



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
АРХИТЕКТУРНО-СТРОИТЕЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ВОДОСБЕРЕЖЕНИЕ, МЕЛИОРАЦИЯ И ГИДРОТЕХНИЧЕСКИЕ СООРУЖЕНИЯ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ АГРОКУЛЬТУРНЫХ КЛАСТЕРОВ РОССИИ В XXI ВЕКЕ

СБОРНИК ДОКЛАДОВ
XVIII Международной научно-практической конференции
ТОМ 3

*Посвящается памяти
Александра Алексеевича Большакова*



Тюменская областная Дума
Правительство Тюменской области
Тюменский государственный архитектурно-строительный университет
Тюменский государственный нефтегазовый университет
Тюменский государственный университет
Государственный аграрный университет Северного Зауралья
Тюменский государственный медицинский университет
Филиал ПАО Банк «Югра» в г. Тюмени
НАО «Сибирский научно-аналитический центр»
Институт криосферы Земли Сибирского отделения РАН
НИИ экологии и рационального использования природных ресурсов
Тюменское отделение Российской муниципальной академии

*Посвящается памяти
Александра Алексеевича Большакова*

ВОДОСБЕРЕЖЕНИЕ, МЕЛИОРАЦИЯ И ГИДРОТЕХНИЧЕСКИЕ СООРУЖЕНИЯ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ АГРОКУЛЬТУРНЫХ КЛАСТЕРОВ РОССИИ В XXI ВЕКЕ

Сборник докладов
XVIII Международной научно-практической конференции

Том 3

Тюмень, 2016

УДК 626+631

ББК Ч 48 + 109

Водосбережение, мелиорация и гидротехнические сооружения как основа формирования агрокультурных кластеров России в XXI веке: сборник докладов XVIII Международной научно-практической конференции: в 3-х т. – Тюмень: РИО ТюмГАСУ, 2016. – Т. 3. – 249 с.

В сборнике представлены доклады XVIII Международной научно-практической конференции «Водосбережение, мелиорация и гидротехнические сооружения как основа формирования агрокультурных кластеров России в XXI веке» ведущих ученых, научных сотрудников, преподавателей, аспирантов и студентов вузов России, Белоруссии, Казахстана, Узбекистана. Доклады печатаются в авторской редакции.

Предназначен для студентов вузов, аспирантов и преподавателей. Может быть использован в работе служащих органов государственной власти и местного самоуправления.

Редакционная коллегия:

Щербаков Г. А., канд. соц. наук, заведующий кафедрой сервисного инжиниринга и правового обеспечения в жилищно-коммунальном и строительном комплексе ТюмГАСУ;

Сидоренко О. В., канд. тех. наук, заведующий кафедрой водоснабжения и водоотведения ТюмГАСУ;

Гашев С. Н., д-р биол. наук, заведующий кафедрой зоологии и эволюционной экологии животных ТюмГУ;

Погорелова С. Д., канд. филол. наук, заведующий кафедрой иностранных языков ТюмГАСУ;

Максимова С. В., канд. тех. наук, доцент кафедры водоснабжения и водоотведения ТюмГАСУ;

Храмцов А. Б., канд. ист. наук, доцент кафедры сервисного инжиниринга и правового обеспечения в жилищно-коммунальном и строительном комплексе ТюмГАСУ (ответственный редактор).

УДК 626+631

ББК Ч 48 + 109

© ФГБОУ ВПО «ТюмГАСУ», 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

Секция «ОПЫТ УПРАВЛЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ»

<i>Абрамчук О. С., Герасимова Г. И.</i> Реклама и связи с общественностью как средства формирования привлекательности оздоровительного туризма	6
<i>Алексанина В. О., Попкова А. А.</i> Реализация демографической политики в миграционной сфере.....	8
<i>Анина Н. В., Калинина А. В.</i> Тенденции рождаемости в России	13
<i>Валикина Ю. Р., Скифская А. Л.</i> Аудит эффективности в сфере агропромышленного комплекса Тюменской области.....	19
<i>Гаврилова Н. Ю.</i> Формирование трудовых ресурсов нефтегазового комплекса Западной Сибири	22
<i>Герасимова Г. И.</i> Стратегии брендинга территории: региональный аспект.....	27
<i>Голиков И. Н., Гаврилюк В. В.</i> Современная молодежь как ресурс инновационных преобразований России	30
<i>Голиков Н. А.</i> Инклюзия детей-инвалидов: типичные ошибки.....	34
<i>Голиков Н. А., Михайлова К.</i> Практический тайм-менеджмент для старших подростков как средство формирования социальной состоятельности и конкурентоспособности	38
<i>Звягина А. А., Герасимова Г. И.</i> Задачи и проблемы благотворительности предприятий нефтегазовой отрасли	43
<i>Калинина А. В.</i> Постарение населения России: мировые тренды и региональная специфика	49
<i>Колесник Е. А.</i> Молодежная политика занятости: региональный аспект	54
<i>Колтунова А. А., Колтунова Ю. И.</i> Реализация кадровой политики организации на примере Управления Федеральной миграционной службы по Тюменской области	61
<i>Крюченков А. Д., Павлова Л. Л.</i> Демографическая ситуация в ЯНАО: Угрозы и безопасность.....	65
<i>Лихтенштейн Б. М.</i> Влияние демографических проблем на молодежный рынок труда в условиях кризиса.....	70
<i>Лобанов А. Н.</i> Экологизация образования: прогнозы и достижения	74
<i>Максимейко Н. В., Храмцов А. Б.</i> Проблемы в сфере формирования здорового образа жизни населения в городе Тюмени и способы их решения	78
<i>Мясников А. Ю.</i> Социальное партнерство: новые возможности	86
<i>Савицкая Ю. П., Веракса Т. С., Дубова В. А.</i> Влияние миграционных процессов на распространение новых конфессиональных течений.....	89
<i>Савицкая Ю. П., Шмелева С. П., Иванова Д. Д.</i> Сравнительный анализ показателей смертности в России и Тюменской области за 1990-2015 годы.....	97
<i>Скифская К. Н., Руль К. А.</i> Глобальные демографические проблемы современности	106
<i>Серегина Д. А., Елизаренко Т. П.</i> Основные тенденции и особенности управления демографическими процессами в регионах России (на примере ХМАО-Югры)	110
<i>Сайдулина А. А., Толмачева С. В.</i> Особенности рынка труда города Тюмени.....	114

<i>Топольская К. А., Кравецкая А. В., Калинина А. В.</i> Репродуктивные установки и брачное поведение молодого поколения.....	119
<i>Фокина А. Б.</i> Реализация ценностей современной молодежи.....	124
<i>Шустина И. К., Рафикова Н. Д.</i> К оценке эффективности реализации государственной семейной политики в Тюменской области.....	129
<i>Ярманова И. В.</i> Образовательная среда детского сада: психосберегающий потенциал.....	135

Секция «ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ ОСВОЕНИИ СИБИРИ И ТЕРРИТОРИИ КРАЙНЕГО СЕВЕРА»

<i>Вильцев И. М., Кузьмичев Д. Е., Скребов Р. В.</i> Роль судебно-медицинской экспертизы в повышении качества лечебно-профилактической помощи населению.....	140
<i>Долгинцев В. И.</i> Основные вехи развития здравоохранения Тюменского региона.....	146
<i>Долгинцева Н. В.</i> Сахарный диабет в Тюменской области – закономерности распространения, проблемы, пути решения.....	152
<i>Карайланов М. Г., Русев И. Т., Прокин И. Г., Рудиков С. В.</i> Стационарозамещающие технологии в практике амбулаторно-поликлинического учреждения.....	157
<i>Карайланов М.Г., Русев И.Т., Прокин И.Г.</i> Оценка эффективности первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.....	162
<i>Ковальчук Д. Е.</i> Хроническая болезнь почек у жителей юга Тюменской области: проблемы и пути решения.....	67
<i>Марченко А. Н., Мефодьев В. В., Козлова И. И., Кашапов Н. Г.</i> Эпидемиологические проявления туляремии в районах интенсивного освоения Сибири и Крайнего Севера.....	173
<i>Мирошниченко Ю. В., Родионов Е. О., Кононов В. Н., Мустаев О. З.</i> Современные подходы к проведению эксплуатационных испытаний комплектно-табельного оснащения медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации.....	178
<i>Рудиков С. В.</i> Актуальные вопросы медицинского обеспечения безопасности полетов.....	184
<i>Северюков В. В., Лемешкин Р. Н., Зубов Н. Н.</i> Совершенствование информационно-статистической деятельности военно-медицинской службы с использованием современных информационно-коммуникационных технологий.....	188
<i>Сиващенко П. П., Мустаев О. З., Андреев А. И.</i> Опыт и перспективы применения современных информационных технологий в военной медицине.....	192
<i>Соловьев В. С., Белкин А. В., Хлыстова Э. У., Даулетпаева Ж. О., Паньшина С. С., Демина Е. В.</i> Функциональное состояние крови и неспецифическая резистентность у онкологических больных города Тюмени.....	197
<i>Соловьёв В. С., Соловьёва С. В., Наймушина А. Г., Янтимирова Р. А.</i> Принципы охраны здоровья жителей Тюменской области: медико-социальные и исторические аспекты здоровьесбережения.....	199
<i>Соловьев В. С., Соловьёва С. В., Церцек Т.Н., Бакиева Э.М., Трусевич Н. В.</i> Тюменская область: Адаптация продолжается.....	205
<i>Ставецкая И. В., Княжева Е. Б.</i> Проблемы здравоохранения в процессе освоения северных районов Тюменской области.....	208
<i>Тимофеев О. В., Куприн С. А., Мустаев О. З., Юсупова Е. Ю.</i> Основные направления использования интернет-технологий в медицинском обеспечении.....	214

Шарухо Г. В., Золотарева М. Ю. Роль межведомственного взаимодействия по вопросам формирования культуры здорового питания у населения	217
Шарухо Г. В., Токарева Н. В. Роль межведомственного взаимодействия в обеспечении населения Тюменской области доброкачественной питьевой водой	222
Шебеко П. В., Няму А. М., Юсупова Е. Ю., Горбунов А. П. Анализ деятельности фтизиатрической службы на территории Тюменской области (без автономных округов) за период с 2004 по 2014 гг	231
Ширманов Я. И., Ширманов И. А. Состояние здравоохранения в Ханты-Мансийском национальном округе в 1941-1942 годах	236
Юсупова Е. Ю., Зайнетдинова Д. З., Горбунов А. П. Организация системы медицинской профилактики как основы здорового образа жизни среди населения Тюменской области	241
Резолюция XVIII Международной научно-практической конференции «Водосбережение, мелиорация и гидротехнические сооружения как основа формирования агрокультурных кластеров России в XXI веке»	246

**Секция «ОПЫТ УПРАВЛЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ
ПРОЦЕССАМИ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ»**

УДК 659.1

О. С. АБРАМЧУК, студент;
Г. И. ГЕРАСИМОВА, канд. соц. наук, доцент

**РЕКЛАМА И СВЯЗИ С ОБЩЕСТВЕННОСТЬЮ КАК СРЕДСТВА
ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТИ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО
ТУРИЗМА**

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7 (3452) 41-68-67; эл. почта: gerasimova@tsogu.ru.

Ключевые слова: реклама, связи с общественностью, внутренний оздоровительный туризм, привлекательность.

В работе поднимается проблема развития внутреннего туризма, где наряду с различного рода организационными и финансовыми проблемами, необходимо заниматься информационно-коммуникативной и рекламной деятельностью, популяризируя с помощью рекламных и PR-инструментов местные зоны отдыха.

Последствиями сложной социально-экономической ситуации в стране, международного финансового кризиса и санкционной политики, стало закрытие многих популярных туристических маршрутов, что, в свою очередь, актуализировало проблемы развития внутреннего туризма.

За последний год значительно увеличилось число людей, предпочитающих отпуск за границей местным курортам. По данным опроса ВЦИОМ, проведенного в 2015 году, самыми популярными российскими местами отдыха стали курорты Крыма, Краснодарского края и Московской области. Большое признание имеют грязевые и климатические курорты Анапы, Сочи, бальнеологические санатории Челябинской, Читинской, Свердловской области, Алтайского края, а также «Минеральные Кавказские воды» [1].

На государственном уровне утверждена Стратегия развития туризма в Российской Федерации на период до 2020 года, целью которой является создание благоприятных условий для устойчивого развития туризма в стране. В этом документе определены туристско-рекреационные кластеры с учетом ключевых региональных ресурсов. В частности, в нем отмечено, что развитию туризма на Западном Урале способствует организация реабилитационного и профилактического лечения на базе минеральных вод, местных лечебных грязей, горного и лесного хвойного воздуха [2]. Таким образом, Тюменская область, входящая в Уральский федеральный округ, имеет хорошие перспективы развития курортно-оздоровительного обслуживания и лечебно-оздоровительного туризма, тем

более, что регион в этом направлении работает по принятой в 2014 году государственной программе, в которой обозначены основные направления развития внутреннего и въездного туризма [3].

В Тюменской области имеются все условия для успешного развития этого направления: лечебные грязи и минеральные воды, запасы которых исключительно велики. На сегодняшний день в бальнеологическом отношении изучено 15 озер, содержащих сапропелевые лечебные грязи (озера Большой и Малый Тараскуль, Ахманка, Тулубаево, Лебязье и другие). Область имеет практически неограниченные запасы торфяных лечебных грязей. Кроме того, обнаружены крупные месторождения термальных хлоридно-натриевых минеральных вод, содержащих йод и бром. В регионе функционируют несколько десятков санаториев профилакториев.

С другой стороны, отсутствие конкретизации в принятых программах, непрозрачность бюджетов, информационный вакуум не приводят к динамичному развитию местной санаторно-курортной отрасли, появлению инвесторов, увеличению потока туристов, росту привлекательности отрасли.

Обладая богатыми природными ресурсами, наш регион имеет свои «узкие места», среди которых проблема соотношения цены и качества, низкий, по сравнению с зарубежным, уровень услуг. Кроме того, недостаточно развита информационная и рекламная деятельность, которая призвана популяризировать местные достопримечательности. Многие туристические агентства не знают, как правильно привлечь туристов на оздоровительные курорты, не умеют рассказать об особых преимуществах и уникальных свойствах территории.

Следовательно, проблемы применения инструментария рекламы и связей с общественностью в продвижении оздоровительного туризма являются актуальными для теоретического анализа и изучения. Реклама напрямую, а связи с общественностью опосредованно «формируют новые ценности, вовлекая в сознательное активное участие (прямое или косвенное) граждан, что существенно влияет на позитивные изменения в стране» [4, с. 160].

Важной задачей является разработка единой комплексной программы по формированию привлекательности туристической отрасли в Тюменской области, в которой необходимо отразить подходы к использованию инструментария рекламы и связей с общественностью [5; 6]. В этом направлении нужно активно вовлекать ресурсы интернета и социальных сетей, заниматься устройственно-событийными коммуникациями, осуществлять разработку эффективных слоганов, качественной наружной рекламы, готовить спонсорские проекты и продвижение территории на различных выставках и ярмарках.

Имея организационную и финансовую поддержку, используя широкий спектр рекламных и коммуникативных инструментов, можно добиться успеш-

ного позиционирования уникальных особенностей, характерных только для определенной территории. Такая деятельность способствует привлечению внимания туристов, открывает новые возможности для улучшения инвестиционного климата и более эффективного представления интересов территории на отечественном и международном пространстве.

Библиографический список

1. Итоги отпускного лета 2015 г.: [Электронный ресурс] – Режим доступа: // <http://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115402> (дата обращения 01.03.2016).
2. Стратегия развития туризма в Российской Федерации на период до 2020 года: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://government.ru/media> (дата обращения 01.03.2016).
3. Государственная программа Тюменской области «Основные направления развития внутреннего и въездного туризма» до 2020 года: [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://admtumen.ru/ogv_ru/finance/programs/program.htm?id=1155@egTargetGrant (дата обращения 01.03.2016).
4. Герасимова, Г.И. Связи с общественностью: институциональный уровень управления. Тюмень: ТюмГНГУ, 2015. 341 с.
5. Колычева, В. А., Устинова, О. В. Проблемы обеспечения общественной безопасности в сфере туризма // Вузовская наука: теоретико-методологические проблемы подготовки специалистов в области экономики, менеджмента и права: Мат. междуна. науч. сем. Вып. 12. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2014. – С. 191-193.
6. Никонов, Н. В., Устинова, О. В. Проблемы развития детско-юношеского туризма в России // Вузовская наука: теоретико-методологические проблемы подготовки специалистов в области экономики, менеджмента и права: Мат. междуна. науч. сем. Вып. 12. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2014. – С. 210-211.
7. Толмачева, С. В. Социальная реклама и устойчивое развитие общества // Проблемы устойчивого развития российских регионов: Мат. Всеросс. научно-практ. конф. с международным участием. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2014. – С. 160-162.

УДК 314

В. О. АЛЕКСАНИНА, магистрант;
А. А. ПОПКОВА, канд. соц. наук, доцент

РЕАЛИЗАЦИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ В МИГРАЦИОННОЙ СФЕРЕ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7 (3452) 41-68-67; эл. почта: aporkova@yandex.ru.

Ключевые слова: демографическая политика, миграция, эмиграция, миграционные движения.

В статье определена сущность миграционной политики, выявлены проблемы реализации демографической политики в миграционной сфере, показаны возможные пути их решения. Рассмотрены причины миграционных процессов и нормативно-правовая база, регламентирующая миграционные процессы на территории РФ.

Демографическая политика – это деятельность органов государственного управления и социальных институтов, направленная на создание устойчивых количественных и качественных параметров воспроизводства населения. С целью преодоления негативных демографических тенденций в России требуется активная демографическая политика, которая является частью социальной экономической политики общества в целом. В демографической политике одно из главных мест занимает вопрос миграции населения.

Актуальность темы определяется значимостью миграции как социального явления для развития России [1; 2]. Особенность миграционного процесса заключается в разнообразии его потоков (вынужденная миграция, внешняя миграция, внешняя трудовая миграция, незаконная миграция, внутренняя (социально-экономическая) миграция). Конечным результатом миграционного процесса является приживаемость перемещенного населения в новой местности, подтвержденная государственными нормативно-правовыми документами. Цель: показать тенденции миграционной политики в России.

Миграционная ситуация в стране, в настоящее время постоянно изменяется. По мнению ученых, Россию ждет новая волна эмиграции [3; 4; 5]. Беспокойство вызывает то, что страну покидают высококвалифицированные специалисты в надежде найти применение своим навыкам и способностям на другой территории, что может повлечь за собой дефицит опытных кадров. Многие сограждане покидают Россию, руководствуясь тем, что блага на территории другой страны более пригодны для проживания, к ним относятся: личная безопасность, уровень и доступность медицинского обслуживания, возможность приобретения собственного жилья и другие [6].

Опытные, квалифицированные кадры стремятся капитализировать свои способности, расширяя возможности заниматься научными исследованиями или новыми разработками, участвовать в международных проектах. Согласно сводкам статистического ведомства, как правило, большинство эмигрантов-россиян отправляются в США, Германию, Канаду и Финляндию.

Одним из направлений классификации сущности миграции А. И. Кузьмина, является демографический подход, который определяет миграцию с точки зрения воспроизводства и сохранения человеческих популяций, их численности, половозрастной структуры и т.д., акцентируя внимание на проблемах демографической безопасности народов [7].

Исторический подход посвящен как сущности миграционных движений, как выражение закона подвижности в различных государствах, регионах и в целом мире, так и работы, в которых рассматриваются вопросы истории развития научных исследований в области миграции.

С точки зрения философского подхода, который заложен работами В. И. Вернадского и Л. Н. Гумилева: в основе их концепции пассионарных толчков лежит идея энергетического обмена между человеческим сообществом (этносом) и внешней средой. Избыток биохимической энергии живого вещества порождает эффект пассионарности, направленной как на изменения этноса, так и на изменения внешней среды. Именно пассионарии отличаются особо активным миграционным поведением. Юридический подход необходим для определения правового статуса разных категорий мигрантов; этот подход рассматривает нормы международного и внутригосударственного права и направлен на разработку правовых норм и законодательных актов, регулирующих основные права мигрантов и возможности осуществления целенаправленной политики, защищающей интересы различных сторон [7].

Нормативно правовую базу в миграционной сфере составляют: Конституция РФ, международные договоры РФ, федеральные конституционные законы, судебные решения, внутригосударственные договоры, международные договоры (Россия присоединилась практически ко всем международно-правовым актам в области прав человека, а также к правовым актам, регулирующим правоотношения в сфере миграции).

На федеральном уровне ФМС России (Федеральная миграционная служба) реализует демографическую политику в сфере миграции и осуществляет правоприменительные функции, функции по контролю, надзору и оказанию государственных услуг в сфере миграции, которая в свою очередь подведомственно Министерству внутренних дел РФ. Управление Федеральной миграционной службы в субъекте РФ отвечает за реализацию миграционной политики на региональном уровне.

Основным документом, регулирующим деятельность миграционной политики, является Концепция государственной миграционной политики РФ на период до 2025 года, утвержденная Президентом РФ 13 июня 2012 года [8].

Однако, несмотря на то, что первый этап (2010-2015 гг.) был реализован, практика применения данной Концепции столкнулась с рядом проблем, в том числе защита национального рынка труда от избытка трудовых ресурсов, структурной безработицы в условиях глобализации и давления избыточных трудовых ресурсов из-за рубежа.

В настоящее время, проводится реализация второго этапа Концепции (2016–2020 гг.), по результатам которого предполагается к 2021 году приостановить миграционный отток населения из районов Сибири и Дальнего Востока.

Цель третьего этапа заключается в том, что к концу реализации Концепции, а именно к 2026 году предполагается обеспечить миграционный приток населения в районы Сибири и Дальнего Востока.

Немаловажным документом обеспечения миграционной политики в России является Указ Президента РФ от 09 августа 1994 года № 1668 «О Федеральной миграционной программе». Целью государственной миграционной политики является регулирование миграционных потоков, преодоление негативных последствий стихийно развивающихся процессов миграции, создание условий для беспрепятственной реализации прав мигрантов, а также обеспечение гуманного отношения к лицам, ищущим убежища на территории РФ.

Автор приводит статистику, согласно которой, в 2014 году (с января по август) миграция из России составила 200 000 человек, это очень высокий показатель, по сравнению с 2013 годом, где число эмигрантов составило 120 000 человек. За весь 2013 год Россию покинуло 185 000 человек. Из этого можно сделать вывод, что с каждым годом из России выезжает достаточно большое количество людей.

Несмотря на то, что в России преобладают достаточно сложные условия для проживания и реализации возможностей, страна все равно остается привлекательной для мигрантов. По данным Федеральной службы государственной статистики, количество приезжих в Россию из стран СНГ, в первые 9 месяцев 2014 года, достигло 361 380 человек, что больше на 50 000 человек, чем в предыдущем году [9].

Анализируя внутреннюю трудовую миграцию, можно сделать вывод, что она связана в первую очередь с поисками лучших условий работы и достойной оплаты труда. Выезд большого количества рабочего класса, остро поставил проблему дефицита квалифицированных кадров в России, поэтому у граждан появилась реальная возможность найти более достойную работу. Все же у многих граждан России миграция населения вызывает недовольство. Согласно данным опроса фонда «Общественное мнение» 60% россиян считает число мигрантов слишком высоким, тем самым, опасаясь иностранцев. По сведениям, полученным в ФМС, к началу 2015 года в России насчитывалось более 10 миллионов иностранцев [10].

По количеству приезжих Россия оказалась на втором месте после США. Однако около 40% из них находится в стране по причинам, не связанным с работой. Ситуация в стране, девальвация национальной валюты, сложности с получением работы вынудили многих мигрантов вернуться домой.

Государственная политика в сфере миграции сталкивается с множеством трудностей на пути реализации – это и несовершенство законов, и огромное количество бюрократических препятствий. Всё это является дополнительными условиями, которые необходимо учитывать при подготовке планов государственной миграционной политики в Российской Федерации.

Анализируя документы и сущность проблем в целом, автор выделяет ряд проблем, которые мешают эффективной реализации миграционной политики в РФ:

Во-первых, «утечка умов», или отток высококвалифицированных кадров за рубеж, а также отсутствие аналогичного притока из стран дальнего зарубежья.

Во-вторых, это сложность, а в подавляющем большинстве случаев и невозможность законной легализации правопослушных переселенцев, возникшая из-за несовершенства миграционного законодательства.

В-третьих, нелегальная иммиграция способствует повышению уровня криминализации принимающего общества.

В-четвертых, нелегальные мигранты создают угрозу экономической безопасности Российской Федерации. Их труд используется незаконно, в теневом и криминальном секторах экономики.

В-пятых, увеличение числа иммигрантов (как легальных, так и нелегальных) на территории России ведет к росту этнической напряженности в тех регионах, где возникают инокультурные общины и землячества.

Исходя из перечисленных проблем, автор предлагает пути их решения:

1. Включение российского элитного высшего образования в международную образовательную систему, для этого нужно расширить университетскую автономию и академическую свободу внутри самих университетов;

2. Законодательное закрепление приоритета в правах бывших граждан СССР по отношению к гражданам государств «Дальнего зарубежья»;

3. Уменьшение развития незаконной миграции;

4. Принятие и осуществление на практике всей совокупности мер по заграждению потоку нелегальной миграции. (Фундаментализм среди мигрантов – это следствие причины самой миграции, и потому противостоять мигрантскому исламизму без противостояния самой миграции крайне сложно);

5. В Федеральном законе «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» от 05.07.2002 № 115-ФЗ ужесточить штрафные санкции к работодателям, незаконно использующих иностранных работников.

Таким образом, в настоящее время, вопрос реализации демографической политики в миграционной сфере играет большую роль в жизни страны. Проблемы, существующие в системе миграции РФе, решаются достаточно успешно путем адекватного изменения действующего законодательства. Иные проблемы находятся в стадии решения, но пока значимых изменений не происходит, а работа в этих направлениях продолжается. При полном решении вышеприведенных проблем, Россия добьется положительной реализации миграционных процессов и применения новых методов миграционного контроля.

Библиографический список

1. Устинова, О. В., Пилипенко, Л. М. Влияние миграционных процессов на социально-экономическую ситуацию в Тюменской области // *Современные проблемы науки и образования*. – 2014. – № 6. – С. 12.
2. Черепанова, В. Н., Устинова, О. В. Государственное управление воспроизводством населения // *Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – № 1: [Электронный ресурс] – Режим доступа: URL: <http://www.science-education.ru/121-18313>.
3. Устинова, О. В., Чуприна, Е. В. Анализ миграционных процессов в Тюменской области // *Актуальные вопросы образования и науки: Сб. науч. тр. по материалам междунаучно-практ. конф.* – Тамбов: ООО «Консалтинговая компания Юком», 2014. – С. 127-129.
4. Устинова, О. В. Российская государственная демографическая политика: проблемы и перспективы управления воспроизводством населения // *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология*. – 2014. – № 3. – С. 135-142.
5. Павлинова, О. С., Калинина, А. В. Реализация программы переселения соотечественников на примере юга Тюменской области // *Академический вестник*. – 2014. – № 2 (28). – С. 400-405.
6. Ионцев, В. А. Миграция населения. Вып. 3: Международная миграция. – М., 2010. – С. 17.
7. Кузьмин, А. И. Основы демографии: курс лекций. – М., 2012. – С. 44.
8. Концепция государственной миграционной политики Российской Федерации на период до 2025 года: утв. Президентом РФ 13 июня 2012 г.: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70188244/> (дата обращения: 04.03.2016).
9. Официальный сайт федеральной службы государственной статистики: [Электронный ресурс] – Режим доступа: www.gks.ru (дата обращения 06.03.2016).
10. Официальный сайт федеральной миграционной службы: [Электронный ресурс] – Режим доступа: www.fms.gov.ru (дата обращения 06.03.2016).

УДК 314

Н. В. АНИНА, студент;
А. В. КАЛИНИНА, канд. ист. наук, доцент

ТЕНДЕНЦИИ РОЖДАЕМОСТИ В РОССИИ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7(3452)41-68-67; эл. почта: anna_kalinina@rambler.ru.

Ключевые слова: демографические процессы, депопуляция, рождаемость, смертность, численность населения, демографический кризис, кризис института семьи, малодетность.

Статья посвящена изучению и анализу одного из основных демографических процессов – рождаемости в России, исследованию его основных показателей и тенденций. В статье исследованы факторы, влияющие на рождаемость, проанализировано состояние и динамика показателей рождаемости в целом в России. Рассматриваются возможные причины снижения рождаемости: изменение традиционного института семьи, возникновение специфического европейского типа семьи, изменение ценностей. Возможность влияния на репродуктивные нормы и поведение рассматривается в контексте мальтузианства. В статье формулируются выводы о принятии необходимых мер по стимулированию рождаемости.

Демографические процессы на территории РФ – предмет пристального внимания со стороны органов власти, научных кругов и широкой общественно-

сти. В «Концепции демографической политики РФ до 2025 года» один из ключевых показателей демографического благополучия – преодоление процессов депопуляции на территории РФ за счет увеличения рождаемости. Исследование рождаемости в демографии – центральная проблема, которая осмысливается научным сообществом в основном в рамках концепции прохождения стадий «второго демографического перехода». В современных условиях относительно низкой смертности воспроизводство населения в целом определяется исключительно уровнем и динамикой рождаемости. Актуальность проблемы подкрепляется неоднозначностью восприятия в обществе различных репродуктивных установок граждан на многодетность, молодетность и бездетность, которые приводят нередко к острой полемике в СМИ и интернет площадках.

Демографический кризис, затронувший в первую очередь развитые страны мира, во многом обязан кризису традиционной семьи. Тенденция к резкому падению рождаемости значительно ниже уровня, обеспечивающего простое воспроизводство населения, характерна для многих развитых стран мира. Для современного типа воспроизводства населения, как в России, так и в большинстве экономически развитых стран характерны поздние браки, малодетность, планирование рождения детей.

Общая численность населения России на 1 января 2016 года составляет 146 519 759 человек (с Крымом) по данным Росстат (согласно данным о предварительной оценке численности населения на 01.01.2016) (табл. 1).

Таблица 1

Оперативные данные по естественному движению населения Российской Федерации (по дате регистрации в органах ЗАГС) [1].

	Человек			2016 г. в % к 2015 г.
	Январь		Прирост, снижение / - /	
	2016 г.	2015 г.		
Родившихся	142052	149270	-7218	95,2
Умерших	169771	174723	-4952	97,2
в том числе детей в возрасте до 1 года	993	1041	-48	95,4
Естественный прирост, убыль (-)	-27719	-25453		108,9
Браков (единиц)	48523	58050	-9527	83,6
Разводов (единиц)	43550	46233	-2683	94,2

Население России РФ на 1 января 2014 года составляло 143 666 931 человек. За 2014 год население увеличилась на 2 600 357 человек. Следует отметить, что увеличение численности населения за 2014 год произошло не только за счет миграционного и естественного прироста, но и за счет образования двух новых субъектов Федерации – Республики Крым и города Севастополь. Городское население

Российской Федерации на 1 января 2016 года (согласно предварительной оценке) составляет 108 633 610 человек, сельское – 37 886 149 человек [1].

На *рисунке 1* наглядно представлена динамика трех основных процессов воспроизводства населения на территории России за последние шестьдесят лет. На диаграмме в графической форме отображена проблема низкой рождаемости в РФ, которая стала особенно ярко выраженной с 1990-х по 2000-е годы.

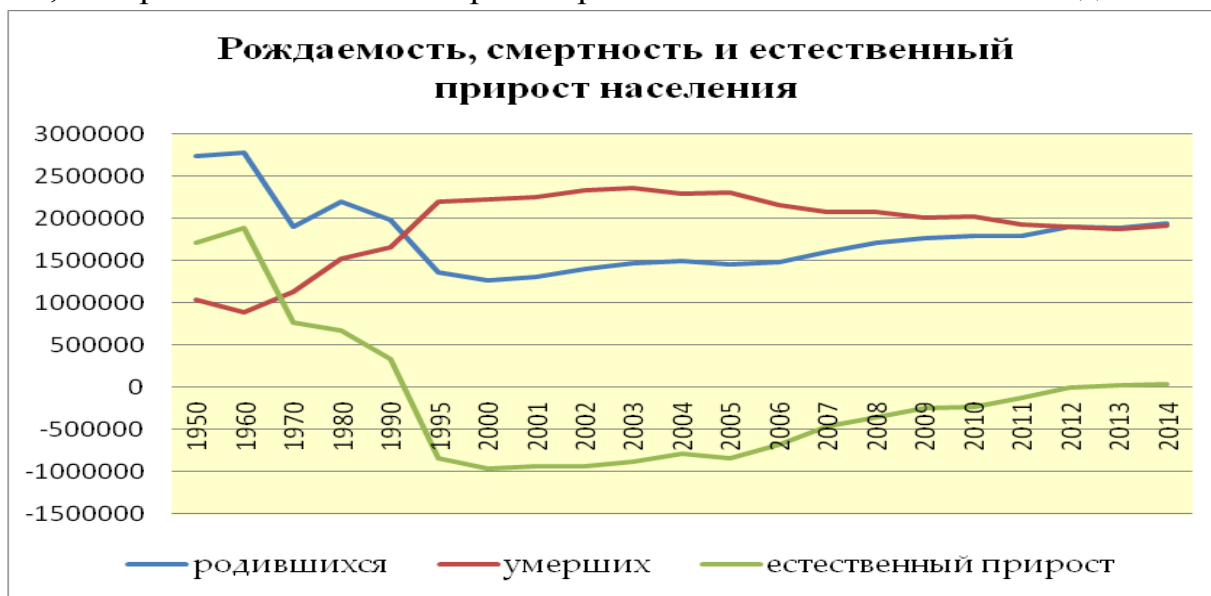


Рис. 1. Динамика рождаемости в России по годам [1].

Проблема низкой рождаемости рассматривается как в социологических, так и в демографических исследованиях. Демографы рассматривают ее как естественный и необратимый процесс, являющийся неотъемлемой характеристикой соответствующего этапа демографического перехода, закономерных изменений моделей репродуктивного и брачного поведения, оказывающих влияние на институт семьи. Так, Дж. Хаджнал и З. Павлик считают предпосылками этого типа формирование специфического европейского типа семьи, который характеризуется относительно низким уровнем брачности, поздним вступлением в первый брак, сохранением высокой брачной рождаемости и постепенным переходом к средней малодетности, к внутрисемейному регулированию рождаемости [2].

Д. Ван де Каа и Р. Лестейг называют изменения в характере формирования семьи, присущие странам Западной Европы начиная с 1970-х годов, а также лежащие в их основе социально-экономические условия и мотивационные сдвиги вторым демографическим переходом. Сексуальные предпочтения индивида воспринимаются как данность, а принятие решения о внебрачном сожительстве, разводе, аборте, стерилизации и добровольной бездетности в большинстве случаев оставляется на усмотрение индивидов или пар, которых это касается [3].

Естественный рост населения (без миграции) уменьшается из года в год, приводя к отрицательным показателям естественного прироста, который именуется «депопуляцией». Крупнейший советский демограф В.А. Борисов в своей книге «Перспективы рождаемости» еще в 1976 году выявил причины снижения рождаемости, а именно сокращение потребности семьи в детях до уровня малодетности. Эти причины следует искать во взаимоотношениях семьи с производством, в исторических изменениях функций семьи и в диалектике семейных и общественных репродуктивных интересов.

В прошлом экономические мотивы деторождения были главными в большой крестьянской семье, где дети принимали участие в хозяйственных работах с раннего детства. Многодетность не мешала, а способствовала благосостоянию семьи. Большая неразделенная семья была способна обработать большую площадь земли, кооперировать трудовые и денежные затраты и тем обеспечить более высокую производительность труда. Этому способствовало, в частности, общинное землевладение, при котором происходили периодические переделы земли в пользу многодетных семей.

Развитие индивидуального промышленного труда вне семьи, с индивидуальной заработной платой, независимой от числа детей и вообще от наличия семьи, ведет к отмиранию производственной функции семьи. Семья перестает быть производственной ячейкой, а ее работающие члены получают экономическую независимость от семьи. В результате дети утратили смысл в качестве рабочей силы и трудовых ресурсов для семьи [4].

Развитие систем социального страхования и обеспечения, а также медицинских гериатрических служб уменьшает зависимость больных и престарелых людей от числа детей и вообще от наличия их. Как страховка в старости дети становятся ненужными [5].

Таким образом, развитие общества идет по пути все большей автономизации личности и сужения функций семьи.

В прошлом все связи человека с обществом осуществлялись через семью, теперь посредническая роль семьи между индивидом и обществом становится все меньше. Все источники жизнеобеспечения: заработная плата, пенсионное обеспечение, страхование по болезни, сфера обслуживания – ориентированы в основном на отдельного человека, а не на семью.

В этом несовпадении репродуктивных потребностей содержится объективная возможность конфликта между семейными и общественными репродуктивными интересами. Общество не может отказаться от трехдетной семьи, и в то время как для самой семьи наличие нескольких детей постепенно утрачивает смысл, поскольку для удовлетворения психологических мотивов достаточно двух детей или даже одного ребенка.

Процесс сокращения рождаемости – не кратковременный процесс под влиянием преходящих факторов, он представляет собой историческую тенденцию перехода от «естественной» многодетности (неограничиваемой многодетности) к «естественной» однодетности.

Раньше рождение ребенка вне брака было неприемлемым, это могло осуждаться. Очень много было браков, спешно прикрывавших появившуюся беременность. Сейчас людям этого делать не надо. Произошла перемена в ценностях поколений. Рост внебрачной рождаемости ведет к увеличению числа неполных семей. Распределение внебрачной рождаемости имеет два пика: первый в возрасте до 20 лет и второй в возрасте 30–35 лет. Первый пик отражает рост подростковых рождений, постоянное снижение возраста начала половой жизни и размывание социальных норм, запрещающих добрачные половые связи и добрачные беременности и рождения. Второй пик говорит о том, что в старших возрастах внебрачные рождения часто являются результатом «сознательного» отказа от регистрации брачных отношений.

За этим стоит изменение качества брачно-репродуктивных отношений, что не может интерпретироваться однозначно – как отклонение от нормы; следует рассматривать данный факт как признак существенных и необратимых эволюционных сдвигов в самом институте семьи. Традиционная семья трансформировалась в «детоцентристскую», которой присущи повышение роли частной жизни, интимности и ценности детей. Подобного рода семья представляет собой союз индивидов, ориентированных, прежде всего, на самореализацию, для чего вполне достаточно одного ребенка [6]. Взгляды людей изменяются. Дети должны быть качественными — лучше родить одного ребенка, который будет обучаться в Лондоне, чем десять, донашивающих друг за другом одежду. Меняется отношение к жизни — партнер должен быть тоже качественным, если он не устраивает, ты идешь и находишь другого. Люди начинают легче относиться к разводам. Как следствие, появляются новые принципы межполовых и межпоколенных отношений [7].

Снижение рождаемости в нашей стране началось давно, более 100 лет назад. Долгое время на эту тенденцию никто не обращал внимания. Как уже говорилось ранее, параллельно со снижением рождаемости быстро снижалась детская смертность и число детей в семьях в среднем долгое время оставалось прежним или близким к тому. Одним из первых на эту тенденцию обратил внимание в 1914 г. классик нашей демографии, академик медицины Сергей Александрович Новосельский. В статье, посвященной этому вопросу, он отметил «прогрессирующее распространение среди населения неомальтузианской практики (практика абортов и контрацепции), причем не только среди городского, но среди сельского населения. В той же статье С.А. Новосельский пред-

сказывал также, что «если понижение рождаемости в своем темпе станет быстро обгонять понижение смертности, то и у нас политическим деятелям придется считаться со злободневным для Западной Европы вопросом о возможности противодействия падению рождаемости» [8].

Важным механизмом, меняющим репродуктивные нормы на фоне социально-экономических изменений в стране, тенденций являются средства массовой информации. Они являются каналом, внедряющим в сознание молодежи западные образцы семейного, репродуктивного и сексуального поведения. В данном контексте низкая рождаемость, характерная для современной России, представляется закономерным процессом, когда распространение западных норм и ценностей является одним из ее главных факторов [9].

Демографы всего мира заняты, в основном, тем, что констатируют факт снижения рождаемости во всех развитых странах. Они могут составить прогноз изменения рождаемости, объяснить, почему это произойдет, но они не могут предложить эффективной системы мер, чтобы увеличить рождаемость.

Например, Франция – первая страна в мире, в которой рождаемость снизилась ниже уровня воспроизводства населения, и это первая страна, которой удалось поднять свою рождаемость из такой пропасти. Они 50 лет экспериментировали и пришли к созданию диверсифицированной сети социальных услуг. Есть люди, которые хотят трех детей, есть те, которые хотят всю жизнь работать и не рожать, и есть те, кто посередине, желающие родить одного-двух. Человек четко знает, что он хочет, и если государство способно поддержать его в этом стремлении, не навязывая ему на основе каких-то вычислений, то, сколько детей он должен родить, то естественным образом появятся те, кто рождает и трех, и четырех детей. Государство поняло, что нужно не натягивать какие-то цифры на реальность, не чего-то требовать от людей, а давать им возможность делать то, что они хотят.

Проблема депопуляции населения России является комплексной и зависит от множества социально-экономических факторов; ее решение во многом определяется развитием института семьи в России, формированием духовно-нравственных и моральных норм в каждой семье и в обществе в целом [10; 11; 12]. От того, удастся ли существенно изменить уровень и тенденции рождаемости, решающим образом зависят перспективы демографической динамики, изменения численности населения и будущее России. На решение проблем депопуляции и стимулирования рождаемости направлены мероприятия национального проекта «Демография», программы «Материнский капитал». Они должны сопровождаться комплексными коммуникационными проектами, в частности социальной пропагандой и рекламными кампаниями, формирующими благожелательное отношение и престиж многодетных семей.

Библиографический список

1. Оперативные данные по естественному движению населения Российской Федерации / Федеральная служба государственной статистики: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gks.ru>.
2. Павлик, З. Проблемы демографической революции. Брачность, рождаемость, семья за три века / Под ред. А. Г. Вишневского. – М.: Статистика, 1979. – С. 158-168.
3. Медков, В. М. Демография: Учеб. пособие. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002. – С. 236-238.
4. Павлинова, О. С. Калинина, А. В. Реализация программы переселения соотечественников на примере юга Тюменской области // Академический вестник. – 2014. – № 2 (28). – С. 400-405.
5. Дарский, Л. Е. Детерминанты и факторы репродуктивного поведения // Демографическое поведение семьи. – Ереван, 1975. – С. 5-9.
6. Голод, С. И. Семья и брак: историко-социологический анализ. – СПб.: Петрополис, 1998. – С. 118.
7. Митрофанова, Е. Дети должны быть качественными. Lenta.ru. Интернет-газета: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://lenta.ru/articles/2015/03/10/demograf/>.
8. Новосельский, С. А. К вопросу о понижении смертности и рождаемости в России // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. – 1914. – № 3. – С. 339-352.
9. Рыбаковский, Л. Л. Демографическое будущее России и миграционные процессы // Социологические исследования. – 2005. – № 3. – С. 72-73.
10. Устинова, О. В. Репродуктивное поведение жителей Уральского Федерального округа // Здоровый образ жизни российской молодежи: Мат. междунаучно-практ. конф., посвященной 5-летию программы утверждения и сохранения Трезвости в России «Трезвость – воля народа!» / Под ред. Н. Г. Хайруллиной. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2014. – С. 245-250.
11. Устинова, О. В., Осипова, Л. Б. Репродуктивный потенциал современной семьи: состояние и тенденции развития // Омский научный вестник. – 2014. – № 1 (125). – С. 40-43.
12. Устинова, О. В., Пивоварова, И. В. Преодоление кризиса института семьи в России // Социология. Экономика. Политика. Известия высших учебных заведений. – 2014. – № 1. – С. 78-82.

УДК 332.02

Ю. Р. ВАЛИКИНА, магистрант;
А. Л. СКИФСКАЯ, канд. соц. наук, доцент

АУДИТ ЭФФЕКТИВНОСТИ В СФЕРЕ АГРОПРОМЫШЛЕННОГО КОМПЛЕКСА ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет», Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7 (3452) 41-68-67, эл. почта: skifskaya@yandex.ru.

Ключевые слова: аудит эффективности, финансовый контроль, агропромышленный комплекс, целевое расходование средств.

Представлена роль аудита эффективности в развитии агропромышленного комплекса. Приведены статистические данные за определенный временной промежуток по целевому расходованию средств в агропромышленном комплексе Тюменской области.

Агропромышленный комплекс (АПК) объединяет все отрасли хозяйства, принимающие участие в производстве сельскохозяйственной продукции, ее переработке и доведении до потребителя. Значение агропромышленного комплекса заключается в обеспечении страны продовольствием и некоторыми другими потребительскими товарами.

Наиболее распространенная модель агропромышленного комплекса обычно включает три основные сферы.

Первая сфера включает отрасли промышленности, производящие средства производства для сельского хозяйства и отраслей промышленности, перерабатывающих сельскохозяйственное сырье: тракторное и сельскохозяйственное машиностроение, производство оборудования для животноводства, пищевой и легкой промышленности, выпуск минеральных удобрений, комбикормовая и микробиологическая промышленность, сельское производственное строительство.

Вторая сфера – собственно сельское хозяйство (земледелие и животноводство).

Третья сфера – система отраслей по промышленной переработке и сбыту сельскохозяйственного сырья и продовольствия: пищевая, легкая промышленность, система заготовок, транспортировка, хранение и реализация продукции АПК.

Размещение первого и третьего звеньев агропромышленного комплекса во многом определяется территориальной организацией сельскохозяйственного производства. Переработка, складирование и хранение сельхозпродукции в значительной мере ориентированы на потребителя. Территориальная концентрация в пригородных зонах и высокоурбанизированных районах производства картофеля, овощей и другой продукции растениеводства также обязана активизации хозяйств населения и фермеров.

Положение дел в сельском хозяйстве играет одну из ключевых ролей в жизни любого региона страны. Оно обеспечивает население основными видами продуктов питания и остается основным, и как правило, не имеющим альтернатив деятельности в части занятости жителей в сельской местности.

В нашей стране, с целью обеспечения продовольственной независимости, повышения конкурентоспособности отечественной сельхозпродукции, финансовой стабильности сельхозпроизводителей и развития сельхоз направленных территорий, осуществляются программы государственной поддержки сельского хозяйства. В рамках реализуемых программ, государством, оказывается помощь отрасли в форме субсидий и ресурсов [1].

Базовой отраслью агропромышленного комплекса страны является сельское хозяйство, однако, будучи системообразующей сферой экономики, фор-

мирующей агропродовольственный рынок, в настоящее время, представляет собой неконкурентную область экономики. Сельскохозяйственная отрасль напрямую зависит от воздействия объективных факторов – высокая зависимость от природно-климатических условий, что оказывает значительное влияние на конкурентные преимущества. Следует отметить, что развитие агропромышленного комплекса стимулирует развитие других секторов экономики (машиностроение, транспорт, сфера услуг, пищевая промышленность, топливно-энергетический комплекс). Продовольственная и экономическая безопасность зависит от стратегической поддержки сельского хозяйства со стороны государства.

При этом необходима четкая система контроля целевого расходования бюджетных средств, оценка экономичности, продуктивности и результативности использования средств, выделенных из бюджета на финансирование сельского хозяйства. Четкая система контроля целевого расходования бюджетных средств, позволяет провести анализ финансовых результатов экономического субъекта и способствует соблюдению принципа непрерывности деятельности. Возникает необходимость формирования информационной базы для проведения комплексного контроля за средствами полученными в виде государственной помощи [2].

Тюменскую область можно отнести к числу регионов занимающих лидирующие позиции по развитию сельского хозяйства. Необходимо отметить, что сельскохозяйственное производство играет важную социально-экономическую роль в развитии области, так как в аграрном производстве региона занято около 70 тыс. чел. В 2014 году из федерального бюджета в бюджет Тюменской области на государственную поддержку сельского хозяйства направлено 553,37 млн. рублей (100,0% годового объема), непосредственным получателям из федерального бюджета направлено 551,57 млн. рублей (99,5% годового объема). В том числе на:

- поддержку животноводства – 17,22 млн. рублей (100,0%);
- поддержку растениеводства – 105,25 млн. рублей (100,0%);
- субсидирование процентных ставок по кредитам и займам – 368,44 млн. рублей (99,9%);
- поддержку начинающих фермеров – 3,95 млн. рублей (100,0%);
- возмещение части затрат крестьянских (фермерских) хозяйств при оформлении в собственность используемых ими земельных участков из земель сельскохозяйственного назначения – 0,08 млн. рублей (3,7%) [2].

Однако, по мнению многих исследователей доклады об эффективности реализации госпрограмм свидетельствуют об освоении огромных объемов финансирования, выполнения планов, но эффективность каждого вложенного

рубля носит расплывчатый характер [3, 4]. Несмотря на значительное финансирование, программа не обеспечивает население основными продовольственными продуктами, а значит остается место для импорта [5].

По большинству показателей производство главных видов сельскохозяйственной продукции в расчёте на одного жителя Тюменской области является более низким, чем в среднем по Российской Федерации, при этом наиболее существенное различие отмечается по производству зерна. В настоящее время происходят качественные изменения, применяются более эффективные технологии в выращивании растений и содержания животных. Подобные тенденции способствуют повышению показателей продуктивности агропромышленного комплекса Тюменской области [6].

Аудит эффективности использования бюджетных средств в агропромышленном комплексе, позволяет провести анализ влияния государственной поддержки на состояние данной отрасли, так как проводится оценка экономичности, продуктивности и результативности использования финансовой помощи. Система контроля использования бюджетных средств в АПК, прежде всего, направлена на разработку рекомендаций по совершенствованию деятельности проверяемых объектов.

Библиографический список

1. О мерах по обеспечению государственного финансового контроля в РФ: Указ Президента РФ от 25.07.1996 // Российская газета. – 1996. – 6 ноября.
2. Саунин, А. Н. Аудит эффективности использования государственных средств: Вопросы теории и практики. – М.: Высшая школа, 2005. – 311 с.
3. Алексанина, В. О., Устинова, О. В. Опыт реализации подпрограммы «Развитие экспорта транспортных услуг» программы «Модернизация транспортной системы в России (2002-2010 гг.)» // Водные ресурсы и ландшафтно-усадебная урбанизация территорий России в XXI веке: Сб. докл. XVII междуна. научно-практ. конф.: в 2-х т. – Тюмень: РИО ТюмГАСУ, 2015. – Т. 2. – С. 154-156.
4. Черепанова, В. Н., Устинова, О. В. Государственное управление воспроизводством населения // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/121-18313>.
5. Осипов, А. К., Аникин, В. Н., Котлячков, О. В. и др. Методика оценки эффективности использования государственных средств: Монография. – Ижевск: ИжГТУ, 2006. – С. 276.
6. Романова, Т. Ф., Карепина, А. И. Аудит эффективности бюджетных расходов // Финансовые исследования. – 2004. – № 9. – С. 38-43.

УДК 334

Н. Ю. ГАВРИЛОВА, д-р ист. наук, профессор

ФОРМИРОВАНИЕ ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ НЕФТЕГАЗОВОГО КОМПЛЕКСА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: 8(3452)416867, эл. почта: nuqavrilova2@mail.ru

Ключевые слова: нефтегазовый комплекс Западной Сибири, трудовые ресурсы, вахтовый метод, районы нового промышленного освоения Севера.

В статье рассматриваются основные направления формирования трудовых ресурсов в период промышленного освоения северных районов Западной Сибири и становления нефтегазового комплекса. Особое внимание уделяется вахтовому методу освоения нефтегазовых ресурсов. Анализируются причины перехода к широкому использованию вахтово-экспедиционного метода работ в северных широтах. Дана оценка межрегиональному использованию трудовых ресурсов. Определены возможные перспективы применения данного метода работ при разработке месторождений Арктики.

Одним из ведущих направлений социально-экономической политики советского государства во второй половине XX столетия являлось развитие производительных сил Западной и Восточной Сибири, создание здесь территориально-производственных комплексов (ТПК) на базе сырьевых ресурсов. Особую значимость в этом плане приобретали северные территории Западной Сибири. Открытие здесь уникальных по своим запасам месторождений нефти и газа превращало регион в сферу не только экономических, но и геополитических интересов государства.

Формирование нефтегазового комплекса (ЗСНГК) на территории Тюменской области в районах севера, малонаселенных, отличающимися суровыми природно-климатическими условиями, требовало первоочередного решения вопросов обеспечения новых отраслей специализации трудовыми ресурсами.

К началу разработки нефтяных и газовых месторождений относительно развитой в промышленном отношении являлась только южная зона области, где, по данным статистики, проживало 80% населения. Плотность населения в северных районах была в 5,5 раз ниже, чем в Западно-Сибирском регионе в целом и в 8,3 раза ниже, чем в среднем по РСФСР [3, с. 199]. Практически отсутствовали городские поселения. Поэтому уже на начальном этапе наряду с промышленным освоением ставилась задача заселения территории Севера и создания условий для привлечения трудоспособного населения.

Рождение новой нефтегазовой провинции в Западной Сибири в середине 1960-х гг. совпало с изменением модели освоения, провозглашением в государственной политике идеи комплексного развития территорий [3, с. 435]. Утверждение идеи комплексного развития новых территорий предполагало разработку социальной программы, которая, учитывая специфические социально-демографические, природно-климатические условия региона, должна была определять как формы и методы привлечения трудовых ресурсов, так и направления по созданию системы их жизнеобеспечения.

Значительный масштаб процессов освоения на тюменском севере, возникновение новых отраслей специализации требовали большого притока трудовых ресурсов, обладающих соответствующим уровнем квалификации и навыками работы. Отсутствие их в регионе диктовало необходимость привлечения кадров из других районов страны.

Основной «костяк» специалистов нефтегазодобывающей промышленности с середины 1960-х годов стали составлять рабочие и инженерные кадры, прибывшие из традиционных районов нефтедобычи – Поволжья, Татарии, Баку. В 1965 г. среди 20 тыс. человек, работающих в нефтегазодобывающей промышленности Тюменской области, посланцы этих районов составляли 90%. Они приезжали, как правило, целыми бригадами. Уже в 1964 г. в Тюменскую область в полном составе прибыли 7 буровых и вышкомонтажных бригад. Среди приехавших в первые годы освоения нефтяной целины были бригады Р. Х. Аллярова, Я. С. Вагапова, Г. М. Левина, Н. И. Литовченко, А. Д. Шакшина, опытные организаторы нефтяной промышленности В. И. Муравленко, А. Н. Филимонов и многие другие [6, с. 89-90]. Кадры, прибывшие из старых нефтяных районов, стали ядром молодых коллективов. По утверждению Н. М. Пашкова, одного из пионеров изучения истории становления ЗСНГК, лишь небольшое количество квалифицированных рабочих и специалистов прибывало в районы нового промышленного освоения (РНПО) в порядке перевода или оргнабора. В 1965 г. на эти формы комплектования кадров в Главтюменьнефтегазстрое, по его сведениям, приходилось соответственно 6,5 и 4-6%. Не играли они существенной роли и в последующие годы [6, с. 90].

Одним из ведущих каналов обеспечения трудовыми ресурсами нефтегазодобывающих отраслей был прием самими предприятиями. Он осуществлялся в порядке личной инициативы. Среди желающих осваивать тюменскую нефть были опытные рабочие и молодежь, выпускники школ и вчерашние воины. Так, в объединение Тюменьнефтегаз с первых дней его организации ежедневно приходило до 300 запросов о возможности приема на работу [4, с. 204], что свидетельствовало о высокой гражданской сознательности, в первую очередь молодежи, желающей участвовать в освоении и обустройстве нефтяной целины. Немалую роль в этом сыграли средства массовой информации: радио, печать, телевидение, рассказывающие об «открытии века» и пропагандирующие перспективы развития и значение новой нефтегазовой провинции.

Большую роль в формировании кадров нефтегазодобывающей промышленности сыграл общественный призыв. Значительные масштабы он приобретает после объявления в 1965 г. «комплекса работ по освоению

нефтяных и газовых месторождений Тюменской области» Всесоюзной ударной стройкой. Если в 1964 г. в область по комсомольским путёвкам приехало более 2 тысяч воинов, уволенных в запас, то в 1969 г. число приехавших по общественному призыву достигло 15 тыс. География приезжающих в нефтегазодобывающие районы по комсомольским путевкам была разнообразна: Татария, Башкирия, Украина, Азербайджан, Москва, Иваново, Краснодар [3, с. 227, 392].

Независимо от формы комплектования кадров ведущим лейтмотивом их привлечения была общественная значимость региона в экономике страны, а также уникальность и масштабность сибирских новостроек. Осознание важности освоения Севера Западной Сибири играло роль одного из главных стимулов привлечения кадров, особенно на начальном этапе формирования комплекса [7, с. 102].

Наряду с этими способами формирования трудовых ресурсов, предполагающих традиционные методы освоения и организацию труда, во второй половине 1970-х – 1980-е годы широкое распространение получает вахтовый метод.

Вахтовый метод работ не являлся чисто «сибирским явлением», он был сродни отхожим промыслам, издавна известным на Руси. Широко использовался этот метод в геологии и в строительстве. Впервые он нашел применение в нефтедобывающей промышленности в Баку при освоении месторождений с искусственных островов. На севере Западной Сибири вахтовый метод применялся уже в 1960-е годы при разработке Правдинского, Мамонтовского и Шаимского нефтяных месторождений. Однако в 1960-е годы он занимал в нефтедобывающей промышленности незначительный удельный вес и использовался только внутри региона. Во второй половине 70-х – 80-е годы изменились не только его объемы, но и характер. В начале 1980-х годов этим методом в нефтяной промышленности выполнялось уже более 30% буровых работ, 26% – геологоразведочных, более 43% – строительно-монтажных [5, с. 226]. К середине 1980-х годов численность работающих вахтовым методом составляла около 130 тыс. человек или 20% численности производственных коллективов [1, с. 76-77]. Фактически это равнялось населению среднего по величине северного города. Наряду с использованием межрайонной вахты в 1970–1980-е гг. широко применялась внутрирегиональная и межрегиональная вахтово-экспедиционная организация труда.

Причины широкого использования вахтового метода организации работ были многообразны. Сама специфика нефтегазодобывающей отрасли, когда нецелесообразность строительства населенных пунктов вблизи каждого

месторождения была очевидна, предопределяла поиск нетрадиционных форм организации труда.

Обосновывая необходимость применения вахтового метода, ведомства исходили из того, что создание постоянных поселений вблизи каждого месторождения являлось нецелесообразным. Подобная политика неизбежно приводила бы к распылению материальных, финансовых средств, неэффективному использованию мощностей строительных организаций, рассредоточению их на огромной территории. Кроме того, природно-климатические условия районов Приполярья и Заполярья диктовали необходимость осуществления особой политики в освоении этих территорий, «ориентируясь на периодическую смену пришлого населения».

Однако наряду с этими достаточно убедительными доводами, обосновывающими необходимость использования вахтовой организации труда объективными факторами, были и субъективные, чаще всего продиктованные ведомственными интересами. Не случайно большинство исследователей основными причинами широкого применения вахтово-экспедиционного (межрегионального) метода называли не только большие объемы производства (в условиях ускоренной разработки нефтегазовых месторождений), что требовало значительного притока трудовых ресурсов, но и неразвитость социальной инфраструктуры в районах нового промышленного освоения. По утверждению социологов, ставка на экспедиционный метод привлечения работников из других регионов страны зачастую делалась для того, чтобы получить экономию затрат на жилищно-гражданское строительство в районах Севера [2, с. 124]. Эфемерная экономия на вахте оборачивалась, по их мнению, неразвитостью городов и рабочих поселков, необходимых для дальнейшего освоения ресурсов северных районов.

Формат научной публикации не дает возможности рассмотреть все аспекты, связанные с формированием трудовых ресурсов в нефтегазодобывающих районах Западной Сибири, в том числе использованием межрегионального вахтово-экспедиционного метода привлечения кадров. За рамками статьи оказываются вопросы эффективности вахтового метода работ, организации труда и отдыха, влияние межрегионального перемещения трудовых ресурсов на социальное развитие районов промышленного освоения, нравственные «издержки» подобного рода деятельности и др.

Вместе с тем изучение советского опыта решения вопросов обеспечения трудовыми ресурсами новых отраслей специализации Западно-Сибирского региона относится не только к области истории.

Перспективное расширение ареалов добычи углеводородного сырья на арктическом побережье актуализирует проблему методов освоения и кадрового обеспечения нефтегазодобывающих отраслей.

В этом отношении исторический опыт формирования крупнейшего не только в стране, но и в мире нефтегазового комплекса Западной Сибири обретает «второе дыхание». Поскольку не только организационные решения, но и человеческий потенциал обеспечил промышленное и социальное освоение труднодоступной территории Севера с ее суровыми природно-климатическими условиями и создание ЗСНГК.

Библиографический список

1. Аверин, А. Н. Западная Сибирь: социальная инфраструктура районов освоения / А. Н. Аверин, Е. П. Антропов. – М.: Советская Россия, 1988. – 112 с.
2. Куцев, Г. Ф. Человек в северном городе / Г. Ф. Куцев. – Свердловск: Сред.-Урал. кн. изд-во, 1987. – 224 с.
3. Нефть и газ Тюмени в документах. – Свердловск: Сред.-Урал. кн. изд-во, 1971. – Т. 1. – 479 с.
4. Нефть Сибири. – М.: Недра, 1973. – 256 с.
5. Очерки истории Тюменской области / Под ред. В. М. Кружинова. – Тюмень: Изд. полиг. пред-е «Тюмень», 1994. – 271 с.
6. Пашков, Н. М. Деятельность партийных организаций Западной Сибири по созданию и развитию нефтегазового комплекса. 1964-1980 гг. / Н. М. Пашков. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1988. – 241 с.
7. Россия-Тюмень: векторы евразийского развития / Г. А. Байгонакова, О. М. Барбаков, М. Л. Белоножко, В. В. Гаврилюк, Т. В. Гаврилюк, И. А. Трошева, И. Л. Грошев, З.Т. Голенкова, Б.А. Дорошин, Е.Д. Игитхян, Е.В. Игнатова, Ф.А. Ильдарханова, Т. Г. Исламшина, Ю. М. Конев, С. М. Киричук, Ч. К. Ламажаа, В. К. Левашов, О. А. Максимова, В. К. Малькова, В. В. Мархинин: Коллек. монография. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2015. – 324 с.

УДК 339.138

Г. И. ГЕРАСИМОВА, канд. соц. наук, доцент

СТРАТЕГИИ БРЕНДИНГА ТЕРРИТОРИИ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7 (3452) 41-68-67, эл. почта: gerasimova@tsoгу.ru.

Ключевые слова: брендинг места, позиционирование территории, геобрендинг.

В статье характеризуются подходы к процессу формирования бренда места, анализируются особенности позиционирования территориального бренда.

В современных научных исследованиях все чаще актуализируются вопросы брендинга территории (геобрендинга). Многие регионы форми-

руют собственные стратегии развития с учетом данного аспекта, т. к. брендинг является необходимым компонентом любого инвестиционного проекта. Сегодня геобрендинг – это не просто результат или следствие факторов регионального развития, но и активный инструмент управления, с целью преобразований, повышения статуса и престижа территории, её инвестиционной привлекательности [1, 2, 3, 4].

Существует прямая зависимость между реальными преимуществами территории, её идентичностью и процессами формирования бренда с использованием всего информационно-коммуникативного инструментария. В противном случае, как утверждает основоположник метода бренд-индексирования С. Анхольт, это будет поверхностный подход. «Брендинг места, не подкрепленный реальными действиями по улучшению инвестиционного климата, туристической инфраструктуры, уровня жизни, – это не брендинг, а реклама» [5, с. 26].

Привлекательность региона, его позиционирование, в первую очередь, связаны с умением сделать нужные акценты на природных, персональных, экологических, исторических, финансово-экономических, социально-культурных и других, имеющихся у конкретной территории, особенностях и ярких характеристиках [6, с. 75].

Брендирование как процесс концептуально может развиваться, исходя из нескольких сценариев. Популярным является подход, связанный с закреплением тематических (ролевых) мест, использованием реальных или мифологизированных исторических персон или событий. Далее иницируются соответствующие мероприятия и формируются традиции, создающие известность, популярность и привлекательность новых символически-знаковых систем. Хрестоматийный пример, «Великий Устюг – родина Деда Мороза». Результатом успешного брендинга стала капитализация этой территории. Сегодня Устюг является «<...> лидером роста туристической привлекательности на всем Российском Северо-Западе. Поток туристов сюда за последние 9 лет увеличился в 6 раз, оставив позади такие туристические бренды, как Новгород, Псков, Ярославль» [7, с. 31].

Таким образом, даже один, но уникальный параметр, способствует продвижению территории, укреплению её конкурентоспособности. Наличие каких-либо других достопримечательностей или природных особенностей обеспечивают весомые преимущества создаваемому бренду. Данное направление особенно эффективно при отсутствии сырьевых или

промышленных ресурсов. В этом случае регион, чаще всего, развивается как развлекательно-туристический комплекс.

Оптимальным является вариант, при котором мифология поддерживается фактическим производством товаров или услуг, сохраненными и действующими обычаями. Например, многие в нашей стране на вопрос, какое сливочное масло лучше, ответят – вологодское. Это историческое наследие, пришедший из прошлого стереотип, становится основой успеха современного бренда.

Распространенным является экономическая стратегия брендинга, когда поддерживаются полюса роста глобального или общенационального уровня, привлекательные с точки зрения финансовых вложений; налаживаются деловые связи, оказывается содействие инновационной деятельности современных промышленных предприятий. Например, Тюмень позиционирует себя следующим образом: «город инновационных технологий и высокого качества жизни». Достижение такого результата осуществляется за счет развития приоритетных кластеров: нефтегазового, медицинского, судостроительного, деревообрабатывающего, а также за счет внедрения инженерно-сервисных, информационно-технологических и транспортных услуг [8].

Создание бренда территории не происходит спонтанно. Оно требует глубокой целенаправленной и системной работы, к которой привлекаются политики, журналисты, бизнесмены, эксперты и другие представители общественности, обладающие властью, авторитетом и профессиональными знаниями. Кроме того, брендинг места требует учета особенностей и уникальных качеств территории, которые характеризуют её наиболее яркие черты и достопримечательности.

Успех современного геобрендинга зависит от правильно выбранной стратегии, соответствующей ключевым преимуществам региона. Кроме того, даже территории с ярко выраженной идентификацией нуждаются в постоянной поддержке привлекательного образа за счет развития реального сектора экономики, инфраструктуры, повышения качества жизни населения.

Библиографический список

1. Проблемы экономики и управления предприятиями, отраслями, комплексами / Безруких Ю. А., Богунов Л. А., Галицких В. Н., Ельшин Л. А., Катайкина Н. Н., Кожемяко С. В., Лохтина Л. М., Мамонтова С. В., Медведев С. О., Пивоварова И. В., Прыгунова М. И., Ру-

бинская А. В., Сафиуллин М. Р., Устинова О. В., Утешев Р. С.: Монография. – Новосибирск: ЦРНС, 2015. – Кн. 29. – 176 с.

2. Россия-Тюмень: векторы евразийского развития / Байгонакова Г. А., Барбаков О. М., Белоножко М. Л., Гаврилюк В. В., Гаврилюк Т. В., Трошева И. А., Трошев И. Л., Голенкова З. Т., Дорошин Б. А., Игитханян Е. Д., Игнатова Е. В., Ильдарханова Ф. А., Исламшина Т. Г., Конев Ю. М., Киричук С. М., Ламажаа Ч. К., Левашов В. К., Максимова О. А., Малькова В. К., Мархинин В. В.: Коллективная монография. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2015. – 324 с.

3. Экономика регионов и региональная политика / Бурмыкина И. В., Ельшин Л. А., Жильников А. Ю., Иванова Т. Г., Катайкина Н. Н., Матвиенко И. И., Прыгунова М. И., Сафиуллин М. Р., Сеницын И. С., Текуева М. Т., Устинова О. В., Хайруллина Н. Г. / Под общей редакцией С.С. Чернова. – Новосибирск: ЦРНС, 2014. – 202 с.

4. Факторы устойчивого развития регионов России / Абазова Л. Х., Авдеева А. А., Бобровская Е. В., Бурмыкина И. В., Гринько Т. С., Иващенко Г. М., Кармакулова А. В., Катайкина Н. Н., Мухамадуллина Л. Р., Пахомов В. М., Полуночева Е. А., Смиреникова Е. В., Устинова О. В., Хайруллина Н. Г., Шильдт Л. А., Шпрыков С. В. – Новосибирск: ЦРНС, 2014. – Кн. 17. – 339 с.

5. Важенина, И. С., Важенин, С. Г. Имидж, репутация и бренд территории // ЭКО. – 2008. – № 8. – С. 6-8.

6. Хайруллина Н.Г. Социальные аспекты устойчивого развития Тюменской области. // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2014. – № 3 (42). – С. 74-80.

7. Анхольт, С. Брендинг: дорога к мировому рынку. – М.: Кудиц-Образ, 2004. – 272 с.

8. Визгалов, Д. Брендинг города. – М.: ИЭГ, 2011. – 160 с.

9. Документы стратегического планирования: [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://admtyumen.ru/ogv_ru/finance/economics/prognosis.htm (дата обращения: 01.03.2016).

УДК 316.6

И. Н. ГОЛИКОВ, аспирант;

В. В. ГАВРИЛЮК, д-р соц. наук, профессор

СОВРЕМЕННАЯ МОЛОДЁЖЬ КАК РЕСУРС ИННОВАЦИОННЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ РОССИИ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7(3452) 41-68-67, эл. почта: nikgol2004@mail.ru.

Ключевые слова: молодёжь, современный менеджер, ресурсы, инновации, конкурентные преимущества, социальная состоятельность.

Сегодня России нужны новые кадры для реализации преобразовательной политики государства. Автор рассматривает молодёжь, готовую к управленческой деятельности в новых социально-экономических условиях, как ресурс инновационных преобразований.

Осознавая значимость происходящих трансформаций в условиях глобализации и, мягко выражаясь, недружелюбного отношения западных стран, правительство России пытается задать новый вектор развития отечественной экономике, науке и образованию. В основе принимаемых стратегических решений положены идеи, подготовленной Правительством РФ концепции развития

страны до 2020 г., когда-то признанные инновационно-авангардными. В современных условиях российской действительности, они, безусловно, требуют дополнительного осмысления и более глубокого проникновения в проблемное поле с акцентом на ограниченность времени и невозможности промедления в реагировании. Несомненно, следует прогнозировать и процессы преобразования страны не только в ближайшем, но и весьма отдалённом будущем. Ресурсом и локомотивом преобразования в таком случае становится современная молодёжь, специально подготовленная к инновационным процессам [11, с. 180].

«Векторы развития в направлении импортозамещения и наращивание конкурентных преимуществ не только в военно-промышленном, но и топливно-энергетическом комплексах, освоении космоса и Арктики создают реальную платформу для развития социальной сферы, защиты интересов всех слоёв российского общества» [5, с. 64]. Однако без инновационных преобразований во всех сферах производства, невозможен прорыв страны в безопасное и недостижимое для агрессии Запада состояние.

Как утверждает А. М. Савельев, «на инновационной карте мира Россия находится в третьем десятке стран и занимает в 10 раз меньше места, чем на экономической. Инновационное отставание России уже стало серьёзной угрозой для национальной безопасности. Требуется быстро и эффективно выправить сложившуюся ситуацию, мобилизуя потенциал системы. Сейчас нужна междисциплинарная научная основа для того, чтобы анализировать, оценивать, выдвигать масштабные инициативы в инновационной сфере, в программах модернизации России, для чего необходимы грамотные специалисты» [7, с. 87]. В период инновационных преобразований к числу таковых специалисты относят, прежде всего, специалистов в области менеджмента [8, 10].

Под инновацией понимается «использование новшеств в виде новых технологий, видов продуктов и услуг, новых форм организации производства и труда, обслуживания и управления» [1, с. 16].

При этом движущей силой инновационных преобразований выступает творчество человека, новатора-предпринимателя, способного внедрить новые замыслы в эффективные экономические решения.

Ответ на вопрос о причинах «пробуксовывания» и замедленного темпа нарастания инновационных процессов мы находим в положении: «Главным звеном в цепи кризисных явлений и проблем, с которыми человечество столкнется в начале третьего тысячелетия, является кризис компетентности современных людей» [3, с. 15]. С этим трудно не согласиться. Исполнители – проводники принимаемых правительством решений на местах – региональные топ-менеджеры, менеджеры на производстве не всегда способны выступать в качестве транслятора и эффективного делателя-модератора, они далеки от соответ-

ствия квалификационным требованиям, предъявляемых к эшелону управленцев различных уровней.

Современный менеджер должен быть мобильным и ответственным; способным адекватно оценивать возникшую ситуацию, ориентироваться в нестандартной, управлять ею. Он должен уметь принимать оптимальное (наилучшее для этих условий) решение; воспринимать новые социально-экономические тенденции в бизнесе и политике, устанавливать устойчивые социальные партнёрские отношения, находить потенциальных инвесторов и качественно с ними взаимодействовать. Успех его профессиональной деятельности зависит от степени сформированности качественных характеристик личности и компетенций: обладание интуицией, способностью предвидения, предвосхищения возможных результатов принимаемых решений, увязывая прошлое с настоящим и будущим; оценивание последствий текущих событий; изобретать новые альтернативы и разделять ответственность за них, креативно, инновационно мыслить [6].

Современный менеджер должен обладать аналитическими способностями многомерного восприятия информации, извлечения актуального из множества разнообразных источников. Ему должны быть присущи способность рефлексии складывающихся событий, социально-экономических и правовых коллизий, наличие развитого социального интеллекта, чрезвычайно необходимого для процесса наращивания репутационного капитала и расширения пространства социального партнёрства; эмоциональный интеллект и способность саморегуляции и регуляции эмоционального фона в коллективе подчинённых [9, с. 203].

Без активного познания резервов своей личности и возможностей окружающих, освоения социально значимых ролей во всех сферах жизнедеятельности, овладения современными технологиями бизнес-проектирования, нахождения и использования ресурсов для своевременной минимизации и устранения потенциально слабых мест проекта менеджер не может выступать в качестве гаранта успешной реализации поставленных Правительством задач и заданного вектора развития. Эти чрезвычайно важные компетенции необходимо развивать со студенческой скамьи посредством инновационных образовательных программ, внедрения специальных курсов и реальных практикумов. В процессе овладения указанными выше компетенциями обучающийся познаёт свои резервные возможности. Эта же работа продолжается в период начала трудовой деятельности под руководством грамотных наставников.

«Под резервами понимаются ещё не востребованные, «дремлющие» внутренние и внешние источники устранения выявленных проблемных зон» [4, с. 41]. К внутренним резервам относятся: «точечная» работа с кадрами с учётом их персональной мотивационной составляющей, совершенствование организационной культуры, оптимизация вклада каждого сотрудника в общее дело с

учётом его профессиональных компетенций и персональных возможностей (состояния здоровья, уровня работоспособности и развития социального интеллекта), а также использование современных PR-технологий продвижения производимого продукта (услуги). К внешним резервам относятся: потенциальные инвесторы, расширение рынка реализации «продукта», услуги консалтинговых компаний, в крайнем и как менее выгодном варианте – утрата самостоятельности и интеграция с «поглощающей», более конкурентоспособной фирмой на данном рынке услуг на более выгодных условиях. В производственном секторе, в сфере услуг в современных условиях выживают либо ставшие брендом, так называемы «раскрученные» компании, либо нарождающиеся, предлагающие совершенно новые, инновационные в качестве, подходах организации производства или сферы оказания услуг. «Молодёжь, безусловно, является мощнейшим ресурсом преобразований в стране. Сегодня нужно вложить средства в формирование профессиональных компетенций молодёжи, её социальную состоятельность, наращивание конкурентоспособных преимуществ» [2, с. 34].

Библиографический список

1. Акентьев, П. А. Инновации в стратегическом менеджменте в условиях глобализации // Актуальные проблемы развития современного общества: Мат. междуна. научно-практ. конф. – Саратов, 2010. – Ч. 1. – С. 16.
2. Гаврилюк, В. В., Голиков, И. Н. Роль молодёжи в инновационных преобразованиях России // Теория и практика общественного развития. – 2015. – № 7. – С. 33-35.
3. Голиков, Н. А. Профессиональные затруднения преподавателей высшей школы и их коррекция: Монография. – М.: Экшн, 2007. – 240 с.
4. Голиков, Н. А. Проблемы социализации личности в условиях инновационных образовательных учреждений // Философия образования. – 2011. – Т. 36. – № 3. – С. 38-45.
5. Ефремова, В. В., Голиков, И. Н. Социально и профессионально состоятельная молодёжь: востребованность, проблемы, перспективы // Теория и практика общественного развития. – 2015. – № 12. – С. 63-66.
6. Осипова, Л. Б., Устинова, О. В. Формирование гражданственности в контексте развития личности молодого человека // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. – 2012. – № 6 (21). – С. 96.
7. Савельев, А. М. Проблемы образования в ракурсе рефлексивного подхода (Рецензия на сборник статей: Рефлексивные процессы и управление / Под ред. В. Е. Лепского. – М.: Когитоцентр, 2011 // Социология образования. – 2011. – № 12.
8. Устинова, О. В., Утешев, Р. С. Концептуальные основы управления корпоративным ростом менеджера // Вестник Сургутского педагогического университета. – 2014. – № 2 (29). – С. 219-222.
9. Устинова, О. В., Гарабажий, В. А. Ценностные ориентации студенческой молодёжи // Вестник Казанского государственного технического университета им. А. Н. Туполева. – 2010. – № 4. – С. 203-205.
10. Феноменология образования: от проблем к решениям / Под ред. Л. М. Федоряк. – СПб.: Экспресс, 2011. – 297 с.
11. Хайруллина, Н. Г. Социологические исследования профессиональной ориентации молодёжи в условиях демографического спада // Образование и общество: Сб. ст. – М.: Ин-т социологии РАН, 2009. – С. 180.

ИНКЛЮЗИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ: ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7(3452) 41-68-67, эл. почта: nikgol2004@mail.ru.

Ключевые слова: дети-инвалиды, инклюзивное образование, типичные ошибки в организации образовательного процесса, сбалансированная инклюзивная образовательная среда

Сегодня все признают необходимость организации инклюзивного образования, при котором дети-инвалиды включаются в классы со здоровыми сверстниками. В статье рассматриваются процессы инклюзии на примере Тюменской области. Анализ, проведенный автором статьи, позволил сформулировать ряд проблем в решении этого вопроса, сформулировать условия для создания сбалансированной инклюзивной образовательной среды.

Граждан России из категории детей с выраженными ограничениями здоровья меньше не становится. Однако при этом идёт явное сокращение специальных образовательных организаций, в которых они традиционно обучаются. Президент РФ В. В. Путин акцентировал внимание на этом явлении участников форума Общероссийского народного фронта «Качество образования во имя страны» в ноябре 2014 года в Пензе. По словам главы государства, в последнее время на территории России было закрыто 150 коррекционных школ. И этот процесс приобрёл устойчивую тенденцию, которая, однозначно, должна сопровождаться вменяемыми решениями с сопоставлением возможностей инклюзивного образования в Центре и на местах. Минобрнауки и главы регионов должны уделять этому вопросу особое внимание. В. В. Путин отметил, что инклюзивное образование крайне важно для всех членов общества – «и для людей с ограниченными возможностями, и для детей, у которых нет проблем со здоровьем».

При незначительном отсутствии охвата образовательным процессом детей-инвалидов (в Тюменской области только 92 чел. – 3% от количества детей-инвалидов школьного возраста не обучаются), существует несколько вариантов получения образования. Это обучение в специализированных (коррекционных) образовательных организациях и обучение в различных вариациях в общеобразовательной школе. В своих многочисленных публикациях мы представляли подробный анализ эффективности, достоинств и недостатков, указанных выше вариантов [1, 2, 3].

В Тюменской области на 01.01.2015 5719 человек отнесено к категории детей-инвалидов. Из них получают образование 2923 чел.: обучаются в специальных (коррекционных) образовательных организациях: 868 чел; обучаются в

общеобразовательных организациях: 2055 чел. в том числе: в классах со здоровыми сверстниками (инклюзия): 1965 чел. в 503 массовых школах; на дому, с частичной инклюзией (изучение в классе отдельных предметов, участие во внеклассных мероприятиях): 794 чел., из них 225 чел. – дистанционно; в специальных (коррекционных) классах: 90 чел.

Представленные данные свидетельствуют о реальной практике обучения детей-инвалидов в массовых общеобразовательных школах Тюменской области. Эти же процессы характерны для всего российского образовательного пространства. Однако это не означает, что процесс образования детей-инвалидов (их называют по-разному: дети с особыми потребностями, дети с ограниченными возможностями здоровья, инакоодарённые дети и т.д.) оптимален и абсолютно соответствует требованиям и запросам потребителей и заказчиков образования.

Анализ педагогической практики позволяет сделать вывод о том, что общество в целом и профессиональное педагогическое сообщество ещё не готово в полной мере оптимизировать гетерогенную образовательную среду для категорий детей (нормотипичных и особых), минимизируя социально-психологические барьеры «безбарьерной среды», обеспечивая максимальное извлечение социальных эффектов. Без устранения психологических барьеров в сознании здоровых людей и, прежде всего, педагогов, создать такую среду невозможно.

Методическое несовершенство учительства – это другая сторона. Его компенсировать, преодолеть без мотивации профессионального и личностного совершенствования невозможно. Профессионально грамотный, социально и личностно зрелый педагог может и должен адекватно управлять коммуникативным полем, качеством взаимоотношения детей в гетерогенном классе. Новые требования профессионального стандарта педагога этому компоненту уделяют особое внимание.

Сегодня педагогу уже недостаточно быть только убедительным транслятором знаний в какой-либо предметной области. В гетерогенном классе, в условиях инклюзивного образования (а оно инклюзивно априори, потому что в один детский коллектив класса могут быть включены нормотипичные дети, дети-мигранты, одарённые дети и дети-инвалиды) он должен расширить палитру профессиональной компетентности, т. е. стать немного психологом, дефектологом, медицинским специалистом, чтобы стать истинным проектировщиком индивидуального образовательного маршрута ребёнка. При этом вполне профессионально взаимодействовать с коллегами, предметом профессиональной деятельности которых являются дети с целью управления траекторией сбалансированного природосообразного взросления ребёнка.

Что касается особого детства, то это усложняется тяжестью дефекта, заболевания ребёнка-инвалида и затруднениями его гармоничного вписывания в детский коллектив. «Мир здорового детства не понимает и не принимает мир детства больного».

В 2014 году нами был проведён опрос 202 старшеклассников (15-17 лет) на предмет изучения отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья, физическими недостатками. Респондентам предлагалось сделать несколько вариантов ответа. Были получены следующие ответы: с состраданием – 8,9%; страхом – 10,3%; раздражением – 16,7%; безразличности – 31,0%; сочувствия – 36,9%; жалости – 43,3%; равнодушия – 80,8%. Данные опроса свидетельствуют о явно нездоровом отношении школьников к людям с ограниченными возможностями здоровья, физическими недостатками и существовании выраженной проблемной зоны в нравственном воспитании. Это серьёзная проблема, в решении которой нужно объединить усилия государства, общественных организаций, СМИ, профессионального педагогического сообщества. В Тюмени существует уникальный опыт в её решении.

Дискомфорт обучающихся категории детей-инвалидов подтверждают результаты опроса, проведённого нами в 2014 году. В нём приняло участие 130 детей-инвалидов: 80 мальчиков и 50 девочек; из них 50 чел. в возрасте от 12 до 14 лет; 70 чел. в возрасте от 15 до 18 лет и 10 чел. старше 18 лет. Респондентам был задан вопрос: «Где лучше обучаться ребёнку-инвалиду?» и было предложено несколько вариантов ответов. Обращает на себя внимание факт отказа от вариантов: «в обычной школе в отдельном классе для особых детей» и «обучаться в домашних условиях, но на внеклассные мероприятия и отдельные уроки приходиться в школу».

Из пяти вариантов дети остановились только на трёх, причём среди них не было ни одного не определившихся с выбором, ответов «не знаю» не обнаружено. В ходе опроса были получены следующие ответы: «обучаться в домашних условиях» – 7,7%; «в обычной школе в классе со здоровыми сверстниками» – 38,5%; «в специальной школе» – 53,8%. Удивило отсутствие выбора обучения «в обычной школе в отдельном классе». Хотя среди отвечавших есть респонденты с подобным опытом получения образования. На наш взгляд, причиной этому может быть осознанное желание не быть резервированными в «школьные отстойники». Подтверждение этому свидетельствует предпочтение выбора обучения в специальной школе «лучше учиться со своими, никто не показывает пальцем».

Анализ практики образования детей-инвалидов позволил сформулировать ряд условий для создания сбалансированной инклюзивной образовательной среды: готовность специалистов к профессиональной деятельности с гетеро-

генными группами обучающихся, повышение психолого-педагогической компетентности для качественного решения задач «особого детства»; готовность менеджеров управлять процессами повышения качества образования и оптимизации качества жизни всех групп обучающихся; интеграция образовательной, оздоровительной деятельности в образовательных организациях; создание комфортной образовательной среды, развивающей и безопасной; создание в образовательной организации пространства социального партнёрства, обеспечения сотворчества, сопартнёрства не только специалистов, родительской общности, обучающихся, но и организаций, включая некоммерческие, в том числе: большого, среднего и малого бизнеса, общественные организации детей (волонтёрское движение), учреждений дополнительного образования, организаций здравоохранения и соцзащиты; создание ресурсных методических центров; создание эффективного сетевого регионального взаимодействия специалистов, обучающихся из категории детей-инвалидов, их одноклассников и родителей; создания позитивного общественного мнения в отношении людей с особенностями посредством СМИ, общественно значимых тематических мероприятий, социальных акций и практик.

Сегодня создаётся идеологическая платформа, обеспечивающая формирование толерантной среды здоровых людей к гражданам с инвалидностью, смещаются акценты с их немощи на сильные стороны их личности, раскрывающие возможности социального партнёрства [4, 5].

Библиографический список

1. Голиков, Н. А. Ребёнок-инвалид: обучение, развитие, оздоровление. Дети с особой миссией. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. – 428 с.
2. Голиков, Н. А. Проблемы социализации личности в условиях инновационных образовательных учреждениях // Философия образования. – 2011. – Т. 36. – № 3. – С. 38-45.
3. Голиков, Н. А. Инклюзивное образование: новые подходы к качеству жизни детей с особыми образовательными нуждами // Сибирский педагогический журнал. – 2009. – № 6. – С. 230-241.
4. Мехришвили, Л. Л. Проблема детства в системе российской социальной политике: Автореф. дисс. ... д-ра соц. наук. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2007. – 49 с.
5. Скок, Н. И. К вопросу о влиянии на адаптацию ограниченных возможностей здоровья человека // Вестник Челябинского государственного университета. – 2014. – № 13 (342). – С. 120-124.
6. Третьякова, Н. В. К вопросу о выявлении факторов риска для здоровья детей и подростков в общеобразовательном учреждении // Учёные записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2012. – № 3 (85). – С. 172-177.
7. Феноменология образования: от проблем к решениям / Под ред. Л.М. Федоряк. – СПб.: Экспресс, 2011. – 428 с.

Н. А. ГОЛИКОВ, канд. пед. наук, доцент;
К. МИХАЙЛОВА, учащаяся лицея ТюмГНГУ

ПРАКТИЧЕСКИЙ ТАЙМ-МЕНЕДЖМЕНТ ДЛЯ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ И КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7 (3452) 41-68-67, эл. почта: nikgol2004@mail.ru.

Ключевые слова: тайм-менеджмент, матрицы Эйзенхауэра, самоменеджмент, социальная состоятельность подростка.

В статье рассматривается проблема рационального использования старшими школьниками своего свободного времени. По результатам проведенного исследования, даются конкретные рекомендации по применению технологий тайм-менеджмента при организации деятельности и досуга учащимися общеобразовательного лицея ТюмГНГУ.

Тайм-менеджмент достаточно «новая» для России дисциплина, тем более, для школьников, поэтому не все знают, что можно научиться эффективно распоряжаться своим временем и становиться социально состоятельными и конкурентоспособными. Куприна А. определяет тайм-менеджмент следующим образом: «эффективное планирование рабочего времени для достижения целей, нахождение временных ресурсов, расстановка приоритетов и контроль выполнения запланированного (управление временем)» [5, с. 6].

По мнению Г. Архангельского, тайм-менеджмент обозначается как «управление временем, т.е. управление человеком собственной деятельностью, организацией выполнения задач и распределением всех ресурсов» [6, с. 14]. Автор выделяет следующие этапы тайм-менеджмента: анализ (от греч. – разложение, расчленение) – процедура мысленного, а часто и реального расчленения исследуемого объекта; целеполагание – это определение, конструирование цели, формирование образа желаемого; расстановка приоритетов и планирование [6, с. 16].

Вышеперечисленные этапы являются основой большинства методов тайм-менеджмента, в том числе наиболее известного и популярного метода «Альпы», который предполагает следующий алгоритм действий: составление общего списка дел дня (как показывает практика, оптимальным является упоминание около 15 пунктов); расстановка приоритетов в предстоящих делах с использованием матрицы Эйзенхауэра (определения приоритетов дел дня, который представляет собой четыре квадрата с пересечением осей: «Важно – не важно» по горизонтали и «Срочно – не срочно» по вертикали); подсчет необходимого времени на каждый вид деятельности, исходя из опыта, и его суммирование; опреде-

ление реального объема времени, которым мы можем распорядиться, и «упаковка» в этот объем запланированных дел; составление «композиции дня», начиная с самого главного и не забывая чередовать действие и отдых.

Овладение навыками самоменеджмента, самоорганизации посредством тайм-менеджмента являются важными технологиями формирования социальной состоятельности, что позволяет субъекту деятельности и общению стать более конкурентоспособным [7, 9].

По мнению Н.А. Голикова, «социальная состоятельность – есть соответствие (или не соответствие) социальных качеств индивида общепринятым социальным стандартам. «Социально состоятельный человек – это социально компетентный субъект деятельности и общения с высоким уровнем самоуважения и конкурентоспособным человеческим капиталом (капитал образования, капитал культуры (культура потребления, культура здоровья, культура конфликтования, т.е. управления конфликтами ненасильственными способами, экологическая культура, культура гендера и т.п.), капитал здоровья). Высокий уровень развития социальной состоятельности гарантирует индивиду устойчивость и эффективную интеграцию в социум даже в условиях социальной турбулентности: ситуации хронического риска, стремительной динамики нестабильной общественной жизни, вымывании (выхолащивании) духовно-нравственных ориентиров, калейдоскопической смены социальных ситуаций, высокой конфликтности взаимодействия, нарастании агрессивности во всех формах и проявлениях, включая суициды» [1, с. 60].

Как отмечает ученый, для социально состоятельного человека характерны: проактивное поведение, при котором он становится инициатором и автором своих действий, формируя нужную реакцию у окружающих; готовность к социальному партнерству, сотрудничеству и самореализации в новых социально-экономических условиях; способность к социальному проектированию и самофутурированию; профессиональная мобильность и жизнестойкость; психологическая гибкость; ответственность; способность к оперативному принятию эффективных решений; оптимальный уровень адаптированности; гармоничная интегрированность в социуме; социальная созидательная ориентированность; способность идти на разумный риск и отстаивание своих принципиальных позиций; способность к самостоятельному и ответственному выбору границ своей свободы; развитый эмоциональный интеллект.

В качестве целевой аудитории, на которой реализовались технологии тайм-менеджмента, были выбраны учащиеся (16-17 лет) общеобразовательного лица Тюменского государственного нефтегазового университета. У школьника часто возникают конфликты от того, что он не способен правильно распределять времени. В силу особенностей, старшеклассник, даже выделив главное и

осознав второстепенность каких-то интересов, не всегда может оставить достаточный ресурс времени для учебы, жертвуя приятным времяпрепровождением. Подросток, увлекаемый кинематографом, компьютерными играми, социальными сетями, теряет возможность контролировать время.

Нарушение режима труда и отдыха, неспособность восстановления сил, хронизация недосыпания разрушительно действуют на здоровье, приводят к снижению работоспособности. На фоне частых опозданий и пропусков учебных занятий по неуважительной причине снижается успеваемость, нарастают конфликты с учителями и родителями. «Нарушение режима труда и отдыха, гиподинамия, отсутствие ежедневных прогулок на свежем воздухе (не менее 3 часов) является одним из факторов риска качеству жизни детей на данном этапе» [3, с. 40]. Мощным стимулом саморазвития в старшем подростковом возрасте является возникновение интереса к тому, каким он станет в будущем, каков его жизненный маршрут, какова степень самореализации в карьере. Когда мечты становятся целью, у подростка начинается процесс реализации: он начинает ответственно относиться к своей учебе, заниматься дополнительно, ему приходится сочетать свои интересы, интересы семьи, сбалансировать время на учебу и увлечения.

С целью изучения реальной ситуации с балансом времени старшего подростка, исследования несовершенства его распределения и риска упущения социальной выгоды для саморазвития, нами была разработана анкета, с помощью которой было выявлено какое количество времени они тратят на всевозможную деятельность. Респонденты отвечали на единственный вопрос: «Как вы обычно проводите свободное от учебных занятий время?» В качестве ответов использовались различные варианты ответов. Исследование проведено в 2014 году. В качестве респондентов выступали поступающие в общеобразовательный лицей ТюмГНГУ выпускники 9 классов в возрасте 15-16 лет.

В анонимном анкетировании приняло участие 93 абитуриента из разных школ г. Тюмени, Тюменской области. В результате анализа получены следующие данные. На вопрос анкеты ответили «Ничего не делаю ежедневно» 8,6% респондентов. «Иногда ничего не делают» – 30,1%. Предполагаем, что подростки ответили на этот вопрос, осознавая своё времяпрепровождение «впустую». Значительный ресурс времени у подростка занимает интернет. Стимулом «сичу «Вконтакте, «прикалываюсь в чате», «смотрю другое» ответили «ежедневно» 40,9% респондентов; 14% – «делают это раз в неделю»; 29% – «иногда». Предполагаем, что под «другое» в этом вопросе подростки рассматривают «не разрешаемые взрослыми сайты». Смотрят телевизор ежедневно 33,3%, иногда – 35,5%. Игнорируют просмотр телевизора лишь 2,1%. Слушают музыку ежедневно 79,6% опрошенных. Для многих подростков музыка являет-

ся постоянным фоном всех видов деятельности. Музыкальные предпочтения, как отмечает Н.А. Голиков, не всегда бывают полезными для здоровья подрастающего поколения. Постоянное прослушивание «тяжёлого рока» может нанести вред несозревшей психике подростка [2]. 5,4% респондентов иногда «сидят на порталах «для взрослых»»; 3,2% делают это раз в неделю. «Употребляю алкоголь с друзьями» (8,6% респондентов ответили, что это делают иногда, 2,1% делают это один-два раза в месяц). На наш взгляд, ответы хотя и были анонимными, но достоверность их вызывает сомнение, поскольку в качестве респондентов выступали абитуриенты общеобразовательного лицея. Стремление оказаться лучше и не компрометировать себя в период вступительных испытаний побудили подростков «чуть себя приукрасить».

Значительный процент школьников занимается делами, которые имеют значение для их развития: чтением, проведением научных исследований, а также оказывают помощь родителям. 27,9% опрошенных ежедневно читают книги; 35,5% – раз в неделю; 22,6 – делают это иногда. 5,4% не читают книги. Кроме того, 9,7% никогда не читают газеты и журналы. 20,4% школьников занимаются творчеством ежедневно, 21,5% – раз в неделю; 29% занимаются творчеством иногда. Лишены творчества (в субъективном понимании подростком) 18,3% респондентов. По мнению нашего научного руководителя, такие дети ограничены во внутренних компенсаторных ресурсах, болезненнее и длительнее переживают психотравмирующие ситуации [4; 8]. 65,9% респондентов ответили, что никогда не занимались коллекционированием; «делают это иногда» – 18,3%. Как показали ответы респондентов, значимый ресурс времени забирают компьютерные игры. 14% отвечающих отметили «ежедневно»; 26,9% отметили «раз в неделю».

Совокупность всей полученной информации позволяет установить тенденцию, характерную для этого возраста. Мы получили неоспоримый факт – подростки 15-16-летнего возраста используют ресурс времени не рационально для своего будущего и формирования социальной состоятельности. Выявлена острая необходимость обучения поступивших в лицей подростков грамотному распоряжению своим временем. Следует научить учащуюся молодёжь «расходовать» свое свободное время не бесполезными, или даже губительными занятиями, а теми, которые помогают преуспевать в учебной и творческой деятельности и построению будущей карьеры, становлению социальной состоятельности и конкурентоспособности. Именно в этом возрасте необходимо умелое использование подростком тайм-менеджмента, т.к. нередко подросток ставит перед собой невыполнимые цели и теряет мотивацию, когда не удается их реализовать, или, напротив, рьяно принимается за исполнение своих планов и быстро «устает» от слишком активной учебной деятельности.

Использование навыков тайм-менеджмента дает возможность грамотно формулировать цели и задачи, оценивать их реальность и значимость для себя, искать способы наиболее эффективной самореализации. Это позволяет рационально распоряжаться объемом времени (а он, естественно, ограничен), оставляя достаточное его количество для учебы, увлечений и отдыха, саморазвития как субъекта деятельности и общения, формируя социальную состоятельность. Убеждены, навыки самоменеджмента, включая основы управления расходом времени, являются базовыми для конкурентоспособности личности.

Как показало исследование, подростка можно побудить находить способы эффективного распоряжения своим временем. Однако, реальная ситуация такова, что подростки могут слишком быстро потерять интерес, не найдя в интернете четких и понятных рекомендаций. Большое количество научных статей и учебников, в которых трудно выбрать наиболее адаптированные к их возможностям, становятся реальным препятствием овладению основ самоорганизации. Даже если подросток и решит разобраться в материале, ему будет сложно провести анализ использования своего времени или определить его дефицит.

В основу наших рекомендаций положен метод «Альпы» как наиболее подходящий и эффективный для подростка. Благодаря этому методу можно тратить несколько минут в день для составления списка дел, а затем использовать самостоятельно составленный список на практике. Понимаем, что эффект качественной самоорганизации может быть реально получен при сформированности навыка и доведения его до автоматизма. Этому способствует системность, простота и реальность продуктивности приобретенных компетентностей. С этой целью мы обеспечили организационно-методическое сопровождение усвоения навыка самоорганизации посредством метода «Альпы».

Ознакомив старшеклассников с основами самоорганизации при использовании метода «Альпы», мы ежедневно консультировали и оказывали помощь ребятам. Выделив группу волонтеров, овладевших методом и проявивших интерес к оказанию помощи другим участникам проекта, углубив их познания в применении этого уникального метода, мы предложили участникам проекта разбиться на «тройки». Причём, «тройки» формировались по желанию работать с конкретным наставником. Группа формировалась «под волонтера» с учётом интересов каждого участника проекта и предыдущего опыта взаимодействия. Мы ставили перед собой задачу обеспечения психологически комфортных условий работы микрогруппы. На следующей неделе встречи проводились через день. Таким образом, обеспечивалась профилактика утраты интереса к этому важному для самоорганизации подростка делу. Последующую неделю такие встречи-консультации проходили через два дня. Затем подросткам предоставлялась возможность консультирования один раз в неделю. Обязательным усло-

вием подкрепления навыка являлось создание ситуации успеха и поддержки подростков. Такая система сопровождения с упражнениями в составлении плана и рефлексии его реализации способствовала развитию навыка самоорганизации и эффективного тайм-менеджмента. Обучающиеся на фоне стабилизации успешности в значимых видах деятельности стали отмечать хорошее самочувствие, повышение самоуважения. Они стали более социально-состоятельными и конкурентоспособными.

Библиографический список

1. Голиков, Н. А. Социальные эффекты образования: реалии, прогнозы, перспективы // Теория и практика общественного развития. – 2012. – № 11. – С. 73-79.
2. Голиков, Н. А. Качество жизни детей: социальные технологии оптимизации // Образование и общество. – 2011. – № 2. – С. 65-70.
3. Голиков, Н. А. Проблемы социализации личности в условиях инновационных образовательных учреждений // Философия образования. – 2011. – Т. 36. – № 3. – С. 38-45.
4. Голиков, Н. А. Социально-психологическое сопровождение педагога: условия, способы, технологии реализации // Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования. – 2004. – № 2. – С. 210-219.
5. Куприна, А. В. Институт кураторства как фактор социокультурного развития студентов: Автореф. дис. на соис. уч. степ. канд. пед. наук. – М., 2013. – 19 с.
6. Тайм-менеджмент. Полный курс: Уч. пособие / Г. А. Архангельский, М. А. Лукашенко и др. / Под ред. Г. А. Архангельского. – М.: Альпина Паблишер, 2012. – 311 с.
7. Осипова, Л. Б., Устинова, О. В. Формирование гражданственности в контексте развития личности молодого человека // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. – 2012. – № 6 (21). – С. 95-100.
8. Феноменология образования: от проблем к решениям. – СПб.: Экспресс, 2011. – 428 с.
9. Хайруллина, Н. Г. Свободное время: оценка и мнение тюменцев // Известия высших учебных заведений Социология. Экономика. Политика. – 2011. – № 1. – С. 63-67.

УДК 159.947

А. А. ЗВЯГИНА, студент;
Г. И. ГЕРАСИМОВА, канд. соц. наук, доцент

ЗАДАЧИ И ПРОБЛЕМЫ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ ПРЕДПРИЯТИЙ НЕФТЕГАЗОВОЙ ОТРАСЛИ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7 (3452) 41-686-7, эл. почта: gerasimova@tsogu.ru.

Ключевые слова: благотворительность, компании нефтегазовой отрасли, репутация, социальная ответственность.

Статья посвящена анализу эффективности благотворительной деятельности российских нефтегазовых компаний. Автором определены особенности благотворительных программ, их формат и методы реализации.

В настоящее время сложно найти коммерческую организацию, которая не дорожит своей репутацией и не стремится ее улучшить. Репутация, как «важнейший корпоративный атрибут и совокупность сложившихся устойчивых объективных суждений о социально значимых качествах», является ключевым элементом нематериальных активов компании [1, с. 37]. Предприятия нефтегазовой отрасли не являются исключением, создавая невещественные активы посредством спонсорской и благотворительной деятельности.

По мнению Райзберга Б.А., «Благотворительность – это оказание безвозмездной помощи (материальной и денежной) нуждающимся лицам и организациям, обеспечение людей благами и услугами за счет благотворителя» [2]. Особенность благотворительной деятельности российских нефтяных корпораций состоит в том, что они не имеют своей целью получение прямой коммерческой выгоды, что является результатом их устойчивого финансового положения.

Компании, осуществляя помощь на безвозвратной основе, декларируют высокие нравственные ценности, демонстрируют культуру предпринимательства, надежность и благополучие, что, в свою очередь, создает устойчивую репутацию, которая напрямую влияет на финансовую стабильность компании [3, с. 240]. Немаловажно, что, эффективная благотворительная политика является положительным аргументом при ведении переговоров с потенциальными партнерами. Характерная черта российского нефтегазового сектора – традиционность и преемственность. Компании поддерживают в основном региональные благотворительные организации, занимающиеся помощью социально незащищенным слоям населения, а также организации, которые рекомендованы местными властями. Преимущественно это объекты государственной социальной инфраструктуры. Выбор благополучателей нефтегазовых компаний вызван ожиданиями со стороны государства и региональных властей, исторически сложившимися отношениями между компаниями и руководством организаций-благополучателей, традиционным представлением компаний о благотворительной помощи как о поддержке наиболее нуждающихся: ветеранов, инвалидов, малообеспеченных семей и т.п.

Несмотря на общность подходов к выбору благополучателей, предприятия имеют свои специфические предпочтения. Им важен устойчивый репутационный эффект, стабильные отношения с властью и лояльность сообщества [4]. Все компании заключают соглашения о социально-экономическом сотрудничестве с администрациями регионов и об опеке над предложенными им учреждениями. Государство во многом является оценщиком благотворительности и социальных программ компаний, и эта оценка «старшего партнера» является главной и основной [5]. Кроме государства, важным стейкхолдером, то есть организацией, на которую влияет компания и от которой она зависит, для нефте-

газовых компаний является международное бизнес-сообщество. Именно из такого положения вещей вытекают и принципы выбора благополучателей, партнеров, направлений деятельности, и характер выделения средств, а также основная риторика и идеология благотворительности.

При реализации своих корпоративных благотворительных программ компании нефтегазового сектора предпочитают работать со следующими организациями и фондами: федеральные благотворительные фонды с участием или под патронатом государства; региональные общественные и благотворительные организации; благотворительные и общественные организации, специализирующиеся на тематике малых, коренных и исчезающих народов. Анализ благотворительной деятельности на основе контент анализа сайтов ведущих нефтегазовых компаний показал, что информационная прозрачность социальной и благотворительной деятельности компаний неоднородна. Доступ к информации для потенциальных благополучателей ограничен, отсутствуют открытые и равные конкурсные механизмы распределения средств. Определенное исключение в этом отношении – компания «Роснефть», которая публикует критерии оказания благотворительной помощи. В компании «Лукойл» в регионах присутствия ежегодно проводится публичный конкурс социальных проектов. Однако в целом в нефтяном секторе сторона благотворительности остается достаточно закрытой и непубличной.

Исходя из информации, размещенной на сайте, благотворительные программы «Лукойл» разработаны и утверждены в 2001 году в формате «Социального кодекса», где систематизированы и определены основные направления благотворительной и социальной деятельности. Имеются два подхода: социальные инвестиции и традиционная благотворительная помощь. В связи с тем, что нефтегазовые предприятия во многих регионах являются градообразующими, вложения в социальную сферу улучшают качество жизни, как жителей, так и сотрудников компании. Похожее отношение у «Лукойла» к поддержке высшей школы. Компания опекает 17 вузов в России, оснащает их оборудованием, тренажерами, ремонтирует общежития и т.п. Студенты профильных вузов – потенциальные кадры компании, и она их поощряет стипендиями, стажировками на производстве, оплачиваемой практикой.

К социальным инвестициям относится конкурс социальных и культурных проектов. Адресатами помощи являются физические лица или организации. Средства выделяются по следующим номинациям: «Экология», «Милосердие», «Культура и искусство», «Физическая культура, спорт и туризм», «Родной край». Бюджет конкурса складывается из средств Благотворительного Фонда «Лукойл», средств различных дочерних организаций и соискателей грантов. Конкурс социальных и культурных проектов проходит открыто, широко анон-

сируется в регионах за счет организации пресс-конференций, размещения информации на соответствующем сайте. Заявки рассматривает экспертный совет, который принимает решение о финансировании, победители получают гранты и отчитываются за результаты.

В планировании и организации благотворительной деятельности «Лукойла» разделен федеральный и региональный уровни. Для координации и реализации федеральных программ учрежден корпоративный благотворительный фонд «Лукойл» – отдельное юридическое лицо. Половина программ реализуется с помощью фонда, в основном это федеральные программы, к которым относится поддержка вузов и музеев страны.

Реализация благотворительных проектов имеет свой строгий порядок. Предприятия готовят бюджет и план работы, утверждая его в профильном совете головного офиса. Региональные дочерние предприятия являются самостоятельными единицами и имеют свой бюджет благотворительной деятельности, за которую отвечают службы по связям с общественностью, осуществляющие всю административную и организационную работу. Дополнительные партнеры не привлекаются, аутсорсинг не организуется. Принципиальным для «Лукойл» является полное выполнение социальных обязательств и поддержание положительного социального климата в обществе.

Благотворительные программы «Газпрома» во многом замещают и дополняют государственные обязательства по социальному развитию государства. «Газпром» направляет средства на строительство и ремонт объектов социальной сферы, финансирует масштабные культурные и спортивные мероприятия, помогает церкви, обеспечивает детские дома, школы, участвует в международных инициативах и т.п. Информация о механизмах финансирования благотворительной и социальной деятельности в открытых источниках отсутствует.

Анализ сайта показал, что направлениями благотворительной деятельности компании являются: культура, спорт, образование, наука, незащищенные слои населения. Все целевые программы и проекты «Газпрома» отличаются своей масштабностью, являясь всероссийскими. Среди них, «Газпром – детям», «Открытый мир» и др.

Создавая репутацию социально ответственной компании как внутри страны, так и на международном уровне, «Газпром» сотрудничает с Благотворительным фондом «Российский детский фонд», оказывая практическую помощь детям, лишенным родительской заботы и внимания, а также, поддерживает международные проекты. Компания реализует благотворительную политику самостоятельно, не привлекая партнеров. Выбор получателей осуществля-

ется традиционными способами: по предложению органов власти разного уровня и по решению головного офиса и дочерних компаний.

В благотворительной деятельности «Роснефти» прослеживается стремление структурировать ее, упорядочить отношения с ключевыми заинтересованными сторонами, описать и продекларировать свою позицию. Существует регламент «Об оказании благотворительной, финансовой и спонсорской помощи» и критерии оказания благотворительной помощи, которые предусматривают финансовую отчетность получателей о целевом использовании средств. Также как и другие нефтегазовые организации «Роснефть» использует традиционные подходы, хотя существует инновационная программа пожертвований через банковские карты в пользу организации «Подари жизнь». Компания предпочитает направлять средства напрямую получателям или благотворительным организациям.

Основными направлениями благотворительной деятельности компании являются: здравоохранение, образование, наука, спорт, культура, детские дошкольные учреждения, поддержка ветеранов и инвалидов, благотворительные и общественные организации, возрождение культурного наследия (храмы, мечети, и т.д.), коренные малочисленные народы Севера, администрации областей, районов, муниципальных образований. Основной вклад в реализацию проектов по поддержке народов Севера вносят дочерние общества в Ямало-Ненецком и Ханты-Мансийском автономных округах. Компания ежегодно выделяет средства из бюджета на социальную и благотворительную деятельность по всем указанным выше направлениям. «Роснефть» входит в число жертвователей «Национального благотворительного фонда» наряду с другими крупными российскими компаниями, а также сотрудничает с Благотворительным Фондом «Родниковый край» (Удмуртия).

Автором была составлена сравнительная таблица анализируемых благотворительных программ (*табл. 1*). В качестве вывода можно указать следующее: практика применения благотворительных программ у всех компаний похожа. Имеются социальные кодексы, планы по улучшению условий труда сотрудников и населения, безопасности на предприятиях, оказанию адресной помощи и т. д.

В качестве рекомендации по улучшению благотворительной деятельности, автор предлагает при разработке программ тщательно анализировать их экономическую целесообразность и эффективность (соотношение между затратами по отдельным программам и «выгодами» от нее). Необходимо выбирать проекты, способные при относительно невысоких издержках решать серьезные социально-экономические проблемы. Субъектам управления важно учитывать, что требования общества к организациям становятся все более персонифицированными. Поэтому возникают проблемы определения степени социальной ответственности

организации перед обществом в целом, обслуживаемым населением и своими работниками, и в соответствии с этим, разработка концепции социальной ответственности по отношению ко всем заинтересованным группам.

Таблица 1

Сравнительный анализ благотворительных программ компаний нефтегазового сектора

Критерии	ОАО «Лукойл»	ОАО «Роснефть»	ОАО «Газпром»
Формат благотворительной деятельности	Адресная помощь организациям и частным лицам. Конкурс социальных проектов.	Адресная помощь организациям и частным лицам	Адресная помощь организациям и частным лицам.
Способ управления благотворительностью	Корпоративный фонд, Департамент связей с общественностью	Самостоятельно, через подразделения компании	Самостоятельно, через подразделения компании
Партнеры и получатели помощи	Национальный БФ, Региональные национальные организации, Социальные организации и частные лица	Национальные БФ, Региональные национальные организации, Социальные организации и частные лица	Национальный БФ, Международные инициативы, Региональные организации, Частные лица
Способы раскрытия информации	Социальный кодекс, Отчет об устойчивом развитии по международным и российским стандартам, Корпоративный сайт	Отчет об устойчивом развитии, Сайт компании	Корпоративный сайт

Имеют большое значение вопросы информирования о той социальной роли, которую играют нефтегазовые предприятия в обществе. С этой целью необходимо шире вовлекать журналистов в обсуждение тем корпоративной социальной ответственности, сотрудничества с фондами, известными общественными организациями. Одним из наиболее действенных методов продвижения информации о благотворительной деятельности компании является подготовка и распространение социального отчета, который приобретает большую значимость после независимой внешней экспертизе, то есть прошедший социальный аудит [6].

На основе вышесказанного, автором был сделан вывод, что компаниям необходимо дальше развивать социальную ответственность, выходить на новый уровень, участвуя в развитии местного сообщества, в решении социально значимых проблем, стоящих перед страной. Благотворительные программы представляют собой важный элемент корпоративных стратегий, относятся к существенным принципам социально ответственного предпринимательства, активно формируют нематериальные активы, повышают репутацию компании.

Библиографический список

1. Герасимова, Г. И. Связи с общественностью: институциональный уровень управления. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2015. – 341 с.
2. Райзберг, Б. А., Лозовский, Л. Ш., Стародубцева, Е. Б. Современный экономический словарь. – М.: ИНФРА-М, 2007. – 495 с.
3. Устинова, О. В., Пивоварова, И. В., Ракша, И. Р. Социальная ответственность бизнеса в представлениях россиян // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. – 2015. – № 35. – С. 240-243.
4. Проблемы экономики и управления предприятиями, отраслями, комплексами / Безруких Ю. А., Богунов Л. А., Галицких В. Н., Ельпин Л. А., Катайкина Н. Н., Кожемяко С. В., Лохтина Л. М., Мамонтова С. В., Медведев С. О., Пивоварова И. В., Прыгунова М. И., Рубинская А. В., Сафиуллин М. Р., Устинова О. В., Утешев Р. С.: Монография. – Новосибирск, 2015. – Кн. 29.
5. Предпринимательская деятельность в России и за рубежом / Александрова М. В., Андреева Л. Н., Великая Ю. В., Зарипова Н. Д., Катыхшева Е. Г., Минаева Е. В., Мурадов А. В., Мушкатова М. С., Ракша И. Р., Романова Н. А., Устинова О. В., Шакирова К. К., Шилова Н. Н. – Новосибирск: ЦРНС, 2014. – 240 с.
6. Устинова, О. В., Ракша, И. Р. / Эффективность государственной поддержки инновационного малого предпринимательства в Тюменской области: по результатам опроса предпринимателей и экспертов // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. – 2014. – № 2 (29). – С. 223-229.

УДК 314

А. В. КАЛИНИНА, канд. ист. наук, доцент

ПОСТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ: МИРОВЫЕ ТРЕНДЫ И РЕГИОНАЛЬНАЯ СПЕЦИФИКА

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7(3452)41-68-67, эл. почта: anna_kalinina@rambler.ru.

Ключевые слова: постарение населения, демографический переход, феномен старости, «третий возраст», демографические процессы на территории России, СНГ.

В статье рассматриваются проблемы постарения населения стран СНГ, России и мира в целом. Выявляются основные причины постарения населения, взаимосвязь с демографическими процессами, обосновывается необходимость государственной политики, нацеленной на управление процессами репродуктивного поведения и нивелирования негативных последствий старения населения.

Постарение населения России стало одной из значимых аспектов демографической политики нашей страны сравнительно недавно – в конце XX века. Однако сам феномен старости становился предметом социокультурного осмысления и философского дискурса с эпохи античности. Проблема старости всегда была одной из центральных в мировоззрении людей разных эпох и народов. Мечта о продлении человеческой жизни и бессмертия родилась вместе с осознанием ценности жизни. В тоже время старость является феноменом XX века,

так как вплоть до конца Нового времени процент пожилых людей был весьма не значителен даже в развитых странах [1, с. 53]. Существуют как традиционные (сдвиги возрастной структуры населения в сторону старших возрастов, увеличивающийся медианный возраст, демографическая нагрузка пожилыми на совокупное население), так и новые (перспективный возраст) методы определения процессов старения населения. В настоящее время в широких кругах научной общественности назревает необходимость пересмотра отношения к «третьему возрасту» – когорте лиц 60+, как однозначному феномену, сулящему негативные последствия в общечеловеческом масштабе.

Стремительное старение населения стало повсеместным трендом среди демографических процессов в XXI веке. Проблемы старения населения в последние годы неизменно находятся в центре внимания мирового сообщества, занимают одно из центральных мест в повестке развития после 2015 года, разрабатываемой Организацией Объединенных Наций (ООН), и учитываются при постановке Целей устойчивого развития до 2030 года.

Как справедливо отмечают ведущие специалисты Института демографии ВШЭ – старение населения является во многом результатом успехов в демографическом развитии человечества, взаимосвязанных с достижениями социально-экономического развития. При существенном снижении смертности, прежде всего детской, высокая рождаемость становится излишней. Повышение доступности образования и экономической занятости, развитие гендерного равенства, укрепление репродуктивного здоровья и обеспечение доступности семейного планирования также способствуют снижению рождаемости. Сокращение числа родившихся при постоянном повышении продолжительности жизни приводит к устойчивому нарастанию относительной численности пожилых людей, что и составляет суть процесса старения населения. Оценки ООН пересмотра 2015 года подтвердили, что старение населения мира продолжается и в ближайшие годы рост численности пожилого населения существенно ускорится [2].

Для характеристики процесса старения, однако, важнее рост относительной численности пожилого населения. В целом по миру доля населения 60 лет и старше возросла с 8% в 1950 году до 12,3% в 2015 году. К 2030 году эта доля возрастет до 16,5%, а к 2050 году – до 21,5%. Иначе говоря, если сейчас каждой восьмой человек на Земле уже перешагнул возрастной рубеж 60 лет, то в 2030 году к этой возрастной группе будет относиться каждый шестой, а в 2050 году – каждый пятый человек.

Старение населения происходит в результате демографического перехода, когда за снижением смертности следует снижение рождаемости, ведущее к сокращению числа родившихся при нарастании относительной численности пожилых. Тенденция старения наблюдается практически повсеместно, хотя

степень старения и его скорость различаются по странам и регионам [4, 5]. В более развитых странах процесс старения идет уже в течение многих десятилетий, в менее развитых странах начался сравнительно недавно.

Старение населения – динамичный процесс, на который оказывают влияние относительные численности населения младших и старших возрастов в различные периоды времени. Исходная численность когорты зависит от численности населения репродуктивного возраста и возрастных коэффициентов рождаемости текущего момента времени. Возрастные коэффициенты смертности определяют ту часть когорты, которая доживет до возраста «порога старости». Миграция также может повлиять на процесс старения, хотя на национальном уровне ее влияние пока невелико. Помимо вышеуказанных факторов весомое влияние на постарение населения оказывает государственная демографическая политика ограничения и стимулирования рождаемости. Демографическая политика, влияющая на репродуктивное поведение, имеет «отложенную результативность» по отношению к постарению населения, поскольку речь идет о балансе возрастов в совокупном поколенческом массиве.

Во второй половине XX века население России перешагнуло условный 7% барьер определения «постарелого населения» – доли пожилых граждан. Доля пожилых людей по переписи населения 2010 года составила 22,2%. Продолжающийся процесс демографического старения населения привел к увеличению среднего возраста жителей регионов и в целом страны. По данным переписи 2010 года, средний возраст россиян – 39 лет (в 2002 году он составлял 37,7 лет). Для сравнения: по данным переписи населения 1957 года, средний возраст жителей страны был 18 лет. Примечательно, что регионы России сильно различаются по среднему возрасту жителей. Средний возраст жителя Чеченской республики – 27 лет, средний возраст уроженца Псковской области – 45 лет [3]. По итогам последней переписи, наиболее молодое население проживало в Чеченской республике (средний возраст – 2 лет), Республиках Ингушетия (28 лет), Тыва (29 лет) и Дагестан (31 год). Помимо Псковской области, самый высокий средний возраст населения (42 года) отмечен в Тамбовской, Тульской, Рязанской, Тверской, Воронежской областях.

Рост численности населения старше трудоспособного возраста отразился на показателе демографической нагрузки (числа лиц нетрудоспособного возраста, приходящихся на 1000 человек населения трудоспособного возраста). К регионам с самыми высокими показателями демографической нагрузки относились Чеченская республика, Курганская, Новгородская, Псковская области (от 726 до 687 человек), к регионам с низкими показателями – Тюменская, Мурманская области и Республика Коми (495–546 человек). В этой связи необходимо отметить, что этот дисбаланс обусловлен как социально-

экономическими, так и культурно-этническими факторами. Данный факт приводит нас к необходимости корректировки государственной демографической политики с учетом вышеуказанных факторов.

Небезынтересно сравнить процессы демографического старения в РФ со странами постсоветского пространства, прежде всего со странами СНГ.

Ретроспективные оценки численности населения стран СНГ по полу и возрасту, полученные в ходе пересмотра 2015 года, позволяют судить об основных сдвигах в возрастном составе совокупного населения СНГ, произошедших за последнюю четверть века. При сохранении волнообразных деформаций возрастной пирамиды, отражающих влияние социальных потрясений XX века, и заметного перевеса числа женщин в старших возрастах существенно снизилась численность детских возрастов и одновременно возросла численность населения рабочих возрастов

Тенденции изменения медианного возраста за 1950–2010 годы (*рис. 1*) показывают, что наибольшего размаха вариация этого показателя по странам СНГ достигла к 2000 году, когда медианный возраст населения составлял от 18,2 года в Таджикистане до 37,9 года на Украине (то есть 19,7 года). Уже в 2000-е годы размах вариации признака стал сокращаться, составив в 2015 году 17,9 года – от 22,5 года в Таджикистане до 40,3 года на Украине. По среднему варианту прогноза, различия будут усиливаться в первой половине XXI века. Наибольшими они будут в середине 2040-х годов – 20,4 года (от 28,4 года в Таджикистане до 48,8 года в Молдавии), а затем начнут сокращаться – до 10,3 года к концу века. В 2100 году медианный возраст населения, по среднему варианту прогноза, составит от 40,1 года в Таджикистане до 50,5 года в Армении.

Если же рождаемость и смертность изменяться не будет, сохраняя свои характеристики на уровне 2010–2015 годов, различия в возрастном составе увеличатся до 22 лет в 2035 году и 26 лет в 2065 году и стабилизируются на этом уровне в последней трети XXI века [6]. Самым молодым останется и в этом случае население Таджикистана, медианный возраст которого не превысит 25 лет. Самым старым среди стран СНГ до 2040 года будет население Украины, а после 2040 года – население Молдавии из-за крайне низкого уровня рождаемости. Медианный возраст населения Молдавии в последней трети XXI века может превысить 50 лет.

Как видно из данных диаграммы, Россия занимает близкое к критическим крайним показателям по срединному возрасту положение вплоть до прогнозных оценок 2040 года. Дальнейшие прогнозные показатели могут иметь приближенное значение к усредненным значениям большинства стран СНГ, что может быть свидетельством устойчивого развития демографической политики всех стран региона.

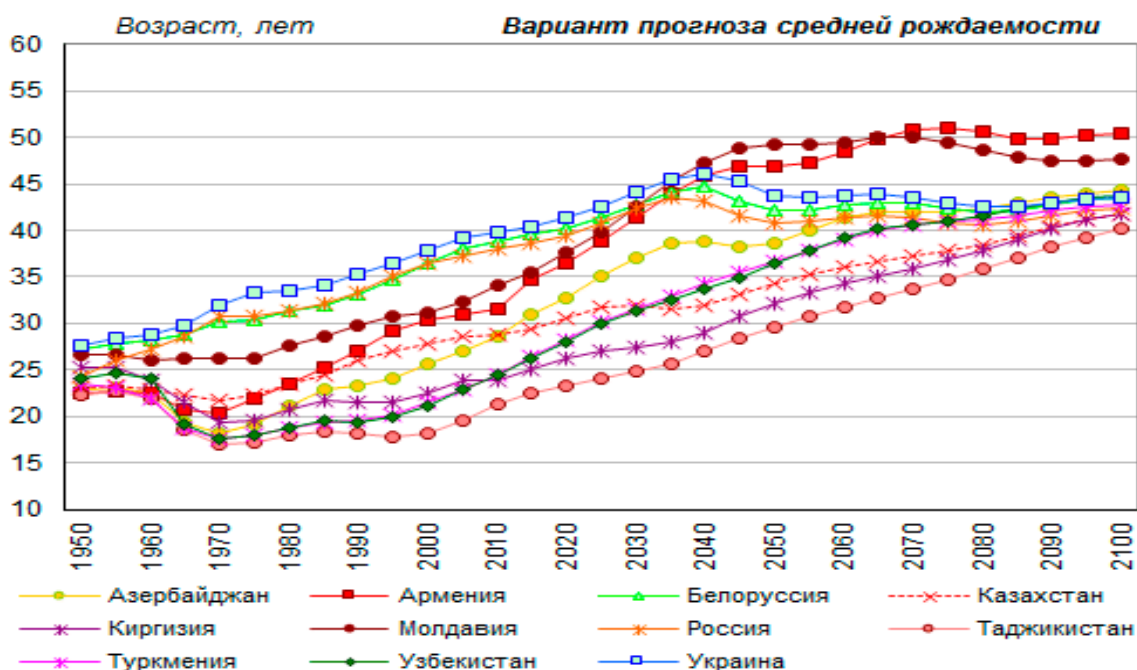


Рис. 1. Медианный возраст населения стран СНГ, 1950-2100 годы по оценкам и среднему варианту прогноза ООН пересмотра 2015 года, лет

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, DVD Edition. POP/DB/WPP/Rev.2015/POP/F05.

Таким образом, можно констатировать, что постарение населения РФ является общемировым трендом, специфика этого процесса связана с особенностями структуры населения советского наследия и усилиями демографической политики 2000-х годов. Неравномерность процессов постарения населения на территории России связана со спецификой репродуктивного поведения, и в большей степени обусловлена социокультурными, а не экономическими различиями регионов.

Библиографический список

1. Овсянникова, Н. В. Феномен старости в традиционной и современной культуре // Научный поиск. – 2011. – № 2. – С. 52-54.
2. Оценки ООН пересмотра 2015 года подтверждают ускорение старения населения мира в ближайшие десятилетия // Демоскоп Weekly. – 2015. – № 667-668: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2015/0667/barom01> (дата обращения: 27.02.2016).
3. Перепись 2010 - Россия продолжает стареть и вымирать. РИА Новости. 16.12.2011: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://ria.ru/analytics/20111216/518493342> (дата обращения: 25.02.2016).
4. Устинова, О. В., Осипова, Л. Б. Проблемы оценки эффективности государственного управления воспроизводством населения // Социально-экономическое, социально-политическое и социокультурное развитие регионов: Мат. междуна. научно-практ. конф. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2013. – С. 104-108.

5. Устинова, О. В. Российская государственная демографическая политика: проблемы и перспективы управления воспроизводством населения // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2014. – № 3. – С. 135-142.

6. Щербакова, Е. Старение населения СНГ ускорится: по среднему варианту прогноза доля пожилых людей 65 лет и старше возрастет с 11% в 2015 году до 18% в 2050 году // Демоскоп Weekly. – 2015. – № 649-650: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2015/0649/barom06.php> (дата обращения: 07.03 2016).

УДК 338.2

Е. А. КОЛЕСНИК, канд. экон. наук, доцент

МОЛОДЕЖНАЯ ПОЛИТИКА ЗАНЯТОСТИ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7 (3452) 41-68-67, эл. почта: saviczka.y@mail.ru.

Ключевые слова: молодежная политика, государственная молодежная политика, рынок труда, региональные особенности, направления, регулирование, механизмы.

Статья посвящена анализу некоторых региональных особенностей молодежной политики в сфере занятости. Определена сущность, основные направления и сфера осуществления государственной молодежной политики, особенности ее реализации на примере Тюменской области. Были рассмотрены основные аспекты и выделены проблемы в осуществлении молодежной политики в сфере занятости в Тюменской области, разработаны направления усовершенствования молодежной политики в сфере занятости в Тюменской области.

В связи со стремительным старением населения и неблагоприятными демографическими тенденциями сегодняшние 10–25-летним жители страны станут основным трудовым ресурсом России, их трудовая деятельность – источником средств для социального обеспечения детей, инвалидов и старшего поколения [7] отмечается в Стратегии государственной молодежной политики в РФ до 2016 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации 18 декабря 2006г. № 1760-р. Но несмотря на неоднократные попытки на уровне государства выработать ряд мер, направленных на регулирование социально-трудовых взаимоотношений в молодежном сегменте рынка труда в России все еще не созданы условия для осуществления долговременной и самое главное эффективной молодежной политики в сфере занятости.

Государственная молодежная политика в сфере занятости, с одной стороны, не носит системного характера, а с другой – молодежная политика занятости рассматривается без относительно развития российского государства в целом и каждого его региона отдельно. Поэтому возникает необходимость рассмотрения основных параметров российского рынка труда в контексте развития и функционирования его регионов, перехода к качественно новому состоянию его важнейших элементов, среди которых особое место и значение занимает

молодежная политика в сфере занятости. Поэтому актуальность рассмотрения данного вопроса обуславливается усилением противоречий между спросом на рабочую силу молодежи и ее предложением, деформацией региональной, отраслевой и секторной структуры занятости, усложнением процесса привлечения молодежи в сферу продуктивной трудовой деятельности, а также несовершенством механизма его государственного регулирования.

Целью является изучение региональных особенностей молодежной политики занятости, выделения основных ее тенденций, разработка путей содействия молодежной занятости на уровне региона.

Отечественные исследования молодежного сегмента первичного рынка труда начинались в двадцатые годы XX в. Н. Блиновым, К. Зайцевым, В. Шубиным, Г. Забрянским и др. Современные проблемы рынка труда и занятости разрабатываются В. В. Адамчуком, Л. П. Владимировым, Б. М. Генкиным, М. Г. Забельским, И. И. Кулинцевым, А. И. Рофе, С. Ю. Рощиным и др., молодежные же аспекты занятости являются одним из аспектов исследований Л. Г. Борисовой, Ю. А. Зубок, Н. А. Свиридовой, И. Н. Чистякова и др. Однако, несмотря на многообразие направлений исследований, до сих пор остаются недостаточно изученными и проработанными региональные аспекты молодежной политики занятости.

Понятие «молодежная политика» впервые было введено в общественно-политическую и научную литературу в 1950-х годах. В последствие это способствовало и оформлению молодежи в самостоятельную социальную группу, и самоопределению ее в социально-политической сфере. Уже с начала 70-х годов XX века многие страны мира стали рассматривать молодежную политику как самостоятельное направление в государственном планировании.

На сегодняшний день в это понятие раскрывается как:

1. Неотъемлемая часть общегосударственной деятельности по поводу всестороннего развития молодежи (документы ООН);

2. Социальная деятельность молодежи по управлению развитием социальной сферой общества, направленная на удовлетворение ее интересов и потребностей, на осуществление социальной справедливости (Луке Г. А.) [5; 24];

3. Деятельность государства, политических партий, общественных объединений и других субъектов общественных отношений, имеющую целью определенным образом воздействовать на социализацию и социальное развитие молодежи, а через это – на будущее состояние общества (Ковалева А. И., Луков В. А.) [3].

4. Совокупность идей, принципов и норм, которыми руководствуются органы государственной власти и органы местного самоуправления, общественные объединения, юридические и физические лица в своей деятельности в от-

ношении молодежи, а также сама деятельность органов государственной власти и органов местного самоуправления, общественных объединений, юридических и физических лиц в отношении молодежи, направленная на создание правовых, экономических и организационных условий и гарантий для социального становления, развития и самореализации молодежи в общественной жизни (М. И. Фролова) [10].

Из этого можно сделать вывод, что понятие «молодежная политика» раскрывает, с одной стороны, различие авторских подходов к его определению, выделяя различные аспекты, а с другой – выделяет то, что молодёжная политика является неотъемлемой частью целостной государственной политики, представляющей собой систему мер и законодательных актов, направленных на создание условий и возможностей для успешной социализации, и эффективной самореализации молодежи.

Основные направления государственной молодежной политики были заложены Постановлением «Об основных направлениях государственной молодежной политики» от 3 июня 1993 года N 5090-1. В общих положениях Постановления указывается, что «государственная молодежная политика выражает в отношении к молодому поколению стратегическую линию государства на обеспечение социально-экономического, политического и культурного развития России, на формирование у молодых граждан патриотизма и уважения к истории и культуре отечества, к другим народам, на соблюдение прав человека» [2].

Государственная молодежная политика реализуется через, во-первых, обеспечение соблюдения прав молодежи и обеспечение гарантий в сфере труда и занятости молодежи, во-вторых, содействие их предпринимательской деятельности, в-третьих, поддержку молодых семей и гарантированное предоставление социальных услуг, в-четвертых, поддержку талантливой молодежи и формирование условий, направленных на физическое и духовное развитие молодежи, пятое, поддержку деятельности молодежных и детских объединений, и содействие молодежным международным обменам [2]. Таким образом, государственная молодежная политика в целом отражает стратегическую политику государства по отношению к молодежи.

В то же время она осуществляется по территориям, ведомствам, на федеральном уровне и уровне субъектов федерации, местного самоуправления, т.е. политику в отношении молодежи реализуют все структурные части государственного управления.

В Тюменской области политика в отношении молодежи регулируется Законом Тюменской области от 06 февраля 1997 года № 72 «О молодежной политике в Тюменской области», согласно которому (ст. 1) государственная моло-

дежная политика области – это система социально-экономических, политических, организационных и правовых мер, направленных на поддержку молодых граждан, молодежных и детских общественных объединений, которые осуществляются органами власти области в целях социального становления, развития детей и молодежи и наиболее полной реализации их потенциала в интересах общества [1]. Этим законом регулируется комплекс мер, принимаемых органами государственной власти области, по обеспечению прав и свобод молодых граждан, молодежных и детских объединений, государственной поддержки их в объеме целевого финансирования из средств областного бюджета, выделяемых на эти цели.

Государство как политический институт является основным регулятором рынка труда молодежи. Государственная молодежная политика в сфере занятости как на уровне государства, так и регионов направлена на создание экономических, правовых, административных мер для трудовой самореализации молодежи и создание социальных гарантий субъектам рынка труда. В свою очередь особенности формирования и развития регионального рынка труда обуславливается региональными демографическими характеристиками, особенностями занятости и функционирования рынка труда, вытекающими из уровня экономического благосостояния региона, динамикой и эффективностью производства, инвестиционной активности и привлекательности территорий, поддержки предприятий со стороны федеральных и региональных органов власти, развития социальной сферы, доступности качественного образования, возможностей самозанятости и поддержки предпринимательства т. д. [4; 219].

В последнее время Тюменская область относится к числу экономически благополучных регионов Российской Федерации. Как показывают статистические данные, в 2015 году ситуация в реальном секторе экономики и социальной сфере области характеризовалась продолжением положительных тенденций: индекс промышленного производства в Тюменской области составил 99,8% без автономных округов – 104,5% при среднем по России – 96,6%; в обрабатывающем секторе общий темп роста производства составил 113,9% при среднем по России – 94,6%; в производстве и распределении электроэнергии, газа и воды индекс производства составил 95,9 при среднем по России – 98,4 и т.д. Эти и другие факторы роста региональной экономики по данным службы Федеральной государственной статистики положительно отображаются и на ситуации на рынке труда: численность населения области увеличилась на 1 января 2016 года к среднему 2015 года на 100,5% при общем увеличении численности городского населения на 100,6% и незначительном снижении сельского. Средний возраст составляет 35,1 год: средний возраст мужчин 33,6 лет, а женщин – 36,5.

Это говорит о том, что на рынке труда Тюменской области преобладает молодое трудоспособное население в трудоспособном возрасте.

Демографические процессы в Тюменской области привели к росту показателей численности и удельного веса молодежи в составе населения области в период с 1 января 1997 г. по 1 января 2010 г. почти на 29,5 тыс. чел. (2,7%), достигнув максимальных значений в экономически благополучный 2014 г. (382,1 тыс. чел. (29,1%) [9]). Таким образом, в 1997–2015 гг. каждым третьим жителем Тюменской области был молодой человек в возрасте от 14 до 30 лет.

Молодежная политика в сфере занятости в Тюменской области формировалась и одновременно реализовывалась на протяжении многих лет Департаментами по спорту и молодежной политике, труда и занятости населения, Центрами занятости и др. государственными и общественными организациями.

За период их деятельности была создана Молодежная биржа труда (создана в 1998 году), оказывающая широкий спектр услуг по содействию трудоустройства молодежи (это консультационные услуги, проведение дней открытых дверей, экскурсий на ведущие предприятия, обучающих семинаров и курсов повышения квалификации для молодых специалистов, круглых столов для работодателей), разработаны и эффективно реализуются программы содействия занятости молодежи. Например, программа «Трудовое лето» направлена на организацию временных рабочих мест для подростков от 14 до 18 лет в период летних каникул; «Трудовой семестр» – на развитие студенческого молодежного отрядного движения; «Молодой специалист на рынке труда» – на трудоустройство выпускников учебных заведений профессионального образования; «Мир профессий» – на профессиональную ориентацию молодежи и повышение престижа рабочих профессий; «Ритм» – на обеспечение занятости ресоциализированной молодежи и др.

В области также активно развивается молодежное отрядное движение – молодежь участвовала в строительстве олимпийских объектов Сочи-2014, Форума АТЭС-2012.

В результате реализации этих программ в Тюменской области увеличились численность и уровень занятости молодежи в возрасте 15–30 лет за 1997–2015 гг. приблизительно на 42 тыс. чел. (9%), при этом более 60% рабочих мест в экономике обеспечивает сфера услуг. При том, что спрос и предложение на рынке труда области наблюдается значительный дисбаланс: потребность предприятий и организаций региона в рабочих кадрах удерживается на высоком уровне при том, что предложение остаётся на достаточно низком уровне (*рис. 1*).

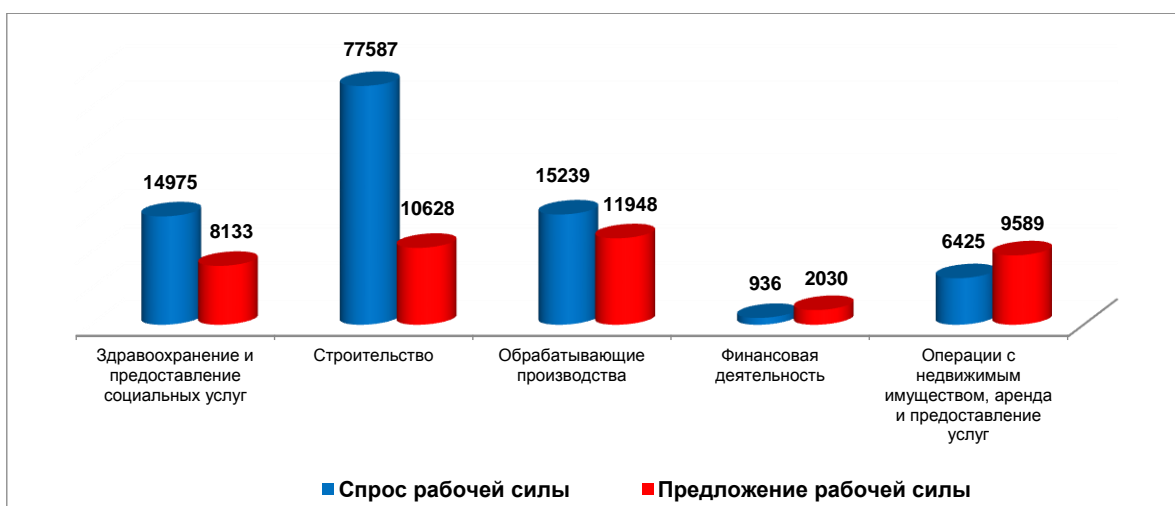


Рис. 1. Совокупный спрос и предложение рабочей силы на рынке труда Тюменской области на период 2012–2015 гг. в разрезе видов экономической деятельности, тыс. чел.

По данным на 1 сентября 2015 года основная доля заявленных вакансий приходится на строительство (35,3%); оптовую и розничную торговлю; ремонт автотранспортных средств (11,3%); государственное управление и обеспечение военной безопасности (7,9%); обрабатывающие производства (7,6%); операции с недвижимым имуществом (7,3%); образование и сельское хозяйство (по 5,4% соответственно); здравоохранение (4,9%); предоставление прочих коммунальных, социальных и персональных услуг (3,9%).

Таким образом, в Тюменской области на одного незанятого гражданина, обратившегося за содействием в поиске работы, приходится 2 вакансии, заявленные в органы службы занятости работодателями региона. Согласно прогнозам [6] данная ситуация на рынке труда Тюменской области сохранится и в ближайшие пять лет. Реализация инвестиционных проектов, появление новых отраслей (нефтепереработка, металлургия, стекольная) на территории Тюменской области также будет способствовать повышению спроса на рабочую силу и, соответственно, на увеличение существующего дефицита кадров.

С января 2015 года численность зарегистрированных безработных увеличилась на 15,4% и составила 4 тыс. 565 человек. В то же время уровень регистрируемой безработицы равен 0,7% и продолжает оставаться одним из минимальных среди регионов России. Молодежь до 25 лет среди безработных составляет 25,7%. Высокий уровень безработицы отмечался в возрастной группе 15-19 лет (26,6%) и 20-24 лет (12,4%). По сравнению с сентябрем 2014 г. уровень безработицы в возрасте 15-19 лет увеличился на 2,7 процентного пункта, в возрасте 20-24 лет уменьшился на 0,6 процентного пункта. Коэффициент превышения уровня безработицы среди молодежи в среднем по возрастной группе 15-24 лет по сравнению с уровнем безработицы населения в возрасте 30-49 лет

составляет 3,3 раза, в том числе среди городского населения – 3,9 раза, сельского – 2,4 раза.

Наибольшее количество безработных – это люди, имеющие среднее образование. Сохраняется тенденция нетрудоустроенности среди выпускников учебных заведений: за период с 1 января по 31 декабря 2015 года в органы службы занятости населения Тюменской области обратилось 436 выпускников (из них: высшего профессионального образования – 216 чел., среднего профессионального образования – 220 чел.), в том числе 394 выпускника, окончивших профессиональные образовательные организации Тюменской области в 2014–2015 гг. Зарегистрировано в качестве безработных 68 выпускников (из них: высшего профессионального образования – 18, среднего профессионального образования – 50). Следствием этого является отток молодежи как во внутренний рынок, так и во внешний.

Таким образом, в Тюменской области существует ряд проблем, которые сдерживают активное развитие региона. Для решения данных проблем необходим комплекс мер, при разработке которых особое внимание стоит уделить занятости молодежи и разработки таких механизмов поддержки молодежной занятости на уровне региона, которая бы способствовала минимизации разрыва потребности рынка труда с его образовательным сегментом; повышению конкурентоспособности молодежи по сравнению с другими возрастными группами; квотированию рабочих мест для молодежи на предприятиях государственной и муниципальной собственности; реальной поддержке молодежного предпринимательства на всех уровнях; стимулированию предприятий, создающих рабочие места для трудоустройства молодежи; поддержку самозанятости и малого предпринимательства среди молодежи. Также необходимо увеличить возможность регионов по профессиональному обучению и переобучению молодежи, согласно региональных особенностей.

Региональная политика занятости молодежи должна осуществляться преимущественно активными методами. Ее приоритетными направлениями должны быть повышение конкурентоспособности молодежи, разработка эффективного механизма интеграции молодежи в трудовую сферу, обеспечения эффективной ее занятости.

Библиографический список

1. Закон Тюменской области от 6 февраля 1997 г. № 72 «О молодежной политике в Тюменской области»: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/802033016>.
2. Постановление Верховного Совета РФ от 3 июня 1993 г. № 5090-1 «Об основных направлениях государственной молодежной политики»: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/9004367>.

3. Ковалева, А. И., Луков, В. А. Социология молодежи: теоретические вопросы. – М.: Социум, 1999. – 351 с.
4. Колесник, Е. А. Спрос и предложение на региональном рынке труда (на примере Тюменской области) / Е. А. Колесник // Математические методы и модели в управлении, экономике и социологии: Сб. науч. тр. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2014. – Вып. 8. – С. 217-227.
5. Луке, Г.А. Социальное инновационное проектирование в региональной молодежной политике. – Самара: Изд-во «Самарский университет», 2003. – 278 с.
6. Областная целевая программы «Профессиональная ориентация населения Тюменской области» на 2013-2015 гг.: [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.msetyumen.ru/doc/oblostinaya_programma.doc.
7. Стратегия государственной молодежной политики в Российской Федерации до 2016 г.: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://vmo.rgub.ru/policy/act/strategy.php>.
8. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gks.ru>.
9. Федеральная служба государственной статистики по Тюменской области: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://tumstat.gks.ru>.
10. Фролова, М. И. Формирование и реализация региональной молодежной политики в условиях трансформирующегося российского общества (на материалах Приморского края): Дис. ...канд. соц. наук. – Владивосток, 2004. – 261 с.

УДК 316.3

А. А. КОЛТУНОВА, аспирант;
Ю. И. КОЛТУНОВА, канд. соц. наук, доцент

РЕАЛИЗАЦИИ КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ ОРГАНИЗАЦИИ НА ПРИМЕРЕ УПРАВЛЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОЙ МИГРАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ ПО ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7 (3452) 41-68-67, эл. почта: qween200@mail.ru.

Ключевые слова: демографические процессы в России, миграция, механический прирост, депопуляция, миграционное сальдо, кадровая политика.

Статья посвящена изучению и анализу одного из основных демографических процессов – миграции или механическому движению населения, исследованию его основных показателей и тенденций. В статье исследованы также вопросы формирования кадров для работы с мигрантами на территории Тюменской области.

Демографические проблемы в России обсуждается давно. С середины 90-ых в стране наблюдалась убыль населения. В 2010 г. был остановлен процесс сокращения численности населения. По данным Росстата в 2012 году численность населения России впервые увеличилась и на первое полугодие 2013 г. составила 143,3 млн. человек, с этого времени численность населения России растет как за счет естественного, так и за счет механического движения и составила к началу 2016 года 146,6 млн. чел. [3]

Увеличение численности населения при сохраняющейся естественной убыли до 2010 года было обеспечено миграционным сальдо. В 2013 году по

данным Росстата Россия впервые преодолела естественную убыль населения. Однако динамика изменения естественного прироста демонстрирует превышение рождаемости над смертностью только в нескольких федеральных округах России, в том числе и Тюменской области.

Тюменская область, обладая высоким экономическим потенциалом, достойным уровнем благосостояния населения, особенным географическим положением и развитыми межрегиональными и внешнеэкономическими отношениями, является привлекательным регионом для внутренних мигрантов и мигрантов из дальнего и ближнего зарубежья.

Миграция представляет собой важнейшую проблему регионального воспроизводства населения и рассматриваются не только как простое механическое передвижение людей, а как сложный общественный процесс, затрагивающий многие стороны социально-экономической жизни [7, 8].

Из всех регионов Уральского Федерального округа на долю Тюменской области ежегодно приходится до 45% прибывших мигрантов от всего количества прибывшего населения в УРФО. Однако в разрезе автономных округов наиболее привлекательным является именно юг области, на территории которого наблюдается устойчивый миграционный прирост населения [2].

Миграционный прирост в 2014 году составил 12,1 тыс. человек, в том числе 7 тысяч за счет передвижения населения в пределах России, а 5,1 тыс. за счет миграционного обмена с зарубежными странами [3]. Проблемы миграции стоят достаточно остро в Тюмени и Тюменской области, поэтому наше внимание было обращено на работников Управления федеральной миграционной службы по Тюменской области как к людям, которые несут бремя трудоустройства и адаптации работников на территории области.

Территориальный орган Федеральной миграционной службы России – Управление Федеральной миграционной службы по Тюменской области был создан в 2006 году. Создание Управления явилось реализацией положений Указа Президента РФ и приказа директора ФМС России.

С 1 января 2006 года началась деятельность Управления. В его состав переданы все паспортно-визовые подразделения органов внутренних дел области, а также Управление по делам миграции ГУВД Тюменской области.

В Управлении проводится достаточно активная кадровая политика, направленная на формирование высокопрофессионального кадрового состава. В соответствии с п. 6 Положения указа Президента Российской Федерации от 1 февраля 2005 г. № 112 проводится конкурс на замещение вакантных государственных должностей государственной службы.

26 декабря 2015 г. проводилось анкетирование среди совокупности работников Управления федеральной миграционной службы по Тюменской обла-

сти в количестве 20 человек. К анализу приняты все 20 заполненных анкет (100%). Цель исследования: выявить основные мотивации работников.

Результаты анкетирования изображены с помощью *рисунков 1-3*, представленных ниже.

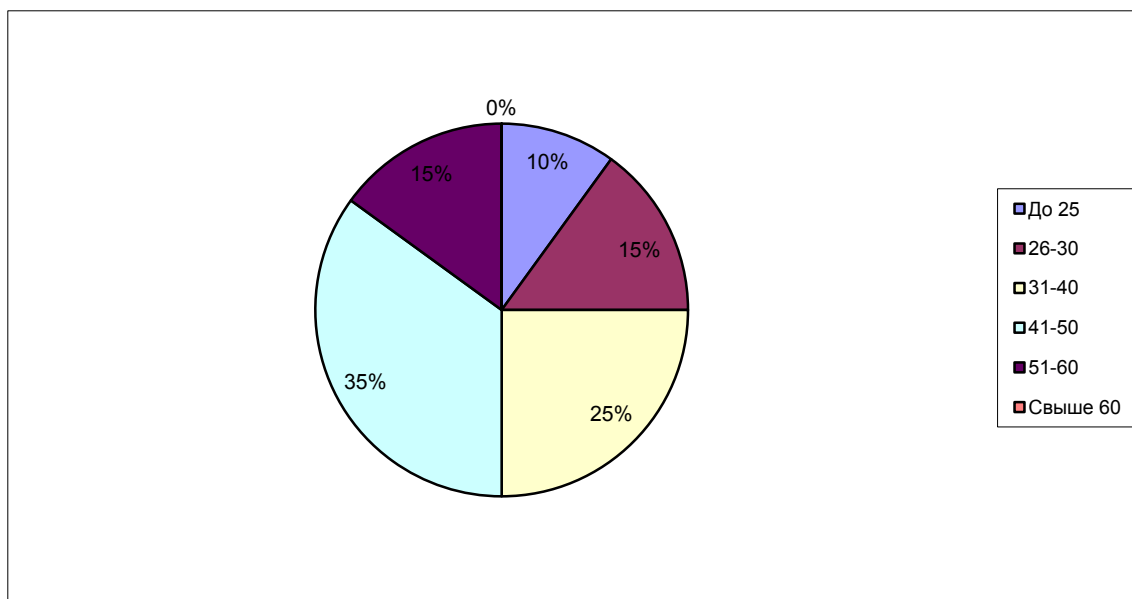


Рис. 1. Возрастная структура опрошенных респондентов УФМС по Тюменской области, %

Как видим из полученных результатов, основная масса среди опрошенных сотрудников УФМС по Тюменской области в возрасте от 41 до 50 лет, они составляют 35% в общей структуре, что говорит о достаточно зрелом коллективе организации. Наименьшую долю в данной структуре составляют сотрудники в возрасте до 25 лет (общая их доля 10%).

Все-таки большинство сотрудников УФМС по Тюменской области ответили, что главным для них являются материальные стимулы (60% среди опрошенных в общей структуре). 40% опрошенным важна моральная составляющая мотивации.

Таким образом, по результатам исследования можно сделать вывод о том, что большинство опрошенных от данного места работы хотят получить достойное материальное вознаграждение (доля этих людей составляет 30% среди опрошенных), но также важно для сотрудников иметь стабильное место работы (25% сотрудников так ответили на вопрос). 15% среди опрошенных хотят карьерного роста, хороший коллектив или престиж компании.

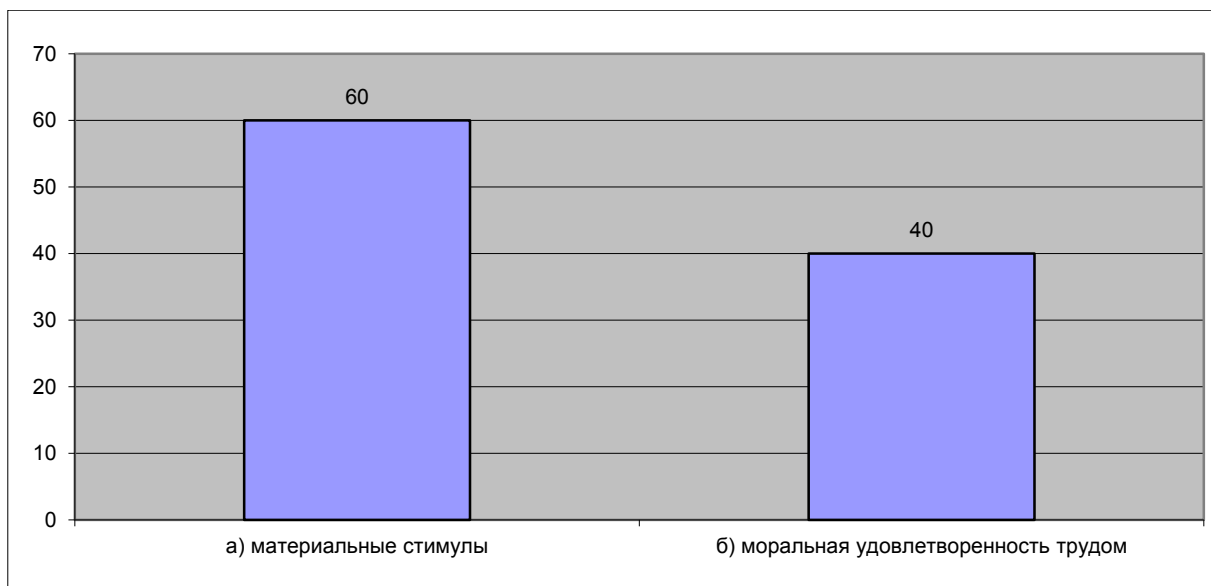


Рис. 2. Результаты анкетирования по важнейшей составляющей мотивации в УФМС по Тюменской области, %

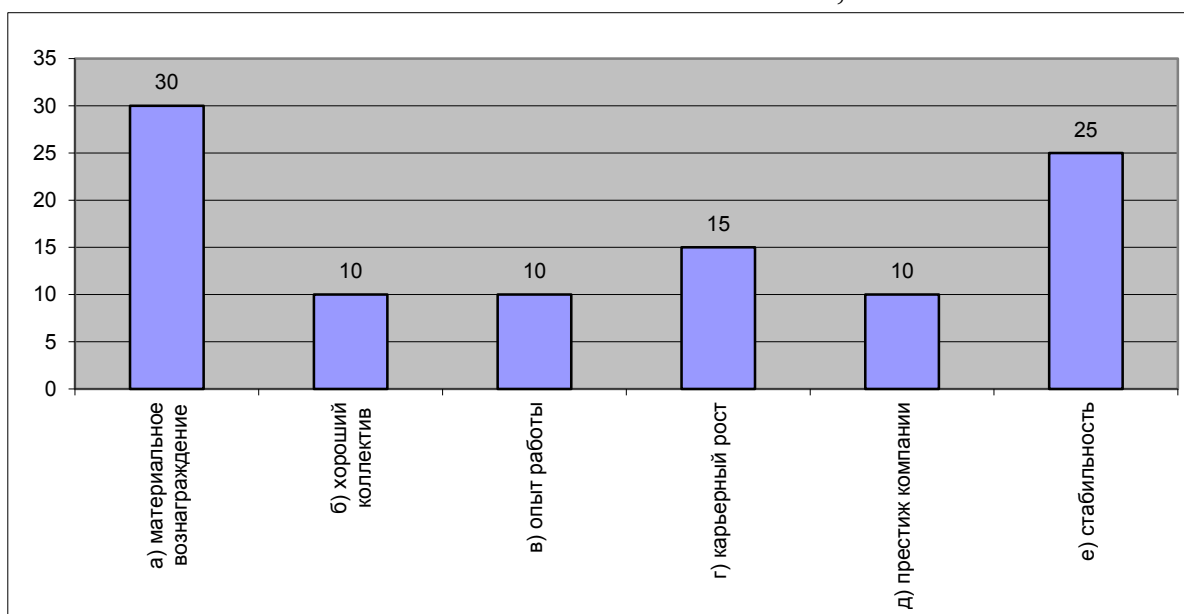


Рис. 3. Результаты анкетирования по цели от работы в коллективе УФМС по Тюменской области, %

Кроме того, в Управлении разработаны квалификационные требования к кандидатам, поступающим на государственную гражданскую службу, в соответствии с которыми они и могут принимать участие в конкурсе. Все эти мероприятия направлены на создание высокопрофессионально коллектива для регулирования миграционных процессов в Тюменской области.

Библиографический список

1. Колтунова, Ю. И., Алиева, С. Э. Добровольческая деятельность как важный социальный элемент // Математические методы и модели в управлении, экономике и социологии Сб. науч. тр. – Тюмень, 2015. – С. 164-167.

2. Махмудова, М. М. Миграционные процессы в Тюменской области: анализ современных тенденций и возможностей управления // Вопросы управления. – 2015. – № 1 (13). – С. 131-136.

3. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Тюменской области: [Электронный ресурс] – Режим доступа: tumstat.gks.ru (дата обращения: 01.03.2016).

4. Скок, Н. И. Десять лет спустя // Социальное развитие региона: Мат. Всеросс. научно-практ. конф. – Тюмень, 2009. – С. 11-14.

5. Ткачева, Н. А., Фокина, А. Б. Влияние миграции на формирование человеческого потенциала в арктическом и субарктическом регионах // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-2. – С. 44.

6. Павлинова, О. С., Калинина, А. В. Реализация программы переселения соотечественников на примере юга Тюменской области // Академический вестник. – 2014. – № 2 (28). – С. 400-405.

7. Устинова, О. В., Пилипенко, Л. М. Влияние миграционных процессов на социально-экономическую ситуацию в Тюменской области // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – С. 1588.

8. Устинова, О. В., Чуприна, Е. В. Анализ миграционных процессов в Тюменской области // Актуальные вопросы образования и науки: Сб. науч. тр. Междун. научно-практ. конф. – Тамбов: ООО «Консалтинговая компания Юком», 2014. – С. 127-129.

УДК 314

А. Д. КРЮЧЕНКОВ, студент;
Л. Л. ПАВЛОВА, канд. экон. наук, доцент

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ЯНАО: УГРОЗЫ И БЕЗОПАСНОСТЬ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7 (3452) 41-68-67, эл. почта: pavlova68@yandex.ru.

Ключевые слова: демографическая ситуация в ЯНАО, рождаемость, коэффициент рождаемости, демографическая политика ЯНАО.

В статье рассматривается демографическая ситуация в муниципальных образованиях Ямало-Ненецкого автономного округа, определены угрозы и условия демографической безопасности в регионе.

Благополучная финансовая ситуация в Ямало-Ненецком автономном округе, преимущественно молодая структура населения, высокая занятость населения, действенность социальных программ, создают благоприятные условия для демографической безопасности в регионе. Ведь именно высокие показатели рождаемости населения отражают положительное экономическое и социальное развитие региона страны [1, 3, 6].

Судя по статистическим данным о рождаемости в ЯНАО за первое полугодие 2014 и 2015 гг. (таб. 1, рис.1) видим, что в целом рождаемость по округу снизилась в 2015 г. на 0,8%. Но в разрезе муниципальных образований есть по-

ложительная динамика, ее демонстрируют г. Муравленко, там рост рождаемости за первое полугодие 2015 г. по сравнению аналогичным периодом 2014 года, составил 5,1%, а также рост рождаемости наблюдается в Тазовском районе – на 9,6%, в Шурышканском районе на 8,7%, Пуровском районе – 3,6%, Надымском районе – на 2,1%.

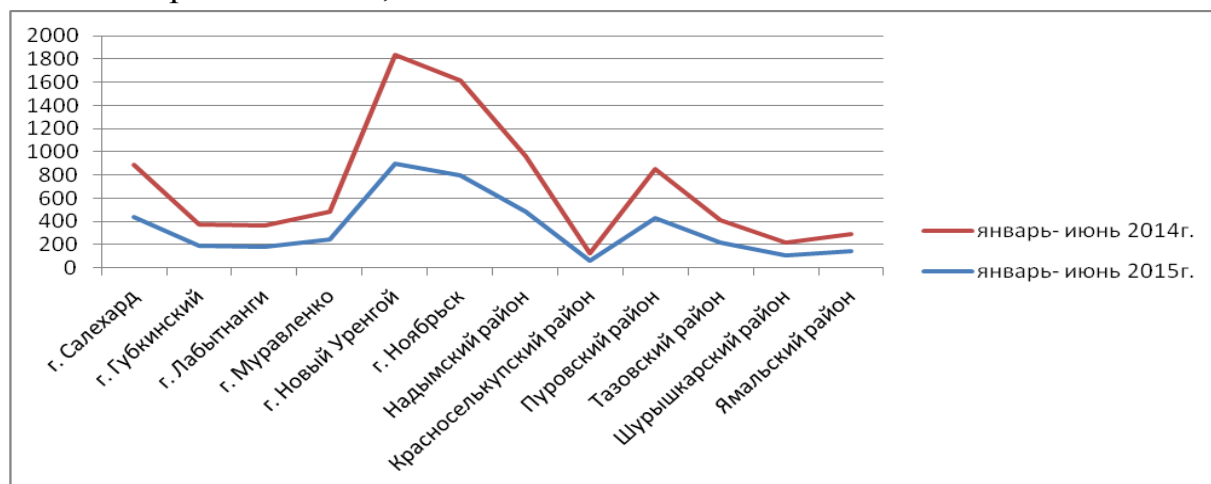


Рис. 1. Показатели рождаемости в ЯНАО, первое полугодие 2014, 2015 гг.

В 2015 на Ямале оформлено 4433 актов о рождении детей. В 5-ти из 13-ти муниципальных образований автономного округа, по сравнению с аналогичным периодом прошлого года, наблюдается увеличение числа родившихся детей.

Таблица 1

Оценка рождаемости в автономном округе.

	январь-июнь 2015 г.	январь-июнь 2014 г.	2015 г. в % к 2014 г.
Ямало-Ненецкий автономный округ	4433	4469	99,2
г. Салехард	441	448	98,4
г. Губкинский	186	187	99,5
г. Лабытнанги	180	183	98,4
г. Муравленко	249	237	105,1
г. Новый Уренгой	902	937	96,3
г. Ноябрьск	795	818	97,2
Надымский район	486	476	102,1
Красноселькупский район	62	63	98,4
Приуральский район	163	170	95,9
Пуровский район	432	417	103,6
Тазовский район	216	197	109,6
Шурышкарский район	112	103	108,7
Ямальский район	147	147	100

Снижение числа родившихся детей по отношению к показателям 1 полугодия зарегистрировано в 8-ми муниципальных образованиях автономного округа.

Коэффициент рождаемости в расчете на 1000 населения в 1 полугодии 2015 года составил 16,5‰, что ниже показателя за 1 полугодие 2014 года на 1,2% (1 полугодие 2014 года – 16,7‰). При этом коэффициент рождаемости в автономном округе выше показателя по Уральскому Федеральному округу на 13,0% (14,6%) и в целом по России на 28,9% (12,8%).

По информации ЗАГСа Ямало-Ненецкого автономного округа, количество малышей, рожденных в 2016 году, будет меньше, чем в 2015 году.

Ямало-Ненецкий автономный округ входит в пятерку лидеров российских регионов по высокому уровню рождаемости. На Ямале более чем где либо, стало рождаться вторых, третьих и четвертых детей в семье. Доля таких деток превышает 60% от общего количества новорожденных [2].

Такое положение дел стало возможно благодаря проводимой на Ямале демографической политике. Окружные власти разработали комплексную программу по улучшению демографической ситуации, рассчитанную на три года (2014-2016) и реализуют план мероприятий по улучшению демографической ситуации до 2016 года. Данная программа заключается в следующем:

1. Мероприятия, направленные на снижение смертности и травматизма населения:

- снижение уровня смертности и травматизма населения в результате дорожно-транспортных происшествий;

- снижение уровня смертности населения от сердечно — сосудистых и социально значимых заболеваний;

- снижение смертности и травматизма от несчастных случаев на производстве, профилактика и своевременное выявление профзаболеваний;

- мероприятия, направленные на снижение смертности и травматизма при пожарах и иных чрезвычайных ситуациях.

2. Мероприятия, направленные на создание условий для мотивации к ведению здорового образа жизни, сохранения и укрепления здоровья населения.

3. Мероприятия, направленные на повышение рождаемости, поддержку семей, имеющих детей, обеспечение законных прав и интересов семьи и детей:

- повышение доступности и качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, подготовка их к родам;

- профилактика и раннее выявление нарушений в состоянии здоровья детей и подростков;

- развитие системы социальной поддержки семьи в связи с рождением и воспитанием детей;

- содействие трудовой занятости различных категорий граждан;
- укрепление института семьи, популяризация семейных ценностей;
- профилактика семейного неблагополучия и социального сиротства, обеспечение защиты прав и законных интересов детей;
- мероприятия, направленные на расширение сферы социальных услуг для семей с детьми [7, 8, 9].

4. Мероприятия, направленные на повышение миграционной привлекательности региона [4, 5].

5. Информационно-аналитическое обеспечение проведения демографической политики.

Для автономного округа характерен низкий уровень смертности населения (табл. 2). В 1 полугодии 2015 года число умерших составило 1 509 человек, но все же мы можем наблюдать увеличение уровня смертности, относительно прошлых лет. Не так давно СМИ трубили о высоких показателях естественного прироста населения ЯНАО. По состоянию на август 2015 года в регионе проживало 538 тысяч человек, естественный прирост за 7 месяцев 2015 года составил почти 3,5 тыс. человек. При этом данные Росстата говорят о том, что в Ямало-Ненецком округе на каждую 1000 родившихся приходится 6,5 детских смертей. Эти цифры самые высокие в УрФО.

Таблица 2

Оценка смертности населения в автономном округе

	январь-июнь 2015 г.	январь-июнь 2014 г.	2015 г. в % к 2014 г.
Ямало-Ненецкий автономный округ	1509	1347	112,0
г. Салехард	146	132	110,6
г. Губкинский	52	39	133,3
г. Лабытнанги	114	92	123,9
г. Муравленко	63	74	85,1
г. Новый Уренгой	194	216	89,8
г. Ноябрьск	292	256	114,1
Надымский район	178	141	126,2
Красноселькупский район	28	24	116,7
Приуральский район	85	73	116,4
Пуровский район	173	118	146,6
Тазовский район	75	66	113,6
Шурьшкарский район	47	44	106,8
Ямальский район	62	72	86,1

Снижение числа умерших по сравнению с 1 полугодием 2014 года наблюдается в 3-х муниципальных образованиях автономного округа.

В 10-ти муниципальных образованиях автономного округа смертность в 1 полугодии 2015 года по сравнению с 1 полугодием 2014 года увеличилась.

Коэффициент смертности в автономном округе в 1 полугодии 2015 года составил 5,6‰, что выше показателя за 1 полугодие 2014 года на 12,0% (1 полугодие 2014 года – 5,0‰). Коэффициент смертности населения в автономном округе ниже, чем в Уральском Федеральном округе в 2,3 раза (показатель составил 13,0‰) и в целом по России в 2,4 раза (показатель составил 13,6‰).

Среди демографических угроз в ЯНАО выявлено увеличение смертности на 12% в 2015 году.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что на протяжении первого полугодия 2015 года по сравнению с аналогичным периодом 2014 года, рассмотренные демографические показатели характеризуются снижением числа рожденных на 0,8%, увеличением смертности на 12%. Естественный прирост населения, составил 2924 чел. На снижение числа родов в округе могло повлиять, на нашему мнению, общая экономическая и геополитическая напряженность как в стране, так и в мире.

Библиографический список

1. Мелкова, Е. Ю. Состояние демографических процессов: результаты научных исследований // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=19521>.

2. Страницы истории Ямала в архивных документах: Мат. регион. научно-практ. конференции. – Салехард, 2015. – 203 с.

3. Устинова, О. В. Российская государственная демографическая политика: проблемы и перспективы управления воспроизводством населения // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология. – 2014. – № 3. – С. 135-142.

4. Устинова, О. В., Пилипенко, Л. М. Влияние миграционных процессов на социально-экономическую ситуацию в Тюменской области // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – С. 1588.

5. Устинова, О. В., Чуприна, Е. В. Анализ миграционных процессов в Тюменской области. / Актуальные вопросы образования и науки: Сб. науч. тр. междун. научно-практ. конф. Тамбов: ООО «Консалтинговая компания Юком», 2014. С. 127-129.

6. Черепанова, В. Н., Устинова, О. В. Государственное управление воспроизводством населения // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/121-18313>.

7. Ustinova, O. V. An Investigation into the Motives Behind the Reproductive Conduct of the Ural Federal District Scopus // World Applied Sciences Journal. 31 (5): 910-914, 2014. – p. 910-914.

8. Ustinova, O. V., Khairullina N. G. Family and marriage values devaluation as the reason of decrease in birth rate. Scopus. // Life Sci J, 2014. 11(8s) – p. 469-472.

9. Ustinova, O. V. Deformation of values system as a reason of demographic crisis in Russia. Scopus. // Life Sci J. 2014; 11(8s). – p. 465-468.

ВЛИЯНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ НА МОЛОДЕЖНЫЙ РЫНОК ТРУДА В УСЛОВИЯХ КРИЗИСА

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7 (3452) 41-68-67, эл. почта: bml155@mail.ru.

Ключевые слова: демография, рынок молодежного труда, мобильный труд; занятость населения; кризис; мультилокальный образ жизни; информационные технологии обеспечения трудовой занятости.

Рассматриваются проблемы влияния демографических факторов на рынок трудовой занятости населения в условиях кризиса. Выявлены основные факторы, определяющие молодежную занятость в современных российских условиях и в ближайшей перспективе. Показано, что в структуру управленческих решений, ориентированных на обеспечение занятости населения, в условиях кризиса, должны быть интегрированы действия, стимулирующие развитие мобильного труда и решены вопросы их ресурсного обеспечения.

В условиях продолжающегося экономического кризиса в России и соответственного снижения темпов экономического развития наблюдается повсеместное сокращение трудовой занятости населения. Эти процессы затрагивают все возрастные группы, но ситуация на молодежном рынке труда не является однозначно определенной.

Ретроспективный анализ демографических параметров, характеризующих рождаемость в Российской Федерации за последние два десятилетия констатирует снижение численности населения трудоспособного возраста, и эта тенденция сохранится на длительный период. По данным независимых исследователей [1], при постоянном уровне рождаемости 1.5 в условиях нулевой нетто-миграции, численность населения в трудоспособном возрасте (20-60) в течение ближайших 40 лет может сократиться с 90 до 60 млн. чел., т. е. на треть. При этом сокращение общей численности населения произойдет только на 20%.

Рассмотрим в этой связи сложившееся на рынке труда положение с точки зрения распределения числа занятых по возрастным группам. Результаты анализа показывают, что в производственном секторе экономики, и особенно в машиностроении, преобладают работники старших возрастных групп. А молодежь более ориентирована на работу в сфере услуг, информационных технологий, электронной коммерции и других отраслях виртуальной экономики.

Констатируя, что сферы интересов молодежи на рынке труда ориентированы на отрасли, являющиеся определяющими в стратегии инновационного развития государства, нужно отметить наличие, как минимум двух объективных тенденций.

Во-первых, естественный процесс старения работников, занятых в производственной сфере, и выход их на пенсию, ставит на повестку дня вопросы их поэтапного замещения.

Во-вторых, низкий уровень рождаемости в девяностые годы прошедшего столетия привел к резкому сокращению числа молодых работников, готовых прийти на смену выбывающим. Демографическая статистика последних 20 лет показывает [2], что до 1988 года ежегодно рождалось около 2,4 млн. детей, затем наблюдается существенное снижение ниже 2 млн., (1989 г. – самый низкий за этот период показатель – 1,2 млн.) с последующим постепенным ростом, приближающимся к 2млн. в последние годы (2015 г. – 1,94 млн.).

В результате этого, даже в условиях проявления кризисных явлений, наблюдаемых в настоящее время, вызывающих сокращение персонала на многих предприятиях различных сфер экономики и перевода работников на неполную занятость, имеет место дефицит рабочих и инженерных кадров по многим специальностям. Между тем, многие тенденции, характеризующие рынок труда в современном обществе, возникли не в связи с кризисом 2014–2015 г.г. Эти закономерности имеют повсеместное проявление и особенно наглядно видны при рассмотрении ситуации на молодежном рынке труда.

Во всем мире постоянно увеличивается число молодых людей, которые не могут найти постоянную работу. Они вынуждены искать временную работу, заниматься различными видами мобильного труда, ориентироваться на образ жизни, который характеризуется понятием «мультилокальный», предусматривающий, зачастую, отрыв работников от мест постоянного проживания. Социально-трудовые отношения в такой ситуации потенциально приобретают тенденции к нестабильности и ненадёжности. В условиях кризиса проявляются три основные стратегии поведения работников. Первая из них характеризуется пассивной, выжидательной позицией. Вторая – предполагает различные формы социально-экономической адаптации, в разной степени связанные с использованием профессиональных качеств и временных вариантов дополнительной занятости. Третья стратегия ориентирована на стремление сохранить имеющиеся позиции путем отстаивания гражданских прав.

Развитие инфраструктуры мобильного труда способствует смещению приоритетов работников в пользу второй стратегии, которая является конструктивной с точки зрения обеспечения как социальной стабильности на территории, и позволяет привлечь на рынок дополнительно часть незанятого экономически активного населения: работников с неполной занятостью, молодежь, в том числе и проходящую обучение в системе высшего и профессионального образования, лиц, выполняющих домашние обязанности, другие категории трудоспособных лиц.

Исследования ряда социологов показывают, что молодежь, при всех существующих проблемах с трудоустройством, не попадает в число самых уязвимых групп населения, более того, зафиксировано, что чем моложе человек в России, тем лучше его материальное положение. Такая ситуация объясняется тем, что молодым по силам использовать самые активные стратегии приспособления: осваивать новые профессии, находить дополнительные заработки, менять место жительства и виды деятельности [3, 4, 5].

При этом оказывается, что традиционно используемые в исследованиях такого рода индикаторы: фактический уровень безработицы, доля боящихся увольнения и другие подобные приметы нестабильности не всегда адекватно описывают положение с молодежной занятостью, поскольку трудовые стратегии молодёжи и в докризисные времена не отличались постоянством. Зачастую молодежь вообще предпочитает откладывать начало своей трудовой деятельности до тех, пор пока не найдут достойного, на их взгляд, места, и даже те, кто работает, открыты новым предложениям.

В результате происходит определенного рода переформатирование структуры трудовой занятости, фиксируемое в течение последнего десятилетия западными и отечественными социологами. Работы Клауса Дёрре в Германии, З. Т. Голенковой в России, ряда японских социологов, констатируют появление и рост новой стратификационной группы, называемой термином «прекариат» – от англ. «precarious» (нестабильный). В прекариат, по мнению аналитиков [6], входят группы индивидов, которые независимо от размера их дохода, образования, самоидентификации и других характеристик, не имеют формальной занятости, т. е. не имеют стабильного положения на рынке труда и гарантий занятости и это не становится для них трагедией.

Результаты исследования мотивов занятия мобильным трудом показывают, что работа в отрыве от места постоянного проживания, например, вахтовым методом, привлекает, в первую очередь, более высоким уровнем оплаты труда. Одновременно растет и потребность в работниках различных специальностей не только в районах нового освоения, но и в крупных мегаполисах. Практика показывает, что существуют проблемы в поиске работников для магазинов Москвы, Санкт-Петербурга и других крупных городов - только в столице на сегодняшний день по данным 2015 г., открыто более 60 тысяч вакансий. Жители маленьких отдаленных городков, готовы трудиться на этих работах, т.к. на местах существуют проблемы с трудоустройством. Решением такого рода проблем сегодня занимаются, как правило, на уровне некоммерческих организаций.

Кроме вышеназванных профессий, числу наиболее популярных вакансий вахтового метода работы относятся строители, водители, разнорабочие, укладчики дорог, врачи, технические специалисты. По многим параметрам схожа с

вахтовой сезонная работа – большинство вакансий здесь принадлежит к сфере туризма: гиды, администраторы туркомплексов, официанты, инструкторы по сплавам, подсобные рабочие, и т.д. Требования к квалификации здесь заметно ниже, но по-прежнему большое внимание уделяется ответственности работников и их способности выносить длительные нагрузки

Вышеприведенные примеры показывают, что в для обеспечения нормативного функционирования большого количества предприятий разных сфер деятельности, в современной российской действительности, необходимо налаживание действенной системы взаимоотношений между заинтересованными в персонале различной квалификации работодателями и все возрастающей армией реальных и потенциальных работников, готовых к участию в различных формах мобильного труда [7]. Важным условием реального обеспечения возможностей такого взаимодействия является использование современных информационных технологий для формирования баз данных работников, заинтересованных в участии в мобильных формах организации труда.

Крупные компании, в первую очередь из добывающих отраслей, традиционно использующих вахтовый труд, такие базы данных на работников профильных специальностей безусловно имеют. Между тем масштабное распространение потребности в мобильном труде, формируемой представителями российского прекариата, поднимает эту проблему на новый уровень.

Распоряжением Правительства РФ от 24.04.2014 № 663-р утвержден план мероприятий по повышению мобильности граждан РФ на 2014–2018 г.г., предусматривающий совершенствование правового регулирования трудоустройства граждан за пределами места постоянного проживания, совершенствование информационно аналитического обеспечения общероссийской базы вакансий в сети интернет, работающей, в том числе, и в интерактивном режиме, меры по развитию рынка арендного жилья и других элементов инфраструктуры, необходимой для развития мобильности граждан. Этим же документом широко известному интернет-порталу «Работа в России» предполагается придать законодательно закрепленный статус общероссийской базы вакансий, утвердить порядок ее формирования и ведения. Но существенного изменения ситуации, в связи с работой в рамках данной программы действий до настоящего времени не наблюдается.

Рассматривая процессы трудовой мобильности, как элемент системы улучшения положения с занятостью населения, нужно отметить, что на перемещение трудовых ресурсов оказывают влияние комплекс факторов, характеризующих, в том числе, степень информированности индивидуумов о возможных вариантах мобильности (наличие достоверной информации о вакантных рабочих местах и условиях их замещения), легкость мобильности с точки зре-

ния потенциальных затрат на перемещение и использование наработанных организационных форм такого рода работ (например, активизация в молодежной среде движения по созданию студенческих строительных отрядов, переживающего в настоящее время активную фазу развития).

Учитывая имеющийся опыт масштабного применения вахтовых форм организации трудовой деятельности в Тюменской области, можно утверждать, что в условиях продолжающихся кризисных явлений в социально-экономической жизни страны, развитие мобильных форм труда может существенно улучшить ситуацию с трудовой занятостью основных возрастных групп, и тем самым способствовать решению проблем кадрового обеспечения при реализации перспективных проектов в регионе.

Библиографический список

1. Помазкин, Д. В. Влияние на рынок труда изменений половозрастной структуры: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://riss.ru/demography/demography-science-journal/5283> (дата обращения: 10.03.2016).
2. Демография. Официальные данные Росстат: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gks.ru> (дата обращения: 10.03.2016).
3. Хайруллина, Н. Г. Социологические исследования профессиональной ориентации молодежи в условиях демографического спада // Образование и общество: Сб. науч. ст. – М.: Ин-т социологии РАН, 2009. – С. 180.
4. Хайруллина, Н. Г. Социальные аспекты устойчивого развития Тюменской области. // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2014. – № 3 (42). – С. 74-80.
5. Устинова, О. В., Гарабажий, В. А. Ценностные ориентации студенческой молодежи. // Вестник Казанского государственного технического университета им. А.Н. Туполева. – 2010. – № 4. – С. 203-205.
6. Голенкова, З. Т., Голиусова, Ю. В. Новые социальные группы в современных стратификационных системах глобального общества // Социологическая наука и социальная практика. – 2013. – № 3. – С. 5-15.
7. Лихтенштейн, Б. М. Система организации мобильного труда как канал инициирования процессов социальной мобильности в условиях кризиса // Социальные вызовы и ограничения новой индустриализации в регионах России: Мат. IV Тюменского социологического форума. – Тюмень: Ин-т социологии РАН, 2015. – С. 207-211.

УДК 37.016:502

**А. Н. ЛОБАНОВ, преподаватель
МБОУ СОШ № 2, г. Ханты-Мансийск**

ЭКОЛОГИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАНИЯ: ПРОГНОЗЫ И ДОСТИЖЕНИЯ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7 (3452) 41-68-67, эл. почта: lobanov86@yandex.ru.

Ключевые слова: экология, экологизация образования, образование для устойчивого развития, здоровьесберегающая среда, практикоориентированность.

В статье рассматривается экологизация образования как современный тренд образовательной политики. Представляется опыт конкретной образовательной организации в решении задачи экологизации образования.

Экологизация образования – новый тренд образовательной политики в нашей стране. Его можно трактовать совершенно по-разному: с одной стороны, это новый вектор развития образования в области экологии в широком понимании; с другой, это направленность деятельности образовательной организации в области сбережения, наращивания и защиты человеческих ресурсов. В данном случае под человеческими ресурсами понимается «психофизиологический потенциал обучающихся, его пределы и возможности» [1, с. 18]. Именно в этом контексте можно рассматривать образование как контрагент для устойчивого развития.

В начале XIX века французский исследователь Жан-Батист Ламарк пришёл к неутешительному и, как оказалось, достаточно прогностичному высказыванию, что «...назначение человека как бы заключается в том, чтобы уничтожить свой род, сделав Земной шар непригодным для обитания». Эта мысль была убедительно подтверждена в 1992 году конференцией ООН по окружающей среде и подписанном 182 странами документе «Повестка XXI века». Ключевой идеей этого международного акта была констатация факта, если экономическое развитие будет развиваться по-прежнему сценарию, с наращиванием загрязнения окружающей среды, то последствиями этого процесса станет ухудшение здоровья не только нынешнего, но и последующих поколений людей.

Базовым содержанием этого документа были следующие положениями: в центре внимания дальнейшего экономического развития должны быть люди, которые имеют право на здоровую и плодотворную жизнь в гармонии с природой; охрана окружающей среды не должна рассматриваться отдельно от экономического развития; загрязнение среды в городах обуславливает чрезмерную заболеваемость и смертность; важнейшей задачей является оценка рисков для здоровья, связанных с загрязнением и вредным воздействием; рассмотрению подлежат демографические тенденции и степени угрозы населению, проживающему в экологически уязвимых районах, в том числе в нефтедобывающих. Последнее указанное положение особо актуально для нашего региона – Тюменской области и ХМАО-Югры.

В этом стратегически важном для цивилизации документе был поставлен акцент на образовании как на важнейшем инструменте устойчивого развития, причём вопросы устойчивого развития должны стать неотъемлемым элементом всех дисциплин и включаться во все учебные программы [7, с. 199-204], что, несомненно, находит отражение и в практике нашей образовательной организации.

МБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 2» г. Ханты-Мансийска – одна из многих образовательных организаций города, реализующих инновационные проекты в образовании. За плечами школы большой опыт работы в области создания здоровьесберегающей среды. Результаты опытно-экспериментальной деятельности педагогического коллектива, уникальные образовательные технологии известны не только в ХМАО, Тюменской области, в образовательном пространстве России, но и за рубежом. Опыт школы многократно представлялся профессиональному сообществу [3; 4; 5]. По результатам опытно-экспериментальной работы школа неоднократно становилась Победителем Всероссийского конкурса «Школа – территория здоровья», обладателем гранта губернатора «Лучшие образовательные учреждения ХМАО-Югры» в номинации «Сохранение и укрепление здоровья учащихся», обладателем премии Главы г. Ханты-Мансийска в номинации «Лучшие образовательные учреждения г. Ханты-Мансийска, внедряющие инновационные программы».

Более восьми лет коллектив школы работал над решением актуальной проблемы оптимизации качества жизни школьников под патронажем научного консультанта, профессора Н. А. Голикова. Достижения коллектива представлены в более полутора сотни публикаций наших коллег в сборниках, рецензируемых журналах, монографиях. Для вовлечения учителей в инновационную деятельность были созданы условия для самореализации в поле их персональных профессиональных интересов, связанных с концепцией развития школы. Реализация, как основного школьного проекта, так и малых инновационных программ объединила не только прогрессивно мыслящих педагогов – инноваторов, но и вовлекло в практическую реализацию основных идей весь коллектив. Одним из важнейших направлений реализации программы развития стала и идея воспитания экологической культуры, которая становится важнейшим механизмом оптимизации качества жизни.

Под качеством жизни воспитанников Н. А. Голиков понимает комплексный социально-психологический феномен, сущность которого заключается в особом отношении субъекта деятельности и общения к окружающему миру, месту своей личности в нём, выражающемся в стремлении (или отсутствии такового) взаимодействовать, преобразовывать, совершенствовать, функционировать в различных сферах жизнедеятельности, удовлетворять персональные потребности [2]. Внутри этого понятия заложена и идея природосообразного поведения человека, и идея самореализации без ущерба для окружающей среды. Важнейшим моментом в этом процессе является формирование гражданской позиции молодого человека в отношении своего здоровья как ресурса для возрождения страны [6].

Учителя-предметники химии, биологии, географии, педагоги начальных классов разработали инновационные мини-проекты экологической направленности, которые успешно реализованы на основе системно-деятельностного подхода. Многие годы в качестве эффективных педагогических инструментов выступает проблемно-исследовательский метод обучения, метод проектов, технология проблемно-диалогического обучения и др. Это позволяет приобрести качественный опыт реализации ключевых принципов, заложенных в новых федеральных государственных образовательных стандартах (ФГОС).

Практикоориентированность образования реализуется и посредством внеклассных проектов. Например, созданное экологическое сообщество детей «Экос», объединяет несколько десятков активистов. Разработана и используется экологическая тропа «Самаровская тропинка» (в микрорайоне Ханты-Мансийска «Самарово», где располагается школа). Проведено озеленение пришкольной территории. Создана руками детей и педагогов дендрологическая площадка. Отмечается нарастание интереса школьников к участию в массовых природоохранных акциях: За чистоту «Острова древних кедров», «Живи родник», «Чистый город», «Весна и птицы», «Посади свое дерево».

Силами учащихся был очищен и восстановлен один из родников города. Эти факты являются подтверждением правильного выбора пути формирования экологического самосознания, экологической культуры и педагогически грамотного, психологически выверенного управления деятельностью учителей. Это гражданский проект, объединивших взрослых и детей, важная точка пересечения интересов. «Контрольной точкой» этого масштабного экологического проекта стало общественное признание результатов со-деятельности, творчества детей и взрослых – школа награждена знаком «Кедровая ветвь – 2014» престижного муниципального экологического конкурса предприятий и учреждений г. Ханты-Мансийска, дипломом «Самый благоустроенный двор».

Практикоориентированность образования в комплексе с развитием исследовательской культуры обучающихся засвидетельствовано результатами участия школьников в научных конференциях, конкурсах исследовательских проектов экологической направленности. Только за последние три года получено 14 дипломов призеров и победителей муниципального, регионального, в том числе 5 дипломов Всероссийских, 2 международного конкурсов. «Юные исследователи, представляя свои проекты, готовы к научной дискуссии, конструктивному диалогу, корректной защите результатов своих исследований. Это именно те компетенции, которые сегодня востребованы обществом, заказаны образовательной организацией государством» [8, с. 88].

Библиографический список

1. Голиков, Н. А. Профессиональные затруднения преподавателей высшей школы и их коррекция: Монография – М.: Экшен, 2007. – 240 с.
2. Голиков, Н. А. Качество жизни детей: социальные технологии оптимизации // Образование и общество. – 2011. – № 2. – С. 65-70.
3. Голиков, Н. А. Социально-психологическое сопровождение деятельности педагога: условия, способы, технологии реализации // Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования. – 2004. – № 2. – С. 210-219.
4. Голиков, Н. А. Проблемы социализации личности в условиях инновационных образовательных учреждений // Философия образования. – 2011. – Т. 36. – № 3. – С. 38-45.
5. Качество жизни детей: инновации в образовании – от замысла к воплощению: монография – Тюмень: ТюмГНГУ, 2013. – 184 с.
6. Осипова, Л. Б., Устинова, О. В. Формирование гражданственности в контексте развития личности молодого человека // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. – 2012. – № 6 (21). – С. 95-100.
7. Повестка дня на 21-й век. – М.: СоЭС, 1999. – 218 с.
8. Феноменология образования: от проблем к решениям. – СПб.: Экспресс, 2011. – 297 с.

УДК 371.7

Н. В. МАКСИМЕЙКО, студент;
А. Б. ХРАМЦОВ, канд. ист. наук, доцент
кафедры сервисного инжиниринга и
правового обеспечения в жилищно-
коммунальном и строительном комплексе

ПРОБЛЕМЫ В СФЕРЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ В ГОРОДЕ ТЮМЕНИ И СПОСОБЫ ИХ РЕШЕНИЯ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный архитектурно-строительный университет». Россия, 625001, г. Тюмень, ул. Луначарского, д. 2. Тел.: + 7 (3452) 43-13-39; эл. почта: khramtsov_ab@bk.ru.

Ключевые слова: формирование здорового образа жизни, здоровье населения, наркомания, культурно-досуговая занятость.

В статье исследованы ключевые проблемы в сфере формирования здорового образа жизни на уровне города Тюмени, такие как: невысокий уровень квалификации социальных работников организаций данной сферы; незначительное число культурно-досуговых мероприятий; недостаточное развитие антинаркотической пропаганды среди населения; низкий уровень физической подготовленности учащейся молодежи; недостаточное развитие системы здравоохранения; недостаточное привлечение волонтеров; высокий уровень потребления табака и алкоголя среди населения и др. Для решения каждой проблемы предложен ряд способов.

Формирование здорового образа жизни населения – сложный системный процесс, охватывающий множество компонентов образа жизни современного

общества и включающий основные сферы и направления жизнедеятельности людей.

В городе Тюмени сложилась целостная сеть органов управления и организаций по формированию здорового образа жизни населения, направленная на работу как с несовершеннолетними, так и с взрослыми людьми. Несмотря на положительные результаты деятельности специальных служб, на сегодняшний день остаются общие проблемы (характерные для всей страны), требующие решения:

Во-первых, высокий уровень потребления табака и алкоголя населением страны, что негативно сказывается на здоровье нации. По данным Центрального института травматологии и ортопедии, около 20% бытовых и 46% уличных травм связано с опьянением пострадавших. По статистике, в состоянии алкогольного опьянения совершается 70% случаев хулиганства, 60% случаев разбойного нападения, 55% грабежей, 50% изнасилований. До 80% подростков, совершивших преступления, находились под воздействием алкоголя. По причине употребления алкоголя распадается от 60 до 80% браков, что приводит к сиротству детей и их безнадзорности. Ныне большинство из 710 тыс. сирот – социальные сироты [1, с. 14, 19].

В докладе Общественной палаты РФ «О злоупотреблении алкоголем...» при характеристике масштабов алкогольной проблемы, называются такие её последствия как: смертность и потери продолжительности жизни, убийства и самоубийства, оставленные дети, дорожно-транспортные происшествия, разводы, алкоголизация детей, экономические потери [2, с. 13].

Алкоголь приводит к утрате здорового инстинкта самосохранения. У дегенератов недоразвито чувство самосохранения, как и другие психические и физические функции: они не чувствуют ни цели жизни, ни её радостей и готовы расстаться с жизнью по всякому поводу.

Во-вторых, высокую обеспокоенность вызывает здоровье женщин репродуктивного возраста, высокий уровень их заболеваний. Здоровье женщин-матерей в значительной степени определяется состоянием его в подростковом возрасте. Данные многолетних исследований показывают, что практически у каждой десятой девочки (14-17 лет) отмечено дисгармоничное развитие, у каждой четвертой – нарушение скелета, в 14% случаев выявляется артериальная гипертония. Изменения в состоянии здоровья более чем у 30% девушек позволяет отнести их в группу с хроническими заболеваниями. В результате, от больных родителей рождаются больные дети, а в будущем – больные родители [3, с. 35].

В-третьих, болезнь цивилизации – гиподинамия. Если раньше простой физический труд в основном удовлетворял потребность организма в мышечной

деятельности, то сейчас ситуация резко изменилась. Прежде всего, это связано с урбанизацией, механизацией и автоматизацией, компьютеризацией труда, развитием средств связи, транспорта, бытовой техники. Сидячий образ жизни вредит здоровью, вызывает рост заболеваемости. И, тем не менее, он охватывает все больше слоев населения, и его преодоление стало острой социальной проблемой. А роль и значение медицинских мер в этом малоэффективны [4, с. 29].

В-четвертых, проблема наркомании. Среди причин ее распространения отмечаются: рост безработицы, увеличение свободного времени без его организации, разрушение системы внешкольного воспитания, а самая главная причина – любопытство, вызванное публикациями, передачами по радио и телевидению, фильмами, связанными с наркотическими средствами [5].

В частности, в городе Тюмени в 2014 году увеличилось число лиц, умерших от отравления наркотическими средствами, – 31 чел., что на 10,7% выше показателя 2013 года – 28 чел. Также в 2014 году отмечался значительный рост показателя первичной заболеваемости наркоманией – на 34% (или на 10,4 чел. на 100 тыс. чел. населения), что выше значения по Тюменской области на 52,7%. Показатель первичной обращаемости лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями, в 2014 году увеличился на 41% и составил 35,7 чел. на 100 тыс. чел. населения (2013 год – 25,3 чел. на 100 тыс. чел. населения) [6]. Динамика уровня заболеваемости наркоманией в городе Тюмени отражена в *таблице 1*.

Таблица 1

Динамика уровня заболеваемости наркоманией в городе Тюмени
(чел. на 100 тыс. чел.) [6].

Показатель	2012 г.	2013 г.	2014 г.	Темп прироста (2014 г./2013 г.)
Первичная заболеваемость наркоманией	10,1	14,7	19,7	+34%
Общая заболеваемость наркоманией	368,1	359,3	369,3	+2,8%
Первичная обращаемость лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями	7,0	25,3	35,7	+41%
Общая обращаемость лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями	134,9	160,4	197,0	+22%
Отравления наркотиками со смертельным исходом	5,8	4,3	4,8	+12%

Таким образом, в сложившихся условиях существует необходимость в наращивании усилий по формированию потенциала противодействия злоупотреблению наркотических средств и их незаконному обороту.

В-пятых, нехватка мест в детских дошкольных учреждениях на территории страны. Сказалось закрытие и перепрофилирование их зданий в 1990-е годы. Во многих детских садах нет необходимого оборудования или оно требует капитального ремонта и вложения средств. Отсутствуют бассейны, помещения для занятий, спортивный инвентарь. Спортивные секции стали в большинстве платными, а в результате для многих детей не доступными. Учреждения, в которых имеются все условия для закаливания и занятий спортом, во многих регионах страны встречаются редко, либо вообще отсутствуют. Как правило, такие учреждения есть лишь в крупных городах.

В-шестых, недостаточное внимание к организации досуга детей и подростков. Совершенно естественно, что дети стремятся выделиться среди сверстников. И, если отсутствует возможность заниматься в спортивных секциях и реализации в творчестве, нет помощи от взрослых, то на несовершеннолетних детей оказывает негативное влияние «улица». Желая показать себя человеком взрослым, дети употребляют спиртные напитки, пробуют наркотики, начинают пристращаться к курению и заниматься беспорядочным сексом. Подрастает поколение детей физически не развитых и не здоровых, с не стойкой психикой [7, с. 23].

Таковы ключевые общие проблемы, решение которых требует усилий всей системы органов государственной власти, органов местного самоуправления и населения. К этому же можно добавить проблемы конкретного муниципального образования (город Тюмень), такие как:

- 1) невысокий уровень квалификации социальных работников организаций данной сферы (медиков, педагогов, психологов и др.);
- 2) незначительное число культурно-досуговых мероприятий;
- 3) недостаточное развитие антинаркотической пропаганды среди населения;
- 4) низкий уровень физической подготовленности учащейся молодежи;
- 5) недостаточное развитие системы здравоохранения;
- 6) недостаточное привлечение волонтеров;
- 7) высокий уровень потребления табака и алкоголя среди населения.

Для решения каждой проблемы можно предложить ряд способов:

- 1) Для повышения квалификации социальных работников, занимающихся деятельностью по формированию здорового образа жизни и антинаркотической пропаганды следует организовывать как можно больше практических семинаров (вебинаров в режиме видеоконференцсвязи), конференций, развивать ди-

станционное обучение для всех сотрудников учреждений, занимающихся профилактикой здорового образа жизни. Главное чтобы дополнительное профессиональное образование для данной категории было бесплатным.

2) Существенным фактором по формированию здорового образа жизни населения является культурно-досуговая занятость несовершеннолетних в свободное от учебы и работы время.

Средства досугового формирования здорового образа жизни основаны на том, что в сфере досуга дети, подростки, юноши (девушки) более открыты для влияния и воздействия на них самых различных социальных институтов, что позволяет с максимальной эффективностью воздействовать на их нравственный облик и мировоззрение. В процессе коллективного досугового времяпрепровождения происходит упрочение чувства товарищества, возрастание степени консолидации, стимулирование трудовой активности, выработка жизненной позиции, научение нормам поведения в обществе, здоровому образу жизни. Для этого должно уделяться большое внимание развитию творческих способностей и склонностей у детей, с дошкольного возраста. На базе специальных организаций (учреждений) должны работать кружки по интересам и потребностям несовершеннолетних.

3) Для повышения антинаркотической пропаганды следует внедрить спецкурсы в детских садах, школах, высших учебных заведениях.

Следует создать специализированный центр в городе Тюмени, который бы разрабатывал учебно-методический комплекс, программы, методические и лекционные материалы по спецкурсам для разных возрастов. Кроме того, к проведению занятий должны привлекаться ведущие специалисты в сфере профилактики наркомании, лечения и реабилитации наркозависимых.

Именно внедрение спецкурса будет способствовать организации научно-обоснованного подхода к системе профилактики наркомании. Где молодежь будет обучаться навыками преодоления давления наркосреды, именно на данном курсе будет разъясняться юридические и медицинские последствия участия в незаконном обороте и потреблении наркотиков, и самое главное будет развеиваться мифы о существующих так называемых «легких» наркотиков, которые якобы не вызывают зависимости или не влияют как – либо негативно на здоровье человека.

Для большего охвата молодежи следует в рамках спецкурса разработать на базе высших учебных заведений, кружки, где студенты будут разрабатывать видеоролики, презентации и писать сценарии для фильмов антинаркотической направленности. Лучшие фильмы можно демонстрировать на видеомониторах, расположенных в учебных корпусах.

4) Для развития физической подготовленности учащейся молодежи, необходимо создать условия, обеспечивающие возможность им систематически заниматься физической культурой и спортом путем развития инфраструктуры спорта, популяризация массового спорта, подготовки спортивного резерва и спорта высших достижений и приобщения различных слоев общества к регулярным занятиям физической культурой и спортом.

Совершенствование системы подготовки спортивного резерва и спорта высших достижений, повышение эффективности управления развитием физической культуры и спорта, патриотическое и духовно-нравственное воспитание детей и молодежи, развитие дополнительного образования детей.

5) Для развития системы здравоохранения нужно обеспечить доступность и качества медицинской помощи населению. Для этого необходимо: первичная профилактика заболеваний и развитие институтов по формированию здорового образа жизни, развитие первичной медицинской помощи населению, совершенствование системы территориального планирование и управления развитием сферы здравоохранения.

б) Развивать волонтерское движение, поддерживать общественные организации, участвующие в профилактике наркомании и формировании здорового образа жизни.

По состоянию на 01.01.2016 на территории города Тюмени действуют 23 волонтерских отряда (721 волонтер), одним из направлений деятельности которых является профилактика наркомании и табакокурения. Отрядом «Киберволонтеров» выявлено 86 ссылок на интернет – ресурсы, содержащие рекламу или пропаганду наркотических средств. В 2015 году волонтерам оказывалась информационная поддержка, осуществлялось содействие в организации и проведении мероприятий, обеспечивалось освещение в СМИ, информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» информации о деятельности волонтерских отрядов, о проводимых ими мероприятиях.

7) Следует снижать уровень потребления табака и алкоголя среди населения города Тюмени:

– совершенствование механизмов исполнения действующего федерального законодательства об ограничении потребления табака в целях создания благоприятной общественной среды для отказа от курения и ограничения потребления табака.

– повышение информированности населения о вреде активного и пассивного потребления табака, о злоупотреблении алкоголем и о способах их преодоления. Формирование в общественном сознании установок о неприемлемости потребления табака и чрезмерного потребления алкоголя.

– совершенствование системы подготовки медицинских кадров, педагогов, психологов для обеспечения помощи в профилактике и прекращении потребления табака, а также отказе от злоупотребления алкогольной продукцией населением.

– внедрение программ борьбы с табакокурением и злоупотреблением алкоголем, лечения табачной зависимости в региональную систему здравоохранения и создание налаженной службы помощи в преодолении потребления табака в системе здравоохранения.

По результатам опроса, проведенного Департаментом здравоохранения, установлено, что в городе Тюмени доля курящих составила 28,5%, распространенность курения среди мужчин (21%) так же как и по данным ВЦИОМа в три раза выше, чем среди женщин (7%) (рис. 1). Причем большинство (26%) курят ежедневно. Заметим, что 17% не курят в данный момент, но имеют опыт курения [8].

В 2014 г. на базе Центров здоровья начала работу школа отказа от курения. Обучалось в ней 443 человек, из них через 3 месяца не курили – 7 [9].

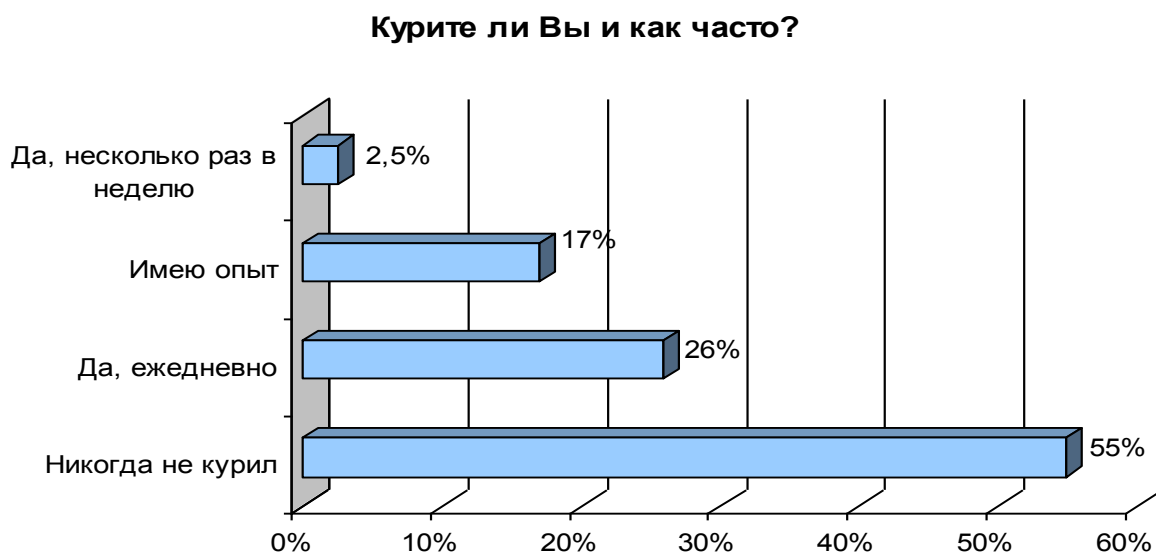


Рис. 1. Результаты опроса на тему: «Курите ли вы и как часто?» [9]

В целях повышения информированности населения о вреде активного и пассивного потребления табака, о злоупотреблении алкоголем и о способах их преодоления необходимо формирование в общественном сознании установок о неприемлемости потребления табака и чрезмерного потребления алкоголя в обществе необходимо:

– изготовление и размещение в средствах массовой информации (СМИ) информационных материалов, социальной рекламы о вреде потребления табака и алкоголя, а также о способах его преодоления;

– создание и размещение наружной рекламы и информационно-просветительских материалов для помещений (плакатов) антитабачного содержания;

– изготовление печатных информационно-образовательных продуктов (буклеты, брошюры, памятки) антитабачного содержания;

– проведение образовательных / информационных кампаний, направленных на формирование здорового образа жизни, в частности на профилактику и прекращение потребления табака и алкоголя.

Совершенствование системы по формированию здорового образа жизни населения и организации эффективного межведомственного взаимодействия всех участников данной системы в городе Тюмени будет способствовать улучшению показателей в этой сфере. Общим результатом реализации данных мер станет положительная динамика численности здоровых горожан, сокращения негативных факторов и социально-экономических последствий, вызванных вредными привычками, чрезмерным потреблением табака и алкоголя, а также распространением наркотических средств.

Библиографический список

1. Дубровская, Т. А., Воробьева, Л. Н. Социально-медицинский аспект алкоголизма и его последствия / Трезвость и будущее России: Материалы XVIII Международных Рождественских чтений. – М.: РГГУ, 2008. – 234 с.

2. Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия / Сост. Общественной палатой РФ. – М.: Общественная палата РФ, 2009. – 35 с.

3. Римашевская, Н. М., Корхова, И. В. Бедность и здоровье в России // Народонаселение. – 2001. – № 4 (14). – С. 34-39.

4. Дичев, Т. Здоровье человека XXI в. – М.: «ФЕРРИ-В», 2001. – 185 с.

5. Кошкина, Е. А. Основные тенденции заболеваемости наркологическими расстройствами среди подростков России в 2004 году // Материалы XIV съезда психиатров России. – М.: Медпрактика, 2005. – С. 351.

6. Распоряжение Администрации города Тюмени от 27.10.2014 № 791-рк «Об утверждении муниципальной программы «Комплексные меры профилактики наркомании и токсикомании среди населения города Тюмени на 2015-2017 годы»: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc;base=RLAW026;n=99844;from=88509-0;rnd=184768.2040260734502226;;ts=0184768731697007548064>.

7. Ковалько, В. И. Здоровьесберегающие технологии в начальной школе. – М.: ВАКО, 2004. – 297 с.

8. Распоряжение Правительства Тюменской области от 04.02.2013 № 110-рп «Об утверждении региональной целевой программы «Формирование здорового образа жизни и профилактика неинфекционных заболеваний населения в Тюменской области» на 2013-2017 годы»: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc;base=RLAW026;n=86208;frame=1>.

9. Распоряжение Администрации города Тюмени от 05.11.2014 № 821-рк «Об утверждении муниципальной программы «Развитие здравоохранения в городе Тюмени на 2015-2019 гг.»: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc&base=RLAW026&n=105621&from=100759-0&rnd=208987.6972278396587768&>.

А. Ю. МЯСНИКОВ, генеральный директор
АНО Детский образовательно-
оздоровительный центр «Алые паруса»

СОЦИАЛЬНОЕ ПАРТНЁРСТВО: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

АНО ДООЦ «Алые паруса». Россия, 625019, Тюменская область, Тюменский район, 24 км. Червишевского тракта; Тел.: +7 (3452) 62-97-05, эл. почта: ay.71@mail.ru.

Ключевые слова: социальная политика, социальное партнёрство, учащаяся молодёжь.

В статье рассматривается социальное партнёрство как эффективный механизм решения социально-педагогических задач социальной политики государства; раскрывается система взаимодействия с социальными партнёрами.

Наращение проблемных зон в обществе и острая необходимость целенаправленного формирования социальной состоятельности молодёжи побуждает профессиональное сообщество искать новые более эффективные механизмы, способы, формы, технологии. Сегодня уже невозможно ограничиваться воздействием на подрастающее поколение только семьёй и школой, необходимо активизировать поиск новых социальных партнёров, способных компенсировать неэффективность и «пробуксовывание» указанных социальных институтов. Очевидная дефектность и несостоятельность «образовательного продукта», социально-патологические процессы, происходящие в системе образования и современной семье (кризис на фоне экономического неблагополучия, различные формы насилия, распад), катастрофическая ситуация выхолащивания у значительной части современной молодёжи духовности, сопричастности, гражданственности и патриотизма – индикаторы прогноза социального неблагополучия. Современные исследователи неоднократно вскрывали «социальные нарывы», их причинность и способы минимизации [1; 2; 4; 6; 8]. Не стоят в стороне от решения социальных проблем государство и общественные организации.

Государство, выстраивая новую социальную политику, приняло целый пакет стратегически важных документов по работе с подрастающим поколением, учащейся молодёжью. Прежде всего, это «Национальная доктрина образования в Российской Федерации». В ней детерминированы цели современного воспитания и обучения, способы их достижения на период до 2025 года. В ряду этих чрезвычайно важных нормативных актов следует отметить и Государственную Программу «Развития образования 2013–2020 гг.», направленную на обеспечение высокого качества отечественного образования в соответствии с меняющимися запросами населения. Ключевой идеей в этом документе обозначена «доступность услуг дошкольного, общего, дополнительного образования

детей». Другим основополагающим документом преобразовательной социальной политики государства является «Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012–2017 гг.». Характерным отличием именно этого документа является обоснование развития системы дополнительного образования, инфраструктуры творческого развития и воспитания детей. Особая роль стратегии заключается в акцентировании на системном подходе к разработке и последующем внедрении федеральных требований к образовательным программам дополнительного образования.

Не вызывает сомнения качество подготовленных документов. Однако возникает тревога по поводу качества их реализации. На наш взгляд, гарант успеха и повышения качества исполнения – это использование механизма интеграции деятельности и социального партнёрства различных социальных субъектов в реализации целей и задач замыслов, обличённых в указанных выше форматах (законных актах). Объединение всевозможных ресурсов, в том числе и позитивно зарекомендовавших технологий, взаимопроникновение социальных партнёров в процессе формирования социально состоятельной личности молодёжи – несомненно, фактор обнадёживающий. «Под социальным партнёрством понимается социально-психологическое явление, сущность которого заключается в интеграции деятельности и обеспечении удовлетворения потребностей партнёров по взаимодействию посредством стратегии движения к согласию, сотрудничества, развития всех субъектов данного процесса» [3, с. 48].

Многолетний опыт АНО ДООЦ «Алые паруса» вполне убедительно доказывает эффективность социального партнёрства с образовательными организациями, учреждениями дополнительного образования, здравоохранения, спорта и молодёжной политики в реализации своей уставной деятельности – организации отдыха детей, их оздоровления, включая социальное.

В условиях детских загородных лагерей воспитанник, включаясь в сложное субкультурное пространство, попадает в нетипичные для него условия отдалённости от семьи, привычного окружения, психологического экстрима и неизвестности, ситуацию потенциального социального риска. Подростку предоставляется возможность вырваться из под жёсткого контроля школы и опеки семьи, подчас ограничивающих его стремление к саморазвитию. Перед ним, как перед субъектом деятельности и общения, открываются эксклюзивные возможности свободного выбора действий, форм творческой деятельности, способствующих саморазвитию и самореализации личности. Он может включиться в сюжет игровой деятельности и апробацию пока несвойственных для него моделей поведения, стать соавтором и участником разнообразных социальных практик, оптимальным (дозировано, самостоятельно определяя при патронаже взрослого) для себя способом проявить самостоятельность и созидательную ак-

тивность, овладения остро необходимыми на всех этапах своего жизненного пути навыками социального партнёрства [7].

В процессе реализации целевых установок коллективом АНО ДООЦ «Алые паруса» (г. Тюмень) отработана система взаимодействия с социальными партнёрами. Нами адаптирована идея Н.А.Голикова [5] с учётом особенностей детского оздоровительно-образовательного центра. В общем виде она представляет следующий алгоритм: 1) целенаправленный поиск потенциальных партнёров «под задачу»; 2) проведение переговорных процессов, определение возможностей, взаимных выгод и «уступок»; 3) определение формата и «рамки» партнёрства, оформление договора о социальном партнёрстве; 4) совместное планирование, «формирование замыслов»; 5) реализация проектов; 6) обеспечение промежуточной диагностики реализации проектов; 7) проведение, в случае необходимости, уточнения замысла или его корректировки; 8) мониторинг результатов проекта с последующей рефлексией и проектированием дальнейшего взаимодействия.

Разработка и реализация совместных образовательных проектов, их грамотное методическое сопровождение позволяет объединить ресурсы партнёров: интеллектуальные, материальные, духовные во благо развития воспитанников. В качестве примера можно представить организацию традиционной выездной адаптационно-игровой смены десятиклассников общеобразовательного лицея Тюменского государственного нефтегазового университета и АНО ДООЦ «Алые паруса». Цель этого проекта – создание благоприятной, социально психологически безопасной предметно-развивающей среды для успешной адаптации старшеклассников к условиям обучения в университетском комплексе. Акцент ставится на оптимальности (качественно и в короткие сроки) обеспечения социально-психологического сопровождения интериоризации 120 лицеистами корпоративных ценностей, культивируемых в структурном подразделении ТюмГНГУ, ранее обучавшихся в различных образовательных организациях города и области.

Содержание адаптационно-игровой смены в соответствии с указанной выше целью направлено на решение следующих задач: создание условий для раскрытия потенциальных возможностей, способностей обучающихся; формирование гармоничных взаимоотношений в классных (групповых) коллективах; предупреждение возникновения деструктивных неуправляемых конфликтов; предоставление возможностей тьюторам (освобождённый классный руководитель) при участии психологов в максимально короткие сроки изучить индивидуальные психологические особенности ребят; зафиксировать и осознать их реакции в нестандартных (иногда специально искусственно созданных) условиях пребывания в загородном лагере с целью минимизации или устранения

деструктивных явлений, уточнения индивидуального порога самообладания подростков, разработки педагогических рекомендаций педагогом образовательного учреждения с целью развёртывания системной деятельности по управлению процессом дальнейшей социализации и развития социальных компетенций. Адаптационно-игровая смена в условиях пребывания подростков в загородном центре – это особая жизненная ситуация, которая предполагает получение нового опыта, проверку себя на самостоятельность и способность адаптироваться к новым условиям жизнесуществования.

Библиографический список

1. Гаврилюк, В. В., Голиков, И. Н. Роль молодёжи в инновационном преобразовании России // Теория и практика общественного развития. – 2015. – № 7. – С. 33-35.
2. Голиков, Н. А. Качество жизни детей: социальные технологии оптимизации // Образование и общество. – 2011. – № 2. – С. 65-70.
3. Голиков, Н. А. Социальное партнёрство в школе как фактор повышения качества жизни школьников: проблемы, опыт решения // Образование в современной школе. – 2006. – № 3. – С. 47-54
4. Голиков, Н. А. Социально-психологическое сопровождение деятельности педагога: условия, способы, технологии реализации // Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования. – 2004. – № 2. – С. 210-219.
5. Голиков, Н. А. Педагогика оздоровления в условиях полифункционального образовательного учреждения: Монография. – Тюмень: ТюмГУ, 2006. – 232 с.
6. Ефремова, В. В., Голиков, И. Н. Социально и профессионально состоятельная молодёжь: востребованность, проблемы, перспективы // Теория и практика общественного развития. – 2015. – № 12. – С. 63-66.
7. Мясников, А. Ю. Социальное партнёрство в условиях детского образовательно-оздоровительного центра // Современная наука: теория и практика Мат. I междунауч. конф. Т. 2 (ч. 2). Общественные науки. – Ставрополь: СевКавГТУ, 2010. – С. 271-274.
8. Осипова, Л. Б., Устинова, О. В. Формирование гражданственности в контексте развития личности молодого человека // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. – 2012. – № 6 (21). – С. 95-100.

УДК 314

Ю. П. САВИЦКАЯ, соискатель кафедры
маркетинга и муниципального управления;
Т. С. ВЕРАКСА, студент;
В. А. ДУБОВА, студент

ВЛИЯНИЕ МИГРАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ НОВЫХ КОНФЕССИОНАЛЬНЫХ ТЕЧЕНИЙ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7 (3452) 41-68-67, эл. почта: saviczka.y@mail.ru.

Ключевые слова: миграция, миграция населения, факторы миграции, религия, конфессиональные течения

Сегодня все признают великие социальные изменения, произошедшие в мире в последнее время. Всё большее значение придаётся разнообразию языков, культур, национальностей и религии в пределах национальных государств. Всё это несёт угрозу социальной и личной идентичности. Миграция населения является одной из первопричин культурного и религиозного разнообразия. В статье представлены результаты социологического опроса жителей г. Тюмени, отражающие влияние миграционных процессов на распространение новых конфессиональных течений.

Миграционные процессы существовали в мире с древних времен, но ещё никогда не становились столь проблематичными, какими являются в настоящее время.

Международные перемещения людей приобрели специфические характеристики в текущем контексте глобализации [1, 2, 3]. Хотя растущая взаимозависимость мировой экономики и технологического прогресса в области связи и перевозок ведут к свободе приобретения товаров и информационного потока через национальные границы, социальные границы становятся все сложнее.

Этапам развития и исследованию современной ситуации миграции в России посвятили свои работы такие учёные, как Т. И. Заславская, Ж. А. Зайончковская, С. Метелев. Изучением численности и проблем адаптации мигрантов в принимающем обществе занимались В. А. Ионцев, В. Н. Петров, Б. С. Хорев и многие другие научные деятели. Анализ имеющихся исследований по выбранной проблематике показал, что некоторые аспекты проработаны в недостаточной мере, что и стало определяющим фактором при выборе темы.

Миграция стала горячей проблемой для многих государств. В 1984 году организацией экономического сотрудничества и развития было признано, что миграция не является конъюнктурным явлением, то есть, временным и связанным с экономическими обстоятельствами. На самом деле, она стала структурной, и представляет собой постоянное явление современности.

В настоящее время все страны мира в той или иной степени вовлечены в миграционные потоки. Миграция населения представляет собой многогранное явление, влияющее на все стороны развития общества, будь то экономика или политика, демографические процессы или национальные отношения, идеология или религия [4].

Экономическая (прежде всего трудовая) миграция является самой длительной и устойчивой тенденцией в международной миграции.

В первую очередь, миграция рабочей силы оказывает влияние на государственные финансы. Для стран-импортеров рабочей силы это влияние в основном заключается в получении налоговых платежей и в расходовании средств, связанных с социальной защитой трудящихся-мигрантов. У стран-экспортеров же формируется устойчивый канал валютных доходов стран-экспортеров рабо-

чей силы, включающий в себя денежные переводы мигрантов, доходы фирм-посредников и личное инвестирование мигрантов.

На религию миграция так же оказывает ощутимое влияние. Мигранты являются одной из наиболее уязвимых групп населения. Большой стресс, испытанный в результате переселения, порождает у них стремление к консолидации не только по этническим, но и по конфессиональным признакам. Являясь носителями своей культуры, религии, языка, мигранты привносят в заселяемую местность свои обычаи и традиции [6]. Таким образом, религиозный фактор обладает наибольшим значением на этапе вхождения мигрантов в новое для них общество.

Религиозный фактор проявляется в следующих направлениях:

- возникновение новых для региона конфессиональных течений на фоне разного рода миграций – трудовой, вынужденной, стихийной, целенаправленной;
- распространение новых конфессий и направлений;
- конфессиональная принадлежность становится средством этнической сплочённости и противостояния ассимиляции [5].

Поиски выхода из этой проблемы наталкиваются на необходимость исследования особой роли религии в миграции.

Особое внимание стоит уделить религиозным конфликтам. Часто проблемы касаются взаимного непонимания: как коренного населения, озабоченного ростом инородцев, так и мигрантов, желающих жить по собственным традициям, составляющим основу их мировосприятия.

Географическое положение Тюменской области таково, что через ее территорию проходят миграционные потоки иностранных граждан, переселенцев и трудовых мигрантов из стран ближнего зарубежья, Юго-Восточной Азии в Россию и Западную Европу. Нынешняя экономическая ситуация в регионе, развитые межнациональные отношения делают Тюменскую область привлекательной для мигрантов. Мигранты предпочитают для проживания города области: Тюмень, Тобольск, Ишим, Ялуторовск, Заводоуковск. Миграционный приток в область желателен, важно только, чтобы миграционные процессы в Тюменской области являлись позитивным фактором, способствующим развитию экономики, улучшению демографической ситуации и обеспечению безопасности области.

По данным Тюменьстата, с января по октябрь 2015 года миграционный прирост по Тюменской области составил 3281 чел. (табл. 1) [7].

С целью выявления влияния миграции населения на распространение новых конфессиональных течений авторами статьи был проведен опрос 300 жителей г. Тюмени в возрасте от 18 до 70 лет.

Таблица 1

Показатели миграции населения. 2015 г.

	Январь-октябрь 2015 г.		
	число прибывших	число выбывших	миграционный прирост, снижение (-)
	Тюменская область		
Миграция - всего	152670	149389	3281
в том числе:			
в пределах России	126588	133235	-6647
в том числе:			
внутрирегиональная	59220	59220	-
межрегиональная	67368	74015	-6647
международная	26082	16154	9928
в том числе:			
с государствами-участниками СНГ	24958	15052	9906
со странами дальнего зарубежья	1124	1102	22
Внешняя (для региона) миграция	93450	90169	3281
	из нее Тюменская область без автономных округов		
Миграция - всего	54955	39253	15702
в том числе:			
в пределах России	42882	34791	8091
в том числе:			
внутрирегиональная	30700	24676	6024
Межрегиональная	12182	10115	2067
международная	12073	4462	7611
в том числе:			
с государствами-участниками СНГ	11206	3676	7530
со странами дальнего зарубежья	867	786	81
Внешняя (для региона) миграция	24255	14577	9678

Для исследования был использован метод анкетирования – психологический вербально-коммуникативный метод, в котором в качестве средства для сбора сведений от респондента используется специально оформленный список вопросов. Анкетирование позволило охватить большое число людей за короткий срок и выяснить их мнения по данному вопросу.

Результаты исследования представлены на *рис. 1-9*.

По результатам анкетирования из 300 опрошенных, 117 чел. (39%) являются приезжими. Из приезжих, большинство переехали из Тюменской области (57 чел.). Из 117 приезжих 13% (15 чел.) проживают в Тюмени более 10 лет. Основная масса опрошенных (70 чел.) находятся в городе от 1 года до 5 лет.

Для 53% (62 чел.) причиной переезда в Тюмень послужило поступление в ВУЗы, 40% (47 чел.) приехали, чтобы улучшить качество жизни и лишь 4% (5 чел.) опрошенных оказались в Тюмени по военным, или политическим причинам.



Рис. 1. Коренные жители г. Тюмени

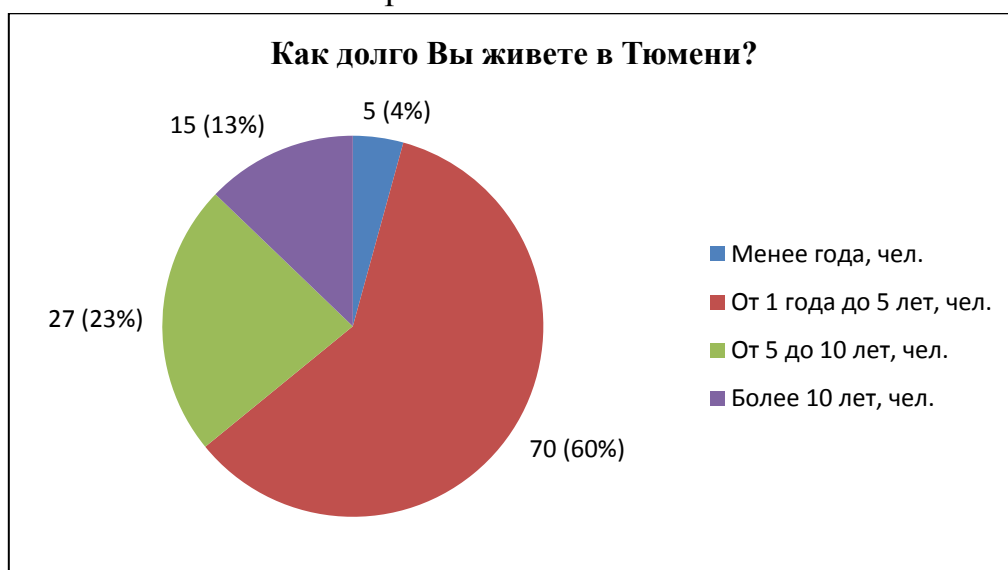


Рис. 2. Длительность проживания в г. Тюмени

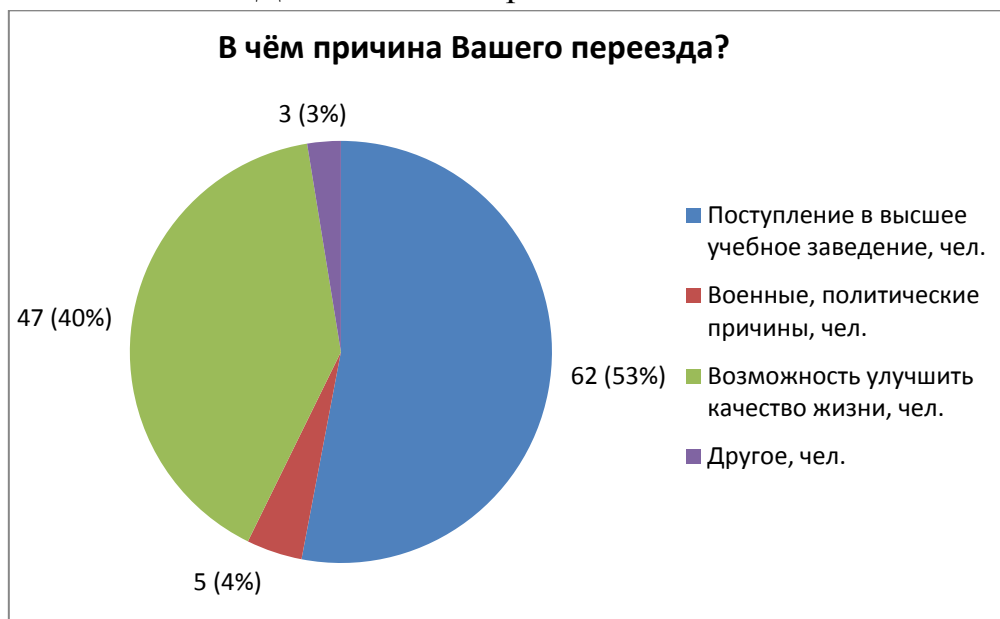


Рис. 3. Причины переезда в г. Тюмень

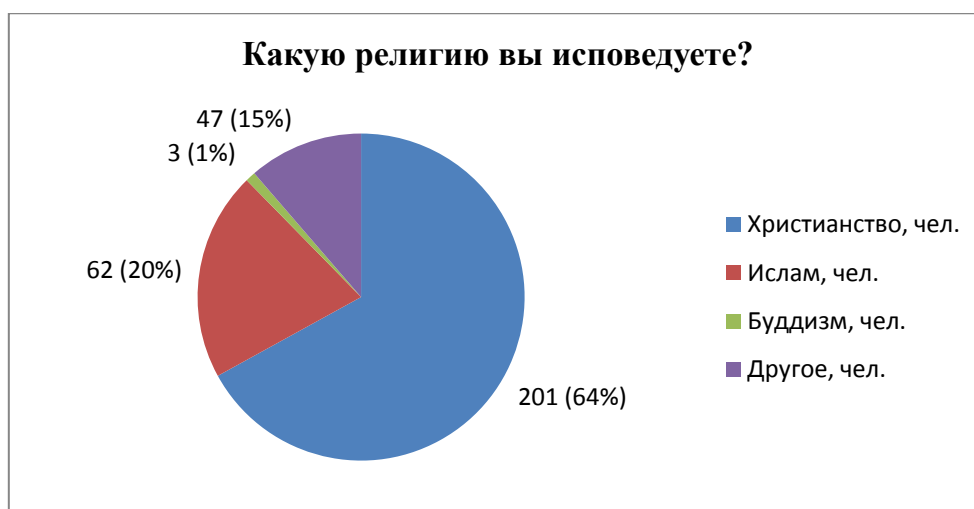


Рис. 4. Исповедуемая религия

Основными исповедуемыми религиями являются христианство и ислам. Христианство – 67% (201 чел.) опрошенных, Ислам – 20% (62 чел.). Ещё 15% (47 чел.) не относятся ни к одной из религий.



Рис. 5. Столкновение с навязыванием религии

Абсолютное большинство респондентов не сталкивались с навязыванием чужой религии 75% (225 чел.), свидетелями или участниками данного события становились 15% (45 чел.) и 10% (30 чел.) соответственно.

По аналогии с предыдущим вопросом большая часть респондентов ответили, что не сталкивались с подобного рода конфликтами – 81% (244 чел.а). Доля тех, кто был свидетелем данных конфликтов – 15% (45 чел.), принимали участие – 4% (11 чел.).

Несмотря то, что лишь малая часть опрошенных сталкивалась с религиозными конфликтами, против ношения национальной одежды в повседневной жизни выступило 52% (156 чел.) опрошенных, 38% – не заостряют внимания на данном аспекте, и 10% (29 чел.) считают это приемлемым и относятся положительно.



Рис. 6. Конфликты на религиозной почве



Рис. 7. Ношение национальной одежды

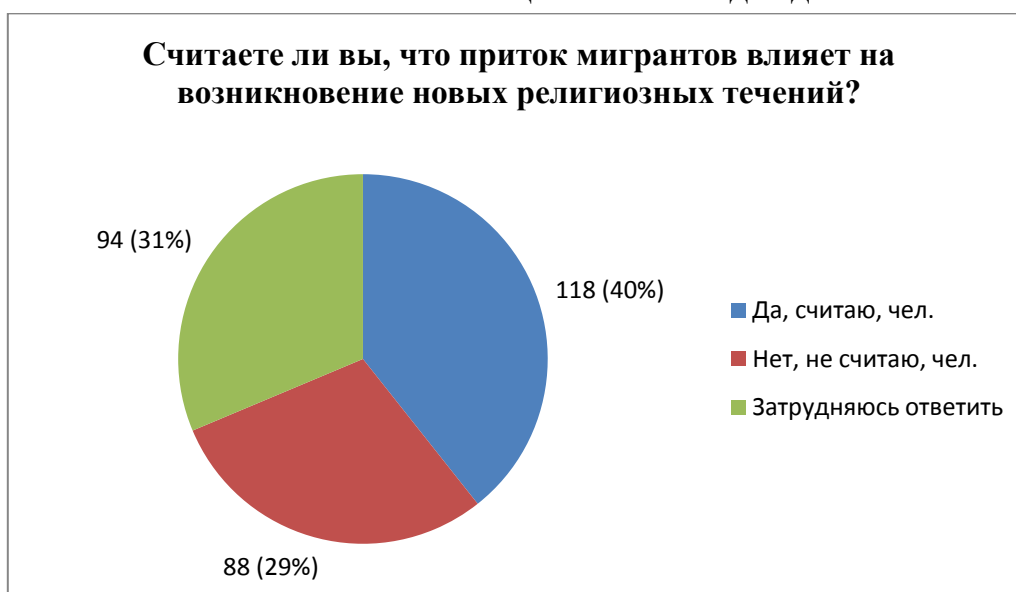


Рис. 8. Влияние миграции на возникновения новых религий

В том, что приток мигрантов оказывает влияние на возникновение новых религий, уверены 40% (118 чел.), почти треть опрошенных 31% (94 чел.) затрудняются ответить, остальные – 29% (88 чел.) не видят взаимосвязи между этими явлениями. Две трети респондентов (197 чел.) считают, что вопросы религии для мигрантов нуждаются в государственном регулировании, 27% (82) чел. считают наоборот, остальные затрудняются в ответе.

В целом, результаты исследования позволяют сделать выводы о том, что проблемы миграции занимают сегодня одно из первых мест в мире.

Одной из основных проблем, стоящих как перед мигрантами, так и перед принимающим государством является проблема религиозная.



Рис. 9. Регулирование вопросов религии для мигрантов

На протяжении последних лет религиозный инновационный процесс проходит с некоторой интенсивностью. Кроме того, от модернистских религиозных течений можно ожидать активного поиска новых форм взаимодействий с государством, обществом, традиционными церквями, что может способствовать увеличению приверженцев неорелигий. Религиозный фактор проявляется в следующих направлениях:

- возникновение новых для региона конфессиональных течений на фоне различных миграций: трудовой, вынужденной, стихийной, целенаправленной;
- распространение новых конфессий и направлений.

Конфессиональная принадлежность становится средством этнической сплочённости и противостояния ассимиляции.

Из 300 опрошенных жителей г. Тюмени 40% считают, что миграция влияет на возникновения новых религиозных течений, а 66% хотели бы, чтобы религиозные вопросы для мигрантов регулировались на законодательном уровне.

С интенсификацией религиозной жизни нововведения, которые привносят неорелигии в нашу ментальность, могут оказывать содействие поляризации общественной мысли. Могут возникать, с одной стороны, организации по типу

«Спасение», которые проводят активную борьбу с «псевдокультурами», «деструктивными сектами», а с другой стороны, возможно создание таких объединений, как клуб «Открытый мир», который привлекает к сотрудничеству и консолидации все нетрадиционные способы мышления.

Таким образом, данный вопрос требует дальнейшего глубокого и комплексного изучения демографической, макроэкономической и социальной ситуации в стране и в области в частности.

Библиографический список

1. Устинова, О. В., Пилипенко, Л. М. Влияние миграционных процессов на социально-экономическую ситуацию в Тюменской области // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – С. 1588.
2. Устинова, О. В., Чуприна, Е. В. Анализ миграционных процессов в Тюменской области // Актуальные вопросы образования и науки: Сб. науч. тр. междунар. научно-практ. конф. – Тамбов: ООО «Консалтинговая компания Юком», 2014. – С. 127-129.
3. Хайруллина, Н. Г. Социально-демографическая ситуация: результаты исследования // Вестник Казанского государственного технического университета им. А. Н.Туполева. – 2010. – № 4. – С. 205-208.
4. Воловин, Е. Глобализация экономики и ее влияние на национальные бюджеты // Проблемы теории и практики управления. – 1998. – № 5. – С. 63-66.
5. Пономарева, А. М. Социокультурная адаптация мусульманских общин в Западно-европейских обществах: Автореф. дисс. ... на соис. уч. степ. канд. соц. наук. – М., 2010. – 24 с.
6. Юнг, К. Психология и религия: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.koob.ru>.
7. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gks.ru>.

УДК 314

Ю. П. САВИЦКАЯ, соискатель кафедры маркетинга и муниципального управления;
С. П. ШМЕЛЕВА, студент;
Д. Д. ИВАНОВА, студент

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ И ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 1990-2015 ГОДЫ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7 (3452) 41-68-67, эл. почта: saviczkaaya.y@mail.ru.

Ключевые слова: анализ, смертность, умершие, показатели, население.

В России и Тюменской области традиционно наблюдается относительно высокие показатели смертности. Анализ длительной динамики уровня смертности дает возможность учесть влияние различных факторов на ее изменения.

Актуальность данного анализа состоит в том, что высокий уровень смертности – одна из самых острых социальных проблем современной России

[6, 7]. Среднестатистический мужчина в нашей стране не доживает до пенсионного возраста. Конечно, уровень смертности в России пошел на спад в 2005–2006 гг., но остается критическим по сравнению с развитыми странами и государствами, чей уровень ВВП схож с российским.

За 13 лет, прошедших с момента переписи 1989 г., население страны сократилось на 4,4 млн. человек. Прогнозы ООН неутешительные – если население Земли к 2050 г. увеличится до 9,3 млрд. человек, то население России уменьшится до 114 млн. человек.

1990-е годы сопровождались резкими изменениями во всех сферах жизни и мы поговорим о демографических показателях, а именно об уровне смертности. В сравнении с 1987 годом за четыре года – 1992–1995 – Россия потеряла 1,8 млн. человек. Русские подростки и молодые мужчины в 90-е годы вымирали со скоростью 40-летних американцев. Смертность 40-50 летних мужчин в России была в три раза выше, чем в Мексике. Вероятность дожить до возраста 65 лет у 15-летнего мальчика из России составляла около 40%.

Скачок уровня смертности отразил все негативные процессы. Рост криминала, бедности, развитие социального неравенства, вспышки социальных потрясений послужили росту уровня смертности и сформировали новые причины и особенности этого процесса.

В литературе существует термин, характеризующий демографическую ситуацию в России в те годы – суперсмертность. Проблема высокой смертности в 90-е годы считается хорошо изученной, имеются многочисленные труды по этому вопросу, но в основном сообщается информация об уровне смертности населения трудоспособного возраста, в основном мужчин.

Из приведенного графика следует, что с 1990 по 1994 г. в России наблюдался рост числа умерших, пик пришелся на 1994 г., после чего количество умерших пошло на спад до 1998 г., когда снова начался рост (*рис. 1*).

Наиболее подверженной смертности группой в 90-е годы является трудоспособное население. Если среди людей пожилого возраста смертность выросла незначительно (на 3-16%), среди детей – даже сократилась (на 3-13%), то в трудоспособной группе уровень вырос на 35-70%. Низкие показатели уровня смертности прослеживаются в самой младшей (до 4 лет) и в самой старшей группах (после 75 лет) группах, которые традиционно относятся к наиболее уязвимым группам населения [1].

Если говорить о преждевременной смерти, то 90-е годы характеризуются ростом уровня преимущественно насильственной смертности. Об этом говорят следующие цифры. Во-первых, рост удельного веса смертности от травм и отравлений (в 1,7-1,5 раза, соответственно, у мужчин и женщин), а также не точно обозначенных состояний (в 5,3-8,5 раза).

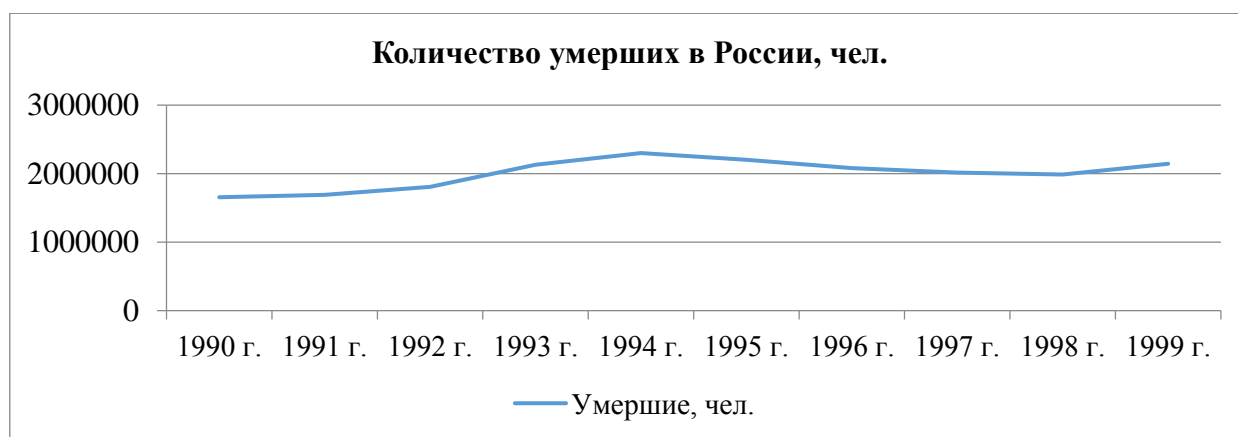


Рис. 1. Количество умерших в России, чел.

Во-вторых, смертность от травм. В России 90-х годов эта группа смертей исходит от самоубийств, убийств, случайных отравлений алкоголем и так далее. В-третьих, смертность от травм и отравлений носила преимущественно криминальный характер. За 90-е годы смертность от самоубийств выросла в 1,5-1,1 раза (соответственно, у мужчин и женщин), от убийств в 2,6-2,1 раза; от случайных отравлений алкоголем в 2,1-2,5 раза; от повреждений в 3-2,8 раза. Рост неестественной и насильственной смертности послужил результатом того, что в 1999 г. только от травм и отравлений умерло около 400 тыс. чел., что составляет 1/5 всех умерших в России в этом году. Вероятность для рожденного в 1995 г. ребенка умереть в последующем насильственной смертью – 25% [1].

Из представленного графика можно сделать вывод, что число погибших от убийств росло с 1990 по 1994 год, пик пришелся на 1994 год, после чего наблюдался спад до 1998 года, затем снова произошел рост числа погибших от убийств (рис. 2).



Рис. 2. Число погибших от убийств в России в расчёте на 100000 чел. населения

Рост алкоголизма в те годы был катастрофическим. Среднедушевое потребление алкоголя выросло до 13 л, в то время как нормой считается до 8 л. По

сравнению с 1990 годом, в 1995 году число граждан, взятых на наблюдение, увеличилось в 5 раз [2].

Также одной из доминирующих причин можно назвать углубление бедности и снижение уровня здравоохранения. Так, смертность от инфекций выросла в 2,3-2,6 раз, лидирующей стал туберкулёз. Уровень смертности от пневмонии также вырос в 2,2 – 1,4 раз. Можно проследить “омоложение” смертности от всех вышеупомянутых причин, например, при туберкулезе эта разница составляет 6-12 лет [1].

Младенческая смертность является самым объективным отражением уровня развития здравоохранения. Серьезные позитивные сдвиги в этой области в России не наблюдаются с 90-х годов. Стабильность в этом вопросе наметилась лишь в 1994 – 1996 годах, когда была введена президентская федеральная программа «Дети России». По ее итогам повысились результаты лечения новорожденных в медицинских стационарах, улучшились показатели вакцинации детей, выросла профилактика врожденных генетических заболеваний [3].

Проследим ожидаемую продолжительность жизни при рождении в России за 90-е годы.

Из представленного графика можно сделать вывод, что ожидаемая продолжительность жизни, как мужчин, так и женщин снижалась с 1990 по 1994 год, после чего произошел рост продолжительности жизни (рис. 3).

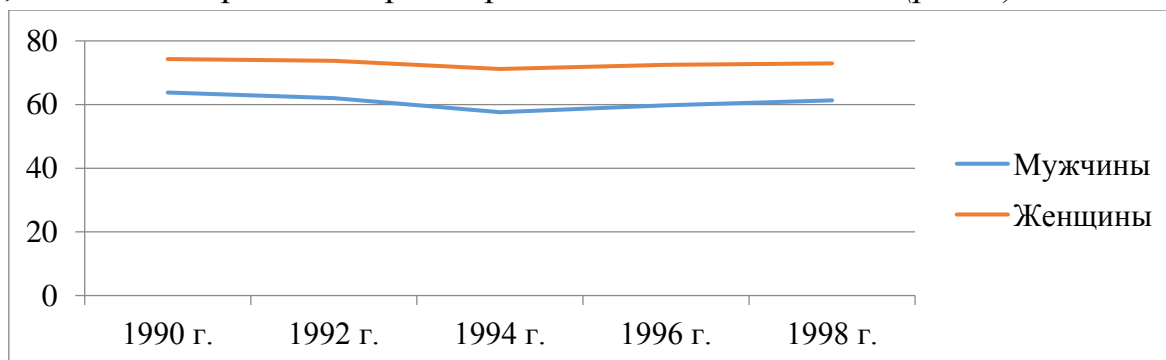


Рис. 3. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России

Проведем анализ потерянных лет жизни за 90-е годы. Итог преждевременной смерти в 1999 г. составил примерно 15 млн. потерянных лет жизни у мужчин и 5,5 млн. лет у женщин. В пересчете на каждую тысячу населения это составляет 230 лет для мужчин и 80 лет для женщин. Роль трудоспособных возрастов в общих потерях сильно изменилась, детских изменилась немного, а пожилых – осталась практически не изменилась [2].

Таким образом, 90-е годы характеризовались заметным ростом и изменением структуры смертности. Важно не отождествлять этот рост лишь с алкоголизмом, хотя доминирующая роль этого фактора неоспорима. В основе резкого

роста смертности в России 90-х годов лежит ухудшение качества жизни большей части населения, связанное с затяжным социально – экономическим кризисом.

К наступлению 1998 года уровень смертности сократился, однако в дальнейшем в 2000-е годы достиг критических значений, аналогичных периоду 1993-1994 гг. Ситуация с демографическим положением ухудшалась вплоть до наступления 2004 года. Главными факторами, влияющими на рост смертности среди населения являются бедность и неблагоприятная экономическая обстановка в стране в целом, что особенно нашло отражение в России в период 1990-2000-х гг. Бедность провоцирует частоту курения и употребления алкоголя, препятствует профилактике болезней и получению квалифицированной медицинской помощи, стимулирует криминогенную обстановку, что влечет за собой рост смертности от внешних причин, таких как убийства и смерть ввиду травматизма. Кроме того, периоды экономического спада опасны тенденцией к росту суицидальных проявлений среди населения. Все выше перечисленные причины, согласно данным, приведенным на сайте Противоракового общества России, повлияли на сокращение ожидаемой продолжительности жизни мужчин до 58,9 лет, российских женщин до 71,8 лет [4].

Рассмотрим основные причины смертности и их показатели среди мужского и женского населения на 2005-2006 годы (табл. 1).

Таблица 1

Коэффициенты смертности населения России в период 2006 г. в процентном соотношении к 2005 г.

Причины	Мужчины	Женщины
Инфекционные	9,0	6,7
Болезни сердца	12,2	12,2
Нарушения мозгового кровообращения	12,8	14,2
Болезни органов дыхания	19,5	15,2
Причины, связанные с алкоголем	14,8	15,1
Новообразования	3,8	2,1
Автотранспортные несчастные случаи	5,3	2,1
Остальные несчастные случаи	16,4	17,7
Другие	5,1	6,4

Одно из главных мест на графике занимает снижение смертности от причин, связанных с алкоголем. В 2006 г. в России приняли ряд поправок в закон о государственном регулировании производства и продажи этилового спирта, таких как смена акцизных марок и введение новой электронной системы для централизованной регистрации всего производимого в стране алкоголя. Таким образом, ужесточение мер по контролю качества алкогольной продукции способствовало снижению смертности от случайных алкогольных отравлений и прочих причин, связанных с употреблением алкогольной продукции.

Согласно *табл. 1* смертность среди мужского населения России превышает показатели коэффициента смертности женского. Это явление связано с нестабильной экономической ситуацией и русским менталитетом, в соответствии с которым распространен традиционный тип семей, где главный кормилец, как правило, мужчина. В периоды экономических потрясений мужчинам, обеспечивающим основную доход семьи, приходится переживать череду стрессов, провоцирующих появление и развитие множества заболеваний.

На период 2005–2010 гг. отмечена регрессивная динамика количества смертей от инфекционных заболеваний и болезней органов дыхания. Вероятно, изменение этих показателей вызвано увеличением уровня квалификации медицинского обслуживания по всем регионам страны и принимаемыми профилактическими мерами. Но в то же время стремительно растет уровень смертности населения от новообразований, достигнув критического пика в 2008–2009 годах отметкой в 416 случаев на 100000 в год.

В 2009 г. Россия занимала 90 место в мировом рейтинге по заболеваемости туберкулезом, на 102 месте по уровню заболеваемости населения ВИЧ-инфекцией и на 97 по ожидаемой продолжительности жизни – показатели здоровья страны снизились [5].

В Тюменской области также прослеживается скачок уровня смертности, пик которого пришелся на 1994 год, после чего пошел на спад до 1998 года, где снова начал расти. Можно сказать, что этот рост определяет общероссийский уровень смертности на 90-е годы.

Из представленного ниже графика можно сделать вывод, что в Тюменской области происходило увеличение количества умерших с 1990 по 1994 год, пик пришелся на 1994 год, затем произошел небольшой спад смертности до 1998 года, затем количество умерших снова стало расти.

Рост смертности в 1990-е годы в Тюменской области привел к снижению продолжительности жизни. В период 1993–1996 гг. продолжительность жизни мужчин составляла 58–59 лет, женщин – 70 лет. Не помогла и благоприятная возрастная структура. В середине 1990-х годов наблюдалась не только высокая младенческая смертность, но и критические показатели смертности трудоспособного населения, особенно мужского. Это явилось прямым следствием экономического кризиса, который затронул и такой благополучный регион, как Тюменская область. Но уже с 1998 г. продолжительность жизни как мужского, так и женского населения начинает расти. Оживление экономического и социального развития региона вселило в людей уверенность в завтрашнем дне.

Согласно Российскому статистическому ежегоднику [2] показатели смертности в Тюменской области за 1990-е годы представлены на *рис. 4*.

Из *табл. 2* можно сделать вывод, что наблюдался существенный рост коэффициента смертности Тюменской области с 1990 по 1995 год как всего по округу, так и городского и сельского населения.

Таким образом, показатели смертности Тюменской области 1990-х годов находят свое отражение в общероссийских цифрах.

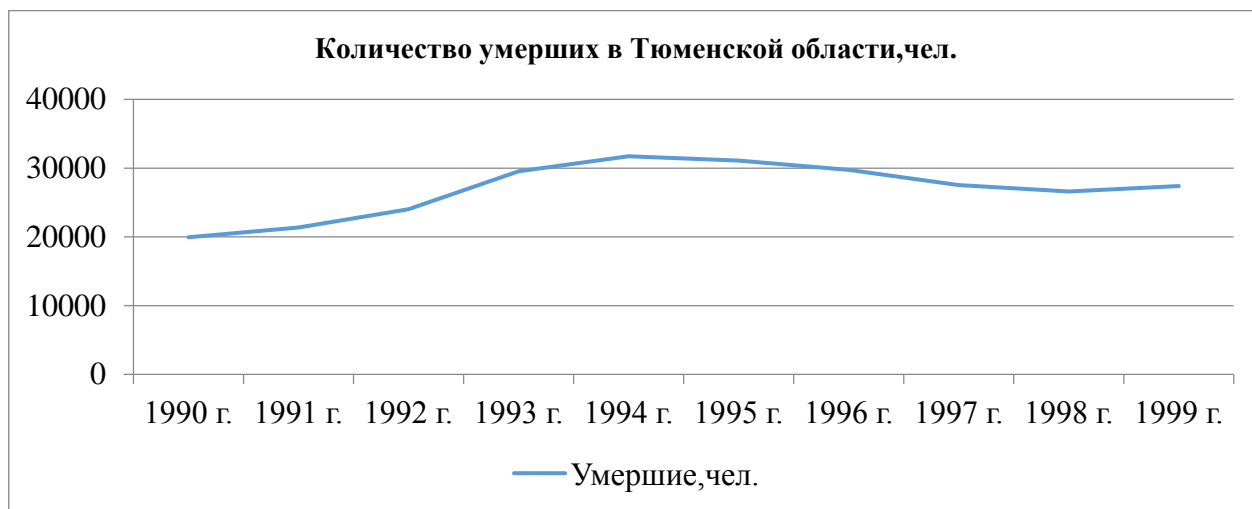


Рис. 4. Количество умерших в Тюменской области, чел.

Таблица 2

Динамика общего коэффициента смертности Тюменской области
(на 1000 населения)

	1990 год	1995 год
Всего по округу	3,3	6,4
В том числе:		
Городское население	2,7	5,9
Сельское население	5,5	9,0

Проанализировав представленные данные *рис. 5*, можно сделать вывод, что общероссийские тенденции роста уровня смертности прямо пропорционально отразились на демографической ситуации Тюменской области, где исследуемый показатель достиг максимального значения в 2002–2003 гг. и сохранялся до конца рассматриваемого периода с небольшими отклонениями.

В Тюменской области на начало 2005 г. продолжительность жизни составила 66,6 года. Для мужской доли населения этот показатель составил 60,7 лет, для женской – 73 года. В среднем по области ожидаемая продолжительность жизни оценивалась в 65,3 лет, что выше, чем по России в целом на 2005 г. – 65,1 лет.

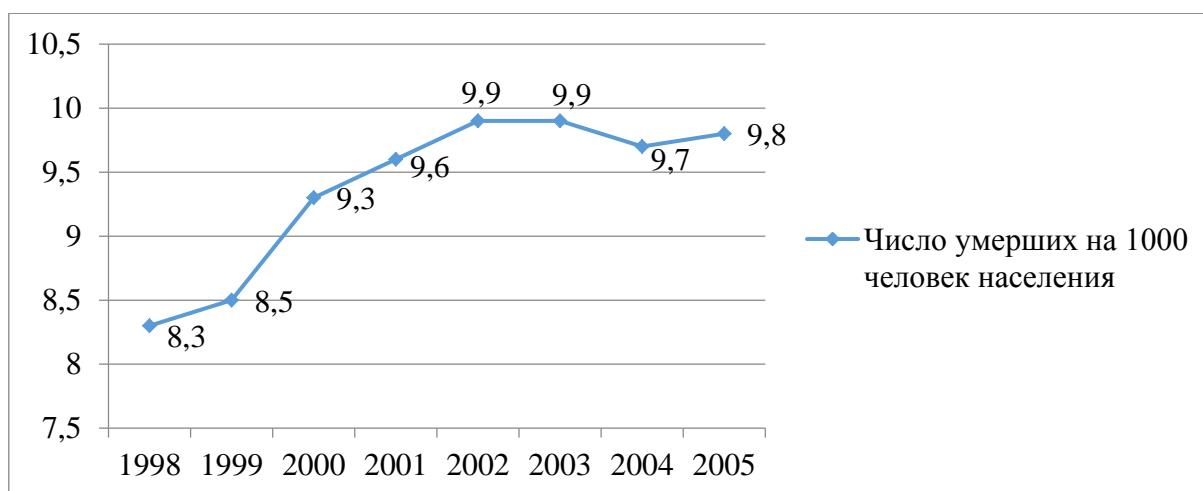


Рис. 5. Динамика смертности населения Тюменской области в период 1998–2005 гг.

Основной причиной смертности жителей Тюменской области стали болезни системы кровообращения, которые отмечены как доминирующие причины высокой смертности по России в целом. От общей доли всех смертей в Тюменской области 49,7% составили заболевания системы кровообращения. Такое критическое значение было достигнуто по причине низкого социально-экономического уровня, который, в свою очередь, спровоцировал рост количества курящих. Как известно, курение является одной из главных причин развития таких заболеваний системы кровообращения, как инфаркт миокарда, мозгового инсульта, способствует появлению злокачественных опухолей, вызывает болезни органов дыхания, а также острых и хронических язв желудка.

Также в области в данный период высок уровень самоубийств, который по сей день остается на пике, особенно для молодежи до 30 лет. В среднем было отмечено 3,2 случаев самоубийств на 10000 населения.

В 2005 году число младенческих смертей по сравнению с предыдущими годами уменьшилось и составило 8,9 на 1000 родившихся живыми. Показатели рождаемости мертвых детей составили в среднем 5 из 1000 родов. В основном причинами смерти новорожденных стали состояния, возникающие в перинатальный период, врожденные аномалии, которые, как правило, чаще всего связаны со здоровьем матери ребенка, а также с качеством предоставляемых медицинских услуг и помощи.

Конкретно в Тюменской области отмечен уровень смертности ниже, чем в целом по стране. В период с 2005 по 2010 гг. наблюдается понижение уровня смертности, за исключением 2009 года. Причиной этому явлению послужил кризис 2008 г., последствия которого нашли отражение в увеличении количества умерших за 2009 год. В тоже время по области наблюдается устойчивая

положительная динамика рождаемости при среднем уровне смертности, что характеризует демографическую ситуацию в целом как благоприятную (рис. 6).

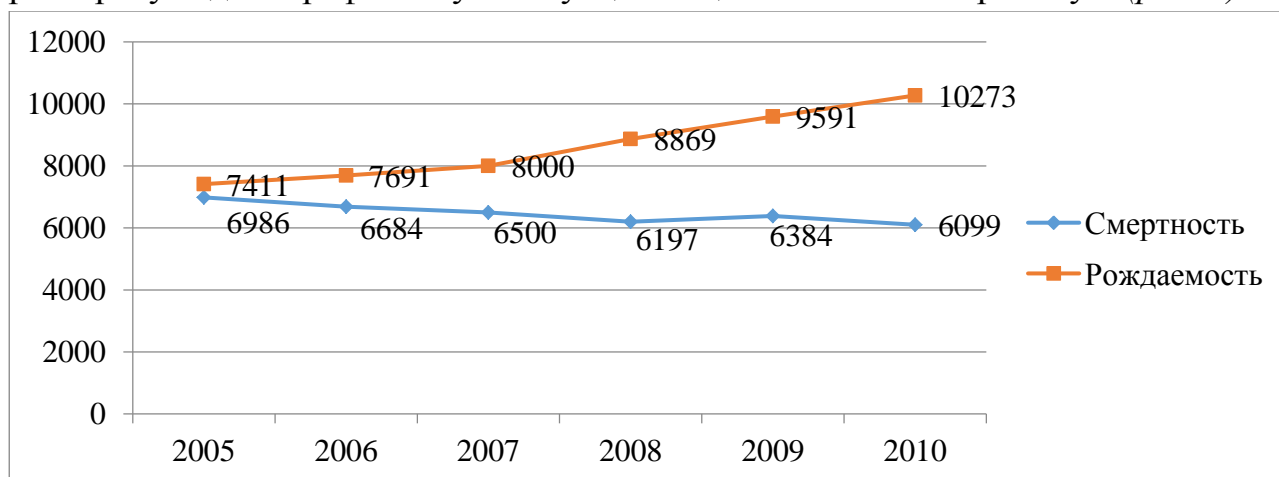


Рис. 6. Демографическая ситуация в Тюменской области 2005–2010 гг.

Также неуклонно растет уровень ожидаемой продолжительности жизни среди населения Тюменской области, что указывает на благоустроенность жизни в данном регионе. С 66,8 лет в 2005 году показатель вырос до 69,5 лет уже к 2010 году.

Снизилось количество смертей от ишемических болезней сердца, нарушений функций головного мозга, появилось множество высококвалифицированных врачей, что повлияло на снижение уровня младенческой смертности и заболеваний в целом.

Аналогичная динамика отслеживается вплоть до 2013 г., с наступлением финансового кризиса в 2014 г. показатель уровня смертности в области вырос, достигнув 8,3 умерших на 1000 человек населения.

На ноябрь 2015 г. по Тюменской области смертность составила 27311 человек. Из них наибольшее количество человек умерли от болезней системы кровообращения, самый низкий уровень смертности отмечен от инфекционных заболеваний.

И так, сделаем вывод. В целом по России на протяжении длительного периода список основных причин смертности населения возглавляют заболевания сердечно-сосудистой системы – в среднем, 59% от числа умерших. Чтобы данный показатель снизился, следует предупредить заболевания данной группы путем организации региональных профилактических центров. Также необходимо обратить внимание на факторы, стимулирующие развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы, среди которых нарушение обмена веществ, ожирение, курение, потребление алкоголя, малая подвижность и неправильное питание. Чтобы остановить рост смертности, рекомендовано проводить регулярную пропаганду здорового образа жизни и занятий спортом.

Следующей причиной, влияющей на рост смертности населения является курение – 17% от числа умерших. В России курит 65% мужского населения и 30% женского, что вдвое выше показателей европейских стран. Курение провоцирует ряд опаснейших заболеваний, таких как рак органов дыхания, развития язв желудка и множества других. Необходимо обеспечить исполнение Федерального закона об ограничении курения, ужесточить запрет рекламных кампаний и акций на табачную продукцию, повысить стоимость данной продукции и налог.

Лидирующие позиции в списке причин смертности также продолжают занимать болезни, вызванные чрезмерным потреблением алкоголя. Для снижения количества умерших, следует усилить контроль качества алкогольной продукции, принять законы, позволяющие регулировать производство и реализацию алкоголя.

Кроме того, на сегодняшний день актуальна проблема загрязнения окружающей среды, которая напрямую влияет на здоровье населения и продолжительность жизни. В связи с этим очень важно ограничить выброс токсичных веществ, ликвидировать уже накопленные токсины и канцерогены, направить усилия на озеленительные мероприятия.

Библиографический список

1. Демченко, Т. А. Тенденции смертности в России 90-х годов. – М., 2002.
2. Российский статистический ежегодник. – М., 2001.
3. О президентской программе «Дети России»: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://ccsr.narod.ru/>.
4. Демографический ежегодник России за 2008 г.: Стат. сб. – М.: Росстат, 2008.
5. Регионы России. Социально-экономические показатели: Стат. сб. – М.: Росстат, 2008.
6. Черепанова, В. Н., Устинова, О. В. Государственное управление воспроизводством населения // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/121-18313>.
7. Устинова, О. В. Российская государственная демографическая политика: проблемы и перспективы управления воспроизводством населения // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология. – 2014. – № 3. – С. 135-142.

УДК 314.04

К. Н. СКИФСКАЯ, канд. соц. наук, доцент;
К. А. РУЛЬ, преподаватель
МОУ СОШ № 89, г. Тюмень

ГЛОБАЛЬНЫЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОСТИ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет», Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7 (3452) 41-68-67, эл. почта: skifskaya@yandex.ru.
Ключевые слова: демография, демографический процесс, глобализация, демографическая политика.

В работе определены основные демографические глобального характера, сформулированы факторы, влияющие на демографические процессы.

Человеческое общество постоянно развивается, оно меняется, возникает новые события, явления, что-то старое уходит. Каждое поколение оставляет свои проблемы и достижения другому поколению. Поэтому, все явления, события, связанные с жизнедеятельностью человека связаны между собой, образуя неразрывную нить событий и явлений, причин и следствий. Таким следствием событий двадцатого века стали глобальные проблемы человека. И важное значение приобретают демографические проблемы.

Демографические проблемы достаточно давно являются одними из более актуальных, острых и болезненных для каждого человека проблем, которые стоят практически перед каждым жителем любой страны [1].

За многовековое существования человечество распространилось по всей территории земного шара, создало большое количество государств, каждое из которых входит в огромную общемировую систему, экономическую, политическую, культурную и социальную. Именно этот фактор, что сегодня большинство государств составляют единую систему, дает возможность делать выводы о существовании глобализации (от англ. global – мировой, всемирный) множества процессов, характерных для человеческого общества.

На рубеже XX и XXI веков понимание глобализации стало ключевым в принятии решений. Изучением этого феномена занимаются многие ученые, проблемы глобализации привлекают ученых, общественных и политических деятелей, представителей деловой сферы.

Глобализация – это неотъемлемый исторический процесс, начало которого обсуждают ученые, но они согласны с тем, что с наступлением глобализации определяет совершенно новый этап развития человечества. Однако, кроме положительных моментов, сближения и улучшения взаимопонимания людей, глобализация привела к появлению ряд серьезных проблем, имеющих мировой, масштабный характер и названных поэтому глобальными проблемами человечества [2].

Чрезвычайно быстрый рост и неравномерное расселение людей, привело к появлению демографических проблем, который обострились в XXI веке.

На раннем этапе, около 10 000 лет до н.э., на земле жили 10 млн. человек, а в начале новой эры – 100-250 млн. В 1830 г. численность населения Земли достигла 1 млрд, в 1930 г. – 2 млрд. Население Земли достигло в 2003 – 6,1 млрд. С 1975 по

1985 г. численность населения возрастала на 77 млн ежегодно, т.е. в среднем на 1,8%, в развитых странах – на 0,5%, в развивающихся – на 2,1%, а в Африке – 3%. Таких темпов роста не отмечалось никогда ранее в истории человечества. В 1999 г. больше половины землян были моложе 25 лет [3].

По данным Организации объединенных наций, к началу второго десятилетия 21 века году на земле будет проживать около 8 млрд. жителей. И все они будут нуждаться пище, воздухе, энергии и т.д. Однако, по мнению ученых, планета не может предоставить ресурсы для всех жителей, рост популяции людей ограничен разведенными природными ресурсами, социально-экономическими и генетическими механизмами.

Увеличение темпов роста числа жителей на земле во второй половине XX века ученые называют терминов «демографическим взрывом». «Демографический взрыв» и неравномерность расселения, миграционные процессы, и, в целом прирост жителей земли, приводит к обострению многих проблем: проблемы окружающей среды; этнические проблемы; проблемы беженцев; проблемы урбанизации.

По мнению ученых, кроме «демографического взрыва» проблемой становится урбанизация и «городской взрыв». Города являются центрами концентрации населения, центрами потребления всех природных и созданных человеком ресурсов – земельных, энергетических, продовольственных. Сегодня дефицит касается не только энергии и сырья, ощущается нехватка качественной воды. Таким образом, урбанизация связана не только с ростом населения, но и усилением влияния на окружающую среду. Занимая 1% обитаемой суши, урбанизированные территории концентрируют почти 50% мирового населения. В городах производится 4/5 всей продукции, и они «ответственны» за 4/5 загрязнения атмосферы [4].

Демографическая политика – это целенаправленная деятельность государственных органов и иных социальных институтов в сфере регулирования воспроизводства населения, призванная сохранить или изменить тенденции динамики его численности и структуры. Демографическая политика обычно основывается на комплексе различных мер: экономических, административно-правовых, воспитательных и пропагандистских.

История демографической политики – это история человечества, она находит отражение и отклик во многих нормативных и законодательных актах ранних периодов, особенно, в периоды масштабных миграций, перенаселения территорий или, наоборот, больших людских потерь. В современный период

одной из первых стран, где демографическая политика, направленная на стимулирование рождаемости и принявшая законодательное оформление, стала Франция. Чуть позднее ее сменила политика ограничения и сдерживание темпов прироста населения. Такая же смена направлений, в зависимости от стадии демографического перехода, была характерна и для XX века [2].

С целью решения демографической проблемы ООН приняла «Всемирный план действий в области народонаселения». При этом прогрессивные силы исходят из того, что программы планирования семьи могут содействовать улучшению воспроизводства населения. Но одной демографической политики недостаточно. Она должна сопровождаться улучшением экономических и социальных условий жизни людей.

На Международном форуме «Народонаселение в XXI веке», в Амстердаме, были определены ряд задач в области народонаселения, включая всеобщее снижение уровня рождаемости, сокращение ранних браков, а также широкий круг других мероприятий по развитию программ ограничения народонаселения и деятельности в других областях, затрагивающих интересы населения [5].

Опыт разных стран показывает, что если образование женщины длится более 7 лет, т. е. если она получает среднее образование, то она имеет в среднем на 2,2 ребенка меньше, чем не учившаяся. Важную роль в снижении рождаемости играет возраст вступления в брак. Женщины без образования вступают в брак значительно раньше. В качестве одной из действенных мер демографической политики многие развивающиеся страны осуществляют законодательное повышение возраста вступления в брак [6]. Сегодня средний возраст вступления в брак в Европе составляет 26,4 года для мужчин и 23,4 года для женщин.

Библиографический список

1. Беспалчикова, Я. Демографическая проблема в современном мире и пути ее решения: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://nsportal.ru/ap/library/drugoe/2012/11/26/demograficheskaya-problema-v>.
2. Максаковский, В. П. Демографическая политика: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://geo.1september.ru/article.php?ID=200103706>.
3. Чернецкая, Н. А. Экология. Практические работы: Учеб. пособие. – Рубцовск: РИИ, 2011. – 87 с.
4. Экологический справочник: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://ru-ecology.info/>.
5. Сайт о странах, городах, статистике населения: [Электронный ресурс] – Режим доступа: www.statdata.ru.
6. Скифская, А. Л. Социальная безопасность личности и социальная защита // Вестник Челябинского государственного университета. Философия Социология Культурология. – 2014. – № 24. – С 31.

7. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/.

УДК 339.138

Д. А. СЕРЕГИНА, студент;
Т. П. ЕЛИЗАРЕНКО, канд. экон. наук, доцент

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ В РЕГИОНАХ РОССИИ (НА ПРИМЕРЕ ХМАО-ЮГРЫ)

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7 (3452) 41-68-67, эл. почта: sereogina.daria@yandex.ru.

Ключевые слова: демографические процессы, рождаемость, смертность, воспроизводство, регион.

Низкая рождаемость делает экономику депопуляционной. Современная экономика строит планы, ориентируясь на то количество рабочих мест, которое было до сих пор, и поэтому постоянно возникают ошибки. В данной статье анализируются особенности регулирования демографических процессов на региональном уровне в современных условиях развития России.

Успех государства почти во всех его сферах тесно связан с устойчивым демографическим развитием, обеспечивающим обществу жизненное воспроизводство человеческого потенциала. Эту мысль в разное время доказывали многие выдающиеся ученые: Адам Смит, Жан-Жак Руссо, Дмитрий Менделеев и др. Однако в последние годы в России наблюдается непрерывное сокращение населения.

В течение последнего десятилетия произошло резкое снижение уровня и качества жизни, темпов воспроизводства населения, возникли половозрастные и профессионально – квалификационные диспропорции [5, 6, 8].

Сложившаяся в изучении региональных демографических процессов ситуация связана и с особенностями региона [1, 7]. Традиционно под регионом понимается крупная территория страны с более или менее однородными природными условиями и географическими факторами. Но такое понятие региона не учитывает входящих в него социально – экономических элементов.

Региональное развитие, особенно демографические процессы, необходимо рассматривать с системной позиции. Системное представление регионального развития предполагает выделение отдельных подсистем, объединенных множеством связей и образующих определенную целостность. Население региона рассматривается как одна из подсистем региональной системы. Тогда эле-

ментами данной подсистемы следует считать отдельные демографические процессы и процессы формирования демографических структур в данном регионе [2, 3].

Специфика управления демографическими процессами на территории любого региона обуславливается в первую очередь особенностями самих региональных демографических процессов.

Югра традиционно занимает одно из первых мест по уровню рождаемости среди регионов с преимущественно русским населением – это обусловлено национальным составом и демографическими предпочтениями населения.

Так, по итогам 2015 года, в округе родилось 25 083 человек (коэффициент рождаемости 16,2 при среднем по России 12,6), что превысило показатели 2014 года, когда родилось 23 840 человек (коэффициент рождаемости 15,6 при среднем по России 12,4).

Также в округе наблюдается один из самых низких уровней смертности в стране. В 2015 году в регионе умерло 10 482 человека (коэффициент смертности 6,8 при среднем по России 14,3), что несколько превысило показатели 2014 года, когда в округе умерло 10 107 человек (коэффициент смертности 6,6 при среднем по России 14,2).

Ожидаемая продолжительность жизни женщин в округе на 14,3 года выше, чем у мужчин. В среднем население страны живет на 6,2 года дольше, чем население Югры. По итогам 6 мес. 2015 года показатель младенческой смертности в автономном округе составил 4,7 на 1000 детей, родившихся живыми, что входит в число наименьших по РФ (Младенческая смертность по РФ за 6 мес. составила 6,6).

Динамика прибытий в округ в 2010–2015 гг. свидетельствует, что численность мигрантов, прибывших на территорию ХМАО, колеблется в 30-52 тыс. человек в ежегодном измерении. При этом можно сказать. Что в настоящее время наблюдается тенденция некоторого сокращения потоков прибывших в ХМАО, хотя динамика прибытий в этот период не была стабильной. При анализе значений потока прибытий в ХМАО, следует заметить, что регион, частью которого является округ, в целом отличается высокой миграционной привлекательностью.

О миграционной привлекательности ХМАО свидетельствует высокая доля внешней для округа миграции. Так, внутренняя миграция среди прибывших в ХМАО составляет 24-30%, а доля внешней для округа миграции достигает 69-75% в совокупности прибывших из России. Это соотношение кардинально не меняется на протяжении последних лет.

Одна из особенностей факторов демографических процессов состоит в том, что они взаимодействуют не только с самыми сложными процессами, та-

ких как миграция и воспроизводство в целом, но и с их отдельными составляющими – рождаемостью, смертностью и миграционными оттоками.

Специфика проявления факторов демографических процессов в регионе зависит от состава и структуры потребностей населения региона.

При рассмотрении системы особенностей демографических процессов округа следует иметь в виду, что любая система развивается при взаимодействии всех ее структурных элементов, т.е. при отклонении хотя бы одного демографического показателя от нормы приводит к аномалии всей системы. В свою очередь, отсутствие системности в области демографического регулирования ведет к снижению точности оценок общего демографического состояния региона и их потенциальной управляемости.

Различия в экономических условиях между регионами определяются показателями уровня жизни населения, его географическими, экономическими и этническими особенностями, количественными и качественными характеристиками, что накладывает особый отпечаток на управление демографическими процессами в отдельных регионах страны.

Уровень социально-экономического развития региона, также как и уровень благосостояния населения в регионе невозможно выразить в одном измеряемом показателе. Под уровнем жизни населения понимается уровень благосостояния населения, потребления материальных благ и услуг, совокупность условий и показателей, характеризующих меру удовлетворения основных жизненных потребностей. В свою очередь, благосостояние – это мера, степень обеспеченности людей жизненными благами, средствами существования.

В 2014 году интегральный показатель уровня жизни населения составил 0,9689. Это свидетельствует об ухудшении общего социально – экономического состояния территории за отчетный год на – 3,11%. На изменение качества жизни населения повлияло ухудшение состояния сфер: социальная защита населения, жилищные условия, экономика, а также улучшение состояния сфер: демография, образование, здравоохранение, культура и отдых.

От темпов роста реальных денежных доходов населения зависят общая продолжительность населения и показатели миграционного оттока.

Демографические процессы в округе чувствительны и к показателю уровня безработицы, влияющей на среднюю продолжительность предстоящей жизни мужчин и на уровень рождаемости, а также на коэффициент младенческой смертности и на коэффициент смертности населения в трудоспособном возрасте. В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре достигнут самый низкий уровень безработицы в РФ: в автономном округе насчитываются 3,5 зарегистрированных безработных на одну тысячу трудоспособного населения.

Добиться уровня в 2,5 раза ниже среднероссийского значения удалось вследствие планомерной работе: уровень зарегистрированной безработицы в регионе на конец прошлого года снизился до 0,45% благодаря созданию более 27 тыс. постоянных и временных рабочих мест, в том числе 3,4 тыс. – субъектами малого и среднего бизнеса. Основные мероприятия по снижению уровня безработицы закреплены в госпрограмме содействия занятости населения, в 2016 году общий объем финансирования составит более 400 млн. рублей.

Управление демографическими процессами в ХМАО можно рассматривать с точки зрения соотношения рождаемости и смертности. Рождаемость в большей мере, поддается сознательному воздействию общества путем реализации системы мер демографической политики, которая является конкретным выражением сложившейся системы управления демографическим развитием.

Анализ особенностей управления демографическими процессами в ХМАО-Югре показал, что решающая роль должна отводиться управлению социально-экономическими факторами, оказывающими косвенное влияние на уровень рождаемости, смертности и миграции населения, которые находятся под прямым воздействием общества.

Библиографический список

1. Вишневский, А. Г. Тип воспроизводства населения // Народонаселение. Энциклопедический словарь. – М.: БСЭ, 1994.
2. Механизм управления воспроизводства населения и трудовых ресурсов: региональный аспект / Под ред. Г. М. Романенковой. – Л.: Наука, 1990. – 112 с.
3. Соболева, С. В. Демографические процессы в региональном социально-экономическом развитии. – Новосибирск: Наука СО, 1988. – 208 с.
4. Об итогах Всероссийской переписи населения 2010 г. // Вопросы статистики. – 2012. – № 2.
5. Устинова, О. В. Причины демографического кризиса в России // Современные тенденции в образовании и науке: Сб. науч. тр. междунар. научно-практ. конф. Ч. 12. – Тамбов: Изд-во ТРОО «Бизнес-Наука-Общество», 2013. – С. 143-144.
6. Устинова О.В. Российская государственная демографическая политика: проблемы и перспективы управления воспроизводством населения // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология. – 2014. – № 3. – С. 135-142.
7. Черепанова, В. Н., Устинова, О. В. Государственное управление воспроизводством населения // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/121-18313>.
8. Хайруллина, Н. Г. Социально-демографическая ситуация: результаты исследования // Вестник Казанского государственного технического университета им. А. Н.Туполева. – 2010. – № 4. – С. 205-208.

ОСОБЕННОСТИ РЫНКА ТРУДА ГОРОДА ТЮМЕНИ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7 (3452) 41-68-67, эл. почта: svtolm@gmail.com.

Ключевые слова: рынок труда, безработица, коэффициент напряженности.

В статье дается анализ современного состояния рынка труда на основе информации Центра занятости населения г. Тюмени и Тюменского района, выделяются его особенности.

В современной рыночной экономике предприятия привлекают рабочую силу на рынке труда, который представляет собой взаимодействие двух факторов: спроса на труд и предложения труда, распределение ресурсов труда на основе рыночных механизмов координации [1]. Некоторые авторы фокусируют внимание на том, что рынок труда представляет собой систему общественных отношений, социальных норм и институтов, обеспечивающих обмен по цене, определяемой соотношением спроса и предложения, и использование рабочей силы [2, 3].

Основным документом, регулирующим рынок труда Российской Федерации является Закон Российской Федерации «О занятости населения в Российской Федерации». Для объективной оценки состояния рынка труда и положения в области занятости населения в Российской Федерации устанавливается государственная статистическая отчетность (ст. 16) [4].

Одним из показателей рынка труда является безработица как сложное, разностороннее социально-экономическое явление, когда часть экономически активного населения при существующих в настоящий момент условиях не занята в производстве товаров и услуг, не может реализовать свою рабочую силу на рынке труда из-за отсутствия подходящих рабочих мест. Сегодня рынок труда в России характеризуется сравнительно небольшим процентом безработных – около 6%. Кроме того, на российском рынке труда получила распространение частичная занятость. Наименее благоприятная ситуация для безработных сложилась в некоторых районах Урала и Сибири [5]. Еще одна важная тенденция на российском рынке труда – миграция рабочей силы, в том числе привлечение работодателями иностранных трудовых мигрантов [6, 7].

По данным, представленным в *таблице 1*, уровень регистрируемой безработицы (отношение численности безработных к численности экономически активного населения, в процентах) по г. Тюмени и в Тюменском районе с начала 2014 года вырос с 0,32% до 0,63%. В начале 2016 г. Однако рост был не одно-

родным: так на протяжении 2014 года уровень безработицы держался уровне 0,3-0,32% и лишь в апреле он поднялся до 0,34%. Увеличение роста безработицы в городе Тюмени и Тюменском районе началось с декабря 2014 года, когда значение данного показателя выросло до 0.38% и эта тенденция сохраняется и в настоящее время. Необходимо отметить, что показатели безработицы в городе Тюмень и Тюменском районе являются одними из самых низких в Уральском федеральном округе. Это связано с наличием, как крупных производств, так и с развитием малого и среднего бизнеса, что гарантирует рынку труда достаточное количество рабочих мест.

Таблица 1

Уровень регистрируемой безработицы в г. Тюмень и Тюменском районе, %

месяц	2014 г.	2015 г.	2016 г.
январь	0,32	0,38	0,63
февраль	0,32	0,44	
март	0,33	0,47	
апрель	0,34	0,51	
май	0,32	0,51	
июнь	0,30	0,49	
июль	0,30	0,50	
август	0,30	0,50	
сентябрь	0,30	0,52	
октябрь	0,32	0,55	
ноябрь	0,32	0,55	
декабрь	0,35	0,59	

Помимо уровня безработицы еще одним показателем является коэффициент напряженности (отношение численности незанятых граждан, зарегистрированных в органах службы занятости к количеству свободных рабочих мест и вакантных должностей, заявленных в органы службы занятости).

Как видно из *таблицы 2*, за последние 2 года коэффициент напряженности в г. Тюмень и Тюменском районе возрос с 0,14% до 0,50%. Это означает, что численность состоящих на учете (незанятых) граждан возросла по отношению к количеству заявленных вакансий. Выводом из этих показателей может быть то, что в связи с экономической ситуацией, предприниматели сокращают количество рабочих мест. Проверить данный вывод можно сравнив количество заявленных вакансий в ГАУ ТО Центр занятости населения города Тюмени и Тюменского района и количество обратившихся граждан.

Таблица 2

**Коэффициент напряженности на рынке труда в г. Тюмень
и Тюменском районе, %**

месяц	2014 г.	2015 г.	2016 г.
январь	0,14	0,20	0,50
февраль	0,09	0,26	
март	0,09	0,36	
апрель	0,08	0,40	
май	0,09	0,38	
июнь	0,08	0,30	
июль	0,07	0,42	
август	0,07	0,53	
сентябрь	0,07	0,48	
октябрь	0,07	0,47	
ноябрь	0,10	0,50	
декабрь	0,13	0,38	

В *таблице 3* представлено количество вакансий на рынке труда г. Тюмени: за последние 2 года произошло резкое снижение количества рабочих мест, 20 532 до 10 003, при этом, в августе 2014 наблюдалось максимальное количество вакансий – 46 431. Соответственно количество вакансий снизилось в 4 раза. При этом, сравнивая данные показатели с, показателями, представленными в *таблице 4*, можно отметить, что уровень незанятых граждан поднялся примерно в 1,5 раза. Если на начало 2014 года численность состоящих на учете в Центре занятости населения г. Тюмень и Тюменском районе граждан составляла 2 848 человек, то на сегодняшний день их количество – 4 685 человек.

Таблица 3

Численность вакансий в г. Тюмень и Тюменском районе

месяц	2014 г.	2015 г.	2016 г.
январь	20532	16 082	10 003
февраль	31519	14096	
март	33253	11395	
апрель	38826	11050	
май	30444	12093	
июнь	33065	14441	
июль	46431	10182	
август	46787	8217	
сентябрь	44564	8907	
октябрь	43674	9267	
ноябрь	28855	8774	
декабрь	21213	11876	

Таблица 4

Численность состоящих на учете (незанятых) граждан в г. Тюмень и Тюменском районе

месяц	2014 г.	2015 г.	2016 г.
январь	2848	3 245	4 685
февраль	2897	3703	
март	2912	4066	
апрель	2935	4387	
май	2826	4567	
июнь	2753	4313	
июль	3036	4315	
август	3146	4354	
сентябрь	3012	4238	
октябрь	2953	4398	
ноябрь	2794	4419	
декабрь	2781	4279	

На *рисунке 1* показана разница между количеством вакансий и численностью состоящих на учете (незанятых) граждан. Это говорит о том, что на рынке труда г. Тюмени и Тюменского района, как и в целом по РФ существует дисбаланс между спросом и предложением.



Рис. 1. Численность вакансий и численность состоящих на учете (незанятых) граждан в г. Тюмень и Тюменском районе

Потребность работодателей в рабочей силе в каждом субъекте Российской Федерации разная. Считается, что для Тюменской области востребованными вакансиями являются те, которые связаны с нефте-газодобычей, но это не характерно для города Тюмени. Согласно данным Центра занятости населения города Тюмени и Тюменского района, наиболее востребованными профессиями являются штукатур, бетонщик, менеджер, маляр и каменщик. То есть представители сферы строительства и торговли.

Однако за последний год количество вакансий в сфере строительства за резко упало, почти в 3 раза (с 11 572 до 3 653). При этом в других сферах таких изменений не наблюдается. В сфере предоставления прочих коммунальных, социальных и персональных услуг – в июне 2015 года количество вакансий резко увеличилось (с 271 до 1729), а только после этого пошло на спад и на сегодняшний день в Центр занятости населения города Тюмени и Тюменского района заявлено 515 вакансий.

На текущий момент, рынок труда Тюменской области переживает не лучший момент – идет рост уровня напряженности и безработицы. При этом одновременно наблюдается и положительная динамика в уменьшении дисбаланса между спросом и предложением. Такой эффект достигается благодаря правильно построенной политике Департамента труда и занятости Тюменской области и Центра занятости населения г. Тюмени и Тюменского района.

Библиографический список

1. Рощин, С. Ю., Разумова, Т. О. Экономика труда. – М.: ИНФРА-М, 2001. – 400 с.
2. Толмачев, А. А., Толмачева, С. В. О необходимости подготовки специалистов в области реконструкции компрессорных станций // Вузовская наука: теоретико-методологические проблемы подготовки специалистов в области экономики, менеджмента и права: Мат. междуна. науч. сем. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2015. – С. 182-183.
3. Кабеева, Н. В. Проблемы трудоустройства и профессионального самоопределения молодежи // Вестник Челябинского государственного университета. – 2014. – № 24 (353). – С. 65-67.
4. Закон РФ от 19.04.1991 №1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации»: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 21.02.2016).
5. ГАУ ТО Центр занятости населения г. Тюмени и Тюменского района: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://trud.admtuymen.ru> (дата обращения: 02.02.2016).
6. Устинова, О. В., Чуприна, Е. В. Анализ миграционных процессов в Тюменской области // Актуальные вопросы образования и науки: Сб. науч. тр. междуна. научно-практ. конф. – Тамбов, 2014. – С. 127-129.
7. Устинова, О. В., Пилипенко, Л. М. Влияние миграционных процессов на социально-экономическую ситуацию в Тюменской области // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – С. 1588.

К. А. ТОПОЛЬСКАЯ, студент;
А. В. КРАВЕЦКАЯ, студент;
А. В. КАЛИНИНА, канд. ист. наук, доцент

РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ И БРАЧНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7(3452)41-68-67; эл. почта: anna_kalinina@rambler.ru.

Ключевые слова: репродуктивные установки, брак, брачное поведение, молодежь, семья, чайлдфри.

Репродуктивные установки и брачное поведения в современном мире зависят от множества факторов – исторических, социально-психологических и экономических. В России существуют разнонаправленные тенденции в отношении возраста вступления в брак, желательного количества детей в семье и отношений внутри «большой» и «малой семьи».

В России дольше, чем в странах Западной Европы, задержалась большая, неразделенная семья – расширенная (т. е. состоящая из одной супружеской пары и других, не являющихся супругами родственников разной степени близости, – овдовевших родителей и прародителей, неженатых детей, внуков, правнуков, дядьев, племянников и т. д.) и составная (имеющая в своем составе несколько супружеских пар и, так же, как и расширенная семья, других родственников). Впрочем, не все члены такой большой семьи обязательно кровные родственники, тем более близкие. Она может включать и более отдаленных родственников (двоюродных и троюродных братьев и сестер, внучатых племянников и т. п.), а также и лиц, связанных свойством – зятьев, снох, золовок, деверей и пр., - и даже людей, не связанных с ней ни родством, ни свойством, но живущих под той же крышей и ведущих совместное с другими членами семьи домашнее хозяйство: приемные дети, ученики, приживалы, работники, прислуга. В нынешней семье мы видим реликты прошлых вековых семейных отношений и ростки будущей семьи [3].

Семья – это малая группа, развивающаяся и функционирующая по своим законам. Она зависит от типа и стадии развития общества, существующего политического строя, экономических, социальных и религиозных отношений. И одновременно семья – относительно самостоятельная ячейка общества.

С развитием общества изменяются брак и семья. Законодатели, специалисты по семейно-брачным отношениям все более признают необходимость договорных основ брака. Такой брак — добровольный союз между мужчиной и женщиной, в котором обе стороны должны иметь одинаковые права. Семья вы-

полняет ряд функций, обеспечивающих жизнедеятельность общества. Важнейшими из них, по мнению большинства специалистов, являются репродуктивная, воспитательная, хозяйственно-экономическая и рекреационная.

На основе эмпирических данных [2] было выявлено, что типичная последовательность событий, маркирующих взросление, выглядит так (в скобках – средний возраст):

Первая работа (19 лет);

Отделение от родителей (21 год);

Первый брак или первое партнерство (23 года);

Первый ребенок (24 года).

Если выявлять точку перехода во взрослую жизнь через средние значения представленных возрастов, то она приходится примерно на 21,5 года, и значение это не сильно варьируется от поколения к поколению.

Однако взросление в современном мире – это скорее процесс, а не одноактовое действие, поэтому можно очертить его рамки следующим образом:

– период взросления (когда человек начинает жить самостоятельно и принимать важные решения) приходится на интервал от 16 до 26 лет;

– начало трудовой биографии чаще всего знаменует начало самостоятельной жизни;

– обретя через пару лет после начала работы экономическую независимость, молодые люди стремятся отделиться от родителей;

– уже имея опыт интимной близости, примерно в 23 года молодые люди заключают первый брак или продолжают жить в незарегистрированных отношениях;

– в среднем через год после оформления отношений у пары появляется ребенок.

Это общие тенденции, характерные для всех поколений.

Однако, учитывая тот факт, что у 27% представителей молодого поколения еще не произошло ни одного из выше перечисленных событий, а у 78% – ни одного из трех ключевых (работа, брак, ребенок), можно сделать предположение, что средние возраста наступления ключевых событий жизни и фактического взросления сместятся в более старшие возраста.

В рамках изучения установок репродуктивного и брачного поведения среди студенческой молодежи в феврале 2016 года было проведено пилотажное социологическое исследование. В ходе нашего исследования были опрошено 50 студентов Тюменского нефтегазового государственного университета. Из них 30 девушек и 20 юношей. Возраст от 18 до 22 лет.

В ходе социологического исследования было выявлено, что девушки считают идеальным возрастом вступления в брак 24 года. 30% из них называют

цифру 23, 26% – 25 лет, 16% – 24 года, 18% – считают, что для брака нужно созреть, т. е. быть старше 25 лет, и только 10% - считают, что идеальный возраст менее 23 лет. Молодые люди считают идеальным возрастом для брака 27 лет (40%). 20% называют цифру 25, что ниже среднестатистического показателя, 10% – считают, что идеальный возраст более 30 лет (в среднем, 32 года), и также 10% – считают 18 лет идеальным возрастом.

На вопрос «во сколько лет вы хотите сами выйти замуж/жениться» большинство девушек ответили, что сами хотят вступить в брак в возрасте 23 лет. 30% опрошенных назвали возраст 23 года, 30% – 25 лет, 20% – 24 года, 13% – 22 года, и всего лишь 7% – отметили, что хотят это сделать раньше 22 лет. Как показали данные опроса, большинство молодых людей желают вступить в брак в 27 лет. 70% из них назвали цифру 27, 20% – больше 27, и всего 10% – менее 27. Стоит отметить, что молодые люди имеют на вступление в брак более взвешенные взгляды (идеальное время для создания семьи и время, желательное для меня лично) поскольку их показатели на этот и предыдущий вопрос совпадают.

На вопрос о детях респонденты женского пола ответили, что хотят иметь в среднем двух детей. 50% из них действительно хотят иметь 2-х детей, 30% – остановили свой выбор на 3-х, и всего лишь 10% хотят 1 ребенка, также 5% опрошенных хотят 4 детей, и 5% не хотят иметь детей вообще. На этот же вопрос молодые люди ответили, что хотят иметь в среднем двух детей. 70% из них хотят 2-х детей, 20% – 3-х, и всего лишь 10% остановили свой выбор на 1 ребенке. Никто из опрошенных юношей не заявил, что не желает иметь детей.

Среднестатистическое количество детей в семьях опрошенных девушек составляет 2 человека. У 70% – 2 детей, 13% – 1 ребенок, у 10% – 3 ребенка, у 7% – 5 детей. 33% респондентов отметили, что хотят иметь такое же количество детей, что и в их семьях. Среднестатистическое количество детей в семьях опрошенных парней составляет 2 человека. У 80% – 2 детей, у 10% – 4, у 10% – 1. Можно отметить, что у 70% количество детей в семье не влияет на их желание иметь детей.

50% опрошенных девушек безразлично, какого пола будет их ребенок. 30% хотят иметь мальчика и 13% девочку. 70% опрошенных парней абсолютно безразличен пол будущего ребенка и 30 % хотят ребенка мужского пола.

На вопрос кто в семье должен быть главным 50% респондентов женского пола ответили, что мужчина, потому что мужчина – «добытчик испокон веков». 46% ратуют за демократию и только 4% считают, что женщина. 70% респондентов молодых людей считают, что мужчина глава семьи и 30% считают, что должно быть равноправие. Ни один парень не отметил, что женщина должна быть главой семьи.

На вопрос о том, кто хочет должен обеспечивать семью 53% опрошенных девушек ответили, что доход должны приносить оба супруга. В современном этапе семейных отношений превалирует равноправие. 47% говорят о том, что муж должен зарабатывать больше жены. На наш взгляд, в этом хорошо прослеживаются стереотипное отношение общества к установкам распределения ролей в семье. 30% опрошенных парней ратуют за равный доход и все-таки большинство, 70% считают, что мужчина должен обеспечивать семью. Этот стереотип остается основой в браке по сей день.

На вопрос о том, должна ли женщина работать в принципе 90% девушек категорично ответили, что женщина обязана работать. Что показало изменение «традиционалистской» модели среди девушек на роль женщины в семье. Если раньше женщины стремились стать домохозяйками, то в наши дни этот стереотип изменился. Лишь 10% сказали, что работать или нет, зависит от желания женщины. Большинство мужчин – 60% – ответили, что женщина обязательно должна работать. 30% считают, что это будет зависеть от ее желания, и лишь 10% заявили, что женщина не должна работать.

100% опрошенных девушек посчитали неприемлемым проживание на одной жилой площади вместе с родителями, если они создали свою семью, т.е. находятся в браке. 80% юношей с ними согласны и лишь 20% опрошенных молодых людей считают это нормальным (приемлемым совместное проживание).

57% респондентов женского пола заявили, что не готовы жертвовать семьей ради карьеры. 30% считают, что такие вещи можно и нужно совмещать. И лишь 13% девушек выбрали карьеру вместо семьи. 60% молодых людей ставят семью на первое место. 20% предпочитают карьеру семье и также 20% считают, что смогут ее совмещать.

Интересным на наш взгляд показались ответы респондентов по поводу расстановки семейных и индивидуальных (личностных) приоритетов в семье. 43% опрошенных девушек считают семью важнее саморазвития, 30% выбирают саморазвитие и 27% говорят о том, что надо развиваться вместе со своей семьей. Молодые люди в отличие от девушек ставят саморазвитие на первый план – 40% опрошенных. 30% отдают приоритет семье и также 30% считают, что семью и саморазвитие можно совмещать.

Необходимо отметить, что в аналогичных исследованиях, проводимых лабораторией социально-демографической политики НИУ ВШЭ и студенческого общества «Демограф» было выявлено, что совпадение репродуктивных намерений продемонстрировало примерно 70% пар. Женщина хочет большее число детей, чем мужчина в 17,4% пар, а наоборот – в 13,3% пар. Наиболее высокая доля совпадений встречается в первом зарегистрированном браке – 74%. Затем следует незарегистрированный брак (66,7% совпадений) и повторный за-

регистрированный у обоих супругов (63,3%). 21% мужчин и 14% женщин, по данным, отнесли себя к чайлд-фри (Чайлдфри – субкультура и идеология, характеризующаяся сознательным нежеланием иметь детей. Основная идея чайлдфри – отказ от детей во имя личной свободы и пропаганда бездетного образа жизни) [4, 5].

Для сравнения – по абсолютно тем же вопросам в общероссийском исследовании РидМиЖ (Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе) получалось около 5%, то есть Москва (так же как и другие столицы мира) демонстрирует не только откладывание, но и диверсификацию модели репродуктивного поведения в том, что касается отказа от рождения детей.

Число наблюдений этих условных чайлдфри не сильно велико. Но при делении на 10-летние возрастные группы оно ниже в младших (до 30) и выше в старших (до 40, до 50) возрастах. Во многом это модель «оправдания» сложившейся бездетности – начало действия механизмов снижения репродуктивной нормы вслед за фактической малодетностью и бездетностью [1].

В результате проведенных полномасштабных исследований выявлено, что наблюдаются небольшие межпоколенные различия в вопросах о семье и браке. Отношение молодых людей к сожителю более либеральное, нежели у предыдущих поколений. Молодежь склонна, скорее, ставить на первое место личное счастье, нежели следование нормам: если в браке нет счастья, молодые люди считают разумным развестись даже при наличии маленького ребенка; если счастье есть и без брака, то они могут так и не оформить отношения, рождая детей в сожительстве.

Таким образом, исследование показало, что различия в реальном поведении разных поколений россиян пока не существенны, но более чем ожидаемо увеличение у нынешней молодежи всех фактических возрастов. То же касается и последовательности наступления событий, маркирующих взросление. Сейчас эта последовательность практически монолитна для всех поколений, но уже наблюдаются небольшие изменения в брачно-семейной сфере современных молодых людей. Тем не менее, несмотря на привычную практику повышения брачного возраста и уменьшения рождаемости в мире, студенты ТГНГУ в большинстве своем, хотят иметь большее количество детей, чем было у их родителей, а идеальный возраст вступления в брак повысился всего на 2%.

Библиографический список

1. Тындык, А. Репродуктивное поведение москвичей: совместное заседание студенческого общества «Демограф» и Лаборатории социально-демографической политики НИУ ВШЭ. № 545-546. 4-17 марта 2013 г.: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0545/student02.php> (дата обращения 24.02.2016).

2. Митрофанова, Е. Брачное, репродуктивное и трудовое поведение россиян в контексте взросления. Заседание Лаборатории социально-демографической политики и студенче-

ского общества «Демограф» // Демоскоп Weekly. № 559-560. 17-30 июня 2013 г.: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0559/student02.php> (дата обращения 24.02.2016).

3. Вишневский, А. Г. Эволюция российской семьи // Экология и жизнь. – 2008. – № 7: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0559/student02.php> (дата обращения 24.02.2016).

4. Кашницкий, И. Трансформация брачно-партнерских отношений в развитых странах // Демоскоп Weekly. № 577-5782. 15 декабря 2013 г.: [Электронный ресурс] – Режим доступа// <http://demoscope.ru/weekly/2013/0577/student01.php> (дата обращения 24.02.2016).

5. Иванов, С. Новое лицо брака в развитых странах // Демоскоп Weekly. № 67-68. 20 мая – 2 июня 2002 г.: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2002/067/tema02.php> (дата обращения 24.02.2016).

УДК 316

А. Б. ФОКИНА, соискатель кафедры маркетинга и муниципального управления

РЕАЛИЗАЦИЯ ЦЕННОСТЕЙ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7 (3452) 41-68-67, эл. почта: fannabor@bk.ru.

Ключевые слова: молодежь, ценности, профессиональный потенциал, демографическая политика, реализация ценностей.

По материалам статей академического журнала «Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика» (2008-2014 гг.) обобщаются проблемы реализации ценностей современной молодежи Тюменской области. Выявляются пути решения, которые способны сыграть конструктивную роль в достижении цели государственной демографической политики на период до 2020 года.

Согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, цель государственной демографической политики заключается в снижении темпов естественной убыли населения, стабилизации численности населения и создании условий для ее роста, повышение качества жизни и увеличение ожидаемой продолжительности жизни.

Приоритетными направлениями государственной демографической политики являются, во-первых, снижение смертности населения; во-вторых, сохранение, укрепление здоровья населения, формирование здорового образа жизни; в-третьих, повышение уровня рождаемости; в-четвертых, управление миграционными процессами для снижения дефицита трудовых ресурсов; в-пятых, обеспечение населения защитой от чрезвычайных ситуаций техногенного и природного характера.

Безусловно, стратегическим ресурсом, который призван выполнять функции сохранения и развития страны, преемственности ее культуры и истории,

ответственности за жизнь старших и воспроизводство последующих поколений, является молодежь.

Связывая активность молодых людей с реализацией их ценностей, авторами был проведен обзор и вторичный анализ результатов социологических исследований оценок и мнений представителей молодежи г. Тюмени и Тюменской области, опубликованных на страницах академического журнала «Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика». Журнал рассчитан «на ту часть интеллектуальной элиты, которая заинтересована в создании условий для устойчивого и сбалансированного социального развития общества и формирования среды, благоприятной для развития и реализации творческого потенциала личности, на тех, кто ведет научный анализ современных социальных реалий, стремится отражать сложные общественные процессы, вырабатывать пути преобразования различных сфер общества» [1].

Так, изучение результатов исследований Воробьева Е. М., Артюхова А. В. [2], Садыковой Х. Н. [3], Барбакова Г. О., Устиновой О. В., Бондаренко Г. В. [4], Хайруллиной Н. Г. [5], позволяет обобщить, что приоритетными ценностями молодежи являются профессиональная деятельность, достаток, семья, уверенность в завтрашнем дне, здоровье.

Исследования Белоножко М. Л., Ефремовой В. В., Королевой А. М. [6], Осиповой Л. Б., Энвери Л. А. [7], Мехришвили Л. Л., Севостьяновой О. Ф. [8], показали наличие проблем, связанных с реализацией ценностей молодежи в профессиональной и образовательной сферах. Так, старшеклассники недостаточно ориентируются в выборе направления профессиональной подготовки и реальностях трудовой жизни. Кроме этого, молодые люди в процессе обучения, и по его окончании, при трудоустройстве. Подвергаются рискам, которые включают «объективно существующую возможность негативного воздействия на состояние и жизнедеятельность людей, их общностей и институтов, в результате которого им может быть причинен какой-либо ущерб, ухудшающий их состояние, придающий их развитию нежелательную динамику. Это вполне осознаваемая, но не фатальная вероятность негативного воздействия на тот или иной объект, определяемая наличием объективных и субъективных факторов, обладающих поражающими свойствами. При этом деструктивными и дестабилизирующими следует считать те факторы, которые способны нанести ущерб данной системе, вывести ее из строя или полностью уничтожить. В то же время конструктивной характеристикой выше перечисленных понятий является их потенциальность влияния на развитие личности, общества и государства [8].

Для преодоления проблем, связанных с реализацией профессиональных ценностей, ученые предлагают следующие меры.

Осипова Л. Б., Энвери Л. А. [7] считают целесообразным создание информационного пространства о существующих профессиях, учреждениях профессионального образования, осуществление психологической поддержки профессионального выбора молодежи.

Так, например, в связи с заинтересованностью Тюменского государственного нефтегазового университета, одного из крупных и стратегически значимых вузов Тюменской области, в том, чтобы его «студенты и выпускники не только получали лучшее образование, но и лучшие рабочие места, проводятся общеинститутские «Ярмарки вакансий». В рамках этой серии мероприятий перед студентами ТюмГНГУ разных курсов и специальностей открывается возможность познакомиться с ведущими российскими и зарубежными компаниями, предлагающими интересные предложения для прохождения практики и постоянной или временной работы» [9].

Мехришвили Л. Л., Севостьянова О. Ф. [8], предлагают мероприятия по социальной защите студентов в вузе, связанные с воспитательной, спортивно-оздоровительной, культурно-досуговой, социально-педагогической работой и др. на уровне государственных образовательных учреждений высшего профессионального образования.

В сфере трудоустройства выпускников учеными обосновывается необходимость установления партнерских отношений с предприятиями, проведения совместных профориентационных, культурных, научных мероприятий, участия представителей предприятий в образовательном процессе.

В сфере реализации ценностей семьи и достатка также существуют трудности. Социологические исследования показали, что у молодого поколения отмечаются проблемы, связанные с откладыванием официальной регистрации брака по причине отсутствия финансовой независимости и карьерных достижений. При этом молодые люди серьезно относятся к браку, многие в будущем планируют вступить в официально зарегистрированный брак, создав семью, основанную на общих интересах, любви и воспитании детей.

Исследуя проблемы современной молодой семьи, Барбаков Г. О., Устинова О. В., Бондаренко Г. В. [4] отмечают тенденцию к малодетности и откладыванию рождения даже первого ребенка. Основными причинами, препятствующими рождению детей, выделяют материальные трудности, отсутствие собственного жилья, стремление реализовать личностный потенциал, достичь карьерного роста в профессиональной деятельности. Результаты исследования ученых показали, что у молодых семей существует множество проблем, ключевые из которых – отсутствие отдельного жилья и нехватка денежных средств на содержание семьи.

В современных условиях, когда исторически обусловленные процессы трансформации семьи сочетаются с острейшими проблемами, вызванными социально-экономическим реформированием, возникает необходимость модернизации социально-управленческой деятельности в отношении семьи и брака. Молодая семья, будучи в основе своей неустойчивым образованием, особенно сильно нуждается в поддержке и регулировании со стороны государства [4].

Другой ключевой ценностью современная российская молодежь считает уверенность в завтрашнем дне. Проблемы, связанные с реализацией этой ценности, отражаются на всех сферах жизнедеятельности молодых людей, социальной активности.

Кроме указанных, нельзя не отметить существование проблем, связанных с реализацией ценности молодежи в здоровье, поднимаемых на страницах журнала Драгич О. А., Самариним А. В., Устиновой О. В. [10]. Для обеспечения здоровья молодого поколения базовым условием является сохранение естественной трезвости молодежи, формирование у них сознательной трезвости. Для достижения этой цели общественным движением «Союз утверждения и сохранения Трезвости «Трезвый Урал» разработана программа утверждения и сохранения Трезвости в России «Трезвость – воля народа!». Программа представлена общественности в 2009 году, и с этого времени общественным движением реализуются отдельные пункты программы. Реализация программы в целом возможна при широкой поддержке общественности и принятии ее к исполнению на государственном уровне действующими органами власти.

Следует отметить, что молодежь связывает себя с Россией. Она нацелена на будущее и желает нового общественного устройства: не советского и не западного, не тоталитарного, а такого, в котором высокое благосостояние должно неразрывно связываться с высоким уровнем духовного развития и культуры.

Очевидно, от молодежи в определенной мере зависит социально-экономическое, социально-политическое и социально-культурное развитие страны. При этом катализатором социальной активности молодых людей являются социально-значимые ценности, которые, как было выявлено по результатам исследований ученых, обладали значимостью как в советское, так и обладают в настоящее время, правда с оговоркой на понижение позиций в ряду жизненных ценностей. Данное обстоятельство обусловлено ростом частных ценностей, что вполне логично в виду роста неопределенности и риска в современном обществе, необходимости большей части молодежи рассчитывать на собственные силы.

В этой связи считаем необходимым принятие обозначенных выше, по нашему мнению, конструктивных мер по решению проблем в реализации в

первую очередь индивидуальных ценностей молодежи с одновременным повышением позиций социально-значимых ценностей.

С учетом проанализированной ситуации авторы считают целесообразным осуществить разработку мероприятий по достижению высокого уровня профессионального потенциала, который был бы достаточным для адекватных действий в условиях риска. В этом случае открывается возможность преодоления проблем, связанных с профессиональной деятельностью и материальным достатком молодежи, что в свою очередь скажется на росте удовлетворенности и в различных сферах жизнедеятельности, а значит, и проблемах реализации других ценностей.

Логично предположить, что осуществление обозначенных путей решения проблем реализации ценностей позволит повысить активность молодого поколения в направлении социально-значимых действий, способных обеспечить национальную безопасность отечества [11], минимизировать неопределенности и риски, оказать влияние на социально-экономическое, социально-политическое и социально-культурное развитие.

Кроме того, безусловно, социально активная молодежь способна сыграть конструктивную роль в достижении цели государственной демографической политики на период до 2020 года, – снижению темпов естественной убыли населения, стабилизации численности населения, созданию условий для ее роста, повышению качества жизни и увеличению ожидаемой продолжительности жизни.

Библиографический список

1. Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.sep-tsogu.ru/>.
2. Воробьев, Е. М., Артюхов, А. В. Социополитический портрет национальной молодежи тюменской области // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2013. – № 3. – С. 70-73.
3. Садыкова, Х. Н. Базовые ценности молодежи: межпоколенческий подход // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2010. – № 1. – С.63-65.
4. Барбаков, Г. О., Устинова, О. В., Бондаренко, Г. В. Актуальные проблемы современной молодой семьи // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2015. – № 3. – С. 79-83.
5. Хайруллина, Н. Г. Социальные аспекты устойчивого развития тюменской области // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2014. – № 3 (42). – С. 74-80.
6. Белоножко, М. Л., Ефремова, В. В., Королева, А. М. Социодиагностика процессов взаимосвязи развития рынка информационных услуг и качества жизни регионального социума // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2014. – № 3 (42). – С. 80-83.
7. Осипова, Л. Б., Энвери, Л. А. Профессиональное самоопределение молодежи: проблемы и перспективы // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2010. – №4. – С. 79-82.

8. Мехришвили, Л. Л., Севостьянова, О. Ф. Студенчество: социальная защита в аспекте теории риска // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2011. – № 3. – С. 81-86.

9. Колтунова, Ю. И. Трудности, возникающие перед выпускниками вузов, на разных этапах трудоустройства // Проблемы формирования единого пространства экономического и социального развития стран СНГ: Мат. ежегодной междун. научно-практ. конф. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2014. – С. 122-125.

10. Устинова, О. В. Формирование здорового образа жизни как приоритетное направление государственной политики // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2014. – № 3 (42). – С. 105-109.

11. Ткачева, Н. А. Социологическая концепция миграционной политики региона в системе национальной безопасности: Автореф. дисс. ... на соиск. степ. д-ра соц. наук / Тюменский государственный нефтегазовый университет. – Тюмень, 2011.

УДК 35+314.1

И. К. ШУСТИНА, студент;
Н. Д. РАФИКОВА, канд. ист. наук, доцент
кафедры сервисного инжиниринга и
правового обеспечения в жилищно-
коммунальном и строительном комплексе

К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИТИКИ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный архитектурно-строительный университет». Россия, 652001, г. Тюмень, ул. Луначарского, д. 2; Тел.: +7 (3452) 43-13-39; эл. почта: kgmu72@yandex.ru.

Ключевые слова: семья, социальная политика, государственная семейная политика, рождаемость, смертность, демографическая ситуация.

В статье произведена оценка эффективности реализации государственной семейной политики в Тюменской области по ключевым демографическим показателям. Отмечены результаты мероприятий за последние годы, положительная динамика и приоритетные направления в данной сфере.

Семейная политика является составной частью социальной политики, проводимой в Тюменской области и представляет собой целостную систему мер организационного, экономического, правового, информационного и кадрового характера, направленного на улучшение условий и повышения качества жизни семьи. Объектом семейной политики является семья.

В Тюменской области общая демографическая ситуация немного благоприятнее, чем в других регионах, тем не менее, семенную политику необходимо развивать и стабилизировать. Численность населения Тюменской области (без автономных округов) по данным Тюменьстата по состоянию на 01.01.2016

составила 1455,0 тыс. человек и по сравнению с 2014 г. увеличилась на 25,8 тыс. человек (см. рис. 1).

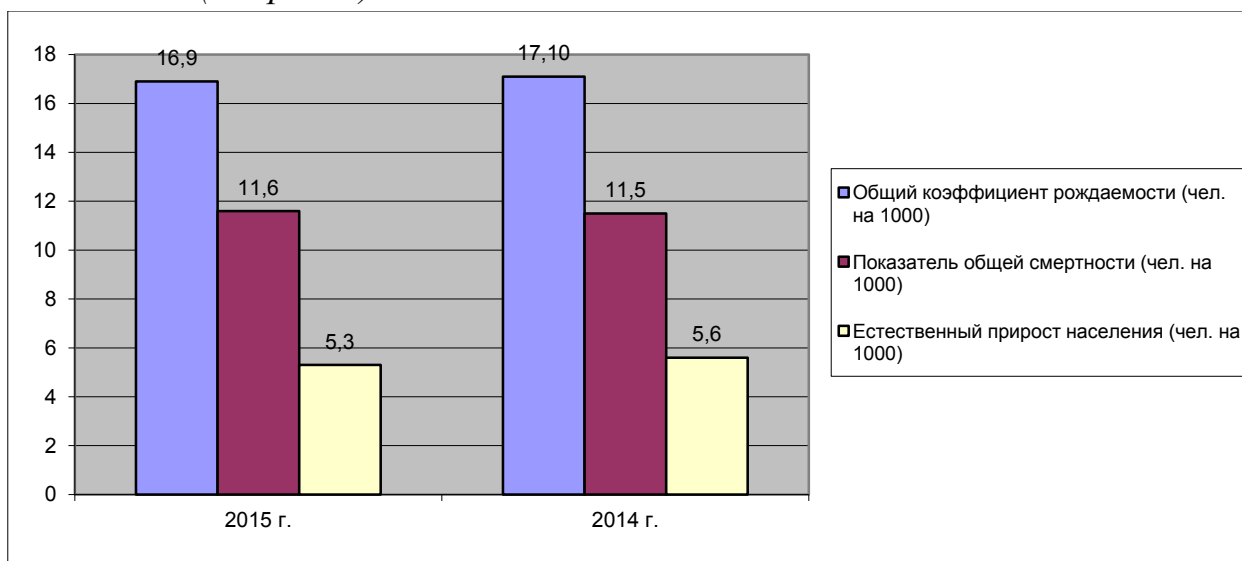


Рис. 1. Показатели рождаемости, смертности и естественного прироста населения в Тюменской области в 2014–2015 годах [1]

В 2015 году родилось 24 203 ребенка (2014 г. – 24213 детей). Количество браков в 2015 году составило 12335 ед. (2014 г. – 13230 ед.), количество разводов – 6830 ед. (2014 г. – 7903 ед.)

На 1 января 2016 года в Тюменской области проживает 542,1 тыс. семей, число которых за год выросло на 12 тыс. (см. рис. 2).

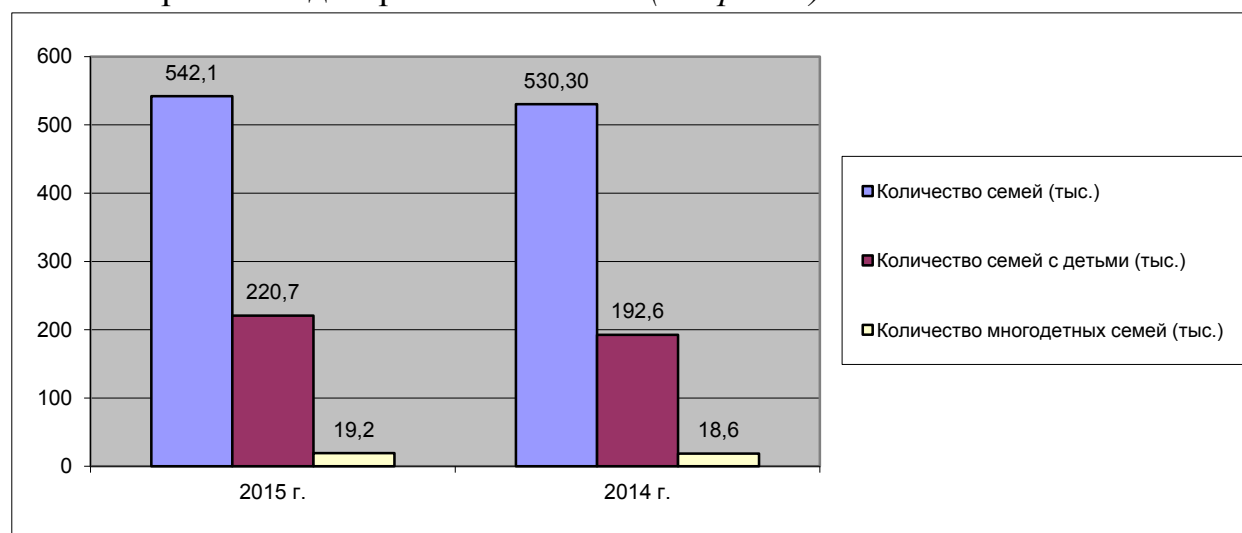


Рис. 2. Количество семей, семей с детьми и многодетных семей в Тюменской области в 2014–2015 годах [1]

Социальные службы Тюменской области в 2011–2015 гг. провели целый комплекс различных мероприятий по поддержке семей. Проведем анализ реализованных проектов, технологий, акций, целевых программ, с позиции оценки их эффективности.

Семейная политика осуществляется в рамках принятых концепций, государственных целевых программ:

1. Концепции государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года [2];
2. Государственная программа Тюменской области «Основные направления развития отрасли «Социальная политика» в Тюменской области» до 2020 года [3];
3. Комплексная программа демографического развития и повышения качества жизни детей и семей с детьми Тюменской области на 2011–2015 годы [4].

В период с 2011 по 2015 годы в отрасли «Социальная политика» произошел ряд кардинальных изменений, позволивших своевременно и в полном объеме предоставлять меры социальной поддержки семьям, имеющим детей предусмотренные федеральным и областным законодательством, повысить качество социальных услуг, оказываемых семье, улучшить материально-техническую базу учреждений.

Во-первых, был проведен анализ эффективности использования площадей учреждений и качества работы с семьей и детьми, учреждения социального обслуживания населения открывались без учета численности социально незащищенных категорий населения в территориях, востребованности в различных видах социальных услуг, состояния материально-технической базы выделяемых зданий, транспортной развязки и возможности кадрового обеспечения.

Имеющиеся площади учреждений использовались нерационально. Это не могло не сказаться на эффективности использования коечного фонда в стационарных учреждениях по работе с семьей и детьми. Анализ категории несовершеннолетних, направляемых различными ведомствами в специализированные учреждения (социальные приюты, центры реабилитации несовершеннолетних), показал, что численность нуждающихся в оказании экстренной помощи детей и подростков по всем специализированным учреждениям области составляет 33% от общего количества обслуженных несовершеннолетних, в то время 67% детей обслуживаются в стационарных учреждениях преимущественно по причинам малообеспеченности семей, в которых они проживают.

Таким образом, очевидна необходимость пересмотра действующей сети учреждений социального обслуживания с учетом востребованности в территориях конкретных видов и форм обслуживания, комплексного подхода в обслуживании семьи и детей, переориентации учреждений на решение принципиально иных задач, позволяющих повысить эффективность деятельности органов социальной защиты населения при оптимальном использовании бюджетных средств, привлечении негосударственного сектора, использования внутреннего потенци-

ала самих граждан, проведения профилактической работы с кризисными семьями, перевода существующих информационных технологий на платформы новых систем управления базами данных и создание на их основе корпоративной информационной системы управления социальной защиты населения.

Во-вторых, реорганизованы социальные приюты и центры социального обслуживания населения. Функции учреждений были переданы во вновь создаваемые комплексные центры социального обслуживания населения.

Государственная семейная политика реализуется по разным направлениям, в том числе направлена на сокращение уровня материнской и младенческой смертности, укрепление репродуктивного здоровья населения.

В Тюменской области сформирована сеть перинатальных центров, охватывающая всю территорию региона, представленная областным Перинатальным центром в г. Тюмени и межрегиональными перинатальными центрами в г. Ишиме и Тобольске. За перинатальными центрами закреплены зоны обслуживания с учетом местной инфраструктуры, транспортной доступности, оснащенности учреждений и обеспеченности кадрами.

Внедрены инновационные технологии выхаживания детей, родившихся с экстремально низкой массой тела и перенесших критические состояния. За 2015 год в перинатальных центрах Тюменской области родилось 102 ребёнка с экстремально низкой массой тела (вес при рождении 500-999 грамм), выживаемость составила 54%.

Внедрена трехуровневая система перинатальной помощи. Развивается медико-генетическая помощь с приоритетом профилактики врожденной и наследственной патологии. В учреждениях родовспоможения проводится комплексная пренатальная (дородовая) диагностика аномалий развития плода в первом триместре беременности. За 2015 год в рамках комплексной пренатальной (дородовая) диагностики аномалий развития плода обследовано 19,1 тыс. женщин в сроке до 14 недель беременности (90,4% от вставших на учет).

Проводится массовое обследование новорожденных на выявление наследственных заболеваний и аудиологический скрининг на выявление нарушений слуха. Охват новорожденных неонатальным скринингом в 2015 году составил 98,9%, обследован 24141 ребёнок.

Одним из факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин, является аборт. На протяжении 2011–2015 годов в Тюменской области (без автономных округов) наблюдается снижение количества абортов на 1000 женщин фертильного возраста. Показатель абортов в 2015 году составил 28,5 на 1000 женщин фертильного возраста, в 2014 году показатель абортов составил 32,0. Снижение количества абортов по отношению к 2014 году составило 11% [1].

В Тюменской области ежегодно проводится акция «Подари мне жизнь!» (неделя против абортов).

Во всех учреждениях родовспоможения области практикуются семейно-ориентированные технологии: организованы индивидуальные родовые, созданы условия для совместного пребывания матери и ребенка, поощряется участие членов семьи в оказании поддержки женщине в период родов и в послеродовом периоде.

Продолжится ставшая традиционной акция «День открытых дверей в родильных домах». Во время этой акции будущим родителям демонстрируют работу всех отделений роддома, рассказывают о партнерских родах, современных методах обезболивания и об особенностях периода новорожденности.

Департаментом здравоохранения Тюменской области проводится комплекс мероприятий, направленных на пропаганду репродуктивной грамотности: «Школы будущих родителей»; серия просветительских занятий «Береги здоровье смолоду». «Школы будущих родителей» проводятся постоянно во всех учреждениях родовспоможения Тюменской области по графику, который размещён на официальных сайтах в сети Интернет и информационных стендах медицинских организаций.

С 2015 года на базе Центра охраны здоровья детей и подростков ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1» функционирует отделение медико-социальной помощи подросткам «Клиника, дружественная к молодежи». В отделении ведут консультативный приём врачи следующих специальностей: эндокринологи, неврологи, дерматовенеролог, осуществляется межкабинетная консультация детского врача уролога-андролога, психотерапевта. Для работы в центре подготовлено два врача акушера-гинеколога. Для решения вопросов юридического характера привлекается юрист-консультант юридического отдела больницы. На базе ММАУ «Городская поликлиника № 1» и ММАУ «Городская поликлиника № 6» также функционируют клиники, оказывающие медико-социальную помощь подросткам.

В рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляется направление пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий.

В Тюменской области функционируют 3 центра, осуществляющие лечение бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения: 1. ЗАО Медицинский центр «Малыш»; 2. ООО «Международный центр репродуктивной медицины «Меркурий»; 3. ООО «Нео-клиник II».

В 2015 году на лечение с применением вспомогательных репродуктивных технологий в центры направлено 600 супружеских пар. По результатам работы

за год беременность наступила у 202 пар, эффективность лечения составила 33,7%.

В последние годы в регионе активно развивается специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь детскому населению: в первую очередь такие направления, как детская кардиохирургия, нейрохирургия, урология, коррекция врожденных пороков развития, эндокринология, кардиоревматология.

Плановое число детей, подлежащих профилактическим осмотрам в Тюменской области на 2015 год, составило около 238 тыс. детей. На 01.01.2016 осмотрены все дети.

В 2015 году высокотехнологичная медицинская помощь оказана более 14 тыс. жителям региона.

По инициативе Правительства Тюменской области с июля 2011 года в Тюменской области реализуется благотворительный проект социального партнерства «Ключ к жизни», направленный на привлечение средств бизнеса и общественности для оказания адресной медицинской помощи, социальной реабилитации и адаптации в обществе детей с ограниченными возможностями по здоровью. Всего оказана помощь 617 детям Тюменской области, из них 132 ребенка получили медицинскую помощь в 2015 году [1].

Таким образом, в Тюменской области в целом наблюдается положительная социально-демографическая динамика: рост рождаемости, увеличение средней продолжительности жизни, активный миграционный приток и т. д. Реализация данных мероприятий в интересах семьи и детей будет продолжена и в 2016–2020 годах. Основными приоритетами данной работы являются:

- обеспечение социальных гарантий семьям, нуждающимся в заботе государства,
- объединение усилий государства, общественных институтов, предприятий и организаций различных форм собственности, направленных на сохранение стабильного уровня жизни семей в регионе;
- оказание помощи семьям, попавшим в кризисную ситуацию, в том числе за счет программных мероприятий по выходу на самообеспечение, организации дополнительных временных рабочих мест и расширения видов общественных работ;
- формирование здорового образа жизни семьи и охрана репродуктивного здоровья семьи, а также пропаганда семейных ценностей.

Следует отметить, что совместными усилиями законодательной и исполнительной власти, центров социального обслуживания и общественных объединений в Тюменской области создаются условия, способствующие повышению качества жизни семей, росту рождаемости, увеличению средней продол-

жительности жизни и др. Исполнение целевых программ имеет положительные тенденции. За последние годы наблюдается естественный прирост населения, увеличивается число многодетных и молодых семей, что свидетельствует о достойной реализации задач семейной политики.

Библиографический список

1. Отчет Департамента социального развития за 2015 г. / Официальный портал органов государственной власти «Тюменская область»: [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://admtumen.ru/ogv_ru/society/social_policy/organization/more.htm?id=46995@egOrganizati on.

2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 25.08.2014 № 1618-р «Об утверждении Концепции государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 г.»: [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_167897/3040ba7aa9d4f9548f0b4cb4f1b2cb8b079dd29f/.

3. Постановление Правительства Тюменской области от 22.12.2014 № 664-п «Об утверждении государственной программы Тюменской области «Основные направления развития отрасли «Социальная политика» до 2020 г.»: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/423908165>.

4. Комплексная программа демографического развития и повышения качества жизни детей и семей с детьми Тюменской области на 2011-2015 гг.: утв. распоряжением Правительства Тюменской области от 30.05.2011 № 806-рп: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.duma72.ru/upload/iblock/b8c/2332pr.pdf>.

УДК 373.24

И. В. ЯРМАНОВА, заведующая
МДБОУ ЦРР № 7 «Ёлочка»,
г. Ханты-Мансийск

ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СРЕДА ДЕТСКОГО САДА: ПСИХОСБЕРЕГАЮЩИЙ ПОТЕНЦИАЛ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 38; Тел.: +7 (3452) 41-68-67, эл. почта: jarmin@mail.ru.

Ключевые слова: образовательная среда, ребёнок дошкольного возраста, детский сад, психосбережение, адекватная педагогика.

В статье рассматривается дошкольная образовательная организация как образовательная среда с высоким психосберегающим потенциалом. Агентом психосбережения является специально подготовленный педагог в соответствии с современными требованиями профессионального стандарта.

Актуальность темы обусловлена реальной ситуацией нарастания психотравмирующих ситуаций в семье, не составляет исключение в этом отношении и посещение ребёнком детского сада.

Конфликтность в детской среде на фоне несформированности «внутренних этических инстанций» (по Л. С. Выготскому), авторитарности и эгоистиче-

ских устремлений у большинства детей к абсолютному самоутверждению, неспособность педагогов грамотно управлять взаимодействием воспитанников создают почву для психотравмирующих переживаний значительного количества детей. Возникает объективная необходимость разработки превентивных организационно-педагогических мер, направленных на своевременное предупреждение возникновения неблагополучия в личностном и социальном развитии дошкольников. Несомненно, ключевую роль в решении этого вопроса играет методическое совершенство педагогов-исследователей, как в разрезе отдельной организации, так и всего профессионального сообщества специалистов по дошкольной педагогике и психологии. Более того, на сегодня в решении комплексных проблем и профессионального несовершенства чётко обозначены ориентиры приказом Минтруда России от 18.12.2013 года № 544н «Об утверждении профессионального стандарта «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)» [7].

Создание психосберегающей образовательной среды в детском саду – это прямая обязанность педагогического коллектива во взаимодействии с родительской общественностью, выступающей в качестве социального партнёра формирования гармоничной личности ребёнка.

Современный педагог работает в новых условиях, новом формате взаимодействия со всеми субъектами образовательного процесса. Степень его профессиональной состоятельности зависит от подготовленности к постоянно изменяющимся условиям в образовании, как на системном уровне, так и на уровне локальном. На локальном уровне мы относим изменения в качестве взаимодействий и возникающих отношений в образовательной среде.

Несомненно, педагогически эффективным, социально состоятельным педагогом является наставник детей, обладающий высоким уровнем конфликтологической компетентности, способный качественно управлять возникающими конфликтами в детской среде, т. е. обладающим способностью педагогически умело предупреждать конфликты или если они уже возникли, то трансформировать деструктивные в конструктивные (созидательные). В результате педагогического управления создаются новые отношения, социальные умения детей, т.е. появляются продуктивные личностные новообразования. Безусловно, организация такой системной работы с детьми дошкольного возраста – эта задача сложная. Но решаемая. И опыт нашего детского сада весьма вполне убедителен [5; 6].

Существует целый арсенал проверенных временем педагогических инструментов, начиная от групповых игр и коллективной творческой деятельности до управления отношениями в процессе организованной сюжетно-ролевой игры. С этой целью продумывается сюжет игры, специально формируются «па-

ры», «тройки», «кватры» игроков под конкретный педагогический замысел, обеспечивается психолого-педагогическое наблюдение с целью упреждения и своевременного снятия напряжения. Мы разделяем мнение Голикова Н. А., что возникающие конфликты обладают социально – закаливающим потенциалом в ситуации их преодоления (конструктивного разрешения) [1]. Но при одном чрезвычайно важном условии – профессиональном подходе воспитателей и высоком уровне их конфликтологической, психолого-педагогической компетентности.

Анализ массовой практики в детских садах выявляет проблему неготовности воспитателей грамотно управлять указанными выше процессами, точно определять «уровень допустимости напряжённости детей» [3, с. 67] с целью извлечения пользы для их эмоционального развития. Типично возникающее при педагогически безграмотной организации воспитательного процесса психоэмоциональное напряжение ведёт к внутреннему дискомфорту дошкольников, резкому снижению их адаптивных возможностей, нарастанию заболеваемости. Если учесть, что соматически ослабленные дети по вине взрослых «проскочили» решение типичных для данной возрастной стадии развития социально-психологических задач, то закономерным следствием этого явится отнесение детей к группе тотального риска в будущем. Нарушения здоровья на фоне неадекватного возрасту и неправильно отобранных методов воспитания чреваты серьёзными последствиями в социальном функционировании индивида, поскольку вторичный дефект является следствием первичного.

Поэтому «в работе с детьми необходима адекватная педагогика» [2, с. 212], т. е. адекватная именно их возрасту. Как требует профессиональный стандарт, воспитатель не только обладает знаниями в области психологии ребёнка дошкольного возраста и частных методик формирования его картины мира, но и знаниями в области детской гигиены и здоровьесбережения, детской конфликтологии, технологиями психолого-педагогической диагностики и коррекции, социально-педагогического проектирования. К сожалению, ни вузы, ни средние специальные не дают знаний в достаточном объёме для использования в практической деятельности. Выпускники и опытные специалисты дошкольных организаций не обладают тем уровнем компетенций, которые затребованы и регламентированы профстандартом. Исключение не составили и наши коллеги.

С целью повышения уровня готовности специалистов МБДОУ ЦРР №7 «Ёлочка» г. Ханты-Мансийска была разработана система повышения профессиональных компетенций. Как показала практика, её основные компоненты вполне соотносятся с требованиями утверждённого профессионального стандарта педагога (воспитателя). Ведущим компонентом этой системы стала целе-

вая установка на освоение навыков формирования психосберегающей среды, под которой понимается система отношений, не наносящих ущерб соматическому, психическому, социальному и нравственному здоровью воспитанников. Для обеспечения указанной целевой установки и формирования профессиональной компетентности были использованы следующие формы работы:

1. Постоянно действующий научно-практический семинар (не менее 4 занятий в год);
2. Функционирование творческих педагогических и проблемных лабораторий;
3. Научно-методическое сопровождение самообразовательной деятельности педагогического коллектива;
4. Проведение ежегодной научно-практической конференции по итогам работы коллектива;
5. Обобщение и представление передового педагогического опыта широкой профессиональной общественности.

Несомненно, решить задачу формирования психосберегающей среды без активного участия родителей воспитанников невозможно. Только в рамках социального партнёрства с принятием единых педагогических требований и культивирования социально приемлемого поведения в условиях детского сада и семьи можно успешно и качественно подготовить детей к успешной самостоятельной жизни, сформировать личность самобытную, культурную, нравственную. Немаловажную роль в этом вопросе играет и взаимодействие ребёнка дома со средствами массовой информации. Родители должны осознавать не только возможности телевидения, но и небезопасность бесконтрольного просмотра передач, фильмов, напичканных агрессивной информацией. Об этом неоднократно предупреждали учёные различных специальностей: медики, социологи, психологи, педагоги [8; 9; 10].

Библиографический список

1. Голиков, Н. А. Ребёнок-инвалид: обучение, оздоровление, развитие. – Тюмень: Вектор Бук, 2006. – 215 с.
2. Голиков, Н. А. Социально-психологическое сопровождение деятельности педагога: условия, способы, технологии реализации // Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования. – 2004. – № 2. – С. 210-219.
3. Голиков, Н. А. Качество жизни детей: социальные технологии оптимизации // Образование и общество. – 2011. – № 2. – С. 65-70.
4. Голиков, Н. А. Ребёнок-инвалид: обучение, развитие, оздоровление. Дети с особой миссией. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. – 428 с.
5. Здоровьесберегающая практика в условиях дошкольного образовательного учреждения: Учебно-метод. пособие. – Ханты-Мансийск, 2003. – 45 с.
6. Качество жизни детей: инновации в образовании – от замысла к воплощению. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2013. – 186 с.

7. Приказ Минтруда России от 18.12.2013 № 544 н «Об утверждении профессионального стандарта «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)», зарегистрированный в Минюсте России 06.12.2013 № 30550: [Электронный ресурс] – Режим доступа: www.consultant.ru.

8. Устинова, О. В., Фарахутдинов, Ш. Ф., Дейнеко, С. В. Интернет как транслятор негативных социальных практик // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2014. –

№ 6-1 (28). – С. 209-212.

9. Устинова, О. В. Влияние средств массовой информации на духовно-нравственное развитие общества // Общество и человек. – 2014. – № 2 (8). – С. 132-133.

10. Феноменология образования: от проблем к решениям. – СПб.: Экспресс, 2011. – 297 с.

Секция «ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ ОСВОЕНИИ СИБИРИ И ТЕРРИТОРИИ КРАЙНЕГО СЕВЕРА»

УДК 340.6

И. М. ВИЛЬЦЕВ, зав. отделом, врач,
суд. мед. эксперт;
Д. Е. КУЗЬМИЧЕВ, зав. отделом, врач,
суд. мед. эксперт;
Р. В. СКРЕБОВ, врач,
суд. мед. эксперт

РОЛЬ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Мегионский филиал. Россия, 628680, г. Мегион, ул. Нефтяников, д. 18, стр. 2; Тел.: + 7 (34643) 3-49-89; эл. почта: sudmedvostok@mail.ru.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, профилактика и диагностика заболеваний, отравлений и травм, конференции.

В статье озвучены цели и задачи взаимодействия судебно-медицинской экспертизы с практическим здравоохранением, указана роль экспертизы в диагностическом процессе и профилактической медицине, приведен анализ работы Восточного отдела КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» с лечебно-профилактическими учреждениями по результатам судебно-медицинских исследований и проведения совместных тематических судебно-медицинских конференций.

*«...Наука о строении человеческого тела
является самой достойной для человека областью знаний
и заслуживает чрезвычайного одобрения...»
Андреас Везалий*

Судебная медицина (англ. forensic pathology, лат. forensic medicina) – это отрасль медицины, представляющая собой систему научных знаний, методик исследования и экспертной оценки фактов (объектов, процессов, явлений), на основе которых решаются вопросы медико-биологического характера, возникающие в деятельности работников правоохранительных органов в процессе судопроизводства, и некоторые конкретные задачи практического здравоохранения. Судебная медицина представляет самостоятельную медицинскую науку, изучающую определенный круг вопросов и имеющую свои методы исследования. Судебная медицина связана со многими другими смежными медицинскими и некоторыми немедицинскими науками.

В настоящее время определяют две основные задачи судебной медицины:
- Помощь органам правосудия;

- Оказание лечебно-профилактической помощи населению.

Эти задачи достигаются посредством производства судебно-медицинских экспертиз. В России судебно-медицинская служба представлена Российским центром судебно-медицинской экспертизы, региональными Бюро судебно-медицинской экспертизы (республиканскими, краевыми, областными, окружными, городскими) и кафедрами судебной медицины, деятельность которых регламентируется законом от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» (с изм. и допол.) и другими нормативно-правовыми актами. Судебная экспертиза – процессуальное действие, состоящее из проведения исследований и дачи заключения экспертом по вопросам, разрешение которых требует специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла, и которые поставлены перед экспертом, судом, судьей, органом дознания, лицом, производящим дознание, следователем, в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу. В области судебной медицины такими познаниями обладает врач – судебно-медицинский эксперт, который в ходе своей деятельности тесно взаимодействует с врачами-клиницистами по самым различным медицинским вопросам.

Определение судебной медицины подразумевает под собой активное взаимодействие судебно-медицинских служб с лечебно-профилактическими учреждениями. В практической деятельности судебно-медицинских экспертов используются материалы и методы, служащие целям здравоохранения: профилактике травматизма, интоксикаций, скоропостижной и внезапной смерти, а также предупреждению ошибок в диагностической и лечебной работе врачей. Судебно-медицинская экспертиза оказывает всемерное содействие органам здравоохранения в улучшении медицинской помощи населению и борьбе за снижение заболеваемости и смертности. Одной из приоритетных задач взаимодействия является диагностический процесс и профилактические мероприятия, которые выражаются в диагностике причин смерти от насильственной и ненасильственной смерти, ятрогенной патологии, врачебных ошибок, оказания влияния на человека терапии, тех или иных медицинских манипуляций.

Анализ всего вышеприведенного, несомненно, должен происходить совместно с практическим здравоохранением. Осуществляться это может путем систематического обсуждения результатов судебно-медицинской экспертизы на судебно-медицинских поликлинико-, клинико-анатомических конференциях, своевременного оповещения руководства органов здравоохранения о фактах расхождения клинического и судебно-медицинского диагноза, об ошибках при оказании медицинской помощи больным. Большую помощь судебно-медицинская экспертиза предоставляет органам здравоохранения в их профилактической и диагностической работе путем проведения анализа случаев внезапной смерти, транспортного

травматизма, бытовых и промышленных отравлений. Ее основные разделы – учение о смерти, посмертные изменения, повреждения и их правовая оценка, отравления, внезапная смерть и ее причины, учение о правах, ответственности и обязанности медицинского персонала – содержат оригинальный научно-исследовательский материал, без знания которого невозможна общая подготовка врача. При разборе так называемых «врачебных дел», при которых выявляются различные, нередко грубые, недостатки в работе медицинских работников; систематизация и анализ этих недостатков, своевременное доведение их до сведения медицинской общественности и руководителей здравоохранения помогает принимать меры по недопущению подобных недостатков в дальнейшем.

На наш взгляд, немаловажным аспектом работы судебно-медицинской экспертизы, в том числе и в свете диагностики и профилактики, являются организация и проведение с медицинскими организациями, социальными и психологическими службами судебно-медицинских тематических научно-практических конференций, которые бесспорно положительно влияют на диагностику и лечебную тактику. Приведем наш опыт подобных конференций на примере работы взаимодействия Восточного отдела КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» с учреждениями здравоохранения. За последние три года (2013–2015) проведены судебно-медицинские конференции:

- Черепно-мозговая травма. Причины, патогенез, классификация, танатогенез, патоморфологические особенности;
- Отравление наркотическими и сильнодействующими препаратами. «Дизайнерские наркотики», алгоритм межведомственного взаимодействия учреждений;
- Ишемическая болезнь сердца, острые формы, анализ, статистика, профилактические мероприятия;
- Дефекты обследования, лечения пациентов с артериальной гипертензией, летальность;
- Онкологические заболевания, структура причин летальности, особенности диагностики;
- Кожные онкологические заболевания, меланома;
- Особенности оформления медицинской документации, технические врачебные ошибки;
- Наркотики, дезоморфин, комплекс профилактических мероприятий;
- Множественные травмы органов и скелета, особенности диагностики, профилактика травматизма;
- Перинатальная смертность, причины смерти, методы профилактики на всех этапах;
- Дисплазия соединительной ткани, «скрытое» течение;

- Особенности течения, диагностики, лечения пневмоний у детей;
- Менингококковая инфекция, детальный анализ и разработка действенных мер профилактики;
- Онкологические заболевания у детей;
- Вирус иммунодефицита человека;
- Сердечно-легочная реанимация, практические навыки, острые состояния. Оказания неотложной медицинской помощи;
- Описторхоз. Алкогольная болезнь печени, формирование здорового образа жизни. Проблема алкоголизма и пьянства в современном обществе;
- Тромбоэмболия легочной артерии, особенности профилактики осложнений в хирургической, травматологической и акушерско-гинекологической практике;
- Ятрогенная патология, врачебные ошибки, профилактика;
- Биологическая смерть. Особенности работы скорой медицинской помощи, участковых терапевтов при осмотре трупа;
- Диагноз, рубрики, особенности формулирования. Комбинированный диагноз. Категории расхождений;
- Пропаганда здорового образа жизни;
- Профилактика летальности и особенности диагностики на разных этапах оказания медицинской помощи при заболеваниях сердечно-сосудистой патологии, заболеваний органов дыхания, пищеварения, мочевыделительной и нервной системы;
- Особенности патоморфологии, диагностики и профилактики эмболий, шоков разной этиологии;
- Особенности производства сложных комиссионных и комплексных экспертных исследований;
- Акушерско-гинекологические судебно-медицинские экспертизы, критерии определения половой зрелости у лиц 14-16 лет женского и мужского пола, основные этапы взаимодействия с врачами клинического профиля;
- Грипп, типы, молниеносные и тяжелые формы, особенности диагностики, лечебной тактике и профилактики на основе особенностей секции;
- Взаимодействие с лечебно-профилактическими учреждениями детского профиля по выявлению и профилактике домашнего, школьного и уличного насилия в отношении детей;
- Нормативно-правовые акты РФ о взаимодействии практического здравоохранения и государственных экспертных учреждений;
- Особенности взаимодействия с врачами – акушер-гинекологами и педиатрами по профилактике перинатального поражения ЦНС, мероприятия по снижению летальности по данным судебно-медицинских исследований детей;

- Анализ летальности, пациентов наблюдающихся в учреждениях здравоохранения населенных пунктов, расположенных на территории обслуживания Восточного отдела КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», профилактика летальности.

Это далеко не полный список тематических конференций, организованный Восточным отделом судебно-медицинской экспертизы и проведенный совместно с лечебными организациями. В основе всех проведенных конференций лежат реальные результаты судебно-медицинских исследований умерших от соответствующей патологии или иные экспертные исследования. В данном вопросе очень много зависит от желания и понимания лечебно-профилактических учреждений о необходимости присутствия лечащих врачей на исследованиях умерших от различных заболеваний, отравлений, травм и их сочетаний, возможности с помощью судебно-медицинских экспертов выявлять и понимать структурные и морфо-функциональные изменения в различных тканях и органах. И как итог – проводить такие конференции с привлечением врачей разных специальностей, цель которых должна быть понятной и единой. Разумеется, подобные мероприятия помогут избежать ошибок и более эффективно разрабатывать, внедрять в практику диагностические и профилактические стандарты.

Все-таки стоит оговориться, в современной России, обращает на себя внимание, что все или практически все нормативные документы, регламентирующие взаимодействия морфологов и клиницистов, направлены на патолого-анатомическую службу, а ориентиров – на судебно-медицинскую нет. Тем самым, «на местах», следуя букве регламента, зачастую не происходит должного взаимодействия между клиницистами и врачами – судебно-медицинскими экспертами, производящими исследования. Часто в работе комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ) и лечебно-контрольной комиссии (ЛКК) или клинико-анатомических конференциях (КАК) отсутствуют судебно-медицинские эксперты, при условии исследования ими умершего и заменяются патологоанатомами, что в свою очередь отрицательно и негативно влияет на профилактическую и диагностическую медицину. Ведь кропотливая и сложная работа морфолога и в частности врача – судебно-медицинского эксперта по сопоставлению диагнозов, оформлению клинико-анатомических эпикризов, в которых отражаются умозаключения врачей по категориям и причинам расхождения, проведению совместных судебно-медицинских конференций, в конечном счете, направлена на повышение качества диагностики, оказания медицинской помощи, профилактику заболеваний, врачебных ошибок, дефектов и ятрогений.

Выводы. Таким образом, мы убедительно показали, что на просторах медицинской науки, судебно-медицинская деятельность неотъемлемо связана с

диагностическими и профилактическими мероприятиями. По сути своей врач – судебно-медицинский эксперт является морфологом, а значит диагностом, причем самым разносторонним, ведь смерть может наступить от самых разных причин. Мы часто сталкиваемся с некоторым «стеснением» в профессиональном общении между врачами – судебно-медицинскими экспертами и клиницистами, почему-то бытует мнение, что экспертиза обязательно должна «поймать и наказать», что в корне не верно. Мы выполняем и преследуем по – большей части одни и те же цели и задачи, главными из которых являются – не навреди, помощи, реализуем весь потенциал во благо здоровья человека.

Следует подчеркнуть о необходимости тесного взаимодействия врачей клинического профиля и морфологов, преемственности в медицине, что, в конечном счете, в средне- и долгосрочной перспективе положительно влияет на медицину в целом и дает полное представление о заболеваниях, их профилактике, диагностике и лечении, помогает в будущем исключить дефекты оказания медицинской помощи.

Библиографический список

1. Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» // Справочная поисковая система «Гарант»;
2. Гурочкин, Ю. Д., Витер, В. И. Судебная медицина. Курс лекций. – М., 2004. – 319 с.
3. Томилин, В. В., Барсегянц, Л. О., Гладких, А. С. Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств. – М., 1989. – 304 с.
4. Клевно, В. А., Хохлов, В. В. Судебная медицина. – М., 2014. – 518 с.
5. Попов, В. Л. Судебно-медицинская казуистика. – М., 1991. – 304 с.
6. Щадрин, С. Ф., Гирько, С. И., Николаев, В. Н. и др. Судебная медицина. – М., 2006. – С. 3-15.
7. Кузьмичев, Д. Е., Вильцев, И. М., Чирков, С. В. К проблеме ятрогенной патологии. Случай из практики // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Вып. 20. – Нск, 2014. – С. 296-302.
8. Кузьмичев, Д. Е., Скребов, Р. В., Вильцев, И. М., Диордица, Д. В. Комбинированное травма и заболевание. К вопросу оформления диагноза // Проблемы экспертизы в медицине. – 2015. – № 3-4. – С. 48-50.
9. Кузьмичев, Д. Е., Вильцев, И. М., Вотинцев, А. А., Никулина, Л. Р. Проблема ятрогений в медицине // Научный медицинский вестник Югры. – 2015. – № 1-2 (7-8). – С. 40-46.
10. Кузьмичев, Д. Е., Скребов, Р. В., Рыжова, О. Л., Раннев, А. Ю., Чечиков, И. П., Вильцев, И. М. Морфометрия сердца. Методические рекомендации. БУ ХМАО-Югры «Мегионская городская больница № 1», 2016.
11. Кузьмичев, Д. Е., Романова, С. И., Иванова, М. А., Файзуллина, Д. Ф., Чаплина, М. А., Чешулько, К. Ю. Роль судебно-медицинской службы в профилактической медицине: Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Взгляд молодых ученых: Сб. мат. IV Всеросс. научно-практ. конф. с международным участием студентов, интернов, ординаторов, аспирантов. – Пермь, 2016.

ОСНОВНЫЕ ВЕХИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОГО РЕГИОНА

ГОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет Минздрава РФ». Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; Тел.: +7 (3452) 20-21-97; эл. почта: tgmu@tyumsmu.ru.

Ключевые слова: региональная политика здравоохранения, концептуальный подход, совершенствование системы здравоохранения.

В статье представлен региональный опыт и основные этапы целенаправленных преобразований в здравоохранении сложно построенного субъекта Российской Федерации Тюменской области с входящими в ее состав Ханты-Мансийским и Ямало-Ненецким автономными округами, учитывающих общеобластные и региональные особенности.

В начале 60-х годов XX века в северных регионах Западной Сибири начинается освоение нефтяных и газовых месторождений. Стремительный рост Западно-Сибирского нефтегазового комплекса ставит множество самых разнообразных проблем. Одной из главных была проблема охраны здоровья трудящихся региона.

В северных регионах Тюменской области в местах нефтегазодобычи (Ямало-Ненецком и Ханты-Мансийском автономных округах) идёт создание уникальных лечебно-профилактических учреждений – медико-санитарных частей, которые объединили в себе функции центральных городских, центральных районных больниц и медико-санитарных частей (в городах Надым, Новый Уренгой, Урай, Нефтеюганск, Сургут, Нижневартовск).

В системе строителей магистральных трубопроводов для доставки нефти и газа в западные регионы страны и за рубеж создаются медико-санитарные части, в состав которых входят центральные офисы, расположенные в базовых городах и посёлках, и сеть передвижных врачебных и фельдшерских здравпунктов. На территории Тюменского региона создаются 5 МСЧ, в состав которых входят около 50 здравпунктов. Общее руководство медицинской службой строителей магистральных трубопроводов осуществляет Санитарное управление Министерства здравоохранения РСФСР при Министерстве нефтяного и газового строительства СССР [1].

Стало очевидным, что без научных исследований по обоснованию конкретных мероприятий в этой области не может быть дальнейшего развития системы здравоохранения в регионе. Начало научного обоснования развития системы здравоохранения в Тюменской области относится к 1975 году, когда по

инициативе городского комитета КПСС г. Нижневартовска и руководства НГДУ «Мегионнефть» в 1975-1983 годы кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения Тюменского медицинского института совместно со специалистами практического здравоохранения медико-санитарных частей были проведены научные исследования по охране здоровья населения Нижневартовского территориально-производственного комплекса.

Был разработан комплекс мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи населению:

1) рекомендации по снижению заболеваемости как причины временной нетрудоспособности;

2) система диспансеризации и гигиенического обучения и воспитания нефтяников;

3) нормативы потребности в стационарной медицинской помощи (183,9 койки на 10000 населения), которые были рекомендованы Тюменским областным отделом здравоохранения для планирования развития больничной помощи в перспективе до 1990 года для промышленных городов Севера Тюменской области;

4) рекомендации по медицинскому обеспечению нефтяников в вахтовых поселках, утверждённые приказом Тюменского облздравотдела от 4 марта 1982 года № 90 «О мерах по улучшению медико-санитарного обслуживания жителей новых поселков и городов области»;

5) система наблюдений за состоянием здоровья работников «Нижневартовскнефтегаза» и факторами окружающей среды (создание отраслевого мониторинга и его организационной структуры) [2].

Следует отметить, что научные исследования по проблемам охраны здоровья и здравоохранения способствовали усилению внимания к ним не только работников практического здравоохранения, но и руководителей партийно-советских органов и промышленных предприятий Ханты-Мансийского округа. Достаточно сказать, что в период с 1978 по 1983 годы в городе Нижневартовске были проведены по инициативе городского комитета КПСС, Исполкомов Нижневартовского городского и Нижневартовского районного Советов народных депутатов, производственного объединения «Нижневартовскнефтегаз», Тюменского государственного медицинского института три научно-практические конференции по охране здоровья работающих в нефтегазодобывающей промышленности.

В 1983-1988 годы была выполнена серия научно-исследовательских работ по снижению заболеваемости как причины временной нетрудоспособности строителей магистральных трубопроводов и медико-санитарного обеспечения их в условиях вахтовой и экспедиционно-вахтовой организации труда, в том

числе в связи с будущим освоением Бованенковского месторождения газа на полуострове Ямал.

России нужна обоснованная здравоохранительная политика, принятая на высшем уровне власти. Более четверти века в мире действует и развивается политика ВОЗ «Здоровье для всех». К сожалению, Россия относится к тем немногим странам, которые не присоединились к стратегии «Здоровье для всех» и не имеют соответствующих программ, одобренных Советом Федерации и Правительством. В Российской Федерации пока ещё реализуется чисто отраслевой подход, связанный с реформой здравоохранения на базе разработанных программ в отсутствие политики здравоохранения. Поэтому принимаемые действия, как на правительственном, так и на региональном уровнях носят фрагментарный, а не системный характер.

Осознавая важность определения региональной стратегии здравоохранения в свете глобальной стратегии ВОЗ достижения здоровья для всех, кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения Тюменской медицинской академии в рамках договора с администрацией Ханты-Мансийского автономного округа разработала в 1996 году Концепцию развития здравоохранения в Ханты-мансийском автономном округе до 2005 года. Указанная концепция была утверждена постановлением Думы Ханты-Мансийского автономного округа № 82 12 марта 1997 года.

Научной базой концепции явилась разработанная нами структурно-методологическая модель, включающая основные задачи социальной политики государственной власти, цель концепции, основные задачи на этапах восстановительного развития и экономического подъёма, принципы реформирования здравоохранения, приоритетные направления развития здравоохранения и пути их реализации, средства и условия реализации концепции [3].

Принятая Концепция развития здравоохранения в Ханты-мансийском автономном округе до 2005 года послужила стимулом разработки на её основе концепций здравоохранения в муниципальных образованиях. Так, в 1999 году Дума муниципального образования город Нижневартовск своим решением № 300 от 31 марта 1999 года принимает Концепцию развития здравоохранения города Нижневартовска до 2005 года.

Позднее нами были разработаны Концепция Программы развития здравоохранения муниципального образования «Ханты-Мансийский район» до 2020 года, одобренная администрацией Ханты-Мансийский района в декабре 2008 года и Программа развития системы здравоохранения Нижневартовского района до 2012 года, одобренная администрацией Нижневартовского района в августе 2009 года.

В течение 2000–2004 годов по поручению администрации Ямало-Ненецкого автономного округа проведены комплексные исследования по охране здоровья пришлого населения и коренных малочисленных народов в местах их природной среды обитания и промышленного освоения Севера. Установлено, что за последние годы в состоянии здоровья населения Ямало-Ненецкого автономного округа (ЯНАО) отмечаются негативные явления: снижение рождаемости, увеличение общей смертности, уменьшение естественного прироста населения. Наблюдаются выраженные региональные и социальные различия в состоянии здоровья населения.

С целью совершенствования системы охраны здоровья пришлого и коренного населения ЯНАО разработана научно обоснованная здравоохранительная политика, составными элементами которой являются Концепция развития здравоохранения до 2015 года, (стратегия «Здоровье северян»), план действий для организации и развития первичной медико-санитарной помощи как части всеобъемлющей региональной системы здравоохранения при координации с другими секторами, концептуальные подходы взаимодействия техногенной и аборигенной цивилизаций, научное сопровождение политики здравоохранения.

Концептуальные основы взаимодействия двух цивилизаций – техногенной и аборигенной представлены следующими положениями:

1. Здоровье коренных малочисленных народов Севера и пришлого населения имеет, прежде всего, социально-экономическую и эколого-поведенческую обусловленность.

2. Общество, органы государственной власти и местного самоуправления, хозяйствующие субъекты несут ответственность за охрану здоровья населения.

3. Система мер по охране здоровья населения включает:

– Определение политики, стратегии охраны здоровья населения на высшем административном уровне.

– Разработку целевых программ по приоритетным проблемам здравоохранения.

– Финансирование мероприятий по охране здоровья населения.

– Сотрудничество сектора здравоохранения с другими секторами и аспектами развития, представляющими производственную и социальную деятельность пришлого и аборигенного населения, и координацию их действий на основе комплекса политических, экономических, правовых, социальных, научных, организационных, медико-санитарных и других мер.

– Развитие материальных и кадровых ресурсов по обеспечению оздоровительных, профилактических, лечебных, реабилитационных мероприятий.

– Широкое участие населения, общественных организаций в реализации здравоохранительной природосберегающей политике.

– Научное сопровождение стратегии охраны здоровья пришлого и аборигенного населения.

4. Адекватность проводимой здравоохранительной политики в конечном итоге определяется положительными тенденциями в состоянии здоровья населения и деятельности служб, обеспечивающих потребности человека.

Концептуальные подходы взаимодействия техногенной и аборигенной цивилизаций были представлены на Конгрессе парламентариев арктического региона в Рейкьявике в 2004 году и получили положительную оценку Генерального секретаря Конгресса Lilja Gretarsdotur.

Система здравоохранения в нынешнем виде ориентирована главным образом на борьбу с уже возникшими заболеваниями и объективно не способна радикально улучшить состояние здоровья населения страны. Для этого необходима новая, адекватная сложившимся социально-экономическим условиям стратегия охраны и улучшения здоровья населения.

В Тюменском регионе основные положения такой новой политики здравоохранения впервые прозвучали 20 лет тому назад на научно-практической конференции по обсуждению программы структурной реформы экономики и социальной сферы Тюменской области, состоявшейся в городе Нижневартовске 28-29 февраля 1996 года.

Участники конференции (подсекция по здравоохранению) пришли к единому мнению:

1. Для проведения целенаправленных преобразований в здравоохранении Тюменской области, Ханты-Мансийского и Ямало-Ненецкого автономных округов, обеспечения прав граждан в области охраны здоровья необходима единая здравоохранительная политика реформирования и прогрессивного развития отрасли, учитывающая общеобластные и региональные особенности. В ее основу должен быть положен критически переработанный региональный, отечественный и международный опыт развития здравоохранения.

2. На основании поручения администраций трех субъектов Российской Федерации (Тюменской области, Ямало-Ненецкого автономного округа и Ханты-Мансийского автономного округа) разработать общеобластную концепцию развития здравоохранения.

3. Успешной реализации концепции будет способствовать расширение интеграции и сотрудничества трех субъектов Российской Федерации (Тюменской области, Ханты-Мансийского автономного округа и Ямало-Ненецкого автономного округа).

4. Концепция развития здравоохранения должна включать:

– основную задачу социальной политики государственной власти;

- цель и основные задачи концепции: а) на этапе кризисного развития, б) на этапе стабилизации, в) на этапе экономического подъема;
- принципы реформы здравоохранения;
- научную базу концепции;
- приоритетные направления развития здравоохранения;
- пути реализации приоритетных направлений (в области политики и стратегии здравоохранения, в области законодательства, финансирования и управления здравоохранением);
- средства реализации концепции (целевые и комплексные программы, контроль со стороны органов власти и общественности, информатизация здравоохранения, научное и методическое сопровождение);
- условия реализации концепции.

5. Реализация концепции здравоохранения позволит органам государственной власти и местного самоуправления планировать и оптимально реализовать совокупность мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, санитарно-гигиенического характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья, предоставление медицинской помощи населению области, рациональное использование средств, выделенных на здравоохранение.

Таким образом, организаторы здравоохранения Тюменского региона своевременно и профессионально сформулировали основные положения реформирования здравоохранения. К сожалению, до настоящего времени в сложно устроенном субъекте Российской Федерации – Тюменской области с входящими в её состав Ямало-Ненецким автономным округом и Ханты-Мансийским автономным округом – Югрой – нет принятой на высшем государственном уровне единой здравоохранительной политики.

Библиографический список

1. Долгинцев, В. И. Роль государственного и муниципального здравоохранения в создании и развитии системы охраны здоровья населения в местах экономического освоения Западной Сибири // Становление государственной медицины в России (XVIII-XX вв.): Мат. междун. конф. – Луганск: Издательство «Шико», 2012. – С. 87-89.
2. Долгинцев, В. И. Развитие системы здравоохранения Тюменского региона: результаты, проблемы и перспективы взаимодействия органов государственной власти и местного самоуправления, медицинской науки и образования // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2008. – № 4 (19). – С. 25-27.
3. Долгинцев, В. И. Концептуальный подход и разработка целевых комплексных программ как оптимальный механизм развития системы здравоохранения // Формирование здоровья населения и пути оптимизации лечебно-профилактической деятельности: Мат. межрегион. научно-практ. конф. – Ижевск, 2009. – С. 145-147.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ – ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ

ГОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет Минздрава РФ». Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; Тел.: +7 (3452) 20-21-97; эл. почта: tgmu@tyumsmu.ru.

Ключевые слова: распространённость сахарного диабета, факторы риска, оценка степени риска заболевания.

Представлены материалы распространённости сахарного диабета в Тюменской области, Ханты-Мансийском и Ямало-Ненецком автономных округах в динамике, анализ факторов риска и их комплексов. Разработана диагностическая таблица оценки степени риска возникновения сахарного диабета.

Сахарный диабет – хроническая, изнуряющая организм болезнь с тяжёлыми осложнениями. Диабетом страдают многие миллионы людей во всём мире. Больные встречаются почти во всех популяциях, причём чаще в развивающихся странах. В плане человеческих страданий, затрат служб здравоохранения на лечение и потерь людских ресурсов эта болезнь обходится очень дорого

Во всех странах практически повсеместно отмечается рост заболеваемости сахарным диабетом. Проблема сахарного диабета для населения России также весьма актуальна [1]. В России распространённость СД по данным Министерства здравоохранения (в зависимости от региона) варьирует от 0,1 до 4,1% среди населения. Общее число зарегистрированных больных составляет около 2 млн. человек. Предполагается, что реальное число больных в 2-3 раза выше.

Анализ распространённости сахарного диабета в Тюменской области за 1984-2011 годы показал рост её в 6,9 раза (с 3,3⁰/₀₀ до 26,2⁰/₀₀), в том числе по Югу Тюменской области – в 4,8 раза (с 5,0⁰/₀₀ до 24,1⁰/₀₀), Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре – в 9,9 раза (с 2,8⁰/₀₀ до 27,8⁰/₀₀), Ямало-Ненецкому автономному округу – 13,9 раза (с 1,9⁰/₀₀ до 26,4⁰/₀₀).

Следует отметить неравномерный рост распространённости сахарного диабета в указанных территориях Тюменской области. Так, по Югу Тюменской области – в 1991 (23,3%), 2006 (14,5%), 2007 (12,6%) годах; в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре – в 2002 (54,8%), 1986 (18,7%), 1999 (15,3%) годах; в Ямало-Ненецком автономном округе – в 1996 (28,3%), 2000 (27,9%), 1991 (22,6%) годах [2].

С целью выявления общей тенденции динамики распространённости сахарного диабета в Тюменском регионе и её прогнозирования мы провели аналитическое выравнивание показателей динамики по способу наименьших квадратов по формуле: $\bar{y}_t = a_0 + a_1 t$, где t – порядковый номер периода, a_0 и a_1 – параметры исковой кривой. Прогноз на основе аналитического выравнивания динамики распространённости сахарного диабета составил: на 2015 год по югу Тюменской области – 23,03⁰/₀₀, Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре – 24,73⁰/₀₀, Ямало-Ненецкому автономному округу – 26,23⁰/₀₀; на 2020 год – 26,17⁰/₀₀, 28,89⁰/₀₀, 30,77⁰/₀₀ соответственно.

Таким образом, распространённость сахарного диабета в Тюменском регионе имеет выраженную тенденцию к росту, что требует разработки конкретных мероприятий по решению проблемы.

Для России характерно наличие популяций с низкой заболеваемостью СД. В настоящей работе представлены результаты анализа распространённости СД среди коренных малочисленных народов севера (КМНС), проживающих в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (ХМАО – Югре).

Анализ распространённости СД у коренных малочисленных народа севера (ханты, манси, ненцы, селькупы, зыряне и другие) выявил её особенности. Так, в среднем за 2001-2008 годы её уровень у КМНС составил 4,3⁰/₀₀, в том числе по ИЗСД – 0,7⁰/₀₀, по ИНСД – 3,4⁰/₀₀, что существенно ниже, чем в целом по ХМАО – Югре (в целом по СД – в 3,4 раза, по ИЗСД – в 2,1 раза, по ИНСД в 3,9 раза соответственно).

Распространённость СД у КМНС за 2001–2008 годы выросла в 2,0 раза (с 2,3⁰/₀₀ в 2001 году до 5,6⁰/₀₀ в 2008 году), ИЗСД – в 1,2 раза (с 0,5⁰/₀₀ в 2001 году до 0,6⁰/₀₀ в 2008 году), а ИНСД – 2,3 раза (с 2,2⁰/₀₀ в 2001 году до 5,0⁰/₀₀ в 2008 году). Обращает на себя внимание более высокий темп прироста распространённости ИЗСД в среднем за 2001–2008 годы у КМНС (8,2%), чем в среднем по ХМАО – Югре (2%) и относительно низкий – по ИНСД (8,3%) по сравнению со средними значениями по ХМАО – Югре (14,4%).

Таким образом, настоящее исследование показало наличие существенных особенностей сахарного диабета у КМНС в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре. Для КМНС характерным является более низкий уровень распространённости сахарного диабета, особенно по ИНСД, существенно ниже темп прироста распространённости СД, прежде всего по ИНСД по сравнению со средними аналогичными показателями в среднем по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре.

Медико-социальная значимость сахарного диабета определяется ранней инвалидизацией и смертностью в связи с поздними сосудистыми осложнениями диабета: микроангиопатии, в том числе ретинопатия и нефропатия; макро-

ангиопатии (инфаркт миокарда, инсульт гангрена нижних конечностей); нейропатии.

Методом бесповторной случай выборки проведено изучение качества жизни, потери временной и стойкой трудоспособности, вопросов медицинской реабилитации у 257 больных сахарным диабетом, среди которых 26,8% страдали первым типом диабета, остальные – вторым.

Из общего числа обследованных больных сахарным диабетом 30,7% имели инвалидность, в том числе 0,8% были инвалиды с детства, 0,4% имели первую группу инвалидности, 18,7% – вторую и 11,0% – третью группу инвалидности. Среди всех больных сахарным диабетом, имеющих инвалидность, причиной последней являлись сахарный диабет – 60,7%, сосудистые заболевания – 10,1%, инфаркт миокарда и отсутствие зрения – по 3,8%, инсульт и нефропатия – по 2,5%, другие заболевания – 16,4% [3].

Изучение распространения осложнений и сопутствующих заболеваний у больных сахарным диабетом показало, что среди всех осложнений первое место занимает гипертония (61,7%), второе – диабетическая ретинопатия (41,1%), третье – макроангиопатия нижних конечностей (25,0%). Последующие места занимают диабетическая сенсорная нейропатия (24,2%), диабетическая катаракта (21,8%), диабетическая нефропатия (16,5%), стенокардия (12,9%), нарушение мозгового кровообращения (9,3%), диабетическая стопа (7,3%), автономная нейропатия (5,2%), хайропатия (3,2%), инфаркт миокарда (2,8%) и диабетическая кома (2,4%).

Среди сопутствующих заболеваний у больных сахарным диабетом наиболее часто отменены ожирение (3,2%), аутоиммунный тиреоидит (1,25%), узловой зоб (0,8%), гипотиреоз (0,8%) и хронических панкреатит (0,8%) [4].

При изучении обеспеченности больных сахарным диабетом диагностическими средствами для самоконтроля установлено, что большинство из них (64,7%) имеют глюкометры для контроля сахара в крови, 52,6% пациентов обеспечены полосками для контроля гликемии, 41,8% – ланцетами для взятия крови, полосками для определения ацетоновых тел обеспечены 18,9%, для определения сахара в моче – 6,4% и полосками для определения гликолизированного Нв – 3,2% пациентов.

Известно, что большое значение для благоприятного течения заболевания и улучшения качества жизни больных сахарным диабетом имеет их обучение в школе для больных диабетом. Наше исследование показало, что немногим более половины (54,6%) больных сахарным диабетом прошли обучение в школе для больных сахарным диабетом, а остальные 45,4% не проходили этого обучения.

Таким образом, имеются проблемы по обеспечению больных диагностическими средствами для самоконтроля, более трети (35,3%) пациентов не имеют

глюкометров, а 58,2% – ланцетов для взятия крови. Особую тревогу вызывает то, что почти каждый второй больной сахарным диабетом не проходил обучением в школе для больных сахарным диабетом.

Особенности распространённости сахарного диабета связаны с влиянием факторов, как окружающей среды, так и внутренней среды организма. Важным фактором является образ жизни.

Роль питания в формировании здоровья человека и его сохранения имеет существенное значение. В своей работе мы изучали вопросы организации питания и его режима, а также подходили с позиции изучения качественных особенностей питания. Как показали результаты исследования кратность приёма пищи три раза в день отмечено у 35,5% больных сахарным диабетом, четыре раза и более – у 64,5% пациентов. Следует отметить, что 13,0% больных сахарным диабетом предпочитают употреблять овощи и фрукты, 15,2% – молочные продукты, хлебобулочную продукцию – 7,8%, сладости – 4,3%.

Физическая активность больных сахарным диабетом недостаточная: 15,6% из них ежедневно занимаются гимнастикой, 79,7% – изредка и только 1,7% занимаются спортом.

Исследование показало, что 48,8% больных сахарным диабетом курят, причём 15,2% среди них начали курить до 15-летнего возраста. Следует отметить, что большинство курящих пациентов в день выкуривают до 10 сигарет (папирос) – 49,4%, 10-20 – 36,7%, более 20 – 10,1%. Курение натошак отметили 3,8% опрошенных. Продолжительность курения в течение 20 и более лет отмечено у 49,4% курильщиков, а на стаж курения до 10 лет указали 6,3%, 10-14 лет – 7,6% больных сахарным диабетом.

Употребление алкогольных напитков отмечено у абсолютного большинства пациентов. Только 1,2% больных сахарным диабетом не употребляют алкогольные напитки. Анализ частоты употребления алкогольных напитков показал, что 1,2% пациентов употребляют алкоголь ежедневно, 1,8% – несколько раз в неделю, 7,4% – один раз в неделю, 15,4% – два раза в месяц, а 73,5% – редко.

Изучение предпочтительности в употреблении алкогольных напитков выявило, что 48,7% больных сахарным диабетом предпочитают употреблять водку, 6,8% – коньяк и виски, 37,6% – сухие вина, 5,6% – крепленые вина, 16,0% – пиво. Начало употребления алкогольных напитков до 15-летнего возраста отмечено у 1,2% пациентов. Наиболее распространёнными дозами (за один раз выпивает) употребления алкоголя среди больных сахарным диабетом являются до 100 г – 32,1%, 100-250 г. – 30,8% и 250-500 г – 30,8%. Более 500 г алкоголя за один раз употребляют 6,3% пациентов.

С целью разработки комплекса мер по профилактике сахарного диабета на основе анализа основных закономерностей распространения заболевания и

факторов риска в условиях Тюменского региона методом бесповторной случайной выборки проведено изучение факторов риска у 257 больных сахарным диабетом и 621 лиц контрольной группы.

Анализ распространения отдельных факторов и их комплексов в группах больных сахарным диабетом и здоровых позволил отобрать наиболее значимые из них с точки зрения возможного влияния на развитие болезни и определить их как факторы риска. После оценки отдельных факторов по критерию согласия (χ^2) выбраны 25 наиболее информативных из них, что позволило составить описательную модель (в форме диагностической таблицы) для выявления лиц предрасположенных к развитию заболевания. При сравнительном анализе частоты указанных факторов у больных сахарным диабетом и среди лиц контрольной группы установлено, что в группе больных сахарным диабетом 91,5% имеет 7 факторов риска и более. У здоровых большинство (77,9%) имеет до 7 факторов ($p < 0,01$).

На основе проведённого исследования для интегральной оценки влияния совокупности факторов на прогноз вероятности развития заболевания нами разработана диагностическая таблица выявления групп риска, подлежащих диспансерному наблюдению по заболеванию сахарным диабетом, содержащая факторы риска возникновения заболевания, которую можно использовать при проведении предварительных медицинских осмотров.

Группы риска формируются во время проведения массовых профилактических осмотров из числа тех, у которых при заполнении диагностической таблицы сочетание факторов риска больше или равно пороговому значению. Использование диагностической таблицы основывается на установленном факте, что факторы риска встречаются у больных сахарным диабетом и у здоровых людей. Но для больных характерным является сочетание значительно большего количества факторов риска, чем для здоровых. В нашем исследовании для мужчин больных сахарным диабетом характерно сочетание 9, а для женщин – 7 факторов риска и более (диагностическая таблица).

Апробация диагностической таблицы на группах больных сахарным диабетом первого и второго типов и здоровых людей показало их эффективность. Диагностические таблицы можно использовать при проведении предварительных медицинских осмотров. Их применение даёт возможность с минимальной затратой времени рассчитать вероятность возникновения у обследуемого заболевания сахарным диабетом, планировать мероприятия по первичной медицинской и социальной профилактике заболевания. Это позволит врачу определить дальнейшую тактику по обследованию и диспансерному наблюдению конкретного человека на своём участке.

Библиографический список

1. Дедов, И. И., Лебедев, Н. Б., Сунцов, Ю. И. и др. // Проблемы эндокринологии. – 1996. – Т. 42. – № 5. – С. 3-7.
2. Долгинцева, Н. В. Общая тенденция динамики распространённости сахарного диабета в Тюменском регионе и её прогнозирование // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко: Мат. междунар. симп. «Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения». – М., 2015. – С. 53-55.
3. Долгинцева, Н. В. Проблемы инвалидизации больных сахарным диабетом в Тюменской области. // Актуальные проблемы демографической политики и состояние здоровья населения Российской Федерации: Сб. мат. Всеросс. научно-практ. конф. – Астрахань: АГМА, 2009. – С. 100-101.
4. Долгинцева, Н. В. Особенности распространения осложнений и сопутствующих заболеваний у больных сахарным диабетом в Тюменской области // Клиническая медицина: инновационные технологии в практике здравоохранения: Сб. мат. научно-практ. конф., посвящённой 80-летию городской клинической больницы № 1. – Красноярск, 2010. – С. 106-107.

УДК 614.2

М. Г. КАРАЙЛАНОВ, преподаватель;
И. Т. РУСЕВ, преподаватель;
И. Г. ПРОКИН, преподаватель;
С. В. РУДИКОВ, преподаватель

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова Минобороны РФ». Россия, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, Лит. Ж; Тел.: + 7 (812) 292-33-62.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, стационарозамещающие технологии, дневной стационар, эффективность.

Отражены новые экономически эффективные модели оказания высококвалифицированной первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях путем внедрения стационарозамещающих технологий, которые позволят повысить интенсивность и эффективность работы, увеличить объем оказываемой помощи, более интенсивно использовать ресурсы амбулаторно-поликлинического учреждения.

В последние годы совершенствование системы охраны здоровья в стране осуществлялось в соответствии в Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, которая определила цель государственной политики в области здравоохранения – улучшение состояния здоровья населения на основе доступности медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг, виды, качество и объемы которых соответствуют уровню заболеваемости и потребностям населения, современному уровню развития медицинской науки, а также ресурсам, которыми располагает государство и граждане.

Сокращение коечного фонда в последние годы происходит за счет расширения объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, и неостребованности в связи в этой части коек, развернутых в стационарах с круглосуточным пребыванием [5]. Развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи определяется, с одной стороны, потребностью населения в данном виде медицинских услуг, с другой необходимостью рационального и эффективного использования финансовых средств и материально-технических ресурсов здравоохранения, т.е. объективной потребностью самой системы здравоохранения, действующей в реальной социально-экономической среде [1].

Впервые в России дневной стационар был открыт в 1930 г. в Московской психоневрологической больнице им. П.Б. Ганнушкина, который выполнял функцию промежуточного звена между больницей и лечебно-трудовыми мастерскими диспансера. В 1933 году в Москве функционировало уже 3 подобных учреждения. В дальнейшем такая форма оказания медицинской помощи стала появляться в других отраслях медицины [3]. В 1970-е годы в психиатрической службе были созданы различные стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи (СЗФОМП). Такие как ночные стационары, стационары выходного дня (на субботу и воскресенье), стационары с режимом «частичной госпитализации» и др. Режим частичной госпитализации позволял врачу отпускать больного на определенное время домой, продолжая при этом наблюдение за ним и корректировку лечения. Это снимало у больных реакцию предубеждения и протеста, создавая атмосферу доверия, сотрудничества с медицинским персоналом [2].

Начавшая в нашей стране в 1960-е гг. работа по созданию СЗФ оказания медицинской помощи позволила оценить позитивные стороны их деятельности, обосновать их медико-организационную целесообразность [4]. Однако интерес к этой форме работы в последующие два десятилетия был несколько потерян в связи с отсутствием директивных документов, регламентирующих ее деятельность, нерешенностью вопросов финансирования. В 60-е годы прошлого века был проведен ряд исследований, позволявших оценить положительные стороны работы дневных стационаров и обосновать их медико-организационную целесообразность. Так, И. Н. Розова и соавт. в 80-х годах XX столетия одними из первых попытались обобщить опыт организации работы дневного стационара для больных терапевтического и неврологического профилей [5]. По данным авторов, лечение в ДС позволило получить выраженный положительный эффект у 86,5% больных. Сразу по окончании лечения в ДС были выписаны на работу 84,7% больных. Кроме того, авторы проанализировали социальную эффективность данной формы лечения. По результатам проведенного социологи-

ческого опроса пациентов, закончивших лечение, 90% респондентов предпочитают лечиться именно в дневном стационаре, а не в больнице. Все респонденты отметили, что лечение в дневном стационаре предпочтительнее, так как позволяет проводить комплексное лечение в течение 3-4 ч., после чего возвращаться домой, не прерывая привычных социальных связей, не испытывая сложностей госпитальных условий.

Дневной стационар поликлиники как новая форма оказания квалифицированной медицинской помощи населению появился в середине 80-х годов и был регламентирован Приказом Минздрава СССР № 1278 от 16.12.1987 г. «Об организации стационара (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому». В настоящее время этот нормативный документ утратил силу. Дневные стационары организовывались не только на базе поликлиник, но и поликлинических отделений городских больниц, центральных районных больниц, диспансеров, клиник НИИ, имеющих необходимую материально-техническую базу. Позднее был издан приказ МЗ РФ № 438 от 16.12.1999 г. «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» [1].

Дневные стационары могут быть организованы как в составе амбулаторно-поликлинических, так и при стационарных учреждениях здравоохранения. Они занимают промежуточное место между стационарными и амбулаторными учреждениями, обладают преимуществами больницы: регулярное (ежедневное) наблюдение больного медицинским персоналом, активное лечение и обследование в объеме, близком к осуществляемому в больнице. С другой стороны, дневные стационары сохраняют положительные черты амбулаторного лечения, главной из которых является то, что больной находится в привычной для него среде.

Следует отметить, что дневной стационар на базе больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений имеют общие цели, задачи и функции, вместе с тем на базе больниц, как правило, возможно проведение более сложных лабораторно-диагностических обследований, проще организовать двух-трехразовое питание, чем в условиях поликлиники. Преимуществом дневного стационара на базе амбулаторно-поликлинических учреждений может быть большая возможность использования широкого комплекса восстановительного лечения.

Основными задачами организации и работы дневных стационаров являются:

- проведение в поликлинических условиях лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на ускорение выздоровления или улучшения состояния здоровья пациентов;

- проведение комплексного активного лечения пациентов в объемах, оказываемых в стационарных условиях тем больным, которые по каким-то причинам не могут быть госпитализированы в больницы;
- рациональное использование коечного фонда стационарных отделений больницы для лечения, прежде всего, тяжелобольных пациентов;
- долечивание и адаптация отдельных контингентов пациентов после лечения в стационаре;
- повышение доступности плановой стационарной помощи пациентам;
- проведение в амбулаторных условиях отдельных сложных диагностических исследований, требующих или специальной подготовки или последующего наблюдения, осуществляемых медицинским персоналом;
- расширение объема хирургических вмешательств, проводимых в амбулаторных условиях пациентам с некоторыми хирургическими, оториноларингологическими, офтальмологическими и гинекологическими заболеваниями;
- сокращение сроков временной нетрудоспособности пациентов трудоспособного возраста по поводу наблюдаемых заболеваний;
- плановое профилактическое оздоровление пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, включая длительно и часто болеющих пациентов;
- временная госпитализация пациентов поликлиники, у которых во время посещения возникли неотложные состояния, для оказания экстренной медицинской помощи до приезда бригады скорой медицинской помощи или до полного купирования неотложного состояния;
- решение отдельных вопросов медико-социальной экспертизы.

Мощность дневного стационара определяется в зависимости от потребности и местных условий. Ответственность за их деятельность несет главный врач учреждения. Необходимое количество медицинского персонала определяется по действующим штатным нормативам в пределах общей численности. Организация работы при поликлиниках может быть построена по централизованному, децентрализованному и смешанному принципу:

- централизованная форма работы предусматривает специальное выделение штатов (врача и медицинской сестры). Медицинской сестрой делаются все необходимые заборы анализов, процедуры и инъекции 1-2 раза в день. При такой форме врач и медицинская сестра дневного стационара обслуживают в день 12-14 больных.
- децентрализованная форма предполагает обслуживание участковым врачом и медицинской сестрой 2-3 больных своего участка.

Наиболее целесообразно дневной стационар располагать в отдельном крыле поликлиники, приблизив максимально его к отделению восстановительного лечения, что позволит широко применять различные физиотерапевтиче-

ские процедуры, психотерапию, иглорефлексотерапию, ЛФК и т.д. Объем медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, как правило, должен включать лабораторно-диагностическое обследование, медикаментозную терапию, восстановительное лечение.

В комплексе лечебных препаратов может быть представлен весь арсенал медицинских средств. Как и в обычном стационаре, они регулярно осматриваются врачом, который следит за их состоянием, назначает контрольные лабораторно-инструментальные исследования, консультации врачей узких специальностей и т.д. Также осуществляются долечивание больных, выписанных из стационара для завершения лечения в условиях активного режима с последующей выпиской к трудовой деятельности. Помимо лечения основного заболевания больным целесообразно проводить оздоровительные мероприятия и лечение сопутствующих заболеваний. В период лечения широко используются физиотерапия, грязелечение, массаж, ЛФК, психотерапия, иглорефлексотерапия и другие методы восстановительного лечения. В функции дневного стационара может входить оказание неотложной догоспитальной помощи тем больным, у которых в период обращения в поликлинику развились неотложные состояния, приступы стенокардии, бронхиальной астмы и др.

Дневной стационар позволяет повысить интенсивность и эффективность работы поликлиники, увеличить объем оказываемой помощи, более интенсивно использовать ресурсы поликлиники.

Лечение пациентов в стационаре дневного пребывания экономически выгодно, большую часть времени пациент находится дома, в привычных комфортных условиях, в окружении близких людей, что повышает эффективность лечения [6]. Кроме того, средняя длительность лечения в дневном стационаре составляет меньше сроков лечения в стационаре круглосуточного пребывания.

Библиографический список

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 декабря 1999 г. № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях // Организация работы дневного стационара: Сб. док. / Сост. В. В. Степанов. – М., 2001. – С. 3-10.
2. Волнухин, А. В. Стационарозамещающие технологии в работе врача общей практики (семейного врача): организационно-экономические аспекты: Автореф. дис. ... на соиск. степ. канд. мед. наук. – М., 2010. – 30 с.
3. Плиш, А. В. Медико-организационные резервы совершенствования стационарозамещающих технологий. – Витебск, 2006. – 48 с.
4. Поликлиника и стационар: от противостояния к сотрудничеству // Медицинская газета. – 2000. – № 31. – С. 4.
5. Стародубов, В. И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития: Монография / В. И. Стародубов, А. А. Калининская, С. И. Шляфер. – М.: Медицина, 2007. – 264 с.
6. Щепин, О. П. Эффективность использования стационарозамещающих технологий в системе здравоохранения / О. П. Щепин, Е. П. Какорина, В. О. Флек. – М., 2006. – 416 с.

М. Г. КАРАЙЛАНОВ, преподаватель;
И. Т. РУСЕВ, преподаватель;
И. Г. ПРОКИН, преподаватель

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова Минобороны РФ». Россия, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, Лит. Ж; Тел.: + 7 (812) 292-33-62.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, эффективность, методика расчета, амбулаторно-поликлиническое учреждение.

Определены основные направления развития амбулаторно-поликлинических учреждений на современном этапе при оказании медицинской помощи, описана проблема эффективности деятельности медицинского учреждения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, перечень показателей, с помощью которых можно было бы оценить различные аспекты функционирования здравоохранения, в частности поликлиники при оказании медицинской помощи, отражены основные методики расчета эффективности первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

Наиболее актуальной проблемой современного здравоохранения по-прежнему является первичная медико-санитарная помощь с развитием сети амбулаторно-поликлинических учреждений. Первичная медико-санитарная помощь составляет неотъемлемую часть как национальной системы здравоохранения, осуществляя ее главную функцию и являясь ее центральным звеном, так и всего процесса социально-экономического развития общества. Она представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья нации, поэтому вопросам данного вида помощи уделяется большое внимание в проводимых на национальном уровне реформах.

В последние годы совершенствование системы охраны здоровья в стране осуществлялось в соответствии с Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, которая определила цель государственной политики в области здравоохранения – улучшение состояния здоровья населения на основе доступности медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг, виды, качество и объемы которых соответствуют уровню заболеваемости и потребностям населения, современному уровню развития медицинской науки, а также ресурсам, которыми располагает государство и граждане.

В Российской Федерации успешно реализован Национальный проект

«Здоровье», целями которого являлись: укрепление здоровья граждан, повышение доступности и качества медицинской помощи, развитие первичной медицинской помощи, возрождение профилактического направления в здравоохранении, обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

Первичная медико-санитарная помощь является первым уровнем контакта людей с системой здравоохранения и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья.

Территориальная доступность первичной медико-санитарной помощи обеспечивается рациональным размещением медицинских учреждений с учетом расселения жителей. В развитии данного вида помощи наиболее велика роль врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, которые обеспечивают своевременную квалифицированную медицинскую помощь всему прикрепленному населению по профилю специальности в поликлинике и на дому, а также профилактическую направленность по предупреждению и снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности, профессиональных болезней и травматизма.

Развитие первичной медико-санитарной помощи должно быть направлено на решение следующих задач:

- обеспечение доступности этого вида медицинской помощи для всех лиц, проживающих в любых регионах страны;
- удовлетворение потребности в квалифицированной врачебной лечебно-профилактической и медико-социальной помощи;
- переориентация деятельности учреждений на медико-социальную профилактику;
- повышение эффективности работы учреждений, совершенствование управления;
- повышение культуры и качества медико-социальной помощи.

В настоящее время приоритетной и нерешенной остается проблема оценки эффективности деятельности медицинского учреждения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях. Эффективность деятельности медицинского учреждения представляет собой степень достижения определенных для данного учреждения целей при определенных затратах, т. е. под понятием «эффективность» подразумевается достижение конкретного результата. Понятие эффективности медицинской помощи, в том числе первичной медико-санитарной, не следует отождествлять с общеэкономической категорией эффективности, с соответствующими показателями в сфере

материального производства, поскольку, по выражению Н.И. Вишнякова и др. (2001), в здравоохранении, даже при использовании квалифицированного труда и современного оборудования, результат может быть «нулевым» и даже «отрицательным» [1, 2].

Результаты тех или иных мероприятий здравоохранения в целом и амбулаторно-поликлинической службы в частности анализируются с позиций медицинской, социальной и экономической эффективности. Между этими видами эффективности существует взаимосвязь и взаимообусловленность, приоритетными являются медицинская и социальная эффективность. Что же касается экономической эффективности, то в здравоохранении она не может являться определяющей при выборе тех или иных средств профилактики и лечения заболеваний, организационных форм оказания медицинской помощи, хотя критерии экономической эффективности, наряду с медицинской и социальной эффективностью, могут помочь в установлении очередности проведения тех или иных мероприятий в условиях ограниченных ресурсов. Медицинская помощь должна оказываться таким образом, чтобы затраты на ее финансирование осуществлялись оптимально с точки зрения получаемых результатов (оптимальность) и исходя из наиболее важных направлений медицинской деятельности (приоритетность).

В условиях современного развития здравоохранения проблема оценки эффективности деятельности учреждений здравоохранения имеет сугубо практическое значение. В последнее время наблюдается выраженный интерес к разработке и внедрению в практику адекватных показателей деятельности системы здравоохранения. Некоторые авторы связывают отмеченные тенденции в первую очередь с возросшим объемом финансирования отрасли. Возникает необходимость оценки эффективности использования финансовых вложений через систему научно обоснованных критериев оценки деятельности учреждений здравоохранения. Кроме того, управление здравоохранением невозможно без определения приоритетных целей, показателей их достижения, а так же параметров эффективности использования затрачиваемых финансовых, материальных и кадровых ресурсов.

В настоящее время повышение эффективности деятельности медицинских организаций является основой метода «управления по результатам». Основные направления данного метода реализуются через систему одноканального финансирования по подушевому принципу с элементами частичного аккумулярования средств на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений,

оплаты медицинской помощи по страховому принципу на основе использования медико-экономических стандартов, а также реформирование оплаты труда медицинских работников, ориентированной на конечные результаты. Все выше перечисленное обуславливает необходимость разработки методики оценки эффективности медицинской помощи, которая базируясь на научно-обоснованных методических подходах позволит обеспечить взаимосвязь процессов управления и планирования, а также решать практические задачи развития отрасли.

Несмотря на многообразие используемых способов оценки деятельности медицинских организаций подбор релевантных показателей и методики их оценки в настоящее время имеет практическое значение для организаторов здравоохранения. Суть проблемы разработки адекватной оценки деятельности медицинских организаций заключается в сложности подбора единого метода, позволяющего учесть комплекс воздействующих факторов: внешних и внутренних, медицинских и немедицинских. Это обусловлено недостаточной изученностью влияния перечисленных факторов на состояние здоровья населения, и еще меньшей изученностью на показатели деятельности медицинских организаций.

Расчет показателей эффективности здравоохранения, его служб (включая первичную медико-санитарную помощь) и отдельных мероприятий производится по следующим направлениям [5]:

- по виду эффективности (медицинская, социальная, экономическая);
- по уровню (уровень работы врача, подразделения, отдельного учреждения в целом, уровень работы отрасли здравоохранения, уровень народного хозяйства);
- по этапам или разделам работы (эффективность на этапе предупреждения заболевания, лечения и реабилитации больных);
- по объему работы (эффективность лечебно-профилактических мероприятий и медико-социальных программ);
- по способу измерения результатов (через снижение потерь ресурсов; экономию ресурсов, через дополнительно полученный результат, либо через интегрированный показатель, учитывающий все результаты);
- по затратам (учитываются затраты общественного труда, а также суммарный показатель по затратам живого общественного труда);
- по форме показателей (принимаются во внимание нормативные показатели здоровья населения, трудовых затрат и стоимостные показатели).

Отечественные исследователи неоднократно предлагали перечень показателей, с помощью которых можно было бы оценить различные аспекты функционирования здравоохранения, его отдельных служб и их звеньев, включая первичную медико-санитарную помощь [2]. Несмотря на имеющееся расхождение мнений, по вопросу о том каким именно должен быть блок показателей, все исследователи единодушны в одном: показатели должны иметь количественное выражение, быть простыми в расчете и иметь доступную и надежную информационную базу. Количество показателей должно быть по возможности минимальным, но при этом отражать все основные аспекты деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения. Все параметры, используемые для оценки эффективности, могут и должны определяться на основе анализа учетно-отчетной документации учреждения и анкетирования пациентов. Используемые показатели должны нести определенную смысловую нагрузку и отражать конкретную связь с целями и задачами учреждения.

Для анализа эффективности деятельности поликлиник используются показатели объема и типа посещений, а также показатели, характеризующие участковый принцип обслуживания и нагрузку медицинского персонала. При обычно используемом анализе каждый параметр сравнивается с нормативным значением (при наличии такового) или с данными предшествующего периода.

Актуальной задачей является разработка простой и доступной методики, которая позволяет без лишних затрат получать обобщающую характеристику эффективности функционирования учреждения. Из-за отсутствия методик, соответствующих потребностям практического здравоохранения, в ряде случаев оценка эффективности и результативности инновационных технологий основывается только на косвенных показателях и экспертных мнениях специалистов. Поэтому в ряде работ предлагаются методики оценки эффективности деятельности медицинского учреждения.

Методический подход, предложенный А.Л. Линденбратеном и др. (2003), предполагает расчет такого интегрального показателя, который определяется как произведение четырех частных коэффициентов: объема деятельности, результативности, социальной удовлетворенности и экономичности [3,4]. Применение этой методики на практике сдерживается тем, что она требует сбора специальной информации.

Т. В. Черновой и др. (2001) предложена методика расчета интегрального показателя медицинской эффективности работы, основанная на использовании основных статистических показателей деятельности медицинского учреждения

[6]. Предлагается следующий набор первичных показателей для поликлиник: удельный вес посещений по поводу заболеваний, на дому и с профилактической целью; число посещений на одного жителя в год; число посещений на одну занятую врачебную должность.

Оценка эффективности первичной медико-санитарной помощи имеет важное значение, от состояния которой зависят эффективность и качество деятельности каждого медицинского учреждения и системы здравоохранения в целом, а также решение большинства медико-социальных и экономических проблем.

Библиографический список

1. Комаров, Ю. М. Первичная медико-санитарная помощь: какой она должна быть? // Здравоохранение. – 2008. – № 5. – С. 19-28.
2. Кучеренко, В. З. Оценка эффективности деятельности медицинских организаций/ В. З. Кучеренко, В. О. Флек: Учеб.- метод. пособие. – М.: Гэотар-Мед., 2004. – 106 с.
3. Линденбрaten, А. Л. Оценка качества и эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений: (Метод, материалы) А. Л. Линденбрaten, Р. М. Зволинская, В. Н. Голодненко // Под ред. О. П. Щепина. – М., 1999. – 66 с.
4. Линденбрaten, А. Л. Ресурсосберегающие технологии в деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений // Здравоохранение. – 2003. – № 10. – С. 35-38.
5. Медведская, Д. Р. Комплексная оценка медицинской эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений областного центра / Д. Р. Медведская, Ф. И. Бадаев, Т. В. Чернова, Е. В. Ползик // Экономика здравоохранения. – 2003. – № 9. – С. 14-18.
6. Чернова, Т. В. Использование интегрального показателя для оценки эффективности работы лечебно-профилактического учреждения / Т. В. Чернова, Е. В. Ползик, В. С. Казанцев // Здравоохранение Российской Федерации. – 2001. – № 5. – С. 14-16.

УДК 16.61-036.12-053.9

Д. Е. КОВАЛЬЧУК, канд. мед. наук, доцент

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У ЖИТЕЛЕЙ ЮГА ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

ГОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет Минздрава РФ». Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; Тел.: +7 (3452) 20-21-97; эл. почта: tgmu@tyumsmu.ru.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, расчет скорости клубочковой фильтрации, жители юга Тюменской области, нефропротекция.

В последние годы отмечается рост заболеваемости органов мочеполовой системы с развитием хронической почечной недостаточности. Основными причинами считаются ухудшение экологической ситуации, значительное постарение населения, повышение качества и доступность медицинской помощи. С принятием концепции хронической болезни почек (ХБП), появилась возможность ранней диагностики поражения почек при любых патологических процессах, что не требует привлечения узких специалистов нефрологов. Разработана программа по выявлению ХБП, применению нефропротективных мероприятий для замедления прогрессирования поражения почек, что позволит значительно экономить на расходах при лечении терминальной стадии ХБП и увеличить продолжительность жизни жителей юга Тюменской области.

В последние годы отмечается рост заболеваемости органов мочеполовой системы с развитием хронической почечной недостаточности [2, 4]. Так, по статистическим данным в 2014г смертность по классу болезни мочеполовой системы на 100тыс населения юга Тюменской области составила 10.4, против 8.6 по РФ. Интересные показатели болезненности на 1000 населения (*табл. 1*):

Таблица 1

Болезненность по классам на 1000 населения

Территории	Болезни мочеполовой системы	из них: болезни почек и мочеточников
По России, 2013 год	117,35	15,66
По УФО, 2013 год	104,48	13,01
По Тюменской области (без автономных округов)	111,06	9,48
г. Тюмень	140,60	10,11
г. Ишим и Ишимский район	159,59	12,27
г. Тобольск	105,03	16,18
Абатский район	56,27	3,06
Армизонский район	23,48	4,99

Как следует из таблицы 1, в крупных городах юга Тюменской области распространённость болезней мочеполовой системы, выше, чем по РФ и Уральскому ФО, а в районах – совсем другая картина: например, в Армизонском и Абатском районах болезни почек и мочеточников встречаются в 3-5 раз реже, чем в целом по стране! Это, прежде всего, характеризует низкую выявляемость болезней почек в связи с отсутствием специалистов в районах.

Распространённость поражения почек в популяции имеет тенденцию к росту в последние годы за счет многих факторов, среди них выделяют ухудшение экологической ситуации (качество продуктов питания, состояние воды, почвы, воздуха), значительное постарение населения, повышение качества и доступность медицинской помощи.

Анализ многочисленных публикаций по вопросам диагностики и лечения заболеваний почек, прогностической роли ряда показателей, терминологических понятий лег в основу концепции *хронической болезни почек* (ХБП – chronic kidney disease – CKD) [7].

Распространённость ХБП сопоставима с такими социально значимыми заболеваниями, как гипертоническая болезнь и сахарный диабет, а также ожирение и метаболический синдром. Признаки повреждения почек и/или снижение скорости клубочковой фильтрации выявляют, как минимум, у *каждого десятого представителя общей популяции* [6]. При этом сопоставимые цифры были получены как в индустриальных странах с высоким уровнем жизни, так и в развивающихся странах со средним и низким доходом населения (*табл. 2*).

Таблица 2

Распространенность ХБП в мире по данным популяционных исследований

Страна	Исследование	Распространенность ХБП	
		1–5 стадии, %	3–5 стадии, %
США	NHANES, 1999–2006	15	8,1
Нидерланды	PREVEND, 2005	17,6	–
Испания	EPIRCE, 2005	12,7	–
Китай	Beijing study, 2008	14	6,5
Япония	Imai и соавт., 2007	–	18,7
Австралия	AusDiab, 2008	13,4	7,7
Конго	Kinshasa study, 2009	12,4	8

В России, по данным Регистра Российского диализного общества, в 2007 году различные виды заместительной почечной терапии получали более 20000 человек, ежегодный прирост числа этих больных в среднем составляет 10,5%. В нашей стране средний возраст больных, получающих заместительную почечную терапию, составляет 47 лет, т.е. в значительной мере страдает молодая, трудоспособная часть населения. На сегодняшний день, несмотря на определенный прогресс в развитии заместительной почечной терапии в России в течение последних 10 лет, обеспеченность населения РФ этими видами лечения остается в 2,5–7 раз ниже, чем в странах Евросоюза, в 12 раз ниже, чем в США [1]. В то же время, возможности нефропротективной терапии, которая позволяет затормозить прогрессирование ХБП и стабилизировать функцию почек, а затраты на которую в 100 раз ниже, чем на заместительную почечную терапию, используются неэффективно.

Под ХБП следует понимать наличие любых маркеров, связанных с повреждением почек и персистирующих в течение более трех месяцев вне зависимости от нозологического диагноза.

Диагноз ХБП следует устанавливать на основании следующих критериев:

- 1) выявление любых клинических маркеров повреждения почек, подтвержденных на протяжении периода длительностью не менее 3 месяцев;
- 2) наличие маркеров необратимых структурных изменений органа, выявленных однократно при прижизненном морфологическом исследовании органа или при его визуализации;
- 3) снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м², сохраняющееся в течение трех и более месяцев, вне зависимости от наличия других признаков повреждения почек.

Для расчета СКФ в настоящее время рекомендуется использовать формулу СКД-ЕРІ, которая учитывает особенности рас, половые различия и исход-

ный уровень креатинина, как наиболее оптимальную для амбулаторной клинической практики (табл. 3).

Таблица 3

Уравнения СКД-ЕРІ, 2009 г., модификация 2011 г.

Раса	Пол	SCr*, мг/100 мл**	Формула
Чернокожие	Женский	≤0,7	$167 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,7)^{-0,328}$
Чернокожие	Женский	>0,7	$167 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,7)^{-1,210}$
Чернокожие	Мужской	≤0,9	$164 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,9)^{-0,412}$
Чернокожие	Мужской	>0,9	$164 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,9)^{-1,210}$
Азиаты	Женский	≤0,7	$151 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,7)^{-0,328}$
Азиаты	Женский	>0,7	$151 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,7)^{-1,210}$
Азиаты	Мужской	≤0,9	$149 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,9)^{-0,412}$
Азиаты	Мужской	>0,9	$149 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,9)^{-1,210}$
Испаноамериканцы и индейцы	Женский	≤0,7	$145 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,7)^{-0,328}$
Испаноамериканцы и индейцы	Женский	>0,7	$145 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,7)^{-1,210}$
Испаноамериканцы и индейцы	Мужской	≤0,9	$143 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,9)^{-0,412}$
Испаноамериканцы и индейцы	Мужской	>0,9	$143 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,9)^{-1,210}$
Белые и остальные	Женский	≤0,7	$144 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,7)^{-0,328}$
Белые и остальные	Женский	>0,7	$144 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,7)^{-1,210}$
Белые и остальные	Мужской	≤0,9	$141 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,9)^{-0,412}$
Белые и остальные	Мужской	>0,9	$141 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,9)^{-1,210}$

* SCr – концентрация креатинина в сыворотке крови.

** SCr, мг/100 мл = (SCr, мкмоль/л)×0,0113.

В настоящее время следует рекомендовать следующую стратификацию тяжести ХБП по уровню СКФ (табл. 4).

Таблица 4

Стратификация стадий ХБП по уровню СКФ

Стадии по СКФ, описание и границы (мл/ мин/1,73 м ²)	Обозначение	Характеристика	Уровень СКФ
	С 1	Высокая или оптимальная	>90
	С 2	Незначительно сниженная	60–89
	С 3а	Умеренно сниженная	45–59
	С 3б	Существенно сниженная	30–44
	С 4	Резко сниженная	15–29
	С 5	Терминальная почечная недостаточность	<15

Факторы риска и прогрессирования ХБП представлены в *таблицах 5, 6.*

Таблица 5

Факторы риска развития ХБП

Немодифицируемые	Модифицируемые
Пожилой возраст Мужской пол Исходно низкое число нефронов (низкая масса тела при рождении) Расовые и этнические особенности Наследственные факторы (в том числе семейный анамнез по ХБП)	Диабет Артериальная гипертензия Аутоиммунные болезни Хроническое воспаление/системные инфекции Инфекции и конкременты мочевых путей Обструкция нижних мочевых путей Лекарственная токсичность Высокое потребление белка Дислипотеидемия Табакокурение Ожирение/метаболический синдром Гипергомоцистеинемия Беременность

Таблица 6

Факторы прогрессирования ХБП

Немодифицируемые	Модифицируемые
Пожилой возраст Мужской пол Исходно низкое число нефронов (низкая масса тела при рождении) Расовые и этнические особенности	Персистирующая активность основного патологического процесса Высокие уровни: - системного АД - протеинурии Плохой метаболический контроль СД Ожирение/ метаболический синдром Дислипотеидемия Табакокурение Анемия Метаболический ацидоз Беременность Нарушения кальций-фосфорного обмена (ги- перпаратиреоз) Высокобелковая диета и повышенное потребление натрия с пищей

Основой первичной профилактики ХБП является устранение или минимизация факторов риска ее развития в соответствии с принципами доказательной медицины. Вторичная профилактика ХБП должна быть одновременно направлена на замедление темпов прогрессирования ХБП (нефропротекция) и предупреждение развития сердечно-сосудистой патологии (кардиопротекция). К методам профилактики относятся: низкосолевая диета, борьба с ожирением и курением, коррекция нарушений углеводного обмена, лечение препаратами, подавляющими ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов, ингибиторы ренина), статинами, некоторыми антагонистами кальция и препаратами, улучшающими микроциркуляцию [5, 6].

За 10 лет, прошедшие с момента создания концепции ХБП, во всем мире накоплен огромный объем данных, показывающих высокую распространенность заболеваний почек и большой социально-экономический ущерб, связанный с развитием терминальной почечной недостаточности. Не вызывает сомнения, что важная задача предупреждения дальнейшего прироста больных с почечной недостаточностью, снижения расходов на высокотратную заместительную почечную терапию и уменьшения сердечно-сосудистого риска в популяции, обусловленного почечной дисфункцией, выходит за рамки одной медицинской специальности [3].

Концепция ХБП создает универсальную платформу для широкого и эффективного взаимодействия всего медицинского сообщества с целью профилактики, раннего выявления и торможения прогрессирования хронических заболеваний почек разной этиологии, без чего сегодня невозможна реализация масштабных задач отечественного здравоохранения по сбережению работоспособного населения и оздоровлению нации.

Библиографический список

1. Бикбов, Б.Т., Томилина, Н. А. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2007 гг. (Аналитический отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии) // Нефрология и диализ. – 2009. – № 11 (3). – С. 144-233.
2. Нефрология. Национальное руководство / Под ред. Н. А. Мухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 720 с.
3. Смирнов, А. В., Добронравов, В. А., Каюков, И. Г. и др. Эпидемиология и социально-экономические аспекты хронической болезни почек // Нефрология. – 2006. – № 10 (1). – С. 7-13.
4. Bommer, J. Prevalence and socio-economic aspects of chronic kidney disease // Nephrol Dial Transplant. – 2002. – № 17[Suppl]. – P. 11; 8-12
5. Glynn, L.G., Reddan, D., Newell J et al. Chronic kidney disease and mortality and morbidity among patients with established cardiovascular disease: a West of Ireland community-based cohort study // Nephrol Dial Transplant. – 2007. – № 22 (9). – P. 2586-2594.

6. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. K/DOQI clinical practice guidelines on hypertension and antihypertensive agents in chronic kidney disease // Am J Kidney Dis. – 2004. – № 43. – P. 1-290.

7. National Kidney Foundation KD: Clinical practice guidelines for chronic Kidney disease: Evaluation, classification and stratification // Am J Kidney Dis. – 2002. – № 39 [Suppl 1]. – P. 1-266.

УДК 616.981.455 (571)

А. Н. МАРЧЕНКО, д-р мед. наук, зав. каф.;
В. В. МЕФОДЬЕВ, преподаватель;
И. И. КОЗЛОВА, преподаватель;
Н. Г. КАШАПОВ, преподаватель

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТУЛЯРЕМИИ В РАЙОНАХ ИНТЕНСИВНОГО ОСВОЕНИЯ СИБИРИ И КРАЙНЕГО СЕВЕРА

БУ ВО «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия ХМАО-Югры»; ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в ХМАО-Югре»; ГБОУ ВПО «Тюменской государственной медицинский университет Минздрава РФ». Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; Тел.: +7 (3452) 20-21-97; эл. почта: tgmu@tyumsmu.ru.

Ключевые слова: туляремия, водяная крыса, вспышка туляремии, прививки от туляремии.

Показаны эпидемиологические и эпизоотологические особенности туляремии в районах интенсивного освоения нефтегазовых провинций Западной Сибири и Крайнего Севера. Проведен многолетний анализ заболеваемости туляремией в ХМАО-Югре и доказано влияние профилактических прививок на снижение активности эпидемического процесса этой инфекции.

Туляремия особенно ярко проявила себя Западной Сибири в 1927–1928 гг., когда по сообщению Г.И. Зархи (1929) в 1927 г. выявлены заболевания, сходные с туляремией и связанные с промыслом водяной крысы, в Миримовских юртах Тобольского округа (75 случаев) и на берегу рек Иртыша, Оби и их притоков (100 случаев). В 1928 г. Г.И. Зархи при обследовании больных людей в Тобольском округе (с. Мужы Обдорского района) из гноя бубона одного из больных путем пассажа через морских свинок изолировал культуру возбудителя туляремии [1]. Возникновение заболеваний людей в лесотундре было связано с промыслом водяной крысы, а в некоторых случаях с передачей двукрылыми кровососущими насекомыми [2]. Сложившееся в настоящее время представление о путях и факторах передачи возбудителя туляремии требует пересмотра в связи с довольно частым выделением микроба из окружающей среды, особенно из водных объектов (А.П. Зуевский, 1991; А.В. Мазепа, 2004; Abd et al., 2003).

Территория Тюменской области является эндемичной по туляремии, где с 1943 г. регистрировались как спорадические заболевания, так эпидемические

вспышки. В 1961 г. впервые в Заполярье возникли вспышки туляремии в Приуральском и Ямальском районах и в г. Салехарде (ЯНАО) – показатель заболеваемости составил 122,9 на 100 тыс. населения. В результате изучения распространения туляремии в области было установлено, что природные очаги этой инфекции относятся к пойменно-болотному типу.

При анализе многолетних данных за 1964–1983 гг. выявлены основные эпидемиологические особенности туляремии в Тюменской области: преобладание трансмиссивного механизма передачи возбудителя через укусы кровососущих насекомых в 74,6%, при исследовании двукрылых выделен штамм возбудителя туляремии от слепней – $1,1 \pm 0,1$ % ; от иксодовых клещей было выделено 3 штамма возбудителя туляремии (2 от *D. marginatus* и 1 – от *D. pictus*); выделению туляремийных микробов от этих видов иксодид предшествовала эпизоотия туляремии среди ондатр; выраженная сезонность заболеваемости с подъемом в июле-августе; нарастание удельного веса детей в структуре заболеваемости до 32,5%; преимущественное вовлечение в эпидемический процесс мужчин – 61,5%; преобладание язвенно-бубонных и бубонных форм течения инфекции (соответственно 61% и 25%); от людей выделено 2 штамма туляремийного микроба [3].

В 60-е годы в Кондинском и Ханты-Мансийском районах и г. Ханты-Мансийске уровень спорадической заболеваемости туляремией составлял 28,4 – 58,9 на 100 тыс. населения. До 1980 г. уровень заболеваемости туляремией на этой территории был низким (0,59 на 100 тыс. населения). В 1981–1982 гг. отмечался рост заболеваемости до 4,7 на 100 тыс. чел. В июле–августе 1983 г. возникла вспышка туляремии на территории Кондинского района с показателями заболеваемости 822,7 на 100 тыс.чел в п. Междуречинске; 1040,0 в п. Луши; в Ханты-Мансийском районе – 69,0 и г. Ханты-Мансийск – 221,8 на 100 тыс. чел. [3].

За период 1959–1996 гг. при исследовании 58232 особей мелких млекопитающих выделено 180 культур возбудителя туляремии ($0,88 \pm 0,06\%$); от клещей и кровососущих насекомых при исследовании 73349 экз. выделена 21 культура ($1,52 \pm 0,33\%$); из 10622 пробы воды выделено 296 культур ($2,79 \pm 0,16\%$); из помета водяной крысы 2169 изолировано 38 культур ($1,75 \pm 0,28\%$), от ондатры в зимний период во время эпизоотии туляремии были выделены возбудители в $1,6 \pm 0,38\%$; из почвы, смывов с гнезд грызунов получено 12 культур ($10,3 \pm 2,8\%$). О периодичности активизации природных очагов туляремии в различных ландшафтных зонах свидетельствует частота выделения возбудителя: из воды в 1962, 1970, 1977 и 1979 гг. – 0; 1972 г. – 52 культуры, в 1973 г. – 29 культур, в 1981 г. – 27 культур [3].

Установлено, что носителями туляремийного возбудителя в природе были водяные крысы, эпизоотии среди которых возникали на северных районах в пойме р. Оби и ее притоков – через 7-9 лет. В активизации эпизоотического процесса и эпидемической напряженности на изученных территориях наблюдаются временные сдвиги на 1-2 года в направлении с юга на север. В период интенсивных и разлитых эпизоотий туляремии среди водяных крыс в эпизоотический процесс вовлекаются до 10 видов зверьков – носителей туляремийного микроба. Широкому рассеиванию возбудителей способствует водный фактор: в годы интенсивных эпизоотий высеваемость возбудителя туляремии из воды открытых водоемов достигает 16%. В годы высокой численности водяной крысы заболевания туляремией среди людей принимали массовый характер [4].

Ханты-Мансийский автономный округ занимает площадь 500 тыс. кв. км в северном регионе Западной Сибири, в районе интенсивного освоения запасов нефти. В его границах наблюдается разнообразие ландшафтных типов – подзоны северной, средней и южной тайги. Значительную часть территории округа занимают поймы многочисленных рек, крупнейшими из которых являются Обь, Иртыш, Сосьва, Аган. Вся территория округа, за исключением Советского района, представляет собой природный очаг туляремии пойменно-болотного типа.

Сохранившиеся сведения о заболеваемости людей в 30-40-е годы XX века свидетельствуют о выраженной цикличности заболеваемости туляремией – 2–4-летние подъемы чередуются с 4–5-летними «спокойными» периодами. Выделяются подъемы заболеваемости людей туляремией в 1936–1937 гг. (показатель 111,4 на 100 тыс. населения), 1941–1944 гг. (пик в 1941 г. – 151,6 на 100 тыс. населения), 1948–1952 гг. (пик 1950 г. – 194,5 на 100 тыс. населения). Высокая заболеваемость туляремией в эти годы связана с отсутствием средств специфической профилактики при активном действии в природном очаге трансмиссивного механизма передачи возбудителя.

Наиболее неблагополучными территориями были Кондинский, Октябрьский, Ханты-Мансийский, Сургутский, Нижневартовский районы. Вакцинация населения округа от туляремии стала проводиться с конца 50-х годов, что привела к резкому снижению заболеваемости этой инфекции до спорадической. Так, в 1965 г. на фоне разлитой эпизоотии среди водяной крысы в бассейнах рек Иртыш и Конда вспышечной заболеваемости среди населения не отмечалось. За период 1966–1980 гг. в округе было зарегистрировано только 28 случаев туляремии. Это произошло благодаря тому, что население на энзоотичных территориях было в основном постоянным и в большинстве своем привитым от туляремии. Ситуация резко изменилась в начале 80-х годов. В этот период в округе в связи с интенсивным развитием нефтегазового комплекса резко увеличилась миграция населения. Так, в начале 80-х годов население округа возрас-

тало на 60-80 тыс. ежегодно или 8-10% от общей численности населения, причем большая часть приезжих были из мест, благополучных по туляремии. Результатом явилось резкое снижение иммунной прослойки населения. Отрицательную роль сыграло и ослабление прививочной работы на фоне длительного эпидемического благополучия. Определение иммунной прослойки произошло в 1981 г., которая в г. Урае снизилась до 72%, в Кондинском районе – до 64%, а в г. Ханты-Мансийске – до 62%. В 1981 г. на фоне возросшей численности водяной крысы в бассейнах рек Иртыша, Оби, Конды возникла эпизоотия туляремии, которая продолжалась в 1982 г., а пик ее пришелся на 1983 г.

В июне – августе 1983 г. в ХМАО возникла крупная вспышка туляремии, преимущественно трансмиссивного характера, что связано с выплодом определенных генераций насекомых. В этом году наблюдалось позднее начало активности комаров рода *Aedes*, появление которых пришлось на 1-ю декаду июня, когда наблюдался и пик численности комаров рода *Anopheles*. Так как численность слепней, мошек в этот год была невысокой, то эти разновидности комаров послужили основными переносчиками возбудителя туляремии. К тому же все населенные пункты расположены в непосредственной близости от мест массового выплода кровососущих насекомых.

Первые случаи заболеваний появились в конце июня в г. Ханты-Мансийске и Ханты-Мансийском районе, максимальный уровень заболеваемости пришелся на конец июля – начало августа. В Кондинском районе первые случаи туляремии были зарегистрированы во второй половине июля. Однако из-за отсутствия настороженности у медицинских работников к туляремии, правильный диагноз был поставлен только 4 августа, когда число больных достигло нескольких десятков. Высокая заболеваемость регистрировалась в течение августа, снижение заболеваемости началось лишь в начале сентября и было связано со снижением активности переносчиков. Показатели заболеваемости в г. Ханты-Мансийске составили 453,7 на 100 тыс. населения, в Ханты-Мансийском районе – 326,2, в Кондинском районе – 336,1. Заболевания туляремией протекали в легкой форме, обращаемость была неполной, поэтому истинная заболеваемость была значительно выше.

Из общего числа заболевших дети составили 49,1%, в том числе дети до 6 лет – 25,7%, 7-14 лет – 23,4%. Два случая зарегистрировано у детей грудного возраста. В 98,3% случаев механизм заражения был трансмиссивный, в 1,7% – контактный. Преобладала язвенно-бубонная форма в 88,4%, в 11,5% – бубонная; в 2-х случаях отмечалась ангинозно-бубонная форма. Из числа заболевших привитых было 10,3%. При анализе каждого заболевания туляремией у привитых установлено, что 68 % из них были привиты с отрицательным результатом [3].

Спустя 30 лет, в 2013 г. зарегистрирована крупная вспышка туляремии среди жителей г. Ханты-Мансийска с количеством заболевших более 1000 чел. На фоне активизации эпизоотического процесса туляремии среди грызунов в 2011-2012 гг. предпосылками вспышки явились отсутствие у большинства населения прививок против туляремии, т.е. низкая иммунная прослойка среди населения, неудовлетворительное проведение дератизационных и дезинсекционных мероприятий в природном очаге.

Очаги туляремии тундрового (леммингового) типа были обнаружены в северо-западной части Западной Сибири, на полуострове Ямал, где в год массового размножения обского и копытного леммингов выявили разлитую эпизоотию этой инфекции. Серологическое исследование на туляремию северных оленей в пос. Ныда, на побережье Обской губы, выявлена значительная частота зараженности их возбудителем туляремии. Заражение оленей, летний выпас которых происходил в основном в тундровой части Гыданского полуострова, могло произойти при нападении инфицированных комаров и слепней, от воды, зараженной грызунами. На Крайнем Севере в период половодья нередко сносятся водой водяные крысы – главные носители туляремийного микроба в Сибири (А. А. Максимов, 1959).

Таким образом, природным очагам туляремии в Западной Сибири свойственны временные колебания их активности, когда периоды высокой эпизоотической и эпидемиологической активности сменяются межэпидемическими периодами, продолжительность которых может колебаться от 3,5 до 9 и более лет. Подобные флуктуации активности природных очагов создают неверное представление об их исчезновении, значительно понижают настороженность медицинских работников в отношении туляремии. В связи с этим эпизоотическое затишье по туляремии, даже длительное, не должно служить поводом для снижения внимания к природным очагам и проведения профилактических мероприятий. Об этом свидетельствует опыт эпидемиологических наблюдений на эндемичной территории Севера Западной Сибири [5]. Наиболее важными задачами в области профилактики туляремии являются сохранение на высоком уровне иммунной прослойки среди подлежащих вакцинации контингентов риска заболеваемости, эффективный контроль эпизоотической активности природных очагов и подготовка кадров медицинских работников по вопросам клиники, диагностики и профилактики туляремии.

Библиографический список

1. Зархи, Г. И. Эпизоотия туляремии среди водяных крыс и методика ее изучения / Г. И. Зархи // Гигиена и эпидемиология. – 1930. – № 8-9. – С. 40-45.
2. Максимов, А. А. Фауна млекопитающих в природных очагах туляремии и роль водяной крысы как основного эпидемически опасного вида грызунов в этих очагах / А. А. Мак-

симов // Водяная крыса и борьба с ней в Западной Сибири. – Новосибирск, 1959. – С. 217-237.

3. Огурцов, А. А. О туляремии в Тюменской области / А. А. Огурцов, А. Н. Марченко // Тезисы докладов Всесоюзной конференции. – М., 1991. – С. 140-142.

4. Олсуфьев, Н. Г. География природноочаговых болезней в связи с задачами профилактики / Н. Г. Олсуфьев, Б. П. Доброхотов. – М., 1969. – С. 5-56.

5. Онищенко, Г. Г. Туляремия // Актуальные проблемы эпидемиологии инфекционных болезней в Сибири. – М., 1999. – С. 86-102.

УДК 356.33:355.422.1

Ю. В. МИРОШНИЧЕНКО, преподаватель;

Е. О. РОДИОНОВ, преподаватель;

В. Н. КОНОНОВ, преподаватель;

О. З. МУСТАЕВ, преподаватель

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОВЕДЕНИЮ ЭКСПЛУАТАЦИОННЫХ ИСПЫТАНИЙ КОМПЛЕКТНО- ТАБЕЛЬНОГО ОСНАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова Минобороны РФ». Россия, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, Лит. Ж; Тел.: + 7 (812) 292-33-62.

Ключевые слова: обеспечение медицинским имуществом, комплектно-табельное оснащение, эксплуатационные испытания, Государственный оборонный заказ, методика испытания.

В статье представлены актуальные вопросы проведения эксплуатационных испытаний комплектно-табельного оснащения медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации, направленные на полное и своевременное обеспечение медицинским имуществом военно-медицинских организаций и медицинских подразделений, развертываемых в полевых условиях военного времени и (или) при ликвидации последствий стихийных бедствий и катастроф.

Высокая готовность медицинской службы воинских частей и соединений Вооруженных Сил Российской Федерации (ВС РФ) к выполнению задач по предназначению определяется наличием современных средств развертывания и необходимого медицинского имущества (МИ), обеспечивающих их работу в полевых условиях [2, 3]. В этой связи, в настоящее время, в рамках выполнения Государственного оборонного заказа (ГОЗ) проводится оснащение войск (сил) современными образцами вооружения и техники, в т.ч. медицинскими комплексами на базе пневмокаркасных сооружений (далее – комплексами) и комплектно-табельным оснащением (КТО), принятым на снабжение ВС РФ. Так, в последние годы были выполнены поставки указанных комплексов в медицинскую роту мотострелковой бригады в пос. Каменка Ленинградской области, медицинский отряд специального назначения (медоСпН) в г. Хабаровске, а

также отдельные медицинские отряды (омедо ВДВ) в г. Иваново, г. Анапа Краснодарского края и др. [6].

В состав комплексов, помимо модулей медицинских на базе пневмокаркасных сооружений, входит КТО, принятое на снабжение ВС РФ приказом Министра обороны Российской Федерации от 21 мая 2011 г. № 744, а также полевая мебель, санитарно-гигиеническое оборудование и др.

При выполнении предприятием-изготовителем условий контрактов ГОЗ по изготовлению и формированию КТО медицинской службы ВС РФ предусматривается несколько видов контроля качества изделий и их пригодности к эксплуатации в различных условиях, в том числе специфических условиях военной службы, одним из видов такого контроля являются эксплуатационные испытания.

Проведение последних осуществляется с участием специалистов Министерства обороны Российской Федерации (МО РФ), имеющих непосредственное отношение к использованию комплексов и основывается на опыте оказания медицинской помощи и выполнении других медицинских мероприятий в вооруженных конфликтах и чрезвычайных ситуациях. В этой связи были разработаны методики проведения испытаний аптечек и сумок медицинских, комплектов МИ, наборов и упаковок медицинских (далее, если особо не оговорено – комплекты МИ). В процессе выполнения ГОЗ по оснащению войск (сил) комплексами возникла необходимость оценки медицинских комплексов в целом, вследствие чего, указанные выше методики были интегрированы в программу общих методик проведения эксплуатационных испытаний комплексов. Сформированные в результате «Программа и методики проведения эксплуатационных испытаний комплексов медико-технических средств медр бригады, омедо ВДВ и медоСпН на базе пневмокаркасных сооружений», были утверждены начальником Главного военно-медицинского управления МО РФ и являются основным нормативным и правовым актом, определяющим порядок проведения эксплуатационных испытаний комплексов, поставляемых в рамках выполнения ГОЗ.

Методики проведения испытаний представляют собой программу и подробное описание мероприятий по проверке соответствия эксплуатационных, количественных и качественных характеристик изделий КТО условиям поставки и требованиям технической документации. Целью эксплуатационных испытаний является оценка функциональности изделий и потенциальных возможностей выполнения с их помощью возложенные задачи, в методиках были установлены требования, которым должны отвечать опытные образцы КТО, прописаны условия и порядок проведения испытаний, а также определен перечень необходимого для этих целей имущества. Например, в них определено, что ис-

пытания проводятся в летних условиях при максимальных положительных температурах и в зимних, при минимальных отрицательных температурах.

Для оценки комплектов МИ были предложены 6 методик проведения испытаний:

1. Методика испытания комплектности, маркировки и упаковки комплектов МИ и входящего в их состав имущества, наличия и полноты заполнения эксплуатационной документации;

2. Методика испытания устойчивости наружных поверхностей к средствам дезинфекции, дегазации и дезактивации;

3. Методика испытания массы изделий и укладочных мест;

4. Методика испытания габаритных размеров изделий и укладочных мест;

5. Методика испытания устойчивости изделий к воздействию механических факторов, возникающих при эксплуатации и транспортировании, в т.ч. в полевых условиях (условиях приближенных к боевым и экстремальным, условиям воздействия поражающих факторов современных видов оружия и чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени);

6. Методика испытания устойчивости изделий к воздействию климатических факторов при эксплуатации и транспортировании.

Кроме того, ряд положений по оценке функциональности комплектов МИ, было предложено реализовывать в ходе проведения испытаний медицинского комплекса в целом – проверки удобства погрузки (разгрузки), времени развертывания и сворачивания, удобства размещения медицинских подразделений и рабочих мест медицинского персонала, пропускной способности и др.

Устройство модулей медицинских на базе пневмокаркасных сооружений представляет собой современную сборную конструкцию, предусмотренную для развертывания медицинских подразделений без инженерной подготовки местности [6].

Комплексы являются инновационным решением по развертыванию медицинских подразделений воинских частей и военно-медицинских организаций в полевых условиях. Для оценки эффективности его использования было проведено сравнение вариантов развертывания со штатными средствами развертывания, имеющихся на снабжении ВС РФ палаточного фонда (палатки УСТ-56, УСБ-56, М-10, М-30, лагерные офицерские и др.). Некоторые результаты данного анализа по проблемным вопросам представлены в *таблице 1*.

Как следует из представленных в таблице данных, даже предварительный анализ указывает на значительное превосходство комплексов перед штатными средствами развертывания (палатки УСТ-56, УСБ-56, М-10, М-30, лагерные офицерские и др.).

Таблица 1

Сравнительная характеристика развертывания медицинских подразделений на базе палаток типа УСТ-56, УСБ-56, М-10, М-30, лагерных офицерских и пневмокаркасных сооружений

Развертывание медицинских подразделений на базе палаток типа УСТ-56, УСБ-56, М-10, М-30, лагерных офицерских и др.	Развертывание медицинских подразделений на базе пневмокаркасных сооружений
Не требует электропитания для начала развертывания	Требует электропитания для начала развертывания
Не требует электропитания для поддержания формы	Требует электропитания для поддержания формы
Отсутствие табельных полов	Складки напольных покрытий затрудняют уборку
Небезопасность нагревательных элементов	Нагревательные приборы изолированы
Требует привлечения личного состава и затрат горючих материалов для отопления палаток	Требует больших затрат горюче-смазочного материала для отопления палаток
Не обеспечивается требуемый температурный режим при отрицательных температурах воздуха	Быстро остывает при отрицательных температурах воздуха в случае отключения электрического питания и отопителей
Воздухопроницаемая ткань, стыки, щели, тамбуры не обеспечивают герметичности	Замкнутый изолированный внутренний объем (типа «кокон»)
Палатки, как правило, не стыкуются	В местах стыков палаток образуются зазоры, ведущие к попаданию влаги
Поднамет подлежит стирке только в специальной хозяйственной стиральной машине	Части поднамета подлежат стирке в обычной стиральной машине
Нарушение требований асептики	Поддержание асептического режима

Основу КТО в комплексах составляют комплекты МИ, входящие в нормы снабжения медицинским имуществом соответствующих подразделений.

1. Приемно-сортировочное подразделение развертывалось при помощи комплектов: амбулатория войсковая – КАМ, приемно-сортировочная – КПС, перевязочная войсковая – КПВ;

2. Хирургическое подразделение: операционный малый – КОМ, операционный большой – КОБ;

3. Анестезиологии и реанимации: анестезиологический – КАН, противошоковый – КПШ;

4. Стоматологический кабинет: комплекта стоматологического – КС;

5. Отделение медицинского снабжения: аптека (войсковая) – КАВ, бланки и книги медицинского учета и отчетности (войсковой) – КБК.

При проведении испытаний были установлены и апробированы новые концептуальные подходы к использованию укладочной тары комплектов в ка-

честве медицинской полевой мебели для оборудования рабочих мест специалистов. В частности, было предложено использовать амортизирующую поддон ящика медицинского укладочного № 2 для формирования рабочего стола. Использование укладочной тары от комплектов МИ в качестве полевой мебели являлось одним из наиболее рациональных решений по размещению функциональных подразделений медицинских подразделений частей и военно-медицинских организаций ВС РФ в комплексах.

Устойчивость КТО к воздействию факторов внешней среды оценивалось по фактическим условиям при транспортировке (погрузка, разгрузка, длительное нахождение в транспорте при частых перемещениях – перепады температуры, влажности, пыль, вибрации, тряска и иные механические воздействия, образование инея и конденсата, воздействие электромагнитных полей) и при отключении системы энергообеспечения комплексов (с целью проведения испытаний работы в аварийном режиме): высокая и низкая температура воздуха (+30 – -30°С), сильные порывы ветра (до 18 – 20 м/с), повышенная влажность, продолжительные осадки в виде дождя и снега. В результате воздействия климатических факторов на комплекты изменения качественного состояния входящего в их состав МИ выявлено не было.

Испытания на устойчивость КТО к проведению дезинфекции, дегазации и дезактивации проводились совместно с ФГКУ «1029 Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора» МО РФ. При этом поверхности комплектов МИ обрабатывались концентрированными растворами дезинфицирующих средств, применяющихся в условиях строгого противоэпидемического режима. Как показали результаты испытаний, каких-либо изменений состояния поверхностей и покрытий комплектов МИ после обработки выявлено не было.

В ходе испытаний был апробирован программно-аппаратный комплекс по учету МИ, позволяющий в любых условиях обстановки эффективно решать ряд важных задач документооборота по учету и отчетности с целью своевременного и бесперебойного обеспечению воинских частей и соединений МИ [5]. При этом были рассмотрены различные варианты оборудования рабочих мест по учету МИ – на медицинском складе, в отделении медицинского снабжения и у начальника медицинской службы медицинских подразделений воинских частей и военно-медицинских организаций ВС РФ.

Результаты испытаний показали, что использование КТО позволяет выполнять возложенные задачи как в составе военно-медицинской организации (подразделения), так и частью сил и средств [4]. Например, в ходе проведения тактико-специального учения «Действия медицинского отряда (специального назначения) по оказанию медицинской помощи пострадавшим в ходе ликвидации последствий наводнения» отработывались варианты автономного развер-

тивания основных подразделений (приемно-сортировочное отделение, хирургическое отделение и др.), а также подготовки врачебно-сестринских бригад к усилению этапов медицинской эвакуации тактического (войскового) звена [1].

Детальный анализ выявленных недостатков и предложений по их устранению в ходе проведения тактико-специальных учений позволили раскрыть перспективные направления по совершенствованию комплексов. Так, для наиболее эффективного использования КТО в составе комплексов следует рассмотреть вопрос о перераспределении комплектов МИ среди функциональных подразделений воинских частей и военно-медицинских организаций, обоснованном истребовании сверхнормативного расходного МИ, нанесения дополнительной маркировки и т. д. Кроме того, некоторые положения были учтены в новых нормативных правовых актах и служебных документах МО РФ, в таких как Нормы снабжения МИ медицинских и фармацевтических организаций (подразделений) ВС РФ и Сборник описей комплектов МИ для медицинской службы ВС РФ, введенных в действие приказом Министра обороны Российской Федерации от 17 сентября 2015 г. № 535 и приказом начальника Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации от 25 марта 2015 г. № 26, соответственно.

Таким образом, использование вышеуказанных методик проведения испытаний новых образцов оснащения медицинской службы позволило не только оценить качество и работоспособность комплексов с входящим в поставку МИ, но и определить пути перспективного развития и совершенствования оснащения войск (сил) в полевых условиях.

Библиографический список

1. Мельчаков, А. А. Показное тактико-специальное учение «Действия медицинского отряда (специального назначения) по оказанию медицинской помощи пострадавшим в ходе ликвидации последствий наводнения / А. Я. Фисун, К. Э. Кувшинов, С. И. Сушильников, С. В. Яковлев, В. А. Сидоров // // Воен.-мед. журн. – 2016. – № 1. – С. 92–94.
2. Мирошниченко, Ю. В. Использование комплектно-табельного оснащения медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи / Ю. В. Мирошниченко, С. А. Бунин, В. Н. Кононов, Е. О. Родионов // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2015. – № 2. – С. 64–68.
3. Мирошниченко, Ю. В. Использование комплектов медицинского имущества, наборов и упаковок медицинских при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций / Ю. В. Мирошниченко, В. В. Бояринцев, С. А. Бунин, В. Н. Кононов, Е. О. Родионов // Мед.-биол. и соци.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2014. – № 3. – С. 39–47.
4. Мирошниченко, Ю. В. Организация снабжения медицинским имуществом мобильных специальных подразделений медицинской службы ВС РФ / Ю. В. Мирошниченко, Е. О. Родионов, В. Н. Кононов, А. В. Меркулов // Фармакоэкономика. – 2014. – № 1. – Т. 2. – С. 57.
5. Мирошниченко, Ю. В. Разработка и использование современного программно-аппаратного комплекса для учета медицинского имущества в войсковом звене медицинской

службы в военное время / Ю. В. Мирошниченко, В. Н. Кононов, А. Н. Азарова, Е. О. Родионов, А. В. Миляев // Воен.-мед. журн. – 2015. – № 12. – С. 15-20.

6. Фисун, А. Я. Оснащение полевых формирований медицинской службы Вооруженных Сил современными медицинскими комплексами на базе пневмокаркасных сооружений и порядок их применения / А. Я. Фисун, К. Э. Кувшинов, С. И. Сушильников, С. В. Яковлев, В. А. Сидоров // Воен.-мед. журн. – 2015. – № 12. – С. 4-14.

УДК 613.693

С. В. РУДИКОВ, преподаватель

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПОЛЕТОВ

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова Минобороны РФ». Россия, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, Лит. Ж; Тел.: + 7 (812) 292-33-62.

Ключевые слова: профессиональное здоровье авиационных специалистов, медицинское освидетельствование авиационных специалистов, медицинское обеспечение полетов, безопасность полетов, медицинский контроль за авиационными специалистами, медицинская реабилитация, профессиональное долголетие.

В статье представлены наиболее актуальные факторы, направленные на сохранение здоровья летного состава и безопасности полетов, принципы медицинского обеспечения полетов в авиации Вооруженных Сил Российской Федерации по результатам материалов конференции по безопасности полетов и личных наблюдений автора.

Проблема здоровья авиационных специалистов, является одной из важнейших составляющих безопасности полетов. Охрана здоровья предусматривает как совершенствование системы медицинского обеспечения полетов, так и осуществление комплексных мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, увеличение профессионального и биологического долголетия авиационных специалистов, проведение мероприятий, направленных на улучшение переносимости неблагоприятных факторов полета, особенно на современных летательных аппаратах.

Вредные условия труда в виде необычайных психофизиологических факторов полета, высоких психоэмоциональных нагрузок, физико-химического влияния среды обитания приводят к истощению функциональных резервов организма, повышают риск нарушения здоровья, преждевременную утрату профессиональной и общественно-трудовой активности.

И не случайно именно в авиационной медицине возникло новое направление проблемы сохранения здоровья, нацеленное на достижение максимально возможной продолжительности активной жизни пилота в профессиональной деятельности.

Иными словами, речь идет не только о здоровье как таковом, но и об определенной связи между состоянием здоровья и резервными возможностями

организма, определяющими результативность профессиональной деятельности. Такой подход к проблеме позволил сформулировать понятие профессионального здоровья – такого состояния физических, физиологических и психических функций, а также компенсаторных возможностей организма, которые обеспечивают работоспособность во всех условиях профессиональной деятельности при сохранении максимальной продолжительности летного долголетия.

Цель исследования – совершенствование медицинского контроля за авиационными специалистами и медицинского обеспечения полетов в авиации Вооруженных Сил РФ.

Материалы и методы исследования. Основой полученных результатов являются материалы конференции по безопасности полетов. Исследование проводилось с использованием логического метода, имитационного моделирования, исторического сопоставления.

Результаты и их обсуждение.

Профессиональное здоровье есть базовое свойство надежности авиационных специалистов и системное качество безопасности полетов.

Основные наиболее важные составляющие, направленные на сохранение здоровья авиационных специалистов и безопасности полетов являются: медицинский контроль за авиационными специалистами и реабилитационные мероприятия.

1. Медицинский контроль за авиационными специалистами:

- медицинское освидетельствование;
- оценка медицинской дисквалификации авиационными специалистами;
- анализ состояния здоровья авиационных специалистов;
- анализ авиационных происшествий и инцидентов.

2. Реабилитационные мероприятия:

- медицинская реабилитация (медицинская реабилитация в войсковом звене; медицинская реабилитация в отделениях восстановительного лечения военных госпиталей);
- санаторно-курортное лечение.

Одной из основных функций медицинского обеспечения полетов в авиации Вооруженных Сил является система медицинского контроля за авиационными специалистами. Она представляет собой комплекс специальных методов оценки влияния на организм человека условий летного труда и осуществляется авиационными врачами в интересах сохранения здоровья и безопасности полетов [3].

Эффективность медицинского контроля основывается на его непрерывности, преемственности, индивидуальном подходе. Наиболее важным и ответственным этапом медицинского сопровождения авиационных специалистов яв-

ляется медицинское освидетельствование. Авиационные специалисты освидетельствуются в амбулаторных и стационарных условиях, в зависимости от применения статей Расписания болезней, предусматривающих индивидуальную оценку годности к летной работе, возникающих изменений в состоянии здоровья, после авиационных происшествий, при систематическом невыполнении полетных заданий, при переводе на другие типы самолетов, особенно современные, с более высокими медицинскими требованиями к авиационным специалистам, а также от занимаемой должности [2].

Стационарное медицинское освидетельствование авиационных специалистов проводится в филиале №1 «на 600 коек город Москва, улица Поперечный просек № 17» ФГКУ «ГВКГ имени академика Н.Н. Бурденко» МО РФ, филиал №1 ФГКУ «ЦВКГ имени А.А. Вишневого» МО РФ, окружных, гарнизонных госпиталях, имеющих в штате отделения врачебно-летной экспертизы летного состава.

Стационарное освидетельствование проводится в плановом порядке, а при изменении в состоянии здоровья, авиационные специалисты проходят внеочередное медицинское освидетельствование.

При стационарном медицинском освидетельствовании в 10-15% случаях устанавливается заболевание, которое при более ранних стадиях могло бы закончиться только лечением, без перехода его в хроническое затяжное течение. Из числа признанных годными к летной работе без ограничения, здоровые авиационные специалисты составили – 34,0% от числа освидетельствованных авиационных специалистов, остальные имеют различные заболевания, не ограничивающие годность [4].

При первичном стационарном ВЛК (согласно приказу Министра обороны РФ 1999 г. № 455 первичное стационарное освидетельствование в 30 лет), изначально у летчика, прибывшего на обследование с диагнозом «Здоров» – в некоторых случаях при освидетельствовании выявлено какое-либо заболевание.

Для сохранения здоровья и летного долголетия важна активная заинтересованность авиационных специалистов в постоянном поддержании своей физической формы, и в своевременном лечении в соответствующих условиях расстройств здоровья.

По итогам анализа результатов медицинского освидетельствования, негодными к летной работе признано 3,4% авиационных специалистов. Отмечается снижение уровня дисквалификации авиационных специалистов Воздушно-космических сил по сравнению с предыдущими годами.

В общей структуре заболеваний, послуживших причиной для дисквалификации авиационных специалистов, преобладают дегенеративно-дистро-

фические заболевания позвоночника, отмечается увеличение доли гипертонической болезни и язвенной болезни [4].

Средний возраст, авиационных специалистов, признанных негодными к летной работе, составил 34,7 года [4].

Методически и организационно базовый компонент врачебного контроля разработан достаточно подробно. Он имеет большой практический опыт использования и показал свою результативность. Наиболее эффективно его использование в практике медицинского освидетельствования авиационных специалистов.

Специфика медицинского освидетельствования авиационных специалистов отличается от военно-врачебной экспертизы, прежде всего тем, что в экспертном решении врачебно-летной экспертизы уделяется большое значение компоненту прогнозирования функционального состояния организма в экстремальных условиях профессиональной деятельности. Эта специфика определяет методические подходы к проведению периодического медицинского контроля, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях [2].

Еще один важный аспект в медицинском обеспечении безопасности полетов – это проблема самолечения. В авиации проблема самолечения важна не только потому, что полеты на современных истребителях требуют высоких показателей качества здоровья, и вылет в болезненном состоянии или в состоянии пониженных компенсаторных возможностей организма может привести к ухудшения самочувствия в полете в большинстве случаев, но и потому, что медицинские и немедицинские препараты, принимаемые самостоятельно, ухудшают переносимость полетов.

Известно, что очень редко летчики пытаются выполнить полет с отчетливыми явлениями заболевания. Однако при слабых проявлениях его среди летчиков, высокомотивированных на выполнение летной деятельности, могут иметь место самолечения. К нему прибегают чаще при простудных заболеваниях, расстройствах функции желудочно-кишечного тракта, невралгиях, переутомлении и др.

Наличие «факторов риска» у авиационных специалистов требует пристального внимания авиационных врачей, что предполагает не только пропаганду здорового образа жизни и динамический контроль за состоянием здоровья, но и проведения реабилитационных мероприятий.

Медицинская реабилитация – это комплекс диагностических приемов, методов и средств восстановительной медицины и профилактики, которые преследуют две взаимосвязанные цели: создать наиболее эффективный барьер профессиональным вредностям летного труда и восстановить резервы функций

организма, обеспечивающих высокую работоспособность в полете, увеличивающих профессиональное долголетие и повышающих безопасность полетов.

Существует несколько направлений медицинской реабилитации в Воздушно-космических силах: медицинская реабилитация в воинской части (профилактическое лечение, противорецидивное лечение, тренажеры и др.), профилактории для летного состава, отделения восстановительного лечения, санаторно-курортное лечение.

Авиационные специалисты, охваченные профилактическими и лечебно-восстановительными мероприятиями, увеличивают свое профессиональное здоровье в среднем на 3-5 лет. Безопасность полетов в современных условиях напрямую зависит и от уровня самосознания летчика, веры в необходимость своей профессии и гордость за нее, от его нравственных качеств.

В заключение хочется подчеркнуть, что дело сохранения и укрепления состояния здоровья авиационных специалистов, и как следствие, должное обеспечение безопасности полетов является общей задачей командования и медицинской службы всех уровней.

Библиографический список

1. Указ Президента Российской Федерации от 12 мая 2009 г. № 537 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года»: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902156214>.

2. Приказ Министра обороны Российской Федерации от 27 апреля 2009 г. № 265 «Об утверждении Федеральных авиационных правил медицинского обеспечения полётов государственной авиации»: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.zakonprost.ru/content/base/138385>.

3. Приказ Министра обороны Российской Федерации от 14 сентября 2009 г. № 950 «Об утверждении Положения о Главном командовании Военно-воздушных сил».

4. Яменков, В. В., Пискунова, Л. Г. Актуальные вопросы медицинского обеспечения полётов // Воен.-мед. журнал. – 2008. – Т. 329, № 6. – С. 19-21.

УДК 614.2+004.9

В. В. СЕВРЮКОВ, преподаватель;
Р. Н. ЛЕМЕШКИН, преподаватель;
Н. Н. ЗУБОВ, преподаватель

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-СТАТИСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННО- КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова Минобороны РФ». Россия, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, Лит. Ж; Тел.: + 7 (812) 292-33-62.

Ключевые слова: медицинская статистика, центры обработки данных, единое информационное пространство, военно-медицинская служба, заболеваемость военнослужащих.

На основании опыта работы существующей системы информационно-статистической деятельности медицинской службы ВС РФ и опыта развития информационно-коммуникационных технологий предложены и апробированы подходы к формированию единообразного учета медицинских данных с новой методологии организации системы военно-медицинской отчетности.

По данным системы медицинского учета и отчетности информационно-статистической деятельности военно-медицинской службы [4, 6, 7, 9] состояние здоровья военнослужащих за последнее десятилетие подверглось существенным изменением структуры заболеваемости и других показателей состояния здоровья обслуживаемых контингентов [3].

Развитие современных информационно-коммуникационных технологий и средств автоматизации [12, 14, 24] значительно изменило основы организации информационно-статистической деятельности и способов ее ведения [10, 21, 23] как при медицинском обеспечении войск в мирное время, так и в ходе вооруженных конфликтов [8, 13, 19, 30].

Автоматизированные рабочие места и медицинские информационные системы стали активно использоваться активно при профилактике [18] и лечении болезней [5, 15, 17, 20], а также эпидемиологического мониторинга на основании персонифицированного учета обращаемости [1, 11].

Формирование баз данных военно-медицинского назначения позволило впервые выявить гендерные отличия изменений структуры обращаемости военнослужащих по основным классам болезней [27], а также сочетанных и комбинированных поражений [22].

Дальнейшее внедрение медицинских информационных систем в военные лечебные учреждения [5] позволило установить целесообразность разработки типовой медицинской информационной системы, охватывающей военные комиссариаты, амбулаторно-поликлинические учреждения, военные лечебные организации, а также отдельные подразделения и части военно-медицинской службы.

На этой базе выявило целесообразность развертывания т.н. единого информационного пространства медицинской службы, куда должна стекаться вся медицинская информация, что позволит сформировать медицинские регистры по различным формам болезней [26], проводить учет расходования лекарственных средств [25], и контролировать качественные характеристики лечебно-диагностической работы [28].

К современным средствам автоматизированного учета в первую очередь можно отнести индивидуальные медицинские датчики функционального состояния военнослужащих, позволяющие еще на поле боя по определенному алго-

ритму определить факт ранения или поражения военнослужащего и сформировать тренд его витальных показателей [29].

Для ведения электронного учета показателей состояния здоровья у военнослужащих и прикрепленного контингента, а также деятельности всей медицинской службы необходимо обеспечить ее работу комплексными формами электронного учета. Для этого разработан паспорт медицинского подразделения войскового звена, который позволяет обеспечить учет данных в тех организациях медицинской службы, где работа медицинской информационной системы не представляется возможной [2]. На этой базе при условии поступления информации о состоянии пациентов и пораженных вышестоящим медицинским специалистам возможно проведение телемедицинских консультаций с учетом регламентирующих основ данной деятельности [16].

Предполагается, что данные по учету всех пациентов будут стекаться в единый центр обработки данных, из которого будут доступны органам управления медицинской службы по формализованным запросам, что позволит избежать лишней работы медицинских специалистов по составлению форм медицинской отчетности.

Библиографический список

1. Борисов, Д. Н., Лемешкин, Р. Н., Тыц, В. В., Барановский, А. М. Совершенствование организации информационно-статистической деятельности и управления лечебно-эвакуационными мероприятиями на основе современных информационных технологий // Многопрофил. клиника XXI века. Экстрем. медицина: Мат. междун. науч. форума. – СПб., 2015. – С. 56-57.
2. Борисов, Д. Н., Резванцев, М. В., Агапитов, А. А., Воронин, А. Ю. Совершенствование информационно-статистической деятельности с использованием электронного паспорта медицинского учреждения ВС РФ // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2011. – № 1 (33). – Прил. – С. 43.
3. Борисов, Д. Н., Русев, И. Т., Коровин, Р. А., Барановский, А. М., Структура и динамика заболеваемости военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации в 2004-2013 гг. // Medline.ru. – 2015. – Т. 16, май, ст.54. – С. 587-595: [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://medline.ru/public/pdf/16_054.pdf (дата обращения 17.01.2016).
4. Борисов, Д. Н., Салахутдинова, Е. С. Современные подходы к математической оценке состояния здоровья военнослужащих с использованием современных информационных технологий // Актуал. вопросы преподавания математики в высшем учебном заведении: Сб. докл. науч.-метод. сем. – Кострома: Издание Воен. акад. радиац. хим. и биол. защиты им. Маршала Совет. Союза С.К. Тимошенко, 2014. – С. 597-599.
5. Борисов, Д. Н., Севрюков, В. В., Иванов, В. В. История, состояние и перспективы развития медицинских информационных систем в Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2016. – № 1. – Прил. – С. 65-67.
6. Борисов, Д. Н., Сивашенко, П. П., Кормилец, Д. Ю. Направления оптимизации работы по анализу медицинской отчетности ВС РФ // Мат. Всерос. юбилейн. науч.-практ. конф. «Медицинский регистр Минобороны России: традиции и перспективы развития». – СПб., ВМедА, 2011. – С. 47-48.
7. Борисов, Д. Н., Сивашенко, П. П., Федотов, А. А. Методология организации информационно-аналитической работы в оценке эффективности деятельности медицинских

учреждений войск (сил) Вооруженных Сил Российской Федерации // Мат. Рос. конф. «Экономика, менеджмент и маркетинг в воен. и гражд. здравоохранении». – СПб., 2013. – С. 77-79.

8. Борисов, Д. Н., Солдатов, Е. А. Овчинников Д.Н. Современные подходы к применению информационных технологий в организации медицинского обеспечения войск // Мат. Всеарм. науч.-практ. конф. «Актуал. проблемы мед. обеспечения войск (сил) на стратег. направлениях». – СПб., 2013. – С. 8-10.

9. Борисов, Д. Н., Сорокин, С. И. Эффективность применения современных информационных технологий для управления здоровьем военнослужащих и ресурсным обеспечением в отдельном гарнизоне // Мат. Рос. конф. «Экономика, менеджмент и маркетинг в воен. и гражд. здравоохранении». – СПб., 2013. – С. 79-80.

10. Борисов, Д. Н., Сыроежкин, Ф. А., Ефремов, А. А. Современные подходы к информатизации медицинского учета и отчетности в войсковом звене медицинской службы ВС РФ // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2016. – № 1. – Прил. – С. 81-83.

11. Гончаренко, А.Ю., Шамрей, В. К., Борисов, Д. Н. Подходы к информатизации системы мониторинга психического здоровья военнослужащих // Мат. науч.-практ. конф., посвящ. 90-летию со дня рождения профессора Б. А. Лебедева «Науч. наследие профессора Б. А. Лебедева». – СПб., 2015. – С. 68-70.

12. Дмитриев, Ю. В., Борисов, Д. Н. Перспективы формирования методологии мониторинга состояния здоровья военнослужащих в интересах медицинского обеспечения войск // Материалы Юбилейн. Всеарм. науч.-практ. конф. «Актуал. проблемы развития техн. средств мед. службы». – СПб., 2015. – Т. 2. – С. 138-140.

13. Дмитриев, Ю. В., Борисов, Д. Н. Совершенствование информационно-статистической деятельности при осуществлении лечебно-эвакуационного обеспечения с использованием современных средств автоматизации // Мат. Юбилейн. Всеарм. науч.-практ. конф. «Актуал. проблемы развития техн. средств мед. службы». – СПб., 2015. – Т. 1. – С. 46-48.

14. Дмитриев, Ю. В., Борисов, Д. Н., Кушнирчук, И. И. Современные подходы к интеграции информационного обеспечения деятельности подразделений, частей и организаций медицинской службы ВС РФ // Мат. Юбилейн. Всеарм. науч.-практ. конф. «Актуал. проблемы развития техн. средств мед. службы». – СПб., 2015. – Т. 1. – С. 49-51.

15. Елоев, М. С., Клипак, В. М., Жеребко, О. А., Бельшев, Д. В., Борисов, Д. Н. Опыт внедрения медицинской информационной системы в многопрофильном амбулаторно-поликлиническом учреждении // Воен.-мед. журн. – 2014. – № 9. – С. 4-13.

16. Ефремов, А. А., Борисов, Д. Н., Кузин, А. А. К вопросу о правовом статусе телемедицинских услуг // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2016. – № 1. – Прил. – С. 102-103.

17. Ефремов, А. А., Гончаров, С. А., Борисов, Д. Н. Проблемы управления высокотехнологичной медицинской помощью в лечебно-профилактических учреждениях Министерства обороны Российской Федерации // Мат. Рос. конф. «Экономика, менеджмент и маркетинг в воен. и гражд. здравоохранении». – СПб., 2013. – С. 44-46.

18. Ефремов, А. А., Петров, С. В., Борисов, Д. Н. Система менеджмента качества высокотехнологичной медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях Министерства обороны РФ // Мат. Рос. конф. «Экономика, менеджмент и маркетинг в воен. и гражд. здравоохранении». – СПб., 2013. – С. 41-43.

19. Захаров, Ю. М., Цыган, В. Н., Тыренко, В. В., Галомзик, Н. С., Борисов, Д. Н. Перспективы использования современных информационных технологий в обработке медицинской информации о раненых и больных на основании опыта Великой Отечественной войны и боевых действий в Афганистане // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2015. – № 2. – С. 210-216.

20. Иванов, В. В., Корнеенков, А. А., Богомоллов, В. Д., Борисов, Д. Н. Перспективные информационные технологии медицинского обеспечения Вооруженных Сил Российской Федерации // Мат. Всерос. науч.-практ. конф. «Перспектив. технологии мед. обеспечения Вооруж. Сил Российской Федерации». – СПб., 2013. – С. 53-55.

21. Иванов, В. В., Корнеев, А. А., Богомолов, В. Д., Борисов, Д. Н., Резванцев, М. В. Актуальные вопросы использования информационных технологий в медицинском обеспечении войск // Воен.-мед. журн. – 2013. – № 6. – С. 8-13.

22. Ивченко, Е. В., Борисов, Д. Н., Голота, А. С., Крассий, А. Б., Русев, И. Т. Комбинированные ожоги в структуре современной гражданской и боевой ожоговой травмы // Воен.-мед. журн. – 2015. – № 2. – С. 22-25.

23. Калачев, О. В., Першин, И. В., Борисов, Д. Н., Корнеев, А. А. Проблемные вопросы и перспективы развития информационно-телекоммуникационных технологий в медицинской службе Вооруженных Сил // Воен.-мед. журн. – 2014. – № 12. – С. 4-11.

24. Кувшинов, К. Э., Тришкин, Д. В., Гончаренко, А. Ю., Шамрей, В. К., Борисов, Д. Н., Лобачев, А. В. Перспективы использования информационных технологий в военной психиатрии // Воен.-мед. журн. – 2015. – № 3. – С. 4-14.

25. Мирошниченко, Ю. В., Щерба, М. П., Клочкова, И. В., Меркулов, А. В., Борисов, Д. Н. Особенности фармакотерапии острых осложнений сахарного диабета при оказании экстренной и неотложной помощи в войсковом звене медицинской службы Вооруженных сил Российской Федерации // Кремлевская медицина. – 2015. – № 2. – С. 54-59.

26. Севрюков, В. В., Борисов, Д. Н., Иванов, В. В. Автоматизированная информационная система учета пациентов с сердечно-сосудистой патологией (АИС УПССП) // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2016. – № 1. – Прил. – С. 69-70.

27. Сивашенко, П. П., Иванов, В. В., Борисов, Д. Н., Барановский, А. М. Основные показатели состояния здоровья военнослужащих-женщин в 2008-2013 гг. // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2015. – № 3. – С. 166-172.

28. Сорокин, С. И., Сивашенко, П. П., Борисов, Д. Н. Использование методики оценки качества жизни SF-36 в практике управления военным здравоохранением для оценки достаточности проведенного лечения военнослужащих, перенесших тяжелые заболевания // Материалы Рос. конф. «Экономика, менеджмент и маркетинг в воен. и гражд. здравоохранении». – СПб., 2013. – С. 80-82.

29. Сохранов, М. В., Самохвалов, И. М., Юдин, А. Б., Солдатов, Е. А., Борисов, Д. Н. Комплект солдата будущего «Ратник» - медицинская составляющая // Мат. Юбилейн. Всеарм. науч.-практ. конф. «Актуал. проблемы развития техн. средств мед. службы». – СПб., 2015. – Т. 1. – С. 109-111.

30. Тыщ, В. В., Барановский, А. М., Борисов, Д. Н. Военно-медицинское управление: понятийный аппарат // Мат. Всеарм. науч.-практ. конф. «Актуал. проблемы мед. обеспечения войск (сил)». – СПб., 2014. – С. 204-205.

УДК 614.2+004.9

П. П. СИВАЩЕНКО, преподаватель;
О. З. МУСТАЕВ, преподаватель;
А. И. АНДРЕЕВ, преподаватель

ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова Минобороны РФ». Россия, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, Лит. Ж; Тел.: + 7 (812) 292-33-62.

Ключевые слова: информационные технологии, медицинская статистика, единое информационное пространство, информационно-статистическая деятельность, военно-медицинская служба, телемедицина.

Рассмотрен опыт, современное состояние и перспективы использования информационно-коммуникационных технологий в работе медицинской службы ВС РФ. Показана роль информационных систем военно-медицинской службы в организации лечебно-диагностической работы при стационарном и амбулаторном лечении, ведения информационно-статистической деятельности, развития системы военной телемедицины на базе перспективной системы единого информационного пространства военно-медицинской службы.

Информационно-статистическая деятельность в медицинской службе ВС РФ проводилась интересах органов управления и осуществлялась в виде мероприятий медицинского учета, медико-статистического анализа и военно-медицинской отчетности [5, 11, 19]. Эта работа также проводилась как в мирное время, так и при ликвидации природных и техногенных катастроф, а также в ходе вооруженных конфликтов [8, 24]. В настоящее время различные аспекты информатизации затронули сферу профилактики заболеваний, а также стационарного и амбулаторного лечения [4, 7, 15].

Мероприятия по реформированию облика Вооруженных сил РФ сопровождались значительным изменением структуры заболеваемости и состояния здоровья военнослужащих [27]. При этом существующая система информационно-статистической деятельности не в полной мере позволяло выявить причинно-следственные связи данного явления.

Возможности электронной персонализации сведений о пациентах и пораженных создают возможность проведения эпидемиологического мониторинга заболеваемости, как в условиях стационара, так и вне его [9, 20, 26].

Возможности использования медицинских информационных систем военно-медицинских организаций позволяют создавать детальные аналитические отчеты о составе потоков пациентов и пораженных. Это впервые позволило определить зависимость повышенного уровня заболеваемости болезнями органов дыхания у военнослужащих по призыву, которые стали проходить военную службу продолжительностью один год [14, 16].

Для осуществления электронного учета состояния здоровья военнослужащих и других прикрепленных контингентов населения, а также деятельности медицинской службы создан паспорт медицинского подразделения войскового звена, являющийся комплексной формой информационно-статистической деятельности и обеспечивающий учет сведений в отдельных подразделениях и частях медицинской службы, где установка медицинской информационной системы не представляется возможной [6, 28].

Также, в связи с участием военно-медицинской службы в организации деятельности службы медицины катастроф по ликвидации последствий аварий, природных и техногенных катастроф изменились принципы информационного обеспечения деятельности руководителей военного здравоохранения в данной

области с учетом требований службы медицины катастроф [1, 3, 29]. Различные донозологические формы болезней, например, реакции боевого стресса (развивающиеся у 15-25% личного состава [23]), заставляют использовать в информационных системах военно-медицинского назначения не только статистическую (МКБ X), но и различные формы клинических классификаций болезней.

Значительную роль в информатизации военно-медицинской службы играет внедрение телемедицинских технологий. В Военно-медицинской академии имени Сталина стали проводиться одни из первых on-line телемедицинских консультаций [7, 12]. В качестве опытного участка единой телемедицинской сети телемедицины была организована сеть военной телемедицины, включающая военные госпитали, и отдельные подразделения и части военно-медицинской службы. Консультативные центры проводили телемедицинские консультации через диспетчерский центр, в котором моделировалось равномерное распределение нагрузки между различными военно-медицинскими организациями.

Выявлено, что аппаратный комплекс военной телемедицины целесообразно создавать на единой технологической базе, без учета того, какую именно роль он будет выполнять – абонентскую или консультационную [18, 25].

В настоящее время на основе полученного опыта уже ведутся работы по созданию единой системы военной телемедицины, которая должна обеспечить непрерывное образование в области военной медицины с использованием технологий дистанционного обучения, устранение необоснованных переводов пациентов в другие медицинские организации и интеграцию системы военной телемедицины в другие телемедицинские системы.

Основной парадигмой внедрения современных информационных технологий в военной здравоохранения в настоящее время является формирование структурно и функционально единого информационного пространства (ЕИП) медицинской службы ВС РФ [2, 10, 13, 21].

Одним из основных положений, определяющих идеологию построения ЕИП, является принцип преемственности сведений, составляющих основу данных о здоровье военнослужащих от момента призыва на военную службу до ее прекращения с передачей накопленной информации в медицинские информационные системы гражданского здравоохранения в виде персонифицированных данных [17].

ЕИП должно функционировать на основе электронных медицинских карт пациентов и персональных электронных карт военнослужащих, сохраненных на физических носителях, с учетом особенностей военно-профессиональной деятельности [22].

Библиографический список

1. Агапитов, А. А., Кормилец, Д. Ю., Борисов, Д. Н. Информационное обеспечение организации управления здоровьем военнослужащих при возникновении и ликвидации последствий катастроф в Северо-Западном регионе // Мат. Всерос. юбилейн. науч.-практ. конф. «Медицинский регистр Минобороны России: традиции и перспективы развития». – СПб.: ВМедА, 2011. – С. 49.
2. Агапитов, А. А., Резванцев, М. В., Борисов, Д. Н. Телекоммуникационные технологии, как элемент системы управления военным здравоохранением // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2011. – № 1 (33). – Прил. – С. 46.
3. Борисов, Д. Н. Актуальные вопросы информационного обеспечения и совершенствования контроля состояния здоровья военнослужащих, подвергнувшихся воздействию радиоактивных и химически опасных веществ при возникновении чрезвычайных ситуаций // Мат. Всерос. Юбилейн. науч.-практ. конф. «Мед. регистр Минобороны России: традиции и перспективы развития». – СПб.: ВМедА, 2011. С. 12-13.
4. Борисов, Д. Н. Информационное обеспечение организации системы государственного санитарно-эпидемиологического надзора в управлении деятельностью частей и подразделений медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации // Мат. Всерос. науч.-практ. конф., посвящ. 170-летию со дня рождения профессора Алексея Петровича Доброславина «Состояние и актуал. вопросы гигиен. обучения и воспитания населения и военнослужащих». – СПб., 2013. – С. 197-199.
5. Борисов, Д. Н. К вопросу унификации подходов к оптимизации информационного обеспечения ведения информационно-статистической деятельности в медицинской службе ВС РФ // Мат. итоговой конф. воен.-науч. о-ва слушателей факультета руководящего мед. состава. – СПб., 2013. – С. 33.
6. Борисов Д.Н. Методологические основы разработки и применения электронного паспорта медицинского подразделения войск (сил) ВС РФ – новой формы медицинского учета и отчетности // Материалы итоговой конф. воен.-науч. о-ва слушателей факультета руководящего мед. состава. – СПб., 2013. – С. 34-35.
7. Борисов, Д. Н. Научно-организационные аспекты применения телемедицинских технологий в работе военных лечебных учреждений // Дисс ... на соис. учю степ. канд. мед. наук. – СПб., 2005. – 189 с.
8. Борисов, Д. Н. Научно-практические аспекты формирования системного подхода в осуществлении сбора и анализа военно-медицинской информации в органах управления медицинской службой ВС РФ // Мат. итоговой конф. воен.-науч. о-ва слушателей факультета руководящего мед. состава. – СПб., 2013. – С. 35-36.
9. Борисов, Д. Н. Оптимизация информационного обеспечения лечебно-эвакуационных мероприятий медицинской службы ВС РФ // Мат. Всерос. науч.-практ. конф. «Нерешен. вопросы этиотроп. терапии актуал. Инфекций». – СПб., 2015. – С. 14-15.
10. Борисов, Д. Н. Оптимизация системы сбора данных о здоровье военнослужащих с использованием современных информационных технологий и учета персонифицированных данных // Мат. Всерос. науч.-практ. конф. «Современные проблемы военной медицины, обитаемости и профессионального отбора». – СПб., 2011. – С. 366-367.
11. Борисов, Д. Н. Опыт автоматизации сбора и обработки информации на основе первичной медицинской карточки // Мед. акад. журн. – 2004. – Т. 4, № 3, прил. 5. – С. 29.
12. Борисов, Д. Н. Опыт применения и военно-научного сопровождения практической деятельности по внедрению современных ИТ-технологий в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова и в деятельность военно-медицинской службы // МО РФ. Департамент образования МО РФ. Воен. акад. связи им. Маршала Советского союза С.М. Буденова. Тр. Всеарм. олимпиады в обл. информатики. – СПб., 2012. – С. 57-61.
13. Борисов, Д. Н. Организация информационного обеспечения формирования единой системы мониторинга здоровья военнослужащих // Мат. Всерос. науч.-практ. конф. «Совре-

менные проблемы военной медицины, обитаемости и профессионального отбора». – СПб., 2011. – С. 367-368.

14. Борисов, Д. Н. Основные тенденции заболеваемости болезнями органов дыхания военнослужащих ВС РФ за 2005-2014 гг. // Мат. Всерос. науч.-практ. конф. «Нерешен. вопросы этиотроп. терапии актуал. инфекций». – СПб., 2015. – С. 15.

15. Борисов, Д. Н. Разработка информационного обеспечения гигиенических аспектов деятельности медицинской службы в системе комплексного мониторинга работы подразделений, частей и учреждений войскового звена // История и перспективы отечеств. гигиен. науки и практики: Мат. Всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 2015. – С. 233-234.

16. Борисов, Д. Н. Разработка информационных подходов к оценке состояния здоровья и влияний специфических факторов военного труда военнослужащих, проходящих службу по призыву в связи с изменением сроков военной службы // Актуал. проблемы медицины труда. Сохранение здоровья работников как важнейшая национ. задача: Мат. науч. конф. с междунар. участием / Под ред. С. В. Гребенькова, И. В. Бойко. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014. – С. 23-25.

17. Борисов, Д. Н. Разработка системы персонифицированного учета состояния здоровья военнослужащих и совершенствования информационно-статистической работы медицинской службы с использованием стандартных средств автоматизации // Мат. Всерос. науч.-практ. конф. «Современные проблемы военной медицины, обитаемости и профессионального отбора». – СПб., 2011. – С. 365-366.

18. Борисов, Д. Н. Роль организационной телемедицины в медицинском обеспечении прикрепленных контингентов // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2016. – № 1. – Прил. – С.72-74.

19. Борисов, Д. Н. Современные подходы использования математических методов в оценке здоровья военнослужащих и деятельности военного здравоохранения // Актуал. вопросы преподавания математики в высшем учебном заведении: сб. докладов науч.-метод. семинара. – Кострома: Издание Воен. акад. радиац. хим. и биол. защиты им. Маршала Совет. Союза С. К. Тимошенко, 2013. – С. 96-99.

20. Борисов, Д. Н. Формирование системы непрерывного эпидемиологического мониторинга на основе единого информационного пространства медицинской службы ВС РФ // Обеспечение санитарно-эпидемиол. благополучия военнослужащих и населения в соврем. условиях: материалы четвертого съезда воен. врачей медико-профилакт. профиля ВС РФ. – СПб., 2014. – С. 97.

21. Борисов, Д. Н., Абрамова, И. А. Концептуальные подходы к использованию информационных и коммуникационных технологий в формировании компетенции военно-медицинских специалистов с использованием единого информационного пространства // Мат. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Проф. компетентность преподавателя мед. вуза как условие повышения качества образования». – Омск, 2014. – С. 132-134.

22. Борисов, Д. Н., Абрамова, И. А., Корнилова, А. А. Основы разработки и опыт эксплуатации типовой медицинской информационной системы военно-медицинской службы // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2016. – № 1. – Прил. – С. 96-98.

23. Борисов, Д. Н., Гончаренко, А. Ю., Сивашенко, П. П. Основные направления развития информационного обеспечения медицинского учета больных психиатрического профиля в ходе лечебно-эвакуационного обеспечения // Мат. Всерос. науч.-практ. конф., посвящ. 155-летию кафедры нерв. и душев. болезней ВМедА им. С.М. Кирова «Актуал. проблемы соврем. неврологии и психиатрии». – СПб., 2015. – С. 346-347.

24. Борисов, Д. Н., Ефремов, А. А. Современные подходы к использованию информационных технологий в оценке эффективности организации управления деятельностью частей и подразделений медицинской службы Вооруженных Сил Рос. Федерации // Мат. Рос. конф. «Экономика, менеджмент и маркетинг в воен. и гражд. здравоохранении». – СПб., 2013. – С. 53-55.

25. Борисов, Д. Н., Корнеенков, А. А., Коровин, Р. Н., Цыпурдеев, Д. Р. Основные направления и опыт использования телемедицинских технологий в военно-медицинской службе // Воен.-мед. журн. – 2014. – № 11. – С. 16-21.

26. Борисов, Д. Н., Кукоз, Г. В. Оптимизация информационной базы медицинского обеспечения войск на примере анализа ресурсов, эпидемически значимых факторов и показателей деятельности подразделений войскового (корабельного) звена ВС РФ // Обеспечение санитарно-эпидемиол. благополучия военнослужащих и населения в соврем. условиях: Мат. IV съезда воен. врачей медико-профилактич. профиля ВС РФ. – СПб., 2014. – С. 96-97.

27. Борисов, Д. Н., Кукоз, Г. В. Основные тенденции заболеваемости военнослужащих ВС РФ в 2004-2013 гг. // Обеспечение санитарно-эпидемиол. благополучия военнослужащих и населения в соврем. условиях: материалы IV съезда воен. врачей медико-профилактич. профиля ВС РФ. – СПб., 2014. – С. 95-96.

28. Борисов, Д. Н., Кушнирчук, И. И., Воронин, А. Ю., Кормилец, Д. Ю. Разработка структуры и порядка использования паспорта лечебного учреждения войскового звена как элемент оптимизации системы военно-медицинской отчетности // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2011. – № 1 (33). – Прил. – С. 43-44.

29. Борисов, Д. Н., Лемешкин, Р. Н., Сивашенко, П. П. Перспективные подходы к организации информационного обеспечения управленческой деятельности в системе по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций // Многопрофил. клиника XXI века. Экстрем. медицина: Мат. междунар. науч. форума. – СПб., 2015. – С. 54-56.

30. Борисов, Д. Н., Лемешкин, Р. Н., Солдатов, Е. А. Методология телемедицинского обеспечения войск (сил) при организации медицинского обеспечения удаленных частей и подразделений (опыт и перспективы) // Мат. Всеарм. науч.-практ. конф. «Актуал. проблемы мед. обеспечения войск (сил) на стратег. направлениях». – СПб., 2013. – С. 10-11.

УДК 616+316.6

В. С. СОЛОВЬЕВ, д-р мед. наук, профессор;
А. В. БЕЛКИН, преподаватель;
Э. У. ХЛЫСТОВА, преподаватель;
Ж. О. ДАУЛЕТПАЕВА, преподаватель;
С. С. ПАНЬШИНА, преподаватель;
Е. В. ДЕМИНА, преподаватель

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ГОРОДА ТЮМЕНИ

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Семакова, д. 10; Тел.: 89044612909; эл. почта: svsolov@mail.ru.

Ключевые слова: периферическая кровь, неспецифическая резистентность, онкобольные.

Злокачественные новообразования занимают ведущие места по числу смертностей. На первом месте у женщин – рак молочной железы, у мужчин – рак легких и желудочно-кишечного тракта. Среди менее изученных систем организма – система крови. Рассмотрены параметры периферической крови и уровни неспецифической резистентности у больных Тюменского онкодиспансера.

Онкологические новообразования в Сибирском регионе занимают первые места среди причин смертности [1, 2, 3, 4]. Система крови является основой за-

щитных механизмов человека, поэтому изучение её реакции при опухолевых заболеваниях является актуальным. Наряду с традиционными методами анализа крови применён метод определения уровней и напряжения неспецифической резистентности [5] и ультрафиолетовой флуоресценции крови [6].

Метод флуоресцентного анализа (ФСА) относится к чувствительным методам, позволяющих установить изменения в клетках на молекулярном уровне. При анализе крови подвергаются исследованию и те вещества, которые при других методах регистрации разрушаются. Метод неспецифичен, что дает возможность оценить состояния крови целостного организма. Действительное содержание белков определяли с применением активаторов флуоресценции, которая возбуждается в максимуме поглощения при волне 280 нм и больше. Дифференцировка вклада белковых остатков тирозина, триптофана и фенилаланина в ультрафиолетовое свечение не проводились.

Химиотерапия уменьшала в 15,2 раза число эритроцитов, 1,5-2 раза увеличивает скорость оседания эритроцитов (СОЭ), снижает концентрацию гемоглобина до 2 раз, равно как и показатель гематокрита. У больных раком молочной железы до лечебных воздействий интенсивность ультрафиолетового облучения составляла 568-579 нм. После химиотерапии она находилась в пределах 589-596 нм. Достоверность полученных результатов говорит о существенной диагностической методикой в оценке реакций организма женщин на развивающуюся опухоль.

В наших исследованиях принимали участие пациенты Тюменского онкологического диспансера, входящего в структуру медицинского города-комплекса медучреждений Тюмени. Обследовали больных и здоровых, которые проходили профилактическое обследование. Среди них были в основном люди 2 зрелого возраста и пожилые. Закономерным было более низкое содержание эритроцитов, гемоглобина и более высокая СОЭ у женщин.

В большинстве случаев параметры были вблизи нижней границы нормы. При оценке лейкоцитарной формулы крови здоровых мужчин и женщин основное число уровней неспецифической резистентности демонстрировало спокойную активацию и реакцию тренировки. Общее число форменных элементов, включая число лимфоцитов, подтверждало эти заключения.

Уровни реактивности по выраженности напряженности соответствовало нулевой и первой. У пожилых мужчин, имеющих рак легкого, большинство которых – 64 человека – находились во 2Б и 3 стадиях болезни, наблюдались стрессовые реакции (17 человек), переактивации (3 человека), повышенная активация (14 человек), реакция тренировки (3 человека).

Реакция спокойной активации встретилась в двух случаях. Во второй зрелой возрастной группе (81 человек) преобладали реакции спокойной (22 чело-

века) и повышенной активации (26 человек). У 16 человек наблюдалась переактивация и у 11 стресс. Параметры красной крови у названных мужчин находились в пределах нижней границы нормы.

Явления анемизации имели место у 18 человек. У 450 женщин со злокачественной опухолью молочной железы имели место 4 вариант изменений красной крови: 1 – сниженное число эритроцитов и нормальное содержание гемоглобина; 2 – сниженное содержание гемоглобина и количество эритроцитов на нижней границе нормы; 3 – явная анемизация по эритроцитам и нижняя граница для гемоглобина; 4 – явная гемоглобинемия при эритроцитах на нижней границе нормы.

Исследования требуют дополнения, так как не достаточно достоверной информации для определённого заключения о развитии у больных гематологического стресса. Достоверно полученные данные свидетельствуют о напряжении механизмов неспецифической резистентности и об анемизации больных независимо от пола.

Библиографический список

1. Неспецифическая резистентность в экстремальных климатических условиях / Ред. Д. Н. Маянский. – Новосибирск: Наука СО, 1992. – 257 с.
2. Васильев, Н. В., Писарева, Л. Ф., Бояркина, А. П. Роль миграционных процессов в онкоэпидемиологии Сибири и Дальнего Востока // Вестн. РАМН. – 1994. – № 7. – С. 34-39.
3. Мешков, Н. А. Эпидемиологический анализ динамики и структуры смертности населения города Тюмени от злокачественных новообразований // Гигиена и санитария. – 2014. – № 1. – С. 25-32.
4. О состоянии онкологической помощи в Тюменской области за 2014 г. // Информационный бюллетень. – Тюмень, 2014. – 44 с.
5. Гаркави, Л. Х., Квакина, Е. Б., Кузьменко, Т. С. Антистрессовые реакции и активационная терапия. – М.: Имедис, 1998. – 556 с.
6. Лакович, Дж. Основы флуоресцентной спектроскопии. – М.: Мир, 1986. – 498 с.

УДК 614.2

В. С. СОЛОВЬЁВ, д-р мед. наук, профессор;
С. В. СОЛОВЬЁВА, д-р мед. наук, зав. каф.;
А. Г. НАЙМУШИНА, д-р мед. наук, профессор;
Р. А. ЯНТИМИРОВА, канд. мед. наук, докторант

ПРИНЦИПЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЕЙ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ

ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет Минздрава РФ»;
ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет»; ФГБОУ ВО «Тюменский государственный университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Семакова, д. 10;
Тел.: +7 (3452) 20-22-84; эл. почта: all6239@yandex.ru.

Ключевые слова: здоровьесбережение, факторы риска, экологическая адаптация, история развития системы здравоохранения.

Как показывает практика, невозможно провести комплексную оценку здоровья жителей в конкретном регионе без учета историко-культурологических аспектов формирования здоровьесберегающей среды, которая в первую очередь определяется состоянием системы здравоохранения. Изучение истории развития здравоохранения Тюменской области, поможет составить более четкую «карту здоровья» и очертить среду обитания на исследуемой территории.

Воздействие среды обитания на человека признано неоспоримым, и, подчас главным в реализации компенсаторно-приспособительных ответов многоуровневых функциональных систем организма. Стоит добавить, что среди внутренних факторов риска (ФР) выделяют генетические и фенотипические. К внешне средовым относят социально-бытовые, производственные, инфекционные, индивидуально-личностные, гендерные, культурологические и геополитические. Под постоянными ФР понимают природные, экологические, генетические, а под непостоянными инфекционные, социально-бытовые и производственные. К неуправляемым ФР отнесены генетические, фенотипические, возраст и пол, к управляемым: экологические, профессиональные, психологические, поведенческие, социальные и медико-биологические. Зависящими от индивидуума ФР, считают даже, если он не информирован; информирован, но не выполняет рекомендации по предотвращению влияния данных факторов. Зависящим от медицинской службы ФР считают качество организации профилактики, лечения, санитарной охраны и просвещения. По мере снижения адаптивных возможностей человека в силу естественных инволюционных процессов возрастает влияние универсальных факторов риска развития неинфекционной патологии.

В ходе многолетних исследований, посвященных изучению компенсаторно-приспособительных механизмов адаптации жителей Тюменской области к среде обитания, предложены различные модели здоровьесбережения и стратификации факторов риска развития неинфекционной патологии. Разработана концепция экологической адаптации и предложена принципиальная схема стратификации ФР, позволяющая расширить возможности научного анализа факторов риска. Результатом совместной исследовательской деятельности стала оригинальная авторская «Методика самооценки здоровья и факторов риска развития неинфекционной патологии». Данная методика прошла апробацию в широкой аудитории, и показала высокую валидность и ретестовую надежность [9].

Следует отметить и тот факт, что развитие современной науки об охране здоровья человека идет в двух параллельных направлениях:

- 1) поиск оптимальных технологий здоровьесбережения основанных на профилактике и личной ответственности человека за состояние здоровья;

2) применение наукоемких молекулярно-генетических методов исследования показателей здоровья и адаптационных процессов организма человека в меняющихся условиях окружающей среды.

Обращаясь к статье 4 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» читаем, что основными принципами охраны здоровья являются:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны.

Нетрудно заметить, что в данной статье акцент сделан на ведущей роли лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) в здоровьесбережении граждан.

В ряде научных исследований, напротив отмечена ведущая роль самих граждан в сохранении и укреплении собственного здоровья. Как отмечено в работе О. А. Шпиловской, начиная с середины XX столетия в характере медико-социальных вопросов приоритет отводится именно сохранению здоровья, а не «болезням и недомоганиям». Новое содержание понятия здоровья «...включает в себя повседневное функционирование и благосостояние индивида, его способность исполнять свою социальную роль» [4].

Связано данное обстоятельство, прежде всего с увеличением продолжительности жизни и старением населения. Как подчеркивает А. В. Решетников: «суть современных тенденций в области здоровья и медицины можно отразить смещением акцентов: с болезни на здоровье; с острого заболевания на хроническое заболевание; с лечения на профилактику; с вмешательства на наблюдение; с пациента на человека; с терапии на уход; с медицинского учреждения на общество».

Исторический анализ государственных архивов Тобольской губернии, Тюменской области и Нижнетавдинского района, показал, что за вековой период становления и развития земской медицины в Тюменской области сохранился основной принцип организации медицинской помощи сельским жителям, описанный П. Д. Любимовым еще в 1865 году: «Назначение участковых врачей с

одновременным устройством участковых больниц, по нашему убеждению, есть один из самых лучших проектов устройства сельской медицины». Несмотря на то обстоятельство, что в Тобольской губернии не существовало земского самоуправления, основные принципы создания медицинских учреждений конца XIX – начала XX века соответствовали канонам земской медицины [4, 6, 7].

В архивном фонде Врачебного отделения Тобольского Губернского управления в отчете о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи населению за 1913 год детально описаны врачебные участки с указанием наибольшего (100 верст) и наименьшего (40 верст) границ участка от местожительства врача. На Собрании Съезда медицинских работников Тюменского уезда (3 декабря 1918) были рассмотрены сметы и вопросы правового и материального положения медицинских работников. Собрание постановило, что медицинский персонал должен назначаться на месте, перемещаться и увольняться исключительно по постановлению медицинского Отдела Земской Управы и профессиональных медицинских Союзов.

Предъявлялись высокие требования к профессиональной квалификации медицинских работников. Так, фельдшеры ускоренных выпусков военного времени не допускались к исполнению фельдшерских обязанностей в больницах и фельдшерских пунктах, а фельдшеры ускоренных выпусков до военного времени с 5-ти летним практическим стажем гражданской службы, допускались к исполнению фельдшерских обязанностей при больницах под наблюдением врача, но не могли работать самостоятельно на ФП. Врачей направляли в университетские центры на 3-х месячные научные командировки, а фельдшеров на 2-х месячные. Во время учебы сохранялось содержание и выдавалось пособие от Земства [1, 2].

В ноябре 1919 года Волостные земские Управы ликвидированы, на территории волостей были избраны исполнительные комитеты волостных Советов рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов. В ходе административно-территориальной реформы в 1923 года Тобольская губерния была упразднена. На ее территории создались три округа: Тюменский, Ишимский, Тобольский, которые вошли в состав Уральской области. 10 декабря 1923 года состоялся I Тюменский окружной съезд Советов, который постановил образовать на территории Тюменского округа 14 административно-экономических районов.

Основная нагрузка по оказанию медицинской помощи в те далекие времена ложилась на фельдшерско-акушерскую службу – вплоть до 1945 г. В послевоенное время была отмечена высокая операционная активность на фоне острого кадрового дефицита. Основной оперируемой патологией в этот период являлся острый и хронический аппендицит. По данным статистических отчетов 40-х и 50-х гг. мы не смогли достоверно оценить заболеваемость и смертность

жителей региона. Исключение составили данные о высокой распространенности острых инфекционных заболеваниях, осложнениях заболеваний верхних дыхательных путей, пневмонии. В послевоенные годы расширилась сеть ЛПУ региона, но при этом, использовался преимущественно гужевой транспорт. Анализ работы амбулаторно-поликлинических учреждений региона за 1960-1964 гг. указал на серьезные проблемы кадрового обеспечения ЛПУ, и обеспеченности медицинских работников жильем. В этот период начата реконструкция зданий сельских больниц. Несмотря на то, что в 80-е годы отмечено стабильное развитие системы охраны здоровья, но, именно в эти годы зафиксирован рост патологии ССС.

Организация стационарной медицинской помощи населению всегда была сложным и высокочувствительным процессом, не только в финансово-экономическом, но и в технологическом аспектах. Не случайно, начиная с конца 1980-х гг., стали активно применять малотравматичные оперативные вмешательства и стационарзамещающие формы организации лечения неинфекционных заболеваний. Акцент сделан на развитии стационарной помощи, но, как показывают данные статистических отчетов, открытые ЛПУ не оправдало своего прямого назначения – оказания доступной врачебной медицинской помощи сельским жителям. Середина и конец 1990-х годов ознаменовались резким снижением рождаемости, кроме того, отмечено сокращение числа аборт, произошло сокращение штатов за счет среднего и младшего медицинского персонала, неизменным оставался дефицит врачебных кадров. Сокращено число коек в стационаре, участковые больницы реорганизованы в филиалы ЦРБ.

Номинальное разделение Тюменской области на три экономически и территориально независимых субъекта привело к значительному ухудшению финансирования системы здравоохранения юга Тюменской области, кадровому дефициту, росту заболеваемости и смертности по основным классам социально-значимых заболеваний, демографическому кризису.

Реализация Приоритетного национального проекта «Здоровье» и региональных государственных программ Тюменской области «Основные направления развития здравоохранения» способствовали стабилизации основных медико-демографических показателей здоровья населения региона: естественный прирост/убыль в 2007 г. составил 0,9; в 2009 г. – 2,8; в 2012 и 2013 гг. – 2,6 (в сравнении с отрицательными значениями в 2005 г. (-2,3) и в 2006 г. (-0,9); темп прироста показателя рождаемости за 5 лет составил 27,9%, а общая смертность уменьшилась на 11,7%.

Ведущими классами заболеваний в структуре общей смертности в 2009 г., как и в предыдущие годы, были болезни системы кровообращения (50,2%), внешние причины (14,7%), новообразования – 14,2%. Укомплектованность в %

штатных должностей в 2010-2013 гг. составила 100% как у врачей, так и среднего медперсонала за счет коэффициента совместительства 1,19-1,21 у врачей и 1,07 у среднего медперсонала [3, 5].

Основными инновационными векторами здоровьесбережения стали: реновация учреждений здравоохранения высокотехнологическим оборудованием; формирование мультидисциплинарных выездных бригад (МДБ), которые обеспечили доступность квалифицированной медицинской помощи сельскому населению и целенаправленный отбор пациентов ФЦН (г. Тюмень); клиентоориентированный подход и система управления качеством в деятельности медицинской организации [8].

Основные проблемы оценки состояния здоровья сельских жителей (за исключением исторической Ингальской долины – «Междуречья») в настоящее время связаны: с гипокомфортными климатическими условиями проживания на юге Тюменской области; низкой плотностью проживающего на территории ряда районов населения и плохо развитыми транспортными развязками; высокой встречаемостью ССЗ, ассоциированных с низкой мотивацией пациентов к обследованию, лечению и соблюдению норм и правил здорового образа жизни.

Исторический анализ архивов и статистических отчетов позволил выдвинуть гипотезу исследования, согласно которой, следует ожидать рост заболеваемости и смертности по заболеваниям системы кровообращения на фоне деятельности организации здравоохранения, который связан с демографическим старением населения и низкой приверженностью жителей села к традициям активного здоровьесбережения.

Библиографический список

1. ГБУТО ГАТО Ф. 14. Оп. 1. Д.2. ЛЛ 6, 85, 85 об.
2. ГБУТО ГАТО. Ф. 14, оп. 1. Д.2. ЛЛ 10. 10 об.
3. Здоровье населения сельских районов Тюменской области (без автономных округов) и деятельность учреждений здравоохранения в 2011-2013 годах (статистические материалы). – Тюмень, 2014. – 166 с.
4. Любимов, П. Д. К вопросу об устройстве врачебной части для народа // Московская медицинская газета. – 1865. – № 9. – С. 186.
5. О состоянии здоровья населения Тюменской области в 2009 году. Государственный доклад / Правительство Тюменской области, Департамент здравоохранения Тюменской области. – Тюмень: Академия, 2010. – 156 с.
6. Розов, Н. И. По вопросу о преобразовании губернских медицинских учреждений (читано в Обществе русских врачей в Москве) // Московская медицинская газета. – 1862. – № 16. – С. 21.
7. Рынков, В. М. Органы местного самоуправления в антибольшевистском лагере на востоке России (середина 1918 – конец 1922 г.) // Политические системы и режимы на востоке России в период революции и гражданской войны: Сб. науч. ст. / Науч. ред. В. И. Шишкин. – Новосибирск: Параллель, 2012. – С. 125-158.

8. Совершенствование организации оказания медицинской помощи сельскому населению в Тюменской области / Д. И. Лебедева, Н. С. Брынза, И. Б. Куликова и др. // Медицинская наука и образование Урала. – 2014. – № 2. – С. 117-120.

9. Янтимирова, Р. А., Наймушина, А. Г., Соловьева, С. В. Методика самооценки здоровья и факторов риска развития неинфекционной патологии // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – С. 1203.

УДК 612.017

В. С. СОЛОВЬЕВ, д-р мед. наук, профессор;
С. В. СОЛОВЬЕВА, д-р мед. наук, зав. каф.;
Т. Н. ЦЕРЦЕК, преподаватель;
Э. М. БАКИЕВА, преподаватель;
Н. В. ТРУСЕВИЧ, преподаватель

ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ: АДАПТАЦИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет Минздрава РФ»;
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный университет». Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Семакова, д. 10; Тел.: 89044612909; эл. почта: svsolov@mail.ru.

Ключевые слова: адаптация, новопоселенцы, стресс.

В статье представлены результаты исследования адаптационных показателей новопоселенцев первых трёх поколений жителей ХМАО-Югры. Проведённые исследования свидетельствуют о новой стратегии и тактике организма при адаптации к северным условиям на всех этапах воздействия и восстановления в условиях экстрема. Выявлены биологические закономерности успешного развития популяции новопоселенцев.

Уже более 60 лет из 85 лет официального оформления статуса Ханты-Мансийского и Ямало-Ненецкого округов идёт интенсивное обживание данных территорий, вызванное открытием в их недрах уникальных месторождений. Неоспоримым фактом является формирование на данной территории новой популяции, как с географических, так и экономических позиций [9]. По генетическим положениям, для формирования нового адаптивного типа популяция должна пройти в условиях годных для приживаемости смену 4-5 поколений, то есть 100-125 лет. Формирование данной популяции новопоселенцев происходило под постоянным воздействием особых экологических факторов: биотических, антропогенных, климатических [10]. В целом, степень медико-экологического благополучия по округу оценивается некоторыми специалистами, как «сильная степень загрязнения» [5].

Фактором риска может быть признана любая причина, приводящая к ухудшению здоровья или развитию болезни [8, 11]. Характеризуя приспособляемость человека к новым условиям, рассматривают процессы приживаемости и выживаемости. Первый обозначает способность человека адаптироваться за счет своего адаптационного потенциала. Выживаемость требует постоянной

обязательной поддержки. Ханты-Мансийский округ находится в «зоне» приживаемости, Ямало-ненецкий – в «зоне» выживаемости. Тем ни менее конкретные цифры роста населения свидетельствуют в пользу наличия биологических закономерностей успешного развития популяции новопоселенцев [3, 6].

Основу прироста составляет естественное воспроизводство.

Наиболее адекватным оценочным критерием количественной оценки уровня функционального состояния организма и способности предотвратить развитие предболезненного состояния, по мнению целого ряда авторов, является адаптационный потенциал, в который включается максимально возможное число измеряемых физиологических, психологических, биохимических параметров [1, 2, 4]. Напряжение организма, безусловно, касается и психологии, иммунитета, работоспособности. Своевременное обнаружение перенапряжения или срыва адаптации и коррекция помогает сохранить работоспособность [7].

Стресс – врождённая реакция, обеспечивающая приспособление к сильным раздражителям различного происхождения за счёт общей активации энергетических процессов, их усиления, расходования ресурсов. Неспецифичность стресса, то есть его врождённая универсальность складывает основную нагрузку за борьбу с его последствием в виде нарушений мембран клеток, радикальных изменений обмена веществ с образованием вредных для организма, токсичных форм метаболитов приводит к стойкому изменению, нехватке кислорода – гипоксии. Отличия новопоселенцев в том, что у них существует адаптационный стресс.

Первая стрессорная реакция в форме общего адаптационного синдрома позволяет человеку сориентироваться и выделить из массы действующих одновременно факторов среды, наиболее значимый, упорядочить свою деятельность в приспособлении или к борьбе именно с ним. Эта реакция организма, включающаяся независимо от природы раздражителя усилением потребления кислорода, затрат энергии, интенсивности обмена веществ, снижением реакции воспаления и болевых ощущений, угнетением приобретенного иммунитета.

Специфические стрессорные ответы возникают, когда организм уже «выбрал» наиболее физиологически и социально значимые раздражители. Для северных широт – это холод, а реакция – сохранение температуры. Сопrotивляясь холоду, человек включает механизмы образования тепла, которое вырабатывается с участием кислорода и энергоносителей. Усиление энергообразования определяет состав пищи и, как пример рекомендации по повышению адаптационного потенциала, может быть предложено увеличение или как минимум не снижение количества животных белков и жиров.

Глубокое изучение северной гипоксии доказало, что это состояние является генетической основой патологии сердечно-сосудистой системы у новопоселенцев. За время работы на Севере экспедиционные коллективы, включающие сотрудни-

ков кафедры анатомии и физиологии человека и животных Тюменского государственного университета, обследовали 43000 новопоселенцы в 35 населенных пунктах.

Среди работающих новопоселенцев 90% имели различные нозологии, но, в подавляющем большинстве случаев, это не влияло на их социально-биологический ритм и часто сопровождалось наличием удовлетворительных показателей адаптационного потенциала.

Десятки тысяч квалифицированных и адаптированных людей могут быть привлечены для решения государственных проблем с минимальными потерями для здоровья, так как физиологи и адаптологи способны на современном этапе развития российской науки адекватно корректировать негативные моменты формирующегося нового адаптивного типа.

Библиографический список

1. Баевский, Р. М., Берсенева, А. П. Оценка адаптационных возможностей организма и риска развития заболеваний. – М.: Медицина, 1997. – 236 с.
2. Берсенева, А. П. Принципы и методы массовых донозологических обследований с использованием автоматизированных систем: Автореф. дисс. ... на соис. уч. степ. д-ра биол. наук. – Киев, 1991. – 27 с.
3. Официальный сайт Департамента здравоохранения ХМАО: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.dzhmao.ru> (дата обращения 01.05.2015).
4. Николаев, Е. Л., Лазарева, Е. Ю. Адаптация и адаптационный потенциал личности: соотношение современных исследовательских подходов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2013. – № 9. – С. 18-32.
5. Новокщенова, И. Е. Гигиеническое обоснование приоритетных показателей качества среды обитания в системе социально-гигиенического мониторинга на территории Ханты-Мансийского автономного округа: Автореф. дисс. на соис. уч. степ. канд. мед. наук. – Омск, 2012. – 24 с.
6. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре в 2014 году». – Ханты-Мансийск: Управление Роспотребнадзора по ХМАО-Югре, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в ХМАО-Югре», 2015.
7. Рахманин, Ю. А., Ревазова, Ю. А. Донозологическая диагностика в проблеме окружающей среда – здоровье населения // Гигиена и санитария. – 2004. – № 6. – С. 3-5.
8. Румянцев, Г. И., Димитриев, Д. А. Методологические основы совершенствования мониторинга влияния антропогенных факторов окружающей среды на здоровье населения // Гигиена и санитария. – 2001. – № 6. – С. 3-5.
9. Соловьев, В. С. Здоровье жителей – как основа социально-экономического благополучия Югры // Югра – взгляд в будущее: Обзор социально-экономического развития ХМАО-Югры. – Екатеринбург: Уральский рабочий, 2006. – С. 270-285.
10. Сороко, С. И. Индивидуальные стратегии адаптации человека в экстремальных условиях // Физиология человека. – 2012. – Т. 38. – № 6. – С. 78-86.
11. Ушаков, И. Б. Адаптационный потенциал человека // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2004. – № 3. – С. 8-13.

И. В. СТАВЕЦКАЯ, канд. соц. наук, доцент
кафедры сервисного инжиниринга и
правового обеспечения в жилищно-
коммунальном и строительном комплексе;
Е. Б. КНЯЖЕВА, студент

ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ СЕВЕРНЫХ РАЙОНОВ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный архитектурно-строительный университет», Россия, 625001, г. Тюмень, ул. Луначарского, д. 2, Тел.: +7 (3452) 45-60-09, эл. почта: kgmu72@yandex.ru.

Ключевые слова: продолжительность жизни, северные районы, естественная убыль населения, депопуляция, младенческая смертность, демографическая политика.

В статье представлены подходы к определению понятия «продолжительность жизни», на основе статистических данных проведен анализ и обоснованы причины демографического кризиса в северных районах Тюменской области. Решение проблемы зависит не только от организации и качества медицинской помощи, во многом оно определяется уровнем экономического развития региона, развитием социальной инфраструктуры, образом жизни населения.

Начнём с очевидных утверждений. Мировой общественностью признано: продолжительность жизни человека является основным гуманитарным показателем государства. На сегодняшний день, средняя ожидаемая продолжительность жизни рекомендована Всемирной Организацией Здравоохранения в качестве критерия здоровья и уровня жизни населения. Эксперты ООН включили среднюю продолжительность жизни, наряду с уровнем образования и доходом на душу населения, в так называемый индекс развития человеческого потенциала, дающего общую характеристику уровня социально-экономического развития страны. Международные санкции, экономический кризис, рывок цен на лекарства и продукты, несомненно, имеют негативное воздействие на здоровье людей. Внимание учёных сосредоточено на вопросах продолжительности жизни человека в сложившихся неблагоприятных условиях, анализе и прогнозах ситуации.

Обратимся, прежде всего, к определениям самого понятия «продолжительность жизни».

Богданова Е. Н., Залывский Н. П. утверждают, что средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни – это число лет, которое проживет один человек в среднем из данного поколения родившихся при условии, что на всем протяжении жизни этого поколения вероятность смерти в каждой возрастной группе будет оставаться неизменной на уровне расчетного периода [3].

Ефимова Л. А., анализируя динамику и продолжительность жизни в России, акцентирует внимание на том, что средняя ожидаемая продолжительность жизни является важнейшим интегральным демографическим показателем:

- характеризующим уровень смертности населения;
- обозначающим среднее количество лет предстоящей жизни человека, достигшего определенного возраста [6].

Средняя ожидаемая продолжительность жизни, по мнению Веселковой И. Н., показывает число лет, которое в среднем предстоит прожить одному человеку из числа родившихся или из числа доживших до данного возраста [4].

Таким образом, из разных подходов к определению средней продолжительности жизни следует, что продолжительность жизни является показателем того, сколько проживет в среднем один человек из числа родившихся в жизненном интервале от рождения до смерти.

А теперь обратимся к фактам, которые вряд ли являются утешительными. По показателю средней ожидаемой продолжительности жизни Россия оказалась отброшенной на несколько десятилетий назад, выпав по этому показателю из числа развитых стран мира.

Как утверждают Зубец А. Н, Сазанаква А. С. в 2005 году Россия отставала по этому показателю от наиболее развитых стран мира на 15-19 лет для мужчин и на 7-12 лет для женщин. В 2005 году продолжительность жизни в России составляла у мужчин 58,9 лет, у женщин 72,4 года [7].

Разница в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами в России в 2005 году достигла максимального значения 13,5 лет (в развитых странах мира 6-8 лет). В северных регионах Тюменской области разница в продолжительности жизни мужчин и женщин уменьшилась на 2 года с 11,8 лет в 2005 году до 9,8 лет в 2014 году (в РФ уменьшилась на 2,3 года с 13,5 лет до 11,2 лет).

Особого внимания заслуживает следующий факт: по данным Росстата, лишь в 2006 году мужчины России стали доживать до пенсионного возраста: средняя продолжительность жизни составила 66,6 года, в том числе мужчин – 60,4 года, женщин – 73,2 года [15].

В начале 2009 года россияне по продолжительности жизни достигли уровня 1990-х гг., что составляло 68,7 года. Как утверждает Тавокин Е.П., по состоянию на конец 2010 г. Россия по этому показателю «достигла» 122-го места в мире, «догнав» такие страны, как Гайана и Северная Корея [12].

Значение средней продолжительности жизни в России только в 2012 году вышло на уровень 1965 года и составило 70 лет [15].

А в 2014 году ожидаемая продолжительность жизни в России достигла 71

года (мужчин – 65,3 года, а женщин – 76,5 лет), в Тюменской области достигла 71,5 года (мужчин – 66 лет, а женщин – 76,8 лет). При этом, по данным Всемирной организации здравоохранения в 2014 году в Японии продолжительность жизни составляет 83 года (у мужчин – 80 лет, у женщин – 87 лет), в США – 79 лет, в странах Западной Европы, в среднем – 82 года [14].

В государственной программе Тюменской области «Основные направления развития здравоохранения до 2020 года» этому направлению уделено значительное внимание [2]. Анализ динамики средней продолжительности жизни в северных регионах Тюменской области (или иначе – уровня смертности) можно провести путем рассмотрения показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении.

Территория Ханты-Мансийский автономный округ-Югра и Ямало-Ненецкий автономный округ приравнены к районам Крайнего Севера.

По данным Росстата, в 2013 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении всего населения Тюменской области составила 71,35 лет (у мужчин 66 лет, а у женщин 76,7 лет) [15], в том числе, в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре в 2013 году ожидаемая продолжительность жизни составляла 72,23 года (у мужчин 67,27 лет, у женщин – 77,08 лет), и регион занимал 11 место из 83 субъектов Российской Федерации; в Ямало-Ненецком автономном округе данный показатель составлял 71,23 года (у мужчин 66,53 года, а у женщин – 75,88 лет) и занимал 20 место в РФ, а в Тюменской области без автономных округов данный показатель составлял 70,14 лет (у мужчин 64,23 года, а у женщин – 76,13 лет) и занимал 39 место в РФ (*табл. 1*).

По сравнению с другими северными территориями России, относительно высокие значения показателей продолжительности жизни населения в Ханты-Мансийском и Ямало-Ненецком автономных округах обеспечиваются как невысокой смертностью мужчин трудоспособного возраста, так и низким вкладом смертности населения старших возрастов.

В добывающих районах Крайнего Севера идет постоянная ротация трудоспособного населения, при которой неизменно происходит его «оздоровление», поскольку на Север Тюменской области приезжают на период вахты, люди с хорошим состоянием здоровья.

Кроме того, среди лиц старших возрастов, отработавших на северных предприятиях длительное время, многие покидают Север Тюменской области, выезжая в южные районы и по программам переселения северян, и самостоятельно. Соответственно, величина их оставшейся (после отъезда с Севера) продолжительности жизни, которая по определению существенно меньше, чем у более молодых мужчин, никак не отражается на значении общего показателя продолжительности жизни северных районов Тюменской области.

Таблица 1

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении населения северных территорий России в 2005, 2010, 2013 гг., (число лет) [16]

Территории	2005			2010			2013		
	Все население	Мужчины	Женщины	Все население	Мужчины	Женщины	Все население	Мужчины	Женщины
Российская Федерация	65,37	58,92	72,47	68,94	63,09	74,88	70,76	65,13	76,30
Ханты-Мансийский АО-Югра	67,82	62,13	74,01	70,3	65,20	75,41	72,23	67,27	77,08
Ямало-Ненецкий АО	67,58	61,99	73,72	70,05	69,59	74,57	71,23	66,53	75,88
Республика Тыва	55,84	50,60	61,57	60,45	54,64	66,61	61,79	56,37	67,51
Республика Саха (Якутия)	64,68	58,66	71,54	66,75	60,97	73,13	69,13	63,54	75,00
Камчатский край	63,24	57,60	70,07	65,82	60,51	71,84	67,98	62,59	74,07
Магаданская область	62,53	57,08	68,88	65,07	59,80	71,09	67,12	61,84	72,77
Сахалинская область	60,57	54,53	68,05	64,90	59,06	71,44	67,70	62,17	73,53
Чукотский АО	58,48	54,36	63,50	57,49	52,69	63,56	62,11	58,65	66,42

Типичная для Крайнего Севера более молодая возрастная структура населения (табл. 2), обусловленная не только миграционными процессами, но и относительно высоким уровнем рождаемости у коренных народов Севера.

Таблица 2

Возрастная структура населения северных территорий России в 2008 г., % от общей численности населения

Регион	Моложе трудоспособного возраста	В трудоспособном возрасте	Старше трудоспособного возраста
Российская Федерация	15,9	62,9	21,2
Ханты-Мансийский АО-Югра	19,7	70,6	9,7
Ямало-Ненецкий АО	20,9	71,2	7,9
Республика Тыва	28,9	61,7	9,4
Республика Саха (Якутия)	23,2	64,8	12,0
Камчатский край	16,5	67,8	15,7
Магаданская обл.	16,8	67,9	15,3
Сахалинская обл.	16,5	65,6	17,9
Чукотский АО	21,9	68,7	9,4

При прочих равных условиях такой возрастной структурой населения северных регионов определяется и более высокий общий коэффициент рождаемости, и более низкий общий коэффициент смертности.

Ситуация в сельской местности северных районов Тюменской области остается значительно хуже, чем в городах: на селе выше уровень смертности от всех причин, что обусловлено различием возрастной структуры населения и социально-экономическими условиями.

Так, по данным Росстата, в 2014 году в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре прослеживаются различия между ожидаемой продолжительностью жизни городского (72,46 лет) и сельского (70,11 лет) населения, а в Ямало-Ненецком автономном округе разница в продолжительности жизни городского (73 года) и сельского (66 лет) населения составляет 7 лет (в РФ разница составляет 1,9 лет) [15].

Очевидно, что проблема повышения ожидаемой продолжительности жизни сельского населения северных регионов Тюменской области является наиболее острой.

Еще одна проблема здравоохранения – в северных районах Тюменской области отмечается значительная младенческая смертность.

В Ямало-Ненецком автономном округе коэффициент младенческой смертности существенно выше среднего по России. По данным Росстата, показатель младенческой смертности за 2013 год по Ямало-Ненецкому автономному округу составил 10,4 на 1000 родившихся живыми (в Российской Федерации – 8,2; в Тюменской области (без автономных округов) – 7,0) [15].

Поскольку причины младенческой смертности обусловлены поведением и образом жизни матерей, поэтому задача укрепления здоровья женского населения северных районов Тюменской области очень актуальна с точки зрения снижения уровня младенческой смертности.

Изученный материал позволяет сделать следующий вывод: для здравоохранения северных районов Тюменской области очень остро стоят проблемы средней продолжительности жизни, мужской смертности, особенно в сельской местности, и младенческой смертности. Сравнительно высокий уровень ожидаемой продолжительности жизни населения в Ханты-Мансийском и Ямало-Ненецком автономных округах обусловлен формальным «вывозом смертности» в более южные районы. Да и высок он лишь относительно показателей других северных территорий России и среднероссийского уровня.

Библиографический список

1. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902064587> (дата обращения 15.01.2016).

2. Государственная программа Тюменской области «Основные направления развития здравоохранения» до 2020 г.: утв. постановлением Правительства Тюменской области от 15.12.2014 № 648-п: [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://admtumen.ru/ogv_ru/finance/programs/program.htm?id=1125@egTargetGrant.
3. Богданова, Е. Н., Залывский, Н. П. Курс на сбережение населения» в РФ: проблемы и перспективы // Экономика и право. – 2015. – № 3. – С. 20-24.
4. Демография: Учеб. / Н. А. Волгин, И. Н. Веселкова, Н. В. Зверева. – М.: РАГС, 2007. – 425 с.
5. Демоскоп Weekly. – 2009. – № 387-388: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2009/0387/barom05.php>
6. Ефимова, Л. А. Продолжительность жизни в России: динамика и перспективы // Региональная экономика: теория и практика. – 2012. – № 39. – С. 51-56.
7. Зубец, А. Н., Сазанаква, А. С. Прогнозирование продолжительности жизни россиян как фактор социально-экономического планирования // Финансы. – 2014. – № 10. – С. 67-70.
8. Римашевская, Н. М., Мигранова, Л. А., Молчанова, Е. В. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения России // Народонаселение. – 2011. – № 1. – С. 38-49.
9. Рыбаковский, Л. Л., Хасаев, Г. Р. Стратегия демографического развития России, понятие и содержание // Народонаселение. – 2015. – № 2. – С. 52-63.
10. Попова, Л. А. Демографическая политика в Северных регионах России: особенности и приоритеты // Регион: экономика и социология. – 2010. – № 3. – С. 136-153.
11. Состояние среды обитания человека и ее влияние на здоровье населения /Российская Федерация, Роспотребнадзор // Городское управление. – 2013. – № 9. – С. 10-26.
12. Тавокин, Е. П. Российская федерация – социальное государство? //Вестник РАН. – 2013. – Т. 83. – № 4. – С. 313-319.
13. Тюменская область: исторический опыт экономического и социального развития: Мат. Всеросс. научно-практ. конф., посвященной 65-летию Тюменской области / Под ред. Г. Ю. Колевой. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2009. – С. 348.
14. Чичканов, В. П., Васильева, А. В., Быстрой, Г. П., Охотников, С. А. Прогнозная оценка демографического развития России // Экономика региона. – 2015. – № 2. – С.313-320.
15. Статистические данные в Российской Федерации / Всемирная организация здравоохранения: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.who.int/countries/rus/ru/>.
16. Регионы России. Социально-экономические показатели за 2015 г. / Федеральная служба государственной статистики. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении: [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1138623506156.
17. Регионы России. Социально-экономические показатели за 2014 г. / Федеральная служба государственной статистики. Возрастной состав населения РФ: [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.gks.ru/bgd/regl/b14_14p/IssWWW.exe/Stg/d01/02-05.htm
18. Регионы России. Социально-экономические показатели за 2015 г. / Федеральная служба государственной статистики. Общие коэффициенты рождаемости, смертности, младенческой смертности и естественного прироста населения РФ: [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/region/reg-pok15.pdf.

О. В. ТИМОФЕЕВ, преподаватель;
С. А. КУПРИН, преподаватель;
О. З. МУСТАЕВ, преподаватель;
Е. Ю. ЮСУПОВА, канд. мед. наук, ассистент

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова Минобороны РФ». Россия, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, Лит. Ж; Тел.: + 7 (812) 292-33-62; ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет Минздрава РФ». Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; Тел.: 89504861447; эл. почта: yusupova_eu@miac-tmn.ru.

Ключевые слова: медицинские информационные технологии, анализ объёмов информации, программное обеспечение.

Статья посвящена актуальным вопросам фундаментальных и поисковых исследований направленных на использовании новых информационных технологий в организации медицинского обеспечения.

В части фундаментальных и поисковых исследований в области информационных технологий необходимо сфокусироваться на нескольких важнейших прорывных направлениях. Такими направлениями являются:

- анализ больших массивов данных и извлечение знаний, включая новые методы и алгоритмы для сбора, хранения и интеллектуального анализа больших объемов данных (включая вычислительную лингвистику), новые методы и программное обеспечение распределенной обработки больших данных, а также новые методы и программное обеспечение для предсказательного моделирования сложных решений;

- новые способы хранения, обработки и передачи данных, включая новые устройства для хранения и обработки информации (включая новые элементы памяти), новые исследования и разработки в фотонике, нанофотонике и в области метаматериалов, новые разработки в квантовой информатике и телекоммуникациях, новые материалы, технологии и быстродействующие электронные устройства для приема, хранения, обработки и передачи информации (включая беспроводные сети), а также новые технологии и материалы для создания наноразмерных оптических и электронных компонентов;

- разработка новых высокопроизводительных систем вычислений и хранения данных, включая новые алгоритмы для высокопараллельных вычислений, новые суперкомпьютерные технологии и приложения, новые технологии связи и протоколы взаимодействия для повышения энергоэффективности, отказоустойчивости и снижения времени обмена между элементами системы, а

также новое программное обеспечение для высокопроизводительных и надежных систем хранения данных;

- технологии информационной безопасности, включая новые биометрические системы и системы идентификации, новые приложения и инфраструктурные решения для повышения безопасности в компьютерных сетях;

- повсеместные и «облачные» вычисления, включая новые алгоритмы обеспечения взаимодействия автономных (в том числе мобильных, транспортных) устройств между собой, новые алгоритмы взаимодействия робототехнических комплексов и человека, новые технологические элементы сетевой инфраструктуры передачи данных, новые интегрированные сенсоры и сенсорные сети, а также новые элементы инфраструктуры и программного обеспечения для реализации различных моделей предоставления «облачных» сервисов;

- новые человеко-машинные интерфейсы, включая новые методы использование жестов, зрения, голосовых интерфейсов для управления компьютерными и робототехническими системами, новые нейрокognитивные технологии (включая методы и программное обеспечение для нейрокомпьютерных интерфейсов), новые методы, инфраструктурные решения и программное обеспечение для дополненной (измененной) реальности, а также новые программные средства и устройства, повышающие социальную адаптацию людей с ограниченными возможностями;

- развитие технологий коммуникации и навигации, включая новые способы повышения эффективности существующих коммуникаций (в т. ч. беспроводных и оптических), новые технологии и системы проводной и беспроводной связи, а также новые типы геоинформационных и навигационных систем;

- программные технологии поддержки принятия решений в реальном времени с элементами искусственного интеллекта.

К современным информационным и телекоммуникационным технологиям, используемым для информационно-статистического обеспечения деятельности медицинской службы в мирное и военное время можно отнести технологии использования:

- индивидуальных электронных носителей информации;
- современных программных средств;
- локальных, региональных и глобальных сетей [1, 2, 3].

Применение индивидуальных носителей информации имеет чрезвычайно важное значение для военной медицины. Использование данной технологии (по опыту зарубежных армий, а также командно-штабных военно-медицинских учений) позволяет восполнить недостаток о пострадавших (в том числе раненых) и больных, помочь в идентификации тел погибших и умерших. С учетом потребностей военно-медицинской службы наиболее приемлемыми для

применения в ВС РФ являются следующие виды устройств: магнитные карты, смарткарты, «далласовские таблетки», оптические карты.

Магнитные карты представляют собой пластиковые карты с нанесенной на нее магнитной полосой. Карта может иметь различные элементы внешнего оформления: фотографию владельца, текстовую и графическую информацию, рельефный и штриховой код и т.д. Достоинствами магнитных карт являются простота изготовления и низкая цена. Недостатками – недостаточный объем памяти, чувствительность к сильным магнитным полям и отсутствие средств защиты от несанкционированного доступа.

Смарткарты являются, по сути, полупроводниковыми картами. Они дороже магнитных, но имеют больший объем памяти, отличную защиту от несанкционированного доступа и многофункциональны. Встроенный в смарткарты микропроцессор позволяет осуществить практически полную защиту информации от записи и чтения, производить запись всех изменений в состоянии пациента при отсутствии или занятости линий связи на карту с последующей (в удобное время) передачей в локальные и центральные базы данных.

«Далласовские таблетки» представляют собой полупроводниковые устройства памяти, заключенные либо в небольшой брелок, либо в пластиковые карты.

Оптические или лазерные карты представляют собой карточки из особо прочного пластика. Отличительными особенностями данного носителя информации является большая емкость. Такие карточки надежны, не подвержены влиянию электрических и магнитных полей, радиации, рентгеновского излучения, вредных химических веществ, высоких температур (лазерные карты выдерживают до 100 градусов по Цельсию без изменения функциональных свойств и формы), вибрации, имеют практически полную защиту от несанкционированного доступа.

Свойства данных карт позволяют достаточно продолжительное время хранить полную медицинскую информацию о военнослужащем, включая рентгенограммы, отпечатки пальцев, сведения о проведенных лечебно-эвакуационных мероприятиях, перенесенных заболеваниях и оперативных вмешательствах и т.п., обеспечивая высокую эффективность необходимой экстренной и плановой помощи.

Таким образом, современные программные средства, используемые для информационно-статистического обеспечения деятельности медицинской службы в мирное и военное время, главным образом, можно классифицировать по классу реализуемых ими технологических процессов.

Использование информационных технологий в медицинском обеспече-

нии повседневной деятельности войск (сил) тормозится дефицитом кадров и недостаточно высоким уровнем их подготовки.

В связи с этим необходима актуализация профессиональных и образовательных стандартов в сфере информационных технологий с последующим внедрением федеральных государственных образовательных стандартов нового поколения, содержащих требования к результатам освоения основных образовательных программ, а также умение эффективно использовать информационные технологии.

Библиографический список

1. Агапитов, А. А., Григорьев, С. Г., Парфенов, В. Д., Петров, С. В. Типовая информационная система военно-медицинских организаций // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2014. – № 2 (46). – С. 192-194.

2. Копаница, Г. Д. Математическое и программное обеспечение интеллектуальной информационной системы для управления сетью лечебных организаций: Автореф. дисс. ... на соис. уч. степ. канд. техн. наук. – Томск, 2011. – 20 с.

3. Кудрина, В. Г., Андреева, Т. В., Дзеранова, Н. Г. Оценка потребности и возможностей использования информационных технологий персоналом системы здравоохранения // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 1. – С. 28-35.

УДК 364.075+371.7

Г. В. ШАРУХО, д-р мед. наук, доцент,
руководитель Управления

Роспотребнадзора по Тюменской области;

М. Ю. ЗОЛОТАРЕВА, заместитель начальника
отдела социально-гигиенического мониторинга

Управления Роспотребнадзора по Тюменской области

РОЛЬ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ВОПРОСАМ ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ

Управление Роспотребнадзора по Тюменской области. Россия, 625026, г. Тюмень, ул. Рижская, д. 45 а; Тел.: + 7 (3452) 20-88-24; эл. почта: nadzor72@tyumen-service.ru.

Ключевые слова: межведомственное взаимодействие, мониторинг, питание, неинфекционная заболеваемость, профилактика.

В статье представлен опыт тесного межведомственного взаимодействия по вопросам формирования культуры здорового питания у населения Тюменской области; выделены основные задачи для их решения.

Сохранение и укрепление здоровья населения, профилактика заболеваний, обусловленных неполноценным и несбалансированным питанием, являются основной целью государственной политики в области здорового питания. В «*Основах государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года*» определены основные задачи:

доступность пищевых продуктов для всех слоев населения; высокое качество и безопасность пищевых продуктов; пропаганда среди населения принципов рационального, здорового питания; мониторинг за состоянием питания населения. В Российской Федерации создана законодательная и нормативная база, направленная на обеспечение в стране системы здорового питания.

В 2014 г. принята «Концепция внутренней продовольственной помощи в Российской Федерации» (утв. распоряжением Правительства РФ от 03.07.2014 № 1215-р), основанная на Доктрине продовольственной безопасности (утв. указом Президента Российской Федерации от 30.01.2010 № 120) и «Основах государственной политики Российской Федерации на период до 2020 г.» (утв. распоряжением Правительства РФ от 25.10.2010 № 1873-р).

В Тюменской области разработаны и приняты региональные программы по вопросам здорового питания, Постановления по профилактике микронутриентной недостаточности и снижения заболеваемости, связанной с фактором питания. Все это позволило создать необходимую законодательную базу для изучения, анализа, оценки проблемы и разработке мероприятий по вопросам здорового питания в регионе, что возможно только при условии четкого межведомственного взаимодействия органов исполнительной и законодательной власти субъекта и муниципальных образований, территориальных органов федеральных органов исполнительной власти.

Ежегодно празднуется Всемирный день здоровья. В 2015 году он был посвящен «Безопасности пищевых продуктов», девиз Дня звучал: «От фермы до тарелки, сделать продукты питания безопасными».

В рамках совместных мероприятий с Департаментом здравоохранения Тюменской области на территории города Тюмени проведена акция «За здоровьем всей семьей!», приуроченная к празднованию Всемирного дня здоровья, в рамках которой население получило консультации по интересующим вопросам, в том числе по основам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и влиянию фактора здорового питания в профилактике данных заболеваний. При проведении мероприятия организовано распространение памяток «Здоровое питание» «Пять принципов повышения безопасности пищевых продуктов».

С докладом по теме здорового питания руководитель Управления выступила на «Открытой школе права», проведенной в г. Тобольске Тюменской области. «Открытая школа права» – социальный просветительский проект, инициированный Тюменским государственным университетом и поддержанный широкой общественностью и органами государственной власти Тюменской области. Всего было организовано 12 площадок, для участников школы были проведены интерактивные правовые уроки, мастер-классы, тренинг-семинары, круглые столы, игры, экскурсии и многое другое.

В межведомственном взаимодействии с Департаментом образования Администрации г. Тюмени, комитетами по образованию Администраций муниципальных образований Тюменской области проведен конкурс «Здоровый завтрак» для учащихся начальной классов образовательных учреждений г. Тюмени и муниципальных образований области. Основной задачей конкурса являлось привлечение внимания детей, подростков и их родителей к проблеме здорового питания. В конкурсе приняли участие 65 участников из образовательных учреждений г. Тюмени и муниципальных образований Тюменской области, представлен 81 рецепт завтрака. Все работы размещены на официальном сайте под баннером «Здоровый завтрак». Всем участникам конкурса вручены дипломы участников проекта «Здоровое питание».

Проведен потребительский урок-семинар по актуальным вопросам реализации права обучающихся на здоровое питание для студентов Тюменской государственной сельскохозяйственной академии, в рамках которого состоялось открытая дискуссия по вопросам организации здорового питания для студенческого сообщества при сложившейся экономической ситуации в стране, обсуждены вопросы пропаганды здорового образа жизни, обеспечение населения качественным и безопасным питанием.

В рамках подготовки к летней оздоровительной кампании проведены выездные семинары-совещания с руководителями, сотрудниками загородных учреждений и организаций отдыха и оздоровления детей, а также с поставщиками пищевых продуктов в организации отдыха и оздоровления детей, на темы: «Соблюдение требований безопасного питания детей», «Качество и безопасность пищевых продуктов», «Принципы здорового питания, безопасность пищевых продуктов при организации отдыха и оздоровления детей».

Всемирный день защиты прав потребителей в 2015 году также был посвящен здоровому питанию; девиз Дня звучал: «Сфокусироваться на правах потребителей на здоровое питание!», что говорит об актуальности этого вопроса для всего населения. Совместно с Департаментом потребительского рынка, общественными организациями проведены тематические семинары и круглые столы с производителями пищевой продукции, предприятиями общественного питания и розничной торговли, горячие линии по вопросам здорового питания, анкетирование потребителей. Традиционно состоялась пресс-конференция, где были подведены итоги деятельности Управления, в том числе затрагивающие вопросы здорового питания.

Тюменская область относится к эндемическим территориям, в связи с недостатком йода в окружающей среде.

На протяжении ряда лет совместно с Тюменским государственным медицинским университетом изучается распространенность йододефицитных состояний в разных районах области и в различных возрастных группах. Проводимые в области мероприятия позволили снизить показатели заболеваемости, связанной с недостатком йода.

Во взаимодействии с департаментами образования, здравоохранения достигнута и поддерживается 100% обеспеченность йодированной солью образовательных, оздоровительных и лечебных организаций. Продолжается лабораторный контроль за качеством ввозимой в регион и используемой населением йодированной солью.

В области организованы и проводятся мероприятия, направленные на увеличение производства обогащенный пищевых продуктов, в т.ч. хлеба и хлебобулочных изделий. Ассортимент хлеба и хлебобулочных изделий, обогащенных витаминами, микроэлементами, пищевыми волокнами, широко представлен и продолжает расширяться.

Работа, проводимая совместно с департаментом образования, муниципальными образованиями, позволила значительно увеличить количество школ и дошкольных учреждений, получающих обогащенную продукцию.

Результаты лабораторных исследований пищевых продуктов, обогащенных микронутриентами, свидетельствуют о высоком качестве выпускаемой продукции.

Повышение уровня информированности населения о здоровом питании, качестве и безопасности пищевых продуктов ведется путем размещения и постоянного пополнения интернет-ресурсов (официальные сайты Управления Роспотребнадзора по Тюменской области и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Тюменской области, страничка в контакте «Защита прав потребителей и санэпид благополучие», на портале СМИ Тюменской области «Тюмень медиа», на портале департамента здравоохранения Тюменской области «Тюменская область- территория здоровья»), разработке и распространение Памяток среди населения, освещение в средствах массовой информации путем проведения пресс-конференций, круглых столов, выступлений на радио и телевидении, проведение гигиенического обучения декретированных групп населения.

Наглядные материалы в виде памяток и листовок готовятся и распространяются среди различных контингентов, в том числе по профилактике микронутриентной недостаточности: «Некоторые правила здорового питания для детей и подростков, а так же их родителей», «О дефиците микроэлементов в Тюменской области и его преодолении» и пр.

Особая роль в информировании населения нашего субъекта принадлежит первичному звену образования и здравоохранения, благодаря которым Памятка

доходит до каждой семьи. Вопросы здорового питания, подготовленные по материалам Управления, заслушиваются на классных часах, родительских собраниях с раздачей наглядного материала.

Профилактическую медицину и гигиенические основы обеспечения здоровья населения эксперты обсудили на одной из секций VIII Терапевтического форума 29 октября в департаменте образования и науки Тюменской области. Специалисты в своих выступлениях говорили о сбережении здоровья детей, заострили внимание на проблемах правильного питания в школах, санитарно-гигиенических условиях в детских садах, использовании здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе.

Здоровье школьников обсудили на секции профилактической медицины VIII Терапевтического форума «Актуальные вопросы диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний внутренних органов», в которой приняли участие заместители глав муниципальных образований региона, представители Управления, Департаментов образования и здравоохранения Тюменской области и г. Тюмени, Тюменского государственного медицинского университета, а также директора школ, дошкольных, летних оздоровительных организаций, комбинатов школьного питания всех муниципальных образований Тюменской области. Всего в конференции приняли участие около 100 человек, в том числе ученые из Новосибирска с докладом об эффективности жидких пребиотиков «Биовестин» и «Биовестин Лакта».

Таким образом, четкое межведомственное взаимодействие, а также контроль за качеством и безопасностью продовольственного сырья и пищевых продуктов, расширение производства и использования обогащенных продуктов, продукции местных товаропроизводителей и российской сельскохозяйственной продукции и продовольствия, мероприятия по организации питания в образовательных учреждениях, а также постоянное проведение санитарно-просветительской работы по вопросам здорового питания с населением являются основными задачами по вопросу профилактики заболеваемости, связанной с фактором питания.

Г. В. ШАРУХО, д-р мед. наук, доцент,
руководитель Управления
Роспотребнадзора по Тюменской области;
Н. В. ТОКАРЕВА, заместитель начальника
отдела санитарного надзора Управления
Роспотребнадзора по Тюменской области

РОЛЬ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ОБЕСПЕЧЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПИТЬЕВОЙ ВОДОЙ

Управление Роспотребнадзора по Тюменской области. Россия, 625026, г. Тюмень, ул. Рижская, д. 45 а; Тел.: + 7 (3452) 20-88-24; эл. почта: nadzor72@tyumen-service.ru.

Ключевые слова: межведомственное взаимодействие, мониторинг, водоснабжение, доброкачественная питьевая вода, зона санитарной охраны, защита прав потребителей.

В статье представлен опыт тесного межведомственного взаимодействия по вопросам обеспечения населения Тюменской области доброкачественной питьевой водой; выделены основные задачи для их решения.

За последние годы наметились положительные тенденции в обеспечении населения Тюменской области доброкачественной питьевой водой.

Благодаря совместным мероприятиям с органами исполнительной власти Тюменской области и муниципальными образованиями удалось улучшить качество подаваемой питьевой воды, увеличить долю населения, обеспеченного доброкачественной питьевой водой в 2015 г. до 87,0% (в 2005 г. – 76,8%), не допустить всплеск инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний, связанных с водным фактором (*рис. 1*).

Мероприятия по обеспечению населения Тюменской области питьевой водой, отвечающей требованиям безопасности, реализуются в рамках областных государственных программ:

– «Основные направления развития жилищно-коммунального хозяйства» до 2020 г.»: утв. постановлением Правительства области от 15.12.2014 № 641-п,

– «Энергосбережение и повышение энергетической эффективности» до 2020 г.»: утв. постановлением Правительства области от 22.12.2014 № 662-п,

– «Развитие имущественного комплекса» до 2020 г.»: утв. постановлением Правительства области от 30.12.2015 № 679-п,

– «Основные направления развития минерально-сырьевого и топливно-энергетического комплексов»: утв. постановлением Тюменской областной Думы от 19.03.2015 № 2721.

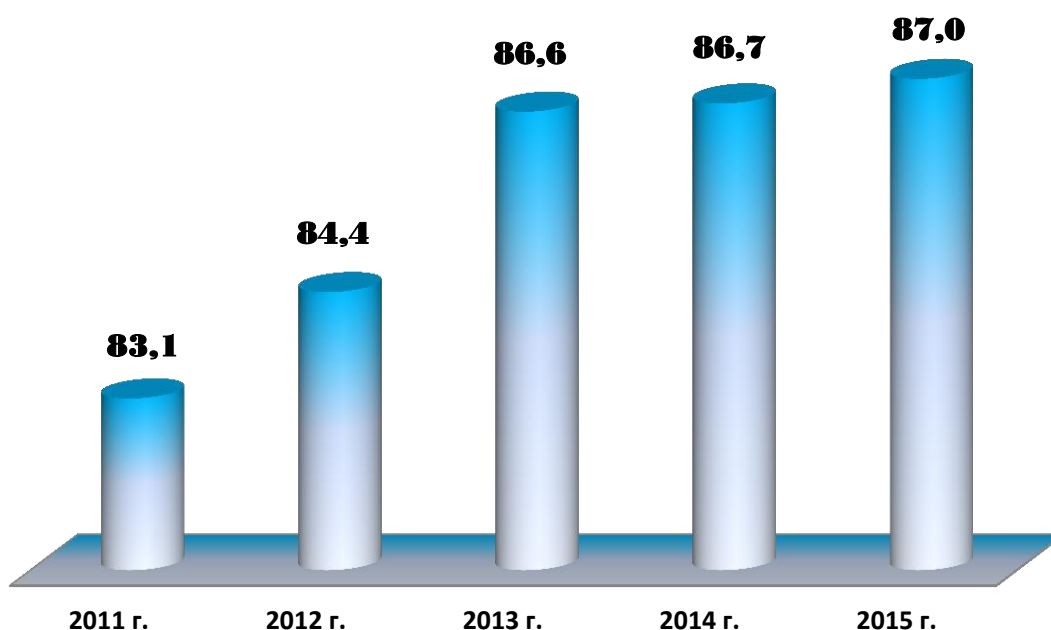


Рис. 1. Доля населения, обеспеченного питьевой водой, отвечающей требованиям безопасности в Тюменской области (%)

Качество воды централизованных систем питьевого водоснабжения в Тюменской области в динамике улучшается по санитарно-химическим и микробиологическим показателям. Уменьшилась доля проб питьевой воды в распределительной сети центрального водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим (с 24,3% в 2013 г. до 21,8% в 2015 г.) и микробиологическим (с 3,4% в 2013 г. до 3,1% в 2015 г.) показателям (рис. 2).

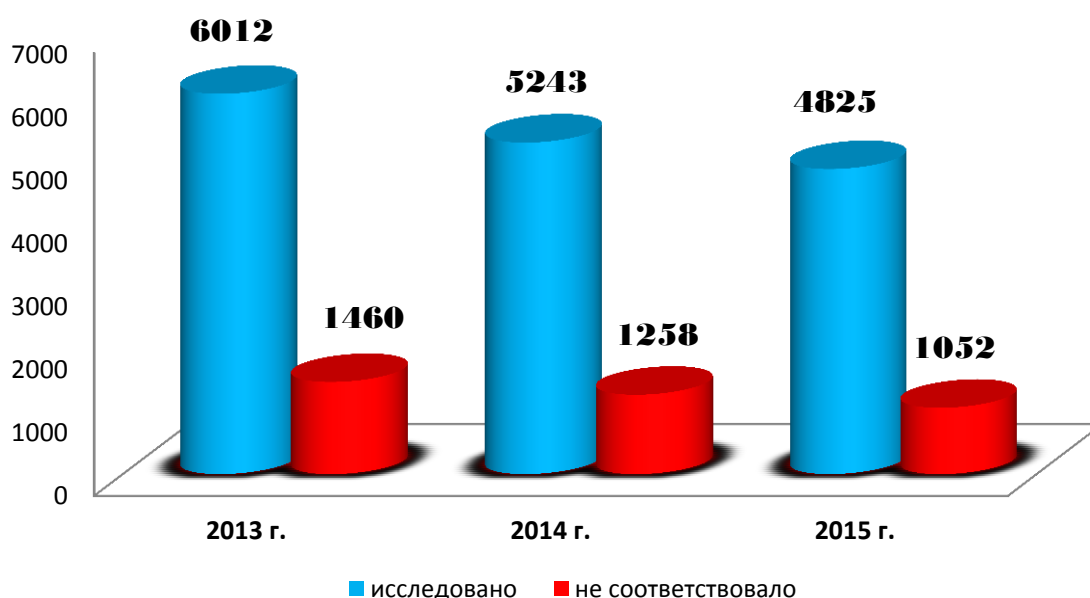


Рис. 2. Результаты лабораторных исследований воды из разводящей сети централизованного водоснабжения на санитарно-химические показатели

В 2015 г. из общего количества исследованных проб воды из распределительной сети не соответствовало гигиеническим нормативам по органолептическим показателям – 28,1%; по общей минерализации – 10,7%; по содержанию химических веществ, превышающих ПДК – 48,7% (рис. 3).

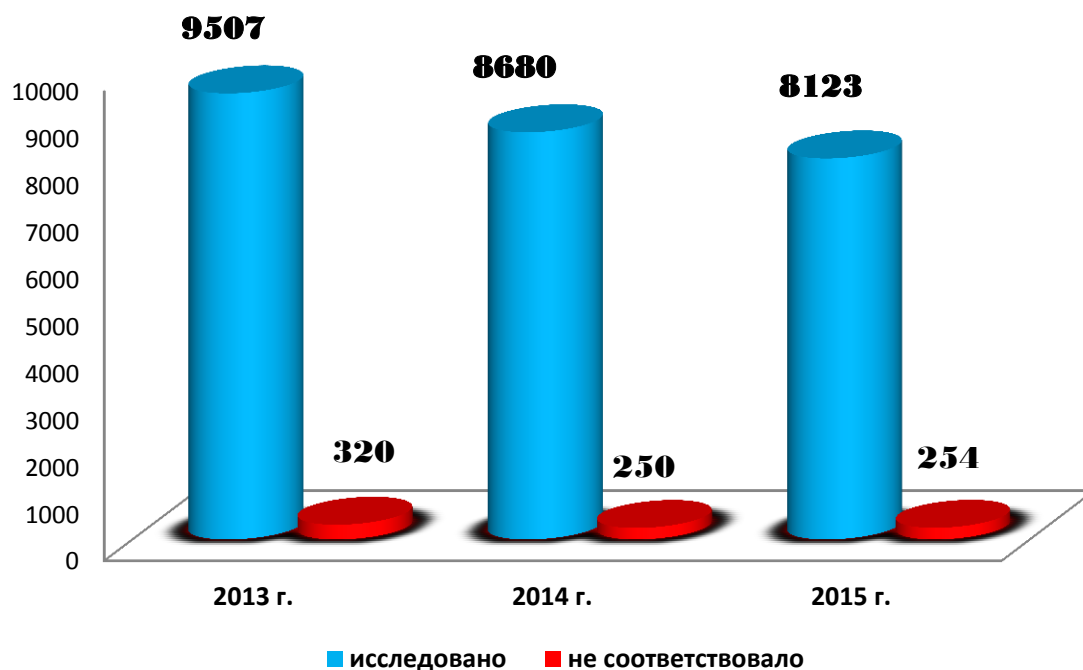


Рис. 3. Результаты лабораторных исследований воды из разводящей сети централизованного водоснабжения на микробиологические показатели

В Тюменской области эксплуатируется 572 источника хозяйственно-питьевого водоснабжения – 478 подземных и 94 поверхностных.

В 2015 г. из источников хозяйственно-питьевого водоснабжения на санитарно-химические показатели отобрано 932 пробы, не соответствовали нормативным требованиям 461 (49,5%), в 2014 г. исследовано 946 проб, не соответствовало 467 проб (49,4%), в 2013 г. исследовано 1635 проб, не соответствовало 806 проб (49,3%). По микробиологическим показателям в 2015 г. исследовано 1313 проб, не соответствовало 49 (3,7%); в 2014 г. исследовано 1298 проб, не соответствовало 52 (4,0%), в 2013 г. исследовано 1539 проб, не соответствовали 60 проб (3,9%).

Возбудители инфекционных заболеваний в воде источников хозяйственно-питьевого водоснабжения не выявлялись.

Качество воды в поверхностных источниках по химическому составу практически осталось на прежнем уровне, доля проб воды из водных объектов, не отвечающих установленным нормативам в 2015 г. – 20,6% (2014 г. – 19,2%, в 2013 г. – 19,0%). Воды поверхностных источников водоснабжения содержат

железо, марганец, нефтепродукты. Удельный вес неудовлетворительных по микробиологическим показателям проб за 3 года снизился с 7,5% до 6,8%.

Состав подземных вод – источников централизованного водоснабжения также стабилен. Подземные воды Тюменской области характеризуются присутствием природного кремния, марганца, железа, аммиака. Доля проб, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям в 2015 г. составила 57,1% (в 2014 г. – 64,2%, в 2013 г. – 63,6%). За счет проводимых мероприятий в зонах санитарной охраны источников отмечается улучшение по микробиологическим показателям – 2,7% (в 2014 г. – 3,2%, 2013 г. – 3,1%). Зоны санитарной охраны организованы на 445 водоисточниках из 572 (77,8%), из них на 40 из 94 поверхностных (42,5%), 405 из 478 подземных (84,7%).

Проекты зон санитарной охраны водных объектов, используемых для питьевого, хозяйственно-бытового водоснабжения и в лечебных целях, утверждаются органами исполнительной власти субъектов РФ при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам.

Правительством Тюменской области утверждено проекты зон санитарной охраны для поверхностных источников, подземных водозаборов, в т.ч. групповых месторождений (ООО «МУП Московское ЖКХ», ООО «МУП Винзилинское ЖКХ», ООО «ЖКХ «Викуловское», ФБУ ЦР ФСС РФ «Тараскуль», ГУП ЯНОРЦ «Большой Тараскуль» и др.).

В установленном порядке утверждены проекты зон санитарной охраны для поверхностных водозаборов:

- Метелевский водозабор на р. Тура в г. Тюмени ООО «Тюмень Водоканал»;
- Епанчинский водозабор на р. Иртыш в г. Тобольске ОАО «Тобольск-Нефтехим»;
- Водозабор на оз. Среднее с. Озерное ООО ЖКХ «Викуловское»;
- Жуковский водозабор из р. Иртыш в г. Тобольске ПАО «СУЭНКО»;
- Водозабор на р. Иртыш г. Ишим ОАО «Водоканал».

Указанные поверхностные водозаборы подают 84,4% общего объема воды, используемой для питьевого и хозяйственно-бытового водоснабжения в Тюменской области.

Утвержден проект зон санитарной охраны 109 скважин Тавдинского и Велижанских групп месторождений подземных вод ООО «Тюмень Водоканал» – источников водоснабжения г. Тюмень. Велижанская группа месторождений включает в себя три водозабора, состоящих из 57 эксплуатационных скважин, 9 наблюдательных. Тавдинское месторождение пресных подземных вод состоит из 37 эксплуатационных и 6 наблюдательных скважин.

В целом водозаборы эксплуатируются с соблюдением требований санитарного законодательства.

При выявлении правонарушений в области охраны окружающей среды и природопользования, выразившихся в использовании зон санитарной охраны источников хозяйственно-бытового водоснабжения с нарушением ограничений, установленных санитарными правилами и нормами в соответствии с законодательством о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, Управлением Роспотребнадзора по Тюменской области виновные лица привлекаются к административной ответственности.

За допускаемые нарушения в 2015 г. вынесено 40 постановлений о привлечении должностных лиц к административной ответственности по ч. 2 ст. 8.42 КоАП РФ, наложено штрафов на сумму 401000 руб.

В Тюменской области продолжается реализация положений Федерального закона от 07.12.2011 № 416-ФЗ «О водоснабжении и водоотведении».

Мероприятия по реализации Федерального закона от 07.12.2011 № 416-ФЗ «О водоснабжении и водоотведении» включены в комплекс мер по развитию жилищно-коммунального хозяйства Тюменской области, утвержденный распоряжением Правительства Тюменской области от 30.12.2014г № 2423-рп («дорожная карта»).

По итогам 2015 г. в соответствии с положениями Федерального закона от 07.12.2011г № 416-ФЗ «О водоснабжении и водоотведении» Управлением Роспотребнадзора по Тюменской области направлено 39 уведомлений в организации, осуществляющие холодное и горячее водоснабжение и 21 в органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов о необходимости внесения изменений в технические задания на разработку или корректировку инвестиционных программ в части учета мероприятий по приведению качества питьевой и горячей воды в соответствие с установленными требованиями (по итогам 2014 г. – 30 уведомлений в РСО, 19 в ОМС, по итогам 2013 г. – 31 уведомление в РСО и 47 в ОМС).

В Управление Роспотребнадзора по Тюменской области на согласование поступало 39 планов мероприятий, 26 из них согласовано, по остальным направлены рекомендации разработчикам об устранении замечаний и предоставлении на повторное рассмотрение.

Согласованные с Управлением Роспотребнадзора по Тюменской области планы мероприятий по приведению качества питьевой и горячей воды в соответствие с установленными требованиями включаются в состав инвестиционных программ.

Утверждение инвестиционных программ и контроль за выполнением инвестиционных программ, в том числе за достижением в результате реализации

мероприятий инвестиционных программ плановых значений показателей надежности, качества, энергетической эффективности отнесено к полномочиям органов исполнительной власти субъектов РФ.

В инвестиционные программы со сроком реализации 2016-2018 гг., вошли планы мероприятий по реконструкции, модернизации, строительству водопроводных сооружений 8-и организаций:

- Филиал «Тепло Тюмени», г. Тобольск,
- ООО НЭП «Универсал», г. Заводоуковск,
- ООО «Теплосервис с. Абатское», Абатский район,
- Армизонское УМП ЖКХ, Армизонский район,
- ООО ЖКХ «Викуловское», Викуловский район,
- ООО «Сорокинский коммунальные системы», Сорокинский район,
- МУП ЖКХ «Боровский», Тюменский район,
- МУЖЭП с. Онохино, Тюменский район.

ООО «Тюмень Водоканал» реализует инвестиционную программу, разработанную и утвержденную в соответствии с Федеральным законом от 30.12.2004 № 210-ФЗ «Об основах регулирования тарифов организаций коммунального комплекса».

Остальные планы мероприятий планируется реализовать в рамках инвестиционных программ на 2017-2020 гг., а также за счет бюджетных средств и собственных средств регулируемых организаций.

В качестве индикативных показателей реализации «дорожной карты» утвержден показатель «доля ресурсоснабжающих организаций в сфере водоснабжения и водоотведения, утвердивших инвестиционные программы по отношению к общему количеству РСО в сфере водоснабжения и водоотведения, осуществляющих деятельность в Тюменской области, в отношении которых органом местного самоуправления принято решение об утверждении технического задания на разработку инвестиционной программы, а также органом регулирования проведена оценка доступности тарифов, по результатам которой тарифы являются доступными».

С целью оказания содействия регулируемым организациям, осуществляющим холодное водоснабжение, и обеспечения единых подходов в разработке проектов инвестиционных программ департаментом тарифной и ценовой политики Тюменской области разработана модельная инвестиционная программа организаций, осуществляющих холодное водоснабжение по приведению качества питьевой воды в соответствие с установленными требованиями и развитию систем коммунальной инфраструктуры. Шаблон размещен на портале органов государственной власти.

Для утверждения инвестиционных программ разрабатываются и утверждаются в установленном порядке схемы водоснабжения и водоотведения. По данным Департамента жилищно-коммунального хозяйства Тюменской области наличие схем водоснабжения и водоотведения необходимо для 290 поселений и городских округов. Разработка и утверждение схем водоснабжения и водоотведения поселений и городских округов осуществляется с учетом инвестиционных возможностей бюджетов муниципальных образований. В настоящее время утверждено 276 схем (95,2%).

Управлением Роспотребнадзора по Тюменской области ведется работа по понуждению в судебном порядке органов местного самоуправления к подготовке технических заданий и ресурсоснабжающих организаций к разработке планов мероприятий по приведению качества воды в соответствие с установленными требованиями.

В 2015 г. подано 18 исковых заявлений в суды в защиту потребителей услуг водоснабжения, из них 15 рассмотрены, все удовлетворены (в 2014 г. подано 8 исковых заявлений в суды в защиту неопределенного круга потребителей водоснабжения, все удовлетворены). За нарушение санитарно-эпидемиологических требований к питьевой воде, а также к питьевому и хозяйственно-бытовому водоснабжению за 2015 г. вынесено 136 постановлений по ст. 6.5 КоАП РФ, наложено штрафов на сумму 2 203 тыс. руб. (в 2014 г. вынесено 69 постановлений о привлечении к административной ответственности по ст. 6.5 КоАП РФ на общую сумму 1321 тыс. руб.).

В 2015 г. в рамках реализации государственной программы Тюменской области «Основные направления развития жилищно-коммунального хозяйства» было выделено средств областного бюджета в размере 88 133,3 тыс. рублей, из них на водоснабжение 36 904,3 тыс. рублей, на водоотведение 51 229,0 тыс. рублей.

По объектам водоснабжения реализуются следующие основные мероприятия:

- разработка проектной документации по объекту «с. Большое Сорокино. Строительство станции водоочистки, 2-я очередь»;
- корректировка проектной документации по объекту «г. Тюмень. Строительство кольцевого водовода (1-я очередь)»;
- выполнение работ по переоценке и утверждению запасов подземных пресных вод Равнецкого месторождения в Ишимском районе для дальнейшего проектирования и строительства головного подземного водозабора со станцией водоочистки производительностью 20,0 тыс. м³/сутки в г. Ишиме с целью прекращения использования поверхностных вод р. Ишим для водоснабжения населения;

– получено положительное заключение государственной экспертизы на проектную документацию по объекту «Сладковский район. Строительство водовода д. Покровка – д. Таволжан – д. Михайловка – д. Красивое – с. Александровка». Выполнение строительно-монтажных работ по объекту запланировано на 2016-2017 гг.;

– разработана проектная документация на увеличение производительности станции водоочистки в п. Голышманово (2-я очередь ВОС), на водоснабжение четырех населенных пунктов Нижнетавдинского района (д. Нижние Тарманы, с. Средние Тарманы, с. Антипино, с. Киндер), строительство водопроводных сетей в с. Сорокино и водоснабжение с. Упорово.

Завершены строительно-монтажные работы, и ведутся пуско-наладочные работы на объектах:

- «Исетский район с. Исетское. Строительство КОС»;
- «Нижнетавдинский район, с. Нижняя Тавда. Строительство канализационных очистных сооружений и сетей канализации. 2-я очередь» производительностью 2000 м³/сутки. Завершается строительство КНС и напорного коллектора от с. Нижняя Тавда до очистных сооружений.

Получены положительные заключения государственной экспертизы на проектную и сметную документацию на строительство канализационных очистных сооружений в районном центре Вагай.

Введён в эксплуатацию объект «Заводоуковский район с. Новая Заимка. Строительство станции биологической очистки сточных вод посёлка производительностью 750 м³/сутки».

За счёт средств субсидий в размере 167 834,02 тыс. рублей, выделенных бюджетам муниципальных образований в 2012, 2013 и 2014 гг. и не освоенных в полном объёме, в 2015 г. продолжалась реализация мероприятий, направленных на развитие и модернизацию объектов водоснабжения и водоотведения - строительство, реконструкция, капитальный ремонт и ремонт водопроводных сетей и сооружений в городах Тобольск, Тюмень, Заводоуковск, 9 населённых пунктах Викуловского, Исетского, Тюменского, Ярковского районов.

Дополнительно в 2015 г. муниципальным образованиям выделены субсидии в размере 16 530,93 тыс. рублей на строительство двух резервуаров запасов чистой воды (РЧВ) в с. Исетское и ремонт насосной станции первого подъёма на водозаборе с. Сладково. Работы по ремонту насосной станции и строительству РЧВ в настоящее время завершены.

Бюджетам Бердюжского и Ярковского муниципальных образований предоставлены субсидии на ремонт водозаборов в Бердюжском районе в размере 1 948,1 тыс. рублей и установку павильонов над скважинами в Ярковском районе в размере 10 980,0 тыс. рублей.

Органами местного самоуправления реализуется план мероприятий на 2015-2016 гг. по оснащению населённых пунктов, не обеспеченных водой питьевого качества, блочными водоочистными станциями малой производительности с возможностью розлива в тару потребителя (павильоны питьевой воды). Планом мероприятий предусмотрена установка павильонов в 160 населённых пунктах области.

В бюджетах муниципальных образований на 2015 г. в составе расходов предусмотрены средства в размере 144 000,0 тыс. рублей на установку 80 павильонов. Завершены мероприятия по установке 57 павильонов.

В настоящее время на территории Тюменской области оборудовано и эксплуатируется 217 павильонов чистой воды.

Из бюджетов муниципальных образований в 2015 г. профинансированы мероприятия, направленные на развитие систем водоснабжения и водоотведения населённых пунктов:

- 20 528,0 тыс. рублей на строительство сетей водоснабжения в Заводоуковском городском округе;

- 131 355,78 тыс. рублей на строительство водозабора и водоочистных сооружений п. Сумкино и реконструкцию Соколовского водозабора и водоочистных сооружений в г. Тобольске.

- 29 522,91 тыс. рублей на реконструкцию станции водоочистки в с. Уват;

- 22 367,4 тыс. рублей на завершение строительства канализационных очистных сооружений в районном центре с. Казанское;

- 2 795,6 тыс. рублей на выполнение пуско-наладочных работ на очистных сооружениях канализации в с. Омутинское Омутинского района.

Профинансировано 168 430,94 тыс. рублей, за счет которых заменено 128,7 км ветхих водопроводных сетей, 12,5 км сетей канализации.

Дополнительно в 2015 г. выделены средства бюджету Сладковского муниципального района в размере 36 999,72 тыс. рублей на выполнение мероприятий по расчистке оз. Дядюхино от сапропелевых отложений, основного источника водоснабжения населённых пунктов Сладковского района.

Выполнение указанных и иных мероприятий позволит повысить качество коммунальных услуг, предоставляемых населению, а также обеспечить доступ населения к услугам централизованного водоснабжения.

П. В. ШЕБЕКО, специалист;
А. М. НЯМЦУ, первый заместитель директора;
Е. Ю. ЮСУПОВА, канд. мед. наук, ассистент;
А. П. ГОРБУНОВ, специалист

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА ТЕРРИТОРИИ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ (БЕЗ АВТОНОМНЫХ ОКРУГОВ) ЗА ПЕРИОД С 2004 ПО 2014 ГГ.

ГАУ Тюменской области «Медицинский информационно-аналитический центр». Россия, 625027, г. Тюмень, ул. Ленина, д. 2а; Тел.: 8-950-486-1447; эл. почта: yusupova_eu@miac-tmn.ru.

Ключевые слова: туберкулезная инфекция, основные эпидемиологические показатели, сравнительный анализ.

Туберкулез в настоящее время остается крайне актуальной медико-социальной проблемой, что обусловлено высоким уровнем заболеваемости населения, инвалидности и смертности от данного заболевания. Общие показатели по стране в целом недостаточно отражают ситуацию в регионах, отличающихся по географическим, демографическим и экономическим условиям. В связи с чем оценка эпидемиологической ситуации по туберкулезу и деятельности фтизиатрической службы в отдельно взятых субъектах РФ является весьма актуальной. В статье представлены результаты сравнительного анализа основных статистических показателей, отражающих эпидемиологическую обстановку по туберкулезу и деятельность противотуберкулезной службы на территории ТО (без автономных округов), за период с 2004 по 2014 гг.

Туберкулезная инфекция (ТБИ) в настоящее время остается крайне актуальной медико-социальной проблемой, что обусловлено высоким уровнем заболеваемости населения, инвалидности и смертности от данного заболевания. Ежегодно в мире регистрируется около 9 миллионов новых случаев заболевания и более полутора миллионов смертей по причине туберкулеза. Рост туберкулеза в России, в том числе в детском и трудоспособном возрасте, в последнее десятилетие повышает актуальность проблемы [1]. Особый вопрос — постоянно увеличивающееся число больных с лекарственной устойчивостью возбудителя, что ставит под сомнение эффективность используемых методов [2].

По данным Федеральной службы государственной статистики в Российской Федерации (РФ) ежегодно от ТБИ умирают около 30 тысяч человек [3]. Высокий уровень смертности от этого заболевания в РФ, как правило, связан с низким уровнем жизни населения, высоким уровнем стресса, плохим питанием, а также поздним обращением пациентов за медицинской помощью. Необходимо отметить, что за последние годы в РФ зарегистрировано значительное снижение основных эпидемиологических показателей первичной заболеваемости туберкулезом. В 2014 году по сравнению с 2006 годом снизился показатель об-

щей заболеваемости туберкулезом (59,5 против 202,5 на 100 000 населения соответственно). Также в 2014 году в сравнении с 2006 годом было отмечено снижение показателя общей смертности от туберкулеза на 32,2% (10,1 против 14,9 на 100 000 населения соответственно). Наряду с этим достоверного снижения выявляемости туберкулеза за анализируемый период отмечено не было [4].

Однако общие показатели по стране в целом недостаточно отражают ситуацию в регионах, отличающихся по географическим, демографическим и экономическим условиям [5]. В связи с чем оценка эпидемиологической ситуации по туберкулезу и деятельности фтизиатрической службы в отдельно взятых субъектах РФ является весьма актуальной.

Цель работы: провести сравнительный анализ основных статистических показателей, отражающих эпидемиологическую обстановку по туберкулезу и деятельность противотуберкулезной службы на территории ТО (без автономных округов), за период с 2004 по 2014 г.г.

Одним из основных показателей, характеризующих эпидемическую ситуацию по туберкулезу, является общая заболеваемость – это число зарегистрированных больных туберкулезом в текущем году, рассчитанное на 100 тысяч среднегодового населения. Такой подход к расчету показателя дает возможность сравнивать показатель общей заболеваемости в районах с разной численностью населения. В ходе проведения сравнительного анализа показателя общей заболеваемости населения ТО туберкулезом было выявлено значительное снижение этого показателя в период с 2004 по 2014 г.г.: со 166,1 до 81,4 на 100 000 населения (*рис. 1*).

Важным показателем, характеризующим эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу, является показатель смертности от туберкулеза, позволяющий судить как о распространенности туберкулеза среди населения, так и о работе по раннему выявлению и эффективности лечения больных туберкулезом. За последние 10 лет показатель смертности от ТБИ на территории ТО снизился на 61,1% (*рис. 2*).

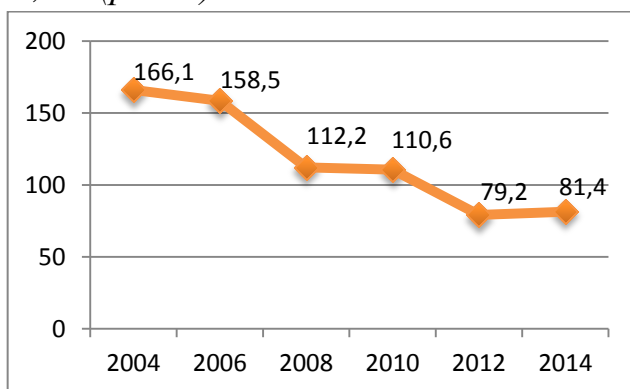


Рис. 1. Динамика показателя общей заболеваемости туберкулезом населения ТО (без автономных округов) на 100 000 населения

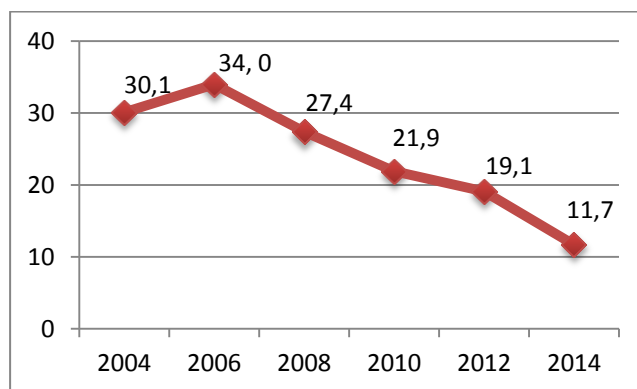


Рис. 2. Динамика показателя смертности населения ТО (без автономных округов) от туберкулеза на 100 000 населения

Организация выявления больных туберкулезом среди населения является одним из самых главных разделов противотуберкулезной работы, которая проводится всеми медицинскими организациями общей лечебной сети. Ежегодные массовые профилактические осмотры для раннего выявления легочной патологии проводятся флюорографическим (лучевым) методом у лиц, старше 15 лет [6]. По данным литературы, лучевой метод в XX веке позволял выявлять до 80% больных туберкулезом, тогда как в XXI веке это показатель стремительно снижался за счет обследования одних и тех же лиц, работающих на производствах [7].

Одним из основных показателей, характеризующих работу фтизиатрической службы, является показатель охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез – это доля лиц, обследованных всеми методами, среди всего населения. За последние годы в ТО регистрируется увеличение охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами в целях раннего выявления туберкулеза: с 68,4% в 2004 г. до 85,1% в 2014 г. Однако важно отметить, что существенной динамики этого показателя в период с 2010 по 2014 гг. не наблюдается.

Одновременно с ростом охвата населения профилактическими флюорографическими осмотрами сокращается выявляемость туберкулеза среди населения ТО – с 1,4 на 1000 осмотренных в 2004 году до 0,7 на 1000 осмотренных в 2014 г.

По данным литературы, на частоту выявления туберкулеза при профосмотре взрослого населения оказывали влияние ряд причин. Это: уровень организации профилактической работы в общей лечебной сети, популяризация профилактического направления в здравоохранении средствами массовой информации, качество флюорографического оборудования, укомплектованность отделений лучевой диагностики кадрами, квалификационный уровень рентгенлаборантов и врачей-рентгенологов, объем выполненных после флюорографии дообследований, преимущество в работе общей лечебной сети и противотуберкулезной службы в привлечении вновь выявленных пациентов к наблюдению и лечению [6]. При этом важно отметить, что число больных с впервые выявленными активными формами туберкулеза, сократилось с 2187 человек в 2004 году до 1156 в 2014 году, то есть на 52,9%.

Однако эпидемическая ситуация по туберкулезу на территории ТО (без автономных округов) остается сложной, несмотря на положительную динамику основных статистических показателей за последние 10 лет. В частности, основные показатели, позволяющие оценить эпидемическую обстановку, такие как общая заболеваемость, смертность и выявляемость туберкулеза на 1000 осмотренных, хуже аналогичных показателей по РФ в целом (рис. 3-5).

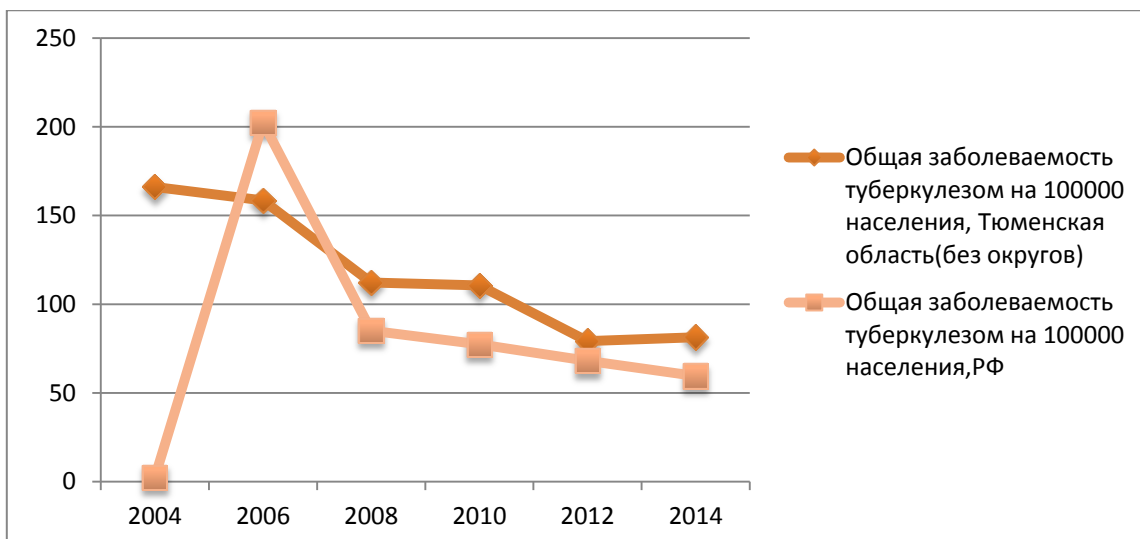


Рис. 3. Динамика показателя общей заболеваемости туберкулезом на 100 000 населения в ТО (без автономных округов) и по РФ в целом

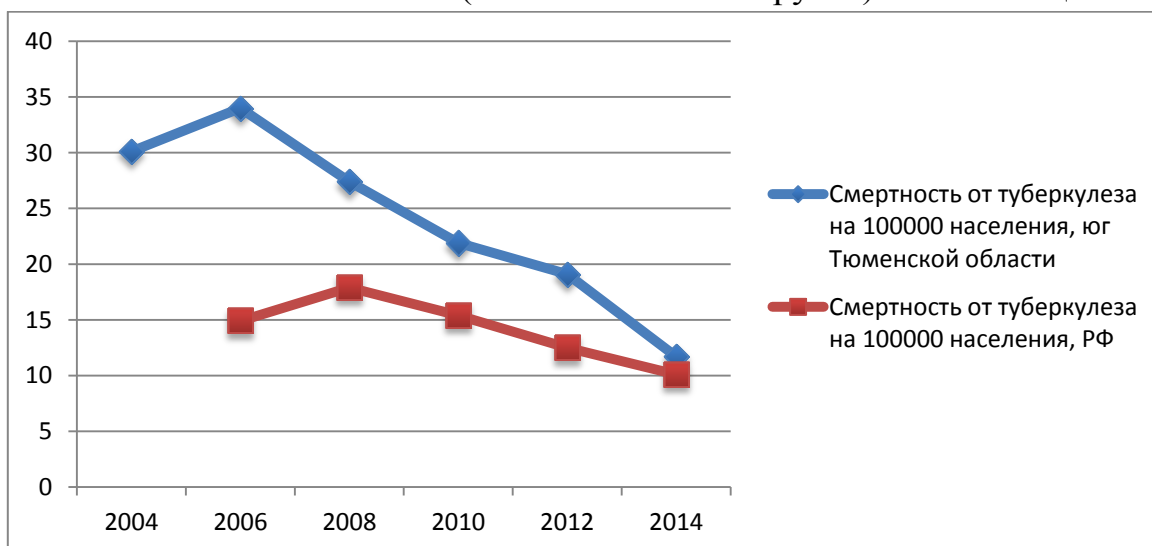


Рис. 4. Динамика показателя смертности от туберкулеза на 100 000 населения в ТО (без автономных округов) и по РФ в целом

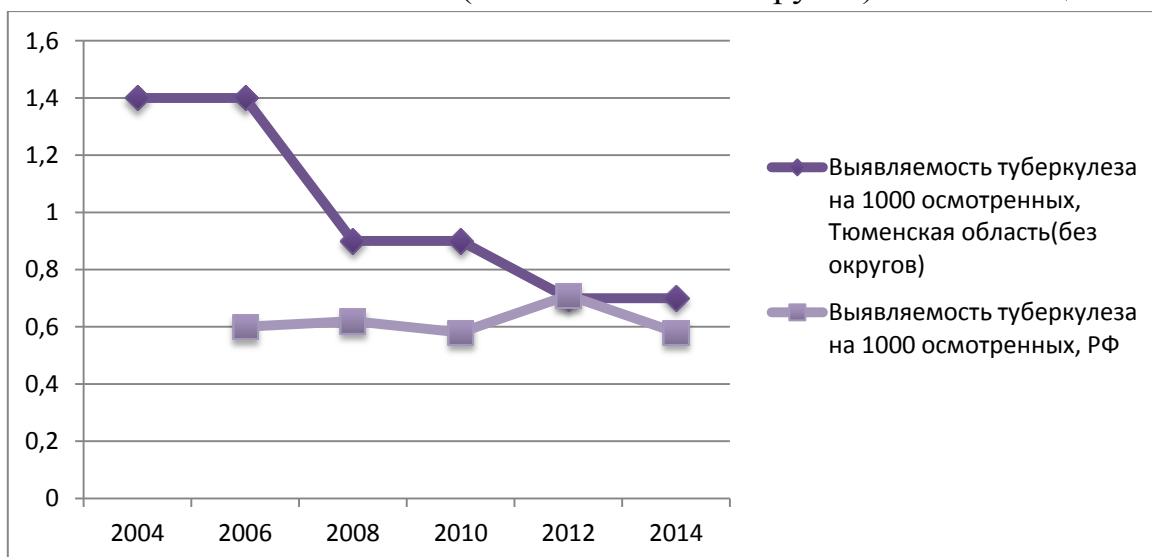


Рис. 5. Динамика показателя выявляемости туберкулеза на 1 000 осмотренных в ТО (без автономных округов) и по РФ в целом

В связи со сложной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу в ТО и в РФ в целом остро стоит вопрос оптимизации процесса оказания медицинской помощи больным туберкулезом с учетом экономии ресурсов и соблюдения всех принципов лечения данного заболевания. Положительная динамика на территории ТО среди показателей, характеризующих эффективные профилактические мероприятия по туберкулезу, предполагает пересмотр состояния конечного фонда [8]. В 2014 г. количество функционирующих коек для оказания стационарной помощи населению ТО, страдающему туберкулезом, составило 720 коек, что на 123 койки меньше, чем в 2004 г.; а обеспеченность туберкулезными койками на 10 000 населения составила 4,7 против 6,4.

За 10-летний период также снизилось среднее число дней работы туберкулезной койки в году с 342 в 2004 году до 319 в 2014 году, что может быть связано с уменьшением числа пациентов с тяжелыми формами туберкулеза требующих оказания медицинской помощи в стационарных условиях в течение длительных периодов времени.

Проведенный сравнительный анализ эпидемической ситуации по туберкулезу на территории ТО (без автономных округов) за период с 2004 по 2014 гг. позволил выявить значительное снижение показателей общей заболеваемости и смертности от ТБИ. Снижение показателя общей заболеваемости туберкулезом регистрируется на фоне улучшения организации профилактических осмотров населения на туберкулез и уменьшения доли запущенных форм туберкулеза среди впервые выявленных пациентов с туберкулезом.

Однако, несмотря на то, что в Тюменской области достигнуты значительные успехи в борьбе с ТБИ, значения основных показателей, характеризующих эпидемическую ситуацию по туберкулезу, остаются по-прежнему выше аналогичных по стране в целом. В связи с этим необходимо повышать эффективность противотуберкулезных мероприятий на территории ТО (без автономных округов), включая организацию совместной работы ведомств, заинтересованных в проведении мероприятий по предупреждению распространения туберкулеза, в том числе среди неблагополучных слоев населения; а также информирования населения о мерах личной и общественной профилактики туберкулеза.

Библиографический список

1. Туберкулез // Информационный бюллетень (данные ВОЗ). – 2015. – № 104.
2. Экономическая эффективность лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя / Пирогова Н. Д., Овсянкина О. В., Романенко О. М., Щипунова Л. В., Тюлькова Т. Е. // Фтизиатрия и пульмонология. – 2015. – № 3 (11). – С. 13-23.
3. Сравнение заболеваемости туберкулезом в мире, Европейском регионе ВОЗ и в Российской Федерации / Белиловский Е. М., Борисов С. Е., Скачкова Е. И., Сон И. М., Галкин В. Б., Данилова И. Д., Пашкевич Д. Д. // Туберкулез в РФ. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в РФ. – М., 2010. – С. 54-60.

4. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики РФ: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gks.ru/>.

5. Проблемы формирования эпидемиологических показателей по туберкулезу / Богородская Е. М., Стерликов С. А., Попов С. А. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – М.: Медицина, 2008. – № 7. – С. 8-14.

6. Рентгенологическая служба в структуре противотуберкулезной помощи населению / Неверова Е. Н., Пирогова Н. Д., Неверов В. В., Тюлькова Т. Е. // Фтизиатрия и пульмонология. – 2015. – № 3 (11). – С. 86-97.

7. Возможности повышения качества проведения профилактических осмотров населения на туберкулез / Богородская Е. М., Смердин С. В., Стерликов С. В., Нечаева О. Б., Веретенцева Н. А. // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2012. – № 1. – С. 34-38.

8. Шурыгин, А. А., Матасова, Е. В., Степанова, Е. А. Оценка эффективности работы дневного противотуберкулезного стационара // Фтизиатрия и пульмонология. – 2013. – № 1. (6) – С. 57.

УДК 614.2 (571)

Я. И. ШИРМАНОВ, канд. филос. наук, доцент
кафедры гуманитарных и социальных наук;
И. А. ШИРМАНОВ, советник Окружной Думы

СОСТОЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ ОКРУГЕ В 1941–1942 ГОДАХ

Дума Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, г. Ханты-Мансийск; ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный архитектурно-строительный университет». Россия, 625001, г. Тюмень, ул. Луначарского, д. 2; Тел.: 8-922-071-8385; эл. почта: yaroslavkurgan@rambler.ru.

Ключевые слова: Остяко-Вогульский национальный округ, Ханты-Мансийский национальный округ, Сургутский и Ларьякский районы, здравоохранение, медицинская помощь, медико-санитарные учреждения, коечная сеть, детская заболеваемость и детская смертность, профилактические мероприятия и прививки.

На основе архивных документов рассмотрены вопросы организации медицинской помощи населению Ханты-Мансийского национального округа в 1941-1942 гг., а также задачи послевоенного периода.

Для общего понимания проблем здравоохранения в период освоения Западной Сибири необходим исторический подход и учет ситуации, складывающейся на протяжении нескольких десятилетий. С целью введения в научный оборот архивных документов, публикуется доклад, подготовленный на основе архивных документов: «Проекта Постановления бюро Ханты-Мансийского окружного комитета ВКП/б/ Омской области «О мерах по усилению медицинского обслуживания гражданского населения в округе», принятом в декабре 1941 года [1] (далее – Проект Постановления бюро), «Характеристика состояния дела здравоохранения и медицинской помощи в Сургутском районе на 1 декабря 1941 года» (датирована 5 декабря 1941 г.) [2] «Краткая характеристика

дела здравоохранения ХМНО Омской области» [3] и «Доклад инспектора Окрздравотдела Спиридоновой» [4]. Эти документы отобраны для публикации в связи с тем, что они дополняют друг друга, и с учетом ограничений по объему публикации, дают достаточно ясное представление о состоянии медицинской помощи в Ханты-Мансийском национальном округе перед Великой Отечественной войной и в 1941-1942 годах. В текстах цитируемых документов сохранены сокращения и специфические речевые обороты.

Общие сведения. Ханты-Мансийский национальный округ (далее – ХМНО или округ) был образован постановлением ВЦИК СССР от 10 декабря 1930 как Остяко-Вогульский национальный округ в составе Уральской области. 17 января 1934 г. округ вошел в образованную Обь-Иртышскую область с центром в Тюмени, которая была упразднена в декабре 1934 г. После этого округ стал частью Омской области. В октябре 1940 г. округ был переименован в Ханты-Мансийский. Указом Президиума Верховного Совета СССР от 14 августа 1944 г. округ был включен во вновь образованную Тюменскую область.

Численность населения в Остяко-Вогульском национальном округе в 1931 году была 49,9 тысяч человек, а в 1939 г. – 93 тыс. человек [5]. В довоенный период малонаселенный округ не имел крупных городских и сельских поселений [6]. Для примера укажем, что 5 апреля 1926 г., в связи с малочисленным населением (1,3 тысяч человек) город Сургут был преобразован в районное село [7]. В 1939 г. население Сургута составляло всего 2300 человек [8]. С учетом малонаселенности и сеть медицинских учреждений была очень слабой, врачей и среднего медицинского персонала не хватало.

Архивные документы не в полной мере отражают специфику довоенного периода, но все же дают определенное представление. Так, в декабре 1941 г. в проекте Постановлении было указано: «Бюро ОК ВКП (б) отмечает неудовлетворительное медицинское обслуживание населения округа особенно по хирургическим, глазным, ушным болезням. В округе нет ни одного хирурга. Из 31 врачебного пункта в округе 8 врачебных участков не укомплектованы врачами, в ряде районов закрыто несколько врачебно-акушерских пунктов: Сургутском 5, Березовском 5, Кондинском 6, медкадры по районам распределены неравномерно, из 55 имеющихся в округ врачей Ларьякский район имеет только одного врача. Два рентгеновских аппарата в округе бездействует из-за отсутствия рентгено-техников. Окружная Госсанинспекция работает плохо, санитарных врачей в районах нет» [1, л. 6].

В резолютивной части Проекта Постановления, среди прочего, было записано: «Для обеспечения населения округа хирургической и другими видами медицинской помощи обязать зав. окрздравотделом тов. Широбокова подготовить врачей специалистов по этим болезням путем посылки их для специализа-

ции в клиники гор. Омска. Направить для постоянной работы в Ларьякский район врача из поселка Ханты-Мансийска» [1, л. 7].

В «Характеристике состояния дела здравоохранения и медицинской помощи в Сургутском районе» говорится о том, что Сургутский район по сравнению с остальными районами округа находится в наиболее благоприятных условиях, но «дело здравоохранения значительно отстает от других районов... Сургутский район лучше всех из районов обеспечен медкадрами, один врач приходится на 1667 человек населения, тогда как в среднем в сельской местности округа один врач приходится на 2648 человек, а в соседнем Ларьякском районе один врач на 5403 человек населения... Медсеть в районе также лучше развита, чем в остальных районах, имеется недостаточность медсети в отдаленных пунктах; коечная помощь населению в районе находится в самых выгодных условиях – одна койка приходится на 156 человек населения, тогда как в соседнем Самаровском районе одна койка приходится на 482 человека.

Несмотря на такое преимущественное положение перед остальными районами, Сургутский райздравотдел значительно отстает в работе и имеет показатели в деле здравоохранения весьма не важные. Производственные мощности коечной сети стационарными медучреждениями Сургутского района используются далеко не полностью, так за 3 квартала 1941 г. выполнено всего лишь 71,1% плана. При таком громадном прогуле коек в больницах, больные нуждаются в коечном лечении, госпитализируются не все даже в случаях, когда госпитализация является обязательной – так, например, из 17 больных дифтерией госпитализировано всего лишь 7 человек, из 18 корьевых больных госпитализирован один, из 7 больных токсической диспепсии госпитализировано три. Такая халатность райздравотдела и медработников района в поведении к остро заразным болезням является самым большим минусом» [2, л. 4].

В этом же документе указывалось, что недопустимо плохо организована профилактическая работа и что «план профилактических прививок против различных болезней выполнен всего лишь на 68,5%. Район является районом самой высокой заболеваемости дифтерией в округе, и не смотря на это, при наличии в районе прививочного материала (запас противо-дифтерийного анотоксина 1670 кубических сантиметров), противодифтеритные прививки... не проводятся, хотя имеется правительственное постановление об обязательных прививках против дифтерии всему детскому населению до 8 летнего возраста» [2, л. 4].

В 1942 году при характеристике сети медико-санитарных учреждений округа было отмечено: «Ханты-Мансийский Окргздравотдел объединяет 6 райздравотделов. Районные центры разбросаны на громадной территории округа. Это обстоятельство крайне осложняет и затрудняет оперативное руководство райздравотделами и медицинскими учреждениями округа, тем более

при наличии таких отсталых видов транспорта как конный и олений в зимнее время и катера, или в редких случаях пароходы Госпара в летнее время. Как Окрздравотдел, так райздравотделы своих транспортных средств не имеют. Имеющийся в распоряжении Межрайонной Санитарно-Эпидемической станции полуглиссер не используется в виду отсутствия горючего. Имеющиеся у Окрздравотдела аэросани в течении нескольких лет лежат без движения, также из-за отсутствия горючего и кроме того, в условиях округа аэросани малопригодны – большие снежные заносы, непроходимые леса, плохие дороги...» [3, л. 73].

«Сеть медучреждений округа стоит в прямой зависимости от территориальной разбросанности округа и является очень слабо развернутой. Отдельные сельские медучреждения фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты расположены друг от друга на 400-500 и более километров, также и врачебные участки разбросаны в сотнях километров друг от друга. Несмотря на то, что в округе одна стационарная койка приходится примерно на 250 человек населения, стационарная помощь населению в силу этой разбросанности является крайне недостаточной, особенно в стороне от водных магистралей в национальных пунктах» [3, л. 73]. «Медико-санитарные учреждения округа в сельской местности, как и в окружном центре, очень плохо оснащены медицинским и хозяйственным оборудованием, инструментарием, а также бельем.

Из 30 сельских и районных врачебных участков автоклавы имеют только 9, клинических лабораторий 6, рентгеновских установок 2. Крайне плохое противоэпидемическое оснащение округа, не все сельские врачебные участки имеют даже простых гидропультов, не говоря о дезкамерах, которых в сельской местности округа имеется всего 10 и только с постройкой камер вошебоек в 1942 году их число дошло до 57 штук...» [3, л. 75].

Таково было положение в начале военного периода. Однако, несмотря на то, что в годы Великой Отечественной войны большинство материальных ресурсов (в том числе – медикаменты и лекарства) направлялось на фронт, здравоохранение в тылу то же не было оставлено без внимания. При всех недостатках результаты медицинского обслуживания были не плохими. Наш вывод основан на данных о детской заболеваемости и детской смертности в ХМНО в 1944-1945 гг. В докладе инспектора Окрздравотдела Спиридоновой отмечалось, что в 1944 году случаев скарлатины было 315, дифтерии – 251, дизентерии – 1068, кори – 3983, малярии – 384. В 1945 году детская заболеваемость значительно снизилась – скарлатины было 7 случаев, дифтерии – 17, дизентерии – 18, кори – 5 (сведения о заболеваниях малярией в докладе отсутствуют) [4, л. 37].

Там же было указано: «Благодаря исключительной заботы партии и правительства и работе медицинских работников в округе... достигнут значительный результат по снижению детской смертности, если в 1941 году на 100 ро-

дившихся до одного года жизни умирало 21%, то в 1944 году на 100 родившихся до одного года жизни процент смертности снижен до 4,4% [4, л. 37].

Интересны формулировки недостатков работы, поставленные цели и задачи по улучшению работы системы здравоохранения округа в послевоенный период. «Несмотря на ряд достижений в области материнства и младенчества имеется ряд крупных недостатков:

1. В области родовспоможения еще не изжит большой процент принятия родов на дому в особенности у националов.

2. Изжить смертность среди рожениц, которая имеет место до настоящего времени в нашем округе. В 1945 году в Микояновском районе в больнице с. Кондинск 4 смертных случая рожениц и в Кондинском районе Нахрачинском врачебном участке один смертный случай. История болезни в Окргдрав не представлены и причина смерти этих рожениц окргдраву не известна...

4. Консервные комбинаты Сургут и Самарово до настоящего времени не организовали комнату личной гигиены женщин...

6. Все районы за исключением Ларьяка не представили план мероприятий по борьбе с детскими инфекциями, а также план профилактических мероприятий по дифтерии, оспе и др. инфекций.

7. Медицинские работники ослабили работу, проводимую среди женщин, и как результат плохой работы 1945 года появилось много криминальных абортов по округу, в особенности по поселку Ханты-Мансийск, за 1-е полугодие 1945 года мы имеем 21 случай [4, л. 38].

В разделе доклада «Наши задачи» было указано:

«1. Добиться полной ликвидации инфекционных заболеваний среди детей в округе.

2. Охватить всех детей грудного возраста консультацией и детей до 3-х летнего возраста яслями.

3. В особенности нужно будет вести медицинскую работу в детдомах в виду нового пополнения в дет-дома.

4. Охватить всех беременных женской консультацией, а также усилить патронажную работу среди детей грудников и беременных женщин.

5. Не допустить ни одних родов на дому и привлекать хантейское население рожать в больнице.

6. Добиться ликвидации смертных случаев среди рожениц и также среди новорожденных.

7. Все медицинские работники по фронтовому должны взяться за выполнение Указа Президиума Верховного Совета Союза Советских Социалистических республик от 8 июля 1944 г. [4, л. 39].

В завершении, с учетом ссылки в п. 7 вышеприведенного доклада на нормативный акт, поясним, что Указ Президиума ВС СССР от 08.07.1944 «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства», предусматривал значительные материальные льготы и государственные пособия матерям. Среди прочих мер, в п. 31 Указа ПВС органам прокуратуры предписывалось, в соответствии с действующим уголовным законодательством, привлекать к ответственности виновных в незаконном производстве аборт, в понуждении женщин к производству аборта, в оскорблении и унижении женщины-матери, в злостном неплатеже алиментов на содержание детей.

Библиографический список

1. КУ Государственный архив ХМАО-Югры. Ф. 8. Оп. 1. Д. 62. ЛЛ. 6-7.
2. КУ ГА ХМАО-Югры. Ф. 8. Оп. 1. Д. 62. ЛЛ. 4-4 об.
3. КУ ГА ХМАО-Югры. Ф. 8. Оп. 1. Д. 62. ЛЛ. 73-77.
4. КУ ГА ХМАО-Югры. Ф. 8. Оп. 1. Д. 89. ЛЛ. 33-39.
5. Ханты-Мансийский автономный округ - Югра // «Историческая энциклопедия Сибири» (2009): [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://russiasib.ru/xanty-mansijskij-avtonomnyj-okrug-yugra/>.
6. По данным переписи 1939 г. в округе проживало чуть более 91 тыс. чел.: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.tolerant.admhmao.ru>.
7. Сургут – история (краткая историческая справка): [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://ugra.travel/ru/goroda-i-rajony/surgut/istoriya/>.
8. Город Сургут: [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D1%F3%F0%E3%F3%F2>.

УДК 61

Е. Ю. ЮСУПОВА, канд. мед. наук, ассистент;
Д. З. ЗАЙНЕТДИНОВА, преподаватель;
А. П. ГОРБУНОВ, преподаватель

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАК ОСНОВЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ГОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет Минздрава РФ». Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; Тел.: +7 (3452) 20-21-97; эл. почта: yusupova_eu@miac-tmn.ru.

Ключевые слова: медицинская профилактика, пропаганда здорового образа жизни, диспансеризация, центры здоровья, целевые программы.

В статье исследованы вопросы организации системы медицинской профилактики, которая является основой формирования здорового образа жизни среди населения. В современных условиях ключевым направлением развития системы здравоохранения должны стать пропаганда здорового образа жизни и профилактика заболеваний населения.

Современный этап характеризуется глобализацией и динамизмом, определяет повышенное внимание к проблеме сохранения и укрепления как индивидуального, так и общественного здоровья населения.

В жизни современного человека на данном этапе его существования здоровье должно занимать приоритетное место в системе его жизненных ценностей. Однако выделение ценности «здоровье» как приоритетной и доведение ее до практического результата имеет неоднозначный и противоречивый характер.

Сегодня обществу трудно понять, что воспроизводство здоровья, как состояния полного физического, психического, социального благополучия – функция воспитания, а не лечения.

Россияне не склонны заботиться о своем здоровье, они не рассматривают его как собственный ресурс и капитал. Согласно опросам более трети граждан Российской Федерации не заботятся о своём здоровье, остальные же заботятся о нем пассивно. Это приводит к тому, что растут показатели заболеваемости и смертности, и формирование здорового образа жизни на данный момент является одной из самых актуальных задач, стоящих перед обществом [1].

Цель работы: проведение анализа имеющейся системы профилактики, выявление основных проблем нормативно-правового регулирования.

В XX веке на первое место встал вопрос о профилактической направленности медицины, все силы были направлены на охрану и укрепление здоровья граждан, однако, проводимые в 90-х и начале 2000-х годов профилактические меры в Российской Федерации были не достаточно эффективными, т.к. отсутствовали целевое финансирование программ профилактики и ее межведомственный характер организации; отсутствовали центры и кабинеты медицинской профилактики, что характеризовало несовершенство инфраструктуры, осуществляющей организационно-методическую помощь; несмотря на просвещение населения, люди не были обеспечены условиями для ведения здорового образа жизни [4].

Разрешив ряд вопросов, общество столкнулось с новыми проблемами. Проведя анализ нормативно-правового регулирования, было выяснено, что профилактическое звено до настоящего времени не представляет из себя единую систему, на региональном и федеральном уровне утверждаются распорядительные документы, регламентирующие профилактику какого-то определенного социального явления (алкоголизма, табакокурения и т.п.), кроме того, недостаточно внимания уделяется организации и проведению мероприятий по первичной и вторичной профилактике социально-значимых заболеваний и укреплению здоровья населения.

В процессе реализации национальных проектов и региональных программ произошел перевес в сторону дорогостоящих видов медицинской помо-

щи, которые незначительно влияют на состояние здоровья популяции в целом. Но благодаря усилению профилактических мероприятий, расширению диспансеризации отмечается тенденция к улучшению здоровья населения, увеличению продолжительности жизни, в конечном итоге это приводит к более эффективному использованию финансовых средств на здравоохранение.

Например, при выявлении в результате скрининга в рамках мероприятий по диспансеризации онкологического заболевания 1-2 стадии для лечения необходимо от 40 до 250 тысяч рублей на полный курс, а для лечения в запущенной 3-4 стадии необходимо от 320 тысяч до 1 млн. рублей. Таким образом, при выявлении и лечении заболевания на ранних стадиях затраты уменьшаются и выживаемость больных значительно увеличивается [2].

В настоящее время на федеральном уровне назрела необходимость создания комплексной законодательной базы, направленной на формирование у населения здорового образа жизни, что позволит сделать каждого гражданина активным участником сохранения собственного здоровья.

Необходимо отметить, что, рассматривая действующую систему медицинской профилактики в Тюменской области, была выявлена направленность на совершенствование профилактических технологий в системе первичной медико-санитарной помощи, профилактику заболеваний через средства массовой информации и работу медицинских работников региона с населением.

Согласно региональной программе развития здравоохранения Тюменской области до 2020 года и региональной целевой программе «Формирование здорового образа жизни и профилактика неинфекционных заболеваний населения в Тюменской области на 2013-2017 годы», популяционная стратегия профилактики реализуется посредством информирования граждан о факторах риска развития неинфекционных заболеваний, мотивирования к ведению здорового образа жизни, обучения граждан, создания необходимых условий и обеспечения для этого условий и повышения кадровой квалификации. Реализация популяционной стратегии осуществляется на основе межведомственного взаимодействия [6, 7].

Важным компонентом развития профилактического звена является создание сети центров здоровья, кабинетов профилактики и кабинетов здорового ребенка, которые входят в структуру амбулаторно-поликлинических учреждений, где предоставляется возможность индивидуального и группового воздействия на пациентов, в результате которой повышается уровень их знаний, людям предоставляется информация, возможность освоения практических навыков. Также совокупность всех методов, с помощью которых воздействуют на пациента, направлена на приверженность граждан к лечению заболеваний, соблюдению рекомендаций врача для повышения качества и продолжительности

жизни, сохранения и восстановления трудоспособности и активного долголетия. Дополнительной функцией центров здоровья является методологическое обеспечение и переподготовка кадров [5].

Например, придя в центр здоровья, человек сможет оценить содержание никотина в крови, холестерина, степень ожирения. Специалист поможет составить индивидуальную программу оздоровления. Также центр здоровья предоставит некоторые инфраструктуры для ведения здорового образа жизни: залы лечебной физкультуры, «школы здоровья» по различным группам заболевания и т.д. А врачи кабинетов профилактики будут следить за результативностью прохождения индивидуальных программ оздоровления [3].

Были определены и проблемные аспекты действующей системы медицинской профилактики на территории Тюменской области то, как низкая заинтересованность населения в проведении профилактических мероприятий, крайне низкий уровень мотивации граждан на сохранение и укрепление индивидуального здоровья; а также со стороны работодателей недостаточная заинтересованность в проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотрах работников.

Таким образом, целесообразно на уровне региона предусмотреть разработку закона Тюменской области «Основы пропаганды здорового образа жизни, при этом предусмотреть: разделение полномочий и ответственности между органами исполнительной власти Тюменской области; применение современных информационно-коммуникационных технологий в пропаганде здорового образа жизни; а также комплексный подход пропаганды здорового образа жизни, учитывающий максимальное количество социальных аспектов

В дальнейшем, на основании Закона «Основы пропаганды здорового образа жизни» необходимо провести анализ отраслевых долгосрочных целевых программ и привести их в соответствие с нормативно-правовой базой.

Таким образом, для эффективного функционирования системы профилактики необходима реализация «стратегических» мер, улучшающих здоровье и благополучие населения – профилактика и отказ от курения; предотвращение потребления наркотиков и алкоголя; формирование правильного пищевого поведения; активный образ жизни; профилактика травм и насилия, а также улучшение репродуктивного здоровья, психического и эмоционального благополучия.

В связи с этим, необходимо предусмотреть в отношении граждан тиражирование лучших практик по формированию здорового образа жизни через информационно-коммуникативную кампанию и санитарно-гигиеническое просвещение. В части компетенции медицинских организаций необходима реализация непрерывного обучения кадров, исполнение методических рекомендаций

по проведению диспансеризации, повышение уровня корпоративной культуры, участие в проектах по здоровому образу жизни, межведомственный обмен информацией по результатам медицинских осмотров (разработка алгоритмов, инструкций).

В отношении работодателей целесообразна реализация мер, направленных на повышение заинтересованности и ответственности работодателей (в том числе социально-активного бизнеса) через постоянное межведомственное взаимодействие, к проведению диспансеризации, повышение ответственности бизнеса за здоровье своих сотрудников, а также привлечение профсоюзов и социально-ответственного бизнеса для обсуждения и взаимного обмена опытом по применению внутрикорпоративных технологий по формированию здорового образа жизни среди сотрудников.

Соответственно, эффективная реформа системы здравоохранения Тюменской области требует системного подхода, направленного на улучшение медицинской помощи, но, что не менее важно, включать вопросы профилактики болезней, содействия формированию здорового образа жизни, а также позитивного воздействия на детерминанты здоровья.

Для поиска правильного решения необходимы координация ресурсов, глобальный кругозор и исчерпывающая база знаний.

Библиографический список

1. Грамотин, Д. В., Носкова, Л. Н., Абрамович, В. В., Бекишева, Н. В., Загул, Н. В. Организация физкультурно-оздоровительной работы по месту жительства. Ч. I. – Тюмень: «СитиПресс», 2009. – С. 4.
2. Здоровый образ жизни нации: проблемы и перспективы // Вестник ассоциации заслуженных врачей Российской Федерации. – 2009. – № 1 (6). – С. 9.
3. Медицинская практика: Информационный сайт для специалистов в области медицины: [Электронный ресурс] – Реим доступа: <http://mfvt.ru/>.
4. Муравьева, В. Н., Амлаев, К. Р., Агранович, Н. В. Медицинская профилактика: общие и частные вопросы. – М.: Илекса, 2013. – С. 14.
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 г. № 597 н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (с изменениями, приказы Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 8 июня 2010 г. № 430 н, от 19 апреля 2011 г. № 328 н, от 26 сентября 2011 г. № 1074 н).
6. Региональная программа «Развитие здравоохранения Тюменской области до 2020 года». – Тюмень, 2014. – С. 60-63.
7. Региональная целевая программа «Формирование здорового образа жизни и профилактика неинфекционных заболеваний населения в Тюменской области на 2013-2017 годы». – Тюмень, 2013. – С. 8-10.

РЕЗОЛЮЦИЯ

XVIII Международной научно-практической конференции «Водосбережение, мелиорация и гидротехнические сооружения как основа формирования агрокультурных кластеров в XXI веке»

Ежегодно 22 марта в мире отмечается Всемирный день водных ресурсов (World Day for Water или World Water Day). Идея его проведения впервые прозвучала на Конференции ООН по охране окружающей среды и развитию (ЮНСЕД), которая состоялась в 1992 году в Рио-де-Жанейро.

Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, приняв резолюцию 47/193 от 22 февраля 1993 года, объявила 22 марта Всемирным днем водных ресурсов. **Тема 2016 года – «Вода для труда»** – призвана привлечь внимание общественности на то, как недостаток чистой воды может улучшить условия жизни и труда людей по всему миру, и даже изменить целые общества и экономики. Практически любое производство так или иначе зависит от поставок чистой воды. В этот день проводятся массовые акции, кампании по защите водных объектов, экскурсии, конференции, семинары, форумы и выставки. 22 марта является уникальной возможностью напомнить человечеству о чрезвычайной важности водных ресурсов для окружающей среды и развития общества.

Участники научно-практической конференции отмечают, что глобальные изменения климата, рост народонаселения, увеличение потребности в энергоресурсах, удовлетворение нужд населения в продовольствии привели к неизбежному росту потребления воды на всех континентах. Тенденция мирового вододефицита остается актуальной и, даже, усугубляется. Проблема водообеспечения, водорегулирования и водосбережения уже сегодня становится не только экологической, научной, технологической или организационно-хозяйственной, но и политической.

Мир готовится к встрече надвигающегося водного кризиса. Так, например, в Китае заканчиваются работы по переброске части стока реки Янцзы в северные маловодные районы. Одновременно завершается строительство канала, длиной более 300 км из Черного Иртыша, который является главным истоком сибирской реки Иртыш. Ежегодно в Китае на гидромелиоративные работы расходуются более 60 миллиардов долларов. Имеют свои национальные водные проекты США, Индия, Турция, Египет, Иран и многие другие страны.

Россия, располагая огромными водными ресурсами, должна ответить на вызов времени и всерьез заняться рациональным, эффективным использованием водного богатства, не допускать его деградации, обеспечить удовлетворение потребностей населения, промышленности и сельского хозяйства. В условиях

мирового водного дефицита Россия обязана иметь свою стратегию и стимулировать разработку и реализацию гидротехнических, мелиоративных проектов в регионах.

В России накоплен огромный опыт в мелиорации и гидротехническом строительстве. Уже к 1985 году в системе Министерства мелиорации и водного хозяйства СССР насчитывалось 26 научно-исследовательских и 68 проектно-изыскательских институтов, 3660 строительных организаций, около 400 строительного-монтажных трестов и объединений. Строительные организации имели в своём распоряжении около 90 тыс. экскаваторов, бульдозеров и скреперов. В системе Минводхоза СССР трудилось более 1,7 млн. рабочих, инженерно-технических работников и учёных. 25-летний период после Майского пленума 1966 года до 1990 года характеризовался в стране невиданными ранее темпами строительства. Специалисты водного хозяйства работали во многих странах мира. Именно с их помощью построен мощный водохозяйственный комплекс, который отодвинул водный голод, остановил наступления пустынь, дал толчок для социально-экономического развития во многих регионах планеты. В нашей стране и во многих других странах функционируют оросительные системы, стоят плотины, работают каналы и дамбы, которые построили наши специалисты.

Однако последние два десятилетия проблемы воды оказались в нашей стране без должного внимания государства. По сравнению с концом 80-х годов общий водозабор в Российской Федерации сократился в 1,6 раза, в то же время, сброс загрязненных стоков вырос в 1,5 раза. По официальным данным в настоящее время в водные объекты сбрасывается более 20 млрд. кубометров загрязненных сточных вод, что составляет половину всех стоков. Мелиорация земель и, прежде всего, орошение, без которого невозможно рассчитывать на гарантированную эффективность сельского хозяйства, предана забвению. Новые гидросистемы не строятся, старые разрушаются. Остро стоит проблема обеспечения как питьевой водой, так и пригодной для хозяйственных нужд, особенно в сельской местности.

Нельзя сказать, что государство совсем не обращает внимания на эти проблемы. Так, Распоряжением Правительства РФ от 27.08.2009 № 1235-р утверждены «Водная стратегия Российской Федерации на период до 2020 года», а также «План мероприятий по реализации Водной стратегии Российской Федерации на период до 2020 года». Принята федеральная целевая программа «Развитие мелиорации земель сельскохозяйственного назначения России на 2014-2020 годы», которая утверждена постановлением Правительства РФ 12.10.2013 года. Много делается и на территории Тюменской области и Уральском федеральном округе.

Представляется насущным вновь и всесторонне рассмотреть ранее незаслуженно отверженные проекты: по нефтехимии, энергетике, лесной отрасли, мелиорации и комплексному сельскохозяйственному производству и прежде всего в Сибири и на Дальнем Востоке.

Возникает настоятельная потребность государства вернуться к отложенному в 1986 году геополитическому проекту – каналу Ханты–Мансийск – Аральское море, с научно-обоснованным отбором части стока талых весенних вод рек Иртыш и Обь с учетом новых условий рыночной экономики, опираясь на экологические, научно-практические исследования и изыскания, проработанные в прежних вариантах проекта. Только один такой стратегический инфраструктурный проект может дать более 200 тысяч новых рабочих мест, придать новый импульс социально-экономическому развитию УРФО, соседним среднеазиатским странам, улучшить условия и качество жизни всего населения региона.

К проблемам, от которых зависит бесперебойное водообеспечение населения, промышленности и сельского хозяйства большей части регионов нашей страны, можно отнести следующие:

1. углубление тенденций расточительного водопользования;
2. ухудшение качества вод;
3. обострение вопросов хозяйственно-питьевого водоснабжения;
4. возрастание материального ущерба от вредного воздействия вод, включая наводнения, разрушение берегов, оползни, подтопления и др.;
5. значительное ухудшение состояния водных объектов и гидротехнических сооружений.

Заслушав и обсудив доклады, выступления по теоретическим и практическим вопросам, связанным с темой «Водосбережение, мелиорация и гидротехнические сооружения как основа формирования агрокультурных кластеров в XXI веке», участники конференции считают целесообразным:

1. Рекомендовать Правительству РФ разработать систему мониторинга важнейших целевых показателей и индикаторов для регионов и муниципальных образований по выполнению федеральной целевой программы «Развитие мелиорации земель сельскохозяйственного назначения России на 2014-2020 годы», утвержденную постановлением Правительства РФ 12.10.2013 года.

2. Для координации всех вопросов водохозяйственной проблематики предлагается создать при Правительстве Тюменской области Межведомственную комиссию по водным ресурсам и водному хозяйству. В субъектах РФ и муниципальных образованиях сформировать по вертикали региональные и

местные советы по рациональному использованию водных ресурсов под председательством глав администраций соответствующих территорий. Наделить данные органы необходимыми правами, полномочиями и ответственностью за эффективное управление, обеспечение, использование, сохранность и возобновление водных ресурсов, и охрану их от загрязнения.

3. Во всех регионах и муниципальных образованиях в 2016-2017 г. разработать и реализовать конкретные по времени и показателям программы и мероприятия по водосбережению и обеспечению населения качественной питьевой водой и водой пригодной для хозяйственных нужд.

4. Составить экологические паспорта муниципальных территорий, предприятий, деятельность которых потенциально опасна для окружающей среды. Для проведения постоянного экологического мониторинга создать и обеспечить современным оборудованием лабораторию качества природных и сточных вод кафедры водоснабжения и водоотведения ТюмГАСУ в 2016-2017 годы. Выяснить практическую потребность в кадрах отрасли и организовать их подготовку в ТюмГАСУ и других учебных заведениях г. Тюмени.

5. Рекомендовать Тюменской областной Думе образовать в своем составе комиссию по водосбережению с привлечением в ее состав ученых и специалистов соответствующих отраслей с целью изучения и предотвращения отдаленных угроз и последствий для населения и народного хозяйства региона.

6. Поручить оргкомитету конференции сформировать постоянно действующую рабочую группу для освещения итогов работы конференции в средствах массовой информации; довести ее решения до общественности и руководителей органов государственной власти и местного самоуправления, ответственных за развитие регионов и городов России; организовать работу по подготовке очередной конференции в 2017 году.

Оргкомитет конференции

Научное издание

ВОДОСБЕРЕЖЕНИЕ, МЕЛИОРАЦИЯ
И ГИДРОТЕХНИЧЕСКИЕ СООРУЖЕНИЯ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ
АГРОКУЛЬТУРНЫХ КЛАСТЕРОВ РОССИИ В XXI ВЕКЕ

Сборник докладов
XVIII Международной научно-практической конференции

Том 3

Изд. лицензия № 02884 от 26.09.2000. Подписано в печать 18.03.16.
Формат 60x90/16. Печать цифровая. Гарнитура Таймс. Усл. печ. л. 15,56.
Тираж 150 экз. Заказ № 907.

РИО ТюмГАСУ, 625001, г. Тюмень, ул. Луначарского, 2