь показателей национальности и миграционного статуса (в группе работающих 30–45 лет d Сомерса = 0,162 при $p < 0,001$), можно сделать вывод о том, что действительным фактором риска здоровью является уровень социальной адаптации индивида, а не сам факт той или иной национальной идентичности.

Выводы:

1. Микросоциальные факторы риска не являются определяющими в формировании негативных тенденций в состоянии здоровья работающих граждан, однако их влияние на здоровье работающих бесспорно. Причем субъективные, личностные факторы, характеризующие уровень социального самочувствия индивида, и во многом определяющий данный уровень социальный статус связаны с ответами со стороны здоровья сильнее, нежели индивидуальный социальный капитал работающего.

2. Женщины являются более чувствительной к микросоциальным факторам риска группой, нежели мужчины (особенно это проявляется при анализе таких факторов как недостаточное чувство безопасности и частое ощущение одиночества).

3. На действие микросоциальных факторов риска по-разному реагируют работающие различных возрастов. В частности, наличие детей, а также их количество, скорее негативно скажется на здоровье более молодых работающих, нежели на здоровье граждан 30–45 лет, что объясняется различиями данных групп в обладании социальными ресурсами и, как следствие, социальным капиталом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ (СМ. REFERENCES стр. 9–13)

1. Антонова Н.Н. Здоровье работоспособного населения как социальный ресурс // Научно-инф. ж-л Армия и общество. — 2012. — № 2 (30). — С. 91–95.
2. Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008–2017 г. Принят Шестидесятой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ) 23 мая 2007 г. [Электронный ресурс] // Официальный сайт ВОЗ. — Available at: http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_ru_web.pdf?ua=1.
3. Иванова Е.И. Структурные и социальные факторы здоровья населения России // Вестн. РГГУ. — 2014. — № 4. — С. 138–155.
4. Прогноз долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2030 г. (разработан Минэкономразвития России) [Электронный ресурс]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_144190/
5. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE), проводимый Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии РАН [Электронный ресурс]. Available at: <http://www.hse.ru/rlms>.
6. Соболева А.В. Трудовой конфликт как фактор девиантного поведения // Вестн. Нижегородского ун-та им. Н.И. Лобачевского. Сер. Соци. науки. — 2013. — № 4 (32). — С. 87–94.
7. Тапилина В.С. Социально-экономический статус и здоровье населения // Социол. иссл. — 2004. — № 3. — С. 126–137.
8. Шабунцова А.А., Леонидова Г.В. Качество трудовых ресурсов в России: региональный аспект // Актуальные проблемы экономики и права. — 2012. №2. — С. 128.

REFERENCES

1. Antonova N.N. Health of able-bodied population as a social resource // Nauchno-informatsionny zhurnal Armiya i obshchestvo. — 2012. — 2 (30). — P. 91–95 (in Russian).
2. Global plan of actions on workers' health preservation for 2008–2017. Accepted by 60th session of World Health Care Assembly on 23 May 2007. [electronic resource] Official site of WHO. Available at: http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_ru_web.pdf?ua=1.
3. Ivanova E.I. Structure and social factors of public health in Russia // Vestnik Rossiyskogo gosudarstvennogo gumanitarnogo universiteta. — 2014. — 4. — P. 138–155 (in Russian).

4. Prognosis of long-standing social economic development of Russian Federation over a period to 2030 (elaborated by Russian Economic Development Ministry) [electronic resource]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_144190/ (in Russian).

5. Russian monitoring of economic state and public health by RLMS-HSE, conducted by National research institute «Vysshaya shkola ekonomiki» and ООО «Демоскоп» with participation of Population Center of North Carolina University in Chapel Hill and Sociology Institute of RASc [electronic resource]. Available at: <http://www.hse.ru/rlms> (in Russian).

6. Soboleva A.V. Labor conflict as a factor of deviant behavior. Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. N.I. Lobachevskogo. Seriya Sotsial'nye nauki, 2013; 4 (32): 87–94 (in Russian).

7. Tapilina V.S. Social economic state and public health // Sotsiolog. issled. — 2004. — 3. — P. 126–137 (in Russian).

8. Shabunova A.A., Leonidova G.V. Quality of work resources in Russia: regional aspect // Aktual'nye problemy ekonomiki i prava. — 2012. — 2. — P. 128 (in Russian).

9. Barański B., Boczkowski A. Socio-demographic determinants of self-assessed health status and health complaints in the population employed in a large institution // Medycyna Pracy. — 2009. — 60(4). — P. 289–301.

10. Bryła M., Szymocha M., Maniecka-Bryła I. Determinants of self-rated health of a working population // Medycyna Pracy. — 2015. — 66(1). — P. 17–28.

11. Flahault A. Academic global health. [Electronic resource]. Available at: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v95ispe3p36-38>

12. Galea S. Macrosocial determinants of population health. — New York: Springer, 2007. — 502 p. DOI 10.1007/978-0-387-70812-6

13. Lindström M., Ali S.M., Rosvall M. Socioeconomic status, labour market connection, and self-rated psychological health: the role of social capital and economic stress // Scandinavian Journal of Public Health. — 2012. — 40(1). — P. 51–60. doi:10.1177/1403494811421825

Поступила 21.04.2017

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Лебедева-Несевря Наталья Александровна (Lebedeva-Nesevria N.A.), зав. лаб. мет. анализа соц. рисков ФБУН «Федеральный Научный Центр МПТ УРЗН», доц. каф. социологии ФГБОУ ВО «ПГНИУ», д-р соц. наук. E-mail: natnes@fcrisk.ru

Гордеева Светлана Сергеевна (Gordeeva S.S.), доц. каф. социол. ФГБОУ ВО «ПГНИУ», канд. соц. наук. E-mail: ssgordeyeva@mail.ru

Соловьев Семен Сергеевич (Solov'ev S.S.), ст. преп. каф. социологии ФГБОУ ВО «ПГНИУ». E-mail: semyons@mail.ru