

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Факультет
«Экономика и управление»

Кафедра
«Государственное управление и
социология региона»

Направление подготовки

38.03.04
Государственное и муниципальное
управление

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА
на тему

**«Приоритетное направление в разработке и реализации
государственной демографической политики»**

Студент гр.13ЭГ2

В.Д. Кровикова

Руководитель
к.ф.н., доцент

В.В. Копытов

Нормоконтролер
к.с.н., доцент

И.А. Мурзина

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от _____ № _____)

Заведующий кафедрой _____ С.И. Неделько

Работа защищена с оценкой _____ (протокол заседания ГЭК от _____ № _____)

Секретарь ГЭК _____ И.А. Мурзина

ПЕНЗА 2017

Содержание

Введение	3
1 Сущность и направления деятельности государственной демографической политики	6
1.1 Методологические основы государственной демографической политики.....	6
1.2 Региональные аспекты государственной демографической политики	16
2 Снижение женской смертности как один из приоритетов государственной демографической политики	26
2.1 Женская смертность: структура, факторы, показатели, влияние на воспроизводство населения	26
2.2 Анализ смертности российских женщин в период с 1965 по 2016 гг	37
3 Перспективы снижения женской смертности	49
Заключение	55
Список использованных источников	61
Приложения	65

Введение

Актуальность темы бакалаврской работы определяется, прежде всего, тем, что за последнее время демографический кризис в стране принял крайнее положение. Анализируя основные проблемы демографической политики, хотелось бы обратить должное внимание на женскую смертность и пути ее снижения.

В современной России, правопреемнице СССР, неизбежно сохраняются те же демографические тенденции, что отличали ее непосредственного исторического предшественника. Иначе быть и не может: тот же народ, те же традиции. В 1990 году впервые за послевоенное время наблюдалась естественная убыль населения. При этом опережающими темпами растет смертность населения в трудоспособном возрасте. Превышение смертности над рождаемостью, начиная с 1992 года, часто оценивается как депопуляция, т.е. «вымирание» России. Поэтому возникла необходимость информационно-статистических данных относительно демографической ситуации. Всесторонним изучением на основе числовой информации населения, которое проживает на определенной территории, занимается демографическая статистика – одна из старейших отраслей науки. До нас дошли сведения об учете населения еще до н.э. в Древнем Египте и Древнем Риме. Интересные факты относительно учета населения в феодальной Европе и на Руси.

Многообразные методы демографического анализа предъявляют повышенные требования к их информационному обеспечению. Демографическая информация позволяет получать сведения не только об общем числе демографических событий, но и их длительные характеристики. Например, если речь идет об изучении рождаемости, то важно знать не просто общее число рождений, но и возраст матерей, состояние их в браке и ряд других характеристик. Если речь идет об изучении смертности, необходимо знать не только число умерших, но и их распределение по полу и возрасту, по

причинам смерти, по профессиям, а так же ряд других характеристик. Если такой детальной информации нет, использование всех методов демографического анализа невозможно. А это значит, что при изучении демографических процессов можно прийти к неточным, а иногда и просто неверным выводам.

Другим важным требованием к демографической информации является ее достоверность. Иначе говоря, получаемые данные должны быть свободны как от преднамеренных искажений, так и от неточностей, связанных со спецификой сбора информации.

Источники демографической информации должны позволить получить необходимый объем сведений не только по стране в целом, но и по регионам, то есть в области, крае, автономной республике, а в некоторых случаях и в административном районе. Это очень важно для нашего многонационального государства, поскольку имеются существенные региональные различия не только в природно–климатических условиях, но и в характере процессов воспроизводства населения.

Наконец, источники данных о населении будут полностью отвечать требованиям практики лишь тогда, когда позволяют получить необходимые сведения за длительный период времени. Только в этом случае можно выявить генеральные тенденции изменения.

Научная новизна бакалаврской работы связана с тем, что в ней комплексно исследуется женская смертность в РФ как одна из проблем демографической политики.

Теоретической и методологической основой исследования явились труды таких авторов, как: А.Г. Вишневого, Б.Н.Волынской, И.А. Гундарова, А.Я. Кваша, В.М. Медкова.

Нормативной базой данной работы являются: Конституция РФ, Указы Президента РФ, Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года.

В связи с вышесказанным цель данной бакалаврской работы состоит в изучении основ государственной демографической политики, а конкретно женской смертности.

Для достижения поставленной цели сформулированы следующие **задачи**:

- проанализировать сущность и направления деятельности государственной демографической политики;
- исследовать методологические основы и направления демографической политики;
 - проанализировать факторы женской смертности;
 - проанализировать женскую смертность в 20 – 21 веке;
 - оценить перспективы снижения женской смертности.

Объектом исследования является демографическая политика РФ.

В качестве **предмета исследования** выступает женская смертность в Российской Федерации.

В процессе работы над бакалаврской работой применялись системный, институциональный и структурно–функциональный подходы, на основе которых проведен анализ женской смертности.

Эмпирической базой исследования послужили статистические данные переписи населения.

Бакалаврская работа соответствует всем требованиям, предъявляемым к его оформлению, и состоит из введения, 3 глав, заключения, списка использованных источников и приложений.

1 Сущность и направления государственной демографической политики

1.1 Методологические основы государственной демографической политики

Современная демографическая ситуация в Российской Федерации в значительной степени обусловлена социально–экономическими процессами, происходившими в 20 веке. Во второй половине прошлого века в Российской Федерации ежегодно рождались 2 – 2,5 млн. детей, умирали 1–1,5 млн. человек. Продолжительность жизни граждан постоянно увеличивалась и приближалась к показателям европейских стран. Средняя продолжительность жизни в 1990–1991 годах составляла 68 лет.

С 1992 года началось стабильное сокращение численности населения из–за превышения уровня смертности над уровнем рождаемости (естественная убыль населения). В течение последних 15 лет в России ежегодно умирали более 2 млн. человек, что в расчете на 1000 человек в 2 раза больше, чем в европейских странах и США, в 1,5 раза больше, чем в среднем в мире, а ежегодно рождались в этот период 1,2–1,5 млн. человек.

По показателю ожидаемой продолжительности жизни населения Россия все больше отстает от экономически развитых стран [6, с. 81].

Целями демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года являются стабилизация численности населения к 2019 году на уровне 147–148 млн. человек и создание условий для ее роста, к 2025 году до 150 млн. человек. Также повышение качества жизни и увеличение ожидаемой продолжительности жизни к 2019 году до 70 лет, а к 2025 году – до 75 лет.

Достижение целей демографической политики Российской Федерации в значительной степени зависит от успешного решения широкого круга задач

социально—экономического развития, включая обеспечение стабильного экономического роста и роста благосостояния населения, снижение уровня бедности и уменьшение дифференциации по доходам. Целями демографической политики также являются интенсивное развитие человеческого капитала и создание эффективной социальной инфраструктуры.

Демографическая политика — комплекс экономических, административных, пропагандистских мероприятий, с помощью которых государство влияет на рождаемость в желаемом для себя направлении.

В широком смысле демографическая политика — это политика в области народонаселения. Объектом может выступать население страны, отдельных её районов, когорты населения, семьи определённых типов. Историческая цель демографической политики государства — достижение демографического оптимума.

Главным направлением демографической политики государства является стимулирование рождения определенного числа детей, укрепление семьи и семейных отношений, снижение заболеваний и смертности, приостановление депопуляции и бессистемной миграции, создание условий для формирования эффективной структуры населения и трудовых ресурсов, снижение уровня безработицы.

Целенаправленное управление демографическими процессами для современного общества является объективно необходимым. Учет особенностей демографической ситуации, основных тенденций восстановления населения становится важным условием эффективной социальной политики [6, с. 86].

Основные направления демографической политики государства включают:

- государственную помощь семьям с детьми,
- создание условий для сочетания родительства с активной профессиональной деятельностью,
- снижение заболеваемости и смертности,
- увеличение продолжительности жизни,

- улучшение качественных характеристик населения,
- регулирование миграционных процессов, урбанизации и расселения,
- социальную поддержку инвалидов, пожилых и нетрудоспособных, и т.д. [8, с. 28].

Эти направления демографической политики государства должны быть согласованы с такими важными сферами социальной политики как занятость, регулирование доходов, образование и здравоохранение, профессиональная подготовка, жилищное строительство, развитие сферы услуг, социальное обеспечение.

Демографическая политика не должна и не может подменять экономическую и социальную политику. Попытки решать социально – экономические проблемы мерами демографической политики никогда не приводили к желаемым и эффективным результатам.

Демографическая политика представляет собой комплекс различных мер:

1. Экономические – оплачиваемые отпуска и различные пособия при рождении детей, пособия на детей в зависимости от их числа, возраста, типа семьи; ссуды, кредиты, налоговые и жилищные льготы; компенсации переселенцам и т.д.

2. Административно – правовые – законодательные акты, регламентирующие браки, разводы, положение детей в семьях, алиментные обязательства, охрану материнства и детства, аборты и использование средств контрацепции, социальное обеспечение нетрудоспособных, условия занятости и режим труда работающих женщин – матерей, внутреннюю и внешнюю миграцию и т.п.

3. Воспитательные и пропагандистские, призванные формировать общественное мнение, нормы и стандарты демографического поведения, определенный демографический климат в обществе.

Принципиальная особенность демографической политики заключается в воздействии на динамику демографических процессов не прямо, а определенно через человеческое поведение, принятие решений в сфере брака, семьи,

рождения детей, выбора профессии, сферы занятости, места жительства. Особую сложность демографической политики как части социального управления придает необходимость учитывать и согласовывать интересы разных уровней индивидуальных, семейных, групповых и общественных, локальных, региональных, и общегосударственных, экономических, социально – политических, экологических и этно–культурных, ближайших, среднесрочных и долгосрочных.

Демографическую политику нельзя рассматривать в отрыве от анализа динамики численности, структуры расселения населения. Конкретная демографическая ситуация, ее тенденции, и перспективы обуславливают и определенный характер, и целевую направленность демографической политики. Цели и системы мер по регулированию воспроизводства населения определяются господствующими идеологическими концепциями, типом государственного управления, уровнем экономического развития и ресурсными возможностями, качеством жизни, культурными и религиозными нормами и традициями.

Весь комплекс методов осуществления демографической политики можно условно разбить на три основные группы:

- 1) законодательные или административно–правовые,
- 2) экономические,
- 3) социально–психологические или меры идеологического воздействия.

Условность данного деления вызывается тем, что методы различных групп взаимопроникают друг в друга. Так, при осуществлении экономических методов идеологического воздействия обязательно присутствует элемент администрирования. Многие из административно–правовых и социально–психологических методов требуют определенных экономических затрат. В свою очередь и экономические, административно–правовые методы часто реализуются через психологию, поведенческие установки объектов их воздействия [7, с. 34].

При этом все меры демографической политики, с точки зрения их влияния на поведение, могут выступать как стимулы или как ограничения. Использование данных методов направлено на изменение поведения людей, создание преимущества тем, чье поведение будет в большей степени соответствовать общественным потребностям, декларируемым целям демографической политики, или помехи тем, чьи действия вступают в противоречие с ее целями.

Административно–правовые методы включают в себя законодательные акты, регламентирующие браки, разводы, положение детей в семье, охрану материнства и детства, условия занятости и режим труда работающих женщин–матерей; определяющие минимальный возраст вступления в брак, разного рода льготы для родителей, преимущества при получении жилья для многодетных, молодых семей, доступность средств и методов регулирования рождаемости и др [6, с. 87].

Административные методы являются мерами прямого воздействия и обязательны для исполнения. С одной стороны, это обеспечивает их предсказуемость, достаточно высокую степень эффективности. Но с другой стороны, данные методы наряду с положительными демографическими воздействиями зачастую имеют и значительные побочные негативные социальные последствия. Например, снижение минимального возраста вступления в брак, хотя и может способствовать некоторому росту рождаемости, но одновременно ведет к увеличению количества разводов. Запрет и ограничения на аборты, хотя и вызывают некоторый рост рождаемости, но в то же время способствуют увеличению материнской смертности вследствие проведения нелегальных аборт. Социальные льготы матерям с маленькими детьми одновременно могут снижать их конкурентоспособность на рынке труда, вести к отказу работодателей от приема на работу такой социальной группы.

Подобная двойственность и противоречивость административных мер демографической политики требует от разработчиков тщательного анализа

возможных последствий их применения, но не ставит под вопрос необходимость их использования вообще. Среди административных методов наиболее важными являются те, которые направлены на создание благоприятных условий совмещения женщиной ролей успешной работницы, реализовавшейся личности и матери.

Экономические методы заключаются в целенаправленном воздействии на экономические интересы участников управленческих отношений. В отличие от административных они имеют косвенный, стимулирующий характер, необязательны для исполнения, их воздействие на демографические процессы труднопрогнозируемо. Влияние их на объекты демографической политики также значительно дифференцируется в зависимости от конкретных социальных характеристик последних.

Как в массовом сознании, так, по мнению многих специалистов, именно экономические методы демографической политики рассматриваются в качестве главного фактора воздействия на достижение основной ее цели — формирования желаемого типа воспроизводства населения через мотивацию роста рождаемости. В этом направлении они представляют собой разнообразные пособия семьям с определенным числом детей, дифференциацию налогов в зависимости от доходов, размеров семьи и другие направления воздействия на экономические интересы участников демографических процессов [6, с. 89].

Меры демографической политики воздействуют как на формирование демографических потребностей, обуславливающих специфику демографического поведения, так и на создание условий для их реализации.

Известно, например, что на разных возрастных стадиях (в рамках одного поколения) количественное соотношение полов неодинаковое, с тем удельный вес женщин в обществе по сравнению с мужчинами возрастает. В таких случаях говорят об «омоложении» или «старении» нации, которое вызвано такими обстоятельствами, как смертность и рождаемость, динамикой социально-демографических перепадов, экономическим кризисом.

Правильно построенная демографическая политика — это комплекс мероприятий, направленных на создание устойчивых во времени количественных и качественных параметров восстановления населения, соответствующих долгосрочным интересам общества, построение благоприятных условий для полного развития всех сущностных сил человека и максимальной реализации его творческого потенциала [3, с. 45].

В основу демографической политики РФ положены следующие принципы:

- комплексность решения демографических задач;
- концентрация на приоритетах – выбор по каждому направлению демографического развития наиболее проблемных вопросов и применения эффективных механизмов их решения;
- своевременное реагирование на демографические тенденции в текущий период;
- учет региональных особенностей демографического развития и дифференцированный подход к разработке и реализации региональных демографических программ;
- взаимодействие органов государственной власти с институтами гражданского общества;
- координация действий законодательных и исполнительных органов государственной власти на всех уровнях.

Основными задачами демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года являются:

- сокращение уровня смертности не менее чем в 1,6 раза, прежде всего в трудоспособном возрасте от внешних причин;
- сокращение уровня материнской и младенческой смертности не менее чем в 2 раза, укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков;
- сокращение уровня женской смертности в трудоспособном возрасте;

- сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности активной жизни, создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни;

- повышение уровня рождаемости за счет рождения в семьях второго ребенка и последующих детей;

- укрепление института семьи, возрождение и сохранение духовно–нравственных традиций семейных отношений;

- привлечение мигрантов в соответствии с потребностями демографического и социально–экономического развития, с учетом необходимости их социальной адаптации и интеграции [2].

1. Решение задачи по сокращению уровня смертности населения, прежде всего граждан трудоспособного возраста, включает в себя:

- сокращение уровня смертности от заболеваний сердечно–сосудистой системы за счет комплексной системы профилактики факторов риска;

- улучшение материально–технического обеспечения учреждений здравоохранения;

- сокращение уровня смертности и травматизма в результате дорожно–транспортных происшествий за счет повышения качества дорожной инфраструктуры;

- сокращение уровня смертности и травматизма от несчастных случаев на производстве;

- сокращение уровня смертности от ВИЧ/СПИДа и туберкулеза за счет совершенствования программ профилактики и лечения этих заболеваний.

2. Решение задач по сокращению уровня материнской и младенческой смертности включает в себя:

- повышение доступности и качества оказания бесплатной медицинской помощи женщинам;

- обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи по восстановлению репродуктивного здоровья;

- проведение профилактических мероприятий в целях раннего выявления нарушений состояния здоровья детей и подростков;

- развитие системы оказания медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях.

3. Решение задач по укреплению здоровья населения включает в себя:

- формирование у различных групп населения мотивации для ведения здорового образа жизни;

- разработку мер, направленных на снижение количества потребляемого алкоголя, регулирование производства, продажи и потребления алкогольной продукции;

- создание эффективной системы профилактики социально значимых заболеваний;

- обеспечение безбарьерной среды обитания для лиц с ограниченными возможностями, развитие реабилитационной индустрии;

- внедрение комплексных оздоровительных и реабилитационных программ по сокращению сроков восстановления здоровья после перенесенных заболеваний и травм;

- разработку мер, направленных на сохранение здоровья и продление трудоспособного периода жизни пожилых людей [5, с. 46].

4. Решение задачи по повышению уровня рождаемости включает в себя:

- усиление государственной поддержки семей, имеющих детей, включая поддержку семьи в воспитании детей;

- создание механизмов оказания дополнительной поддержки неполных семей с детьми и многодетных семей с низкими доходами;

- обеспечение потребности семей в услугах дошкольного образования;

- создание в городах и сельской местности среду обитания, благоприятную для семей с детьми, включая установление требований к градостроительным решениям и транспортной инфраструктуре;

- развитие ипотечного кредитования;

— реализация региональных программ обеспечения жильем молодых семей и малоимущих граждан с детьми [2].

5. Реализация комплекса мер по содействию занятости женщин, имеющих малолетних детей, в целях обеспечения совмещения родительских и семейных обязанностей с профессиональной деятельностью:

— создание для женщин, выходящих из отпуска по уходу за ребенком, условий, способствующих их возвращению к трудовой деятельности;

— расширение использования гибких форм занятости, позволяющих совмещать работу с выполнением семейных обязанностей;

— разработка специальных программ, позволяющих женщинам получить новые профессии в случае их перевода с рабочих мест с вредными и тяжелыми условиями труда на новые рабочие места.

Приоритетными направлениями демографической политики должно стать следующее:

— укрепление состояния здоровья населения в первую очередь за счет совершенствования профилактических мероприятий по снижению травм, отравлений, курения, алкоголизма и наркомании; развития физической культуры и спорта; раннему выявлению болезней системы кровообращения, новообразований и инфекционных болезней;

— создание предпосылок для повышения рождаемости, укрепление института семьи, обеспечение адресной социальной защиты семьи, создание социально-экономических условий, благоприятных для рождения, содержания и воспитания нескольких детей, возможность обеспечения семьи соответствующими жилищными условиями;

— регулирование миграционных потоков, повышение эффективного их использования, обеспечение интеграции мигрантов в российское общество, совершенствование законодательства, касающегося защиты прав мигрантов и регулирования миграционных процессов.

Эффективность демографической политики определяется быстротой достижения поставленных задач при минимально возможных расходах

общества и при соблюдении действующих в нем социальных норм. Условиями эффективности демографической политики являются комплексность проведения, ориентированность на длительную перспективу, устойчивость осуществления мероприятий.

1.2 Региональные аспекты государственной демографической политики

Региональная политика – важная составная часть политики государства. Она охватывает комплекс различных законодательных, административных и экономических мероприятий, проводимых как центральными, так и местными органами власти.

Региональная политика государства – это сфера деятельности по управлению экономическим, социальным и политическим развитием страны в пространственном, региональном аспекте, то есть связанная с взаимоотношениями между государством и районами, а также районов между собой [6, с. 90].

Основные виды кризисных ситуаций в регионах:

- изменение в демографической ситуации, приводящие к депопуляции населения, ухудшению генофонда страны и ее регионов;
- превышение рациональных норм техногенной нагрузки территории при размещении объектов, приводящее к ухудшению экосистемы региона;
- рост безработицы, превышающий 15 % от численности экономически активного населения;
- появление в трудоизбыточных регионах беженцев, переселенцев и иностранных рабочих, приводящее к межнациональной и социальной напряженности.

Быстрый переход от административно–плановой к рыночной экономике в любой из стран, выбравших этот путь, всегда приводил к социально–экономическим потрясениям различной продолжительности. В России данный переходный процесс усложняется и удлиняется из–за неоднородности ее экономического пространства, сильных различий регионов по возможностям адаптации к рыночным условиям. По этой причине особенно уязвимыми оказались три группы регионов.

К первой группе относятся регионы с высокой концентрацией производств, ставших нерентабельными при переходе от плановых к рыночным ценам или внезапно потерявших покупательский спрос на свою продукцию (такими являются города, насыщенные предприятиями ВПК и инвестиционного машиностроения, лишившимися госзаказов, промышленные районы с предприятиями, производившими потребительские товары, которые стали неконкурентоспособными на свободном рынке).

Вторую группу образует часть периферийных регионов. Их положение ухудшилось из–за опережающего роста транспортных тарифов по сравнению с ценами на производимую продукцию, вследствие чего многие транспортно–экономические связи с внутренними регионами страны стали неэффективными.

К третьей группе относятся регионы, ранее получавшие из федерального бюджета значительные средства на инвестиции и дотирование производства и лишившиеся этих источников финансового существования (например, многие северные регионы).

Ряд регионов одновременно входят в две–три указанные группы. Общее их свойство — объективно ограниченные возможности саморегулирования и саморазвития в рыночной среде [6, с. 93].

Преимущества перехода к новым экономическим условиям сумели использовать главным образом регионы, сконцентрировавшие торгово–посредническую и финансовую деятельность (в первую очередь, Москва и Санкт–Петербург), а также регионы экспортной ориентации. Это делает данные регионы более устойчивыми в экономическом плане и одновременно

привлекательными для нелегальных иммигрантов. Миграция является важнейшим фактором, влияющим на демографическую ситуацию в целом. Вопросы миграционной безопасности наиболее остро стоят не только в Центральном регионе, а также на Дальнем Востоке.

Острота региональных проблем усиливается также несбалансированностью рыночных преобразований в разных сферах. Например, рыночному саморегулированию занятости в регионах препятствует отсутствие гармоничного рынка жилья (способствующего мобильности рабочей силы) и медленное развитие малого и среднего бизнеса, поглощающего высвобождающуюся рабочую силу из стагнирующих или реконструируемых крупных предприятий. Вследствие наложения друг на друга исторически сложившихся диспропорций и факторов переходного периода большая часть территории России в настоящее время — это проблемные регионы.

Однако, снижение численности населения к 2050 году до 100–120 миллионов человек при пропорции: один работающий на одного пенсионера, а именно к этому сводятся наиболее вероятные прогнозы, само по себе не является еще катастрофой. В целом эта ситуация описывается известными закономерностями и тенденциями общими с рядом развитых и развивающихся стран. Более того, в ряде развитых стран дела обстоят значительно хуже, учитывая в особенности то, что в них происходит активное замещение коренного населения эмигрантами [7, с. 44].

Во-вторых, исследования показывают, что население России в целом сохраняет нормальные демографические установки. Например, среди российской молодежи явно превалирует мнение, что в семье должно быть два–три ребенка. Одного ребенка, по опросам, хотели бы иметь 15 процентов населения, двоих детей — 66 процентов населения, троих — 17 процентов. В общей сумме желание иметь два–три ребенка достигает 84 процентов.

При этом, отвечая на вопрос: почему вы имеете меньше детей, чем хотелось, молодежь ссылается преимущественно на следующие обстоятельства: отсутствие перспективы улучшения жилищных условий — 55 процентов;

неустойчивость, нестабильность социально–экономической и политической ситуации в стране – 43,5 процента; отсутствие государственной поддержки семьи, например, льгот по рождению ребенка – 40 процентов.

Например, профессор Гундаров утверждает, что деградацией материальных условий жизни объясняется лишь 20% прироста смертности в России, 80% связаны с утратой смысла жизни, девальвацией ценностей, потерей веры в будущее, крахом надежд. Гундаров полагает, что большинство факторов, неблагоприятно отражающихся на демографической ситуации, объясняется деградацией смыслов жизни и девальвацией базовых ценностей. Например, существенное снижение репродуктивного здоровья женщин в 90–х годах объясняется, во–первых, психосоматикой, а во–вторых – нравственным растлением молодежи вследствие которого, в частности, девушки в возрасте от 14–ти до 17–ти лет стали группой населения, в которой наиболее распространены венерические заболевания [6, с. 96].

Точка зрения Гундарова приведена не случайно, поскольку условия и возможности решения демографических проблем лежат в сфере духа, в сфере нравственности, вопрос наших демографических перспектив – это по существу вопрос нашей пассионарности, а не вопрос материальных условий жизни.

Наиболее остро стоит также вопрос наркомании, причем не только на приграничных территориях, но и в центральной части нашей страны. Безусловно, нужна государственная политика по борьбе с наркоманией и криминалом. Она включает в себя ряд мер, которые связаны с совершенствованием нашего законодательства, правоохранительных органов. А эта проблема поднимает ряд других проблем, таких как борьба с наркотиками и наркопроизводством, борьба с преступностью, совершенствование законодательства, проблемы несчастных случаев на транспорте, алкоголизм и борьба с ним. Поэтому, если говорить о пути решения демографической проблемы, это принятие конструктивных решений на уровне высших структур власти и прислушивание к мнению большинства народа. Просматривается необходимость объединения усилий общественных организаций и

государственных структур для того, чтобы разработать конкретные научно обоснованные пути, комплексную программу решения этих демографических проблем. Решение этих проблем заключается в том, чтобы власть была более политически ответственной за судьбы своего народа. Также надо иметь в виду, что любая социальная система имеет своеобразные способы саморегуляции и самовывживания, но без своевременной поддержки со стороны государства и его политики эти механизмы утрачивают свою эффективность.

Катастрофа состоит в том, что, во-первых, прогнозируемой численности и плотности населения нам недостаточно не только для того, чтобы освоить свое геополитическое пространство, но, возможно, даже для того, чтобы его удержать. Это наиболее важно, во-первых, из-за близости к нам стран, являющимися основными поставщиками эмигрантов, в первую очередь, Китая. В этих условиях снижение численности коренного населения, замещение его эмигрантами легко может привести к возникновению территориальных претензий к России с их стороны. Кроме того, недавние события вокруг Ирака говорят о том, что XXI век будет веком жесткой борьбы за природные ресурсы. А при этом 42% мировых запасов сосредоточено на территории России. Сибирь является кладезью многих полезных ископаемых, многих ресурсов. В этом отношении развитые страны либо попытаются сохранить за Россией статус сырьевого придатка цивилизованного мира, либо потребуют поделиться своими кладовыми природы, и ей нечем будет отвечать на этот вызов.

Во-вторых, перекосы расселенческого устройства страны приведут к скоплению значительной части населения в относительно благополучных мегаполисах и запустению провинций. Уже сейчас это происходит, и, таким образом, будут утрачены демографические условия нормального социально-экономического развития страны [6, с. 99].

По показателям, характеризующим демографическую ситуацию, к кризисным территориям относятся 5, а к предкризисным – 12 субъектов Федерации; по уровню жизни – соответственно 5 и 19; по уровню безработицы – 12 и 17 субъектов Федерации.

Последствия региональных кризисных ситуаций, которые должны находиться в сфере постоянного мониторинга государственной региональной политики, представляются следующими: резкое превышение смертности над рождаемостью, вызывающее быстрое старение населения в регионе; сокращение численности коренного населения, приводящее к утрате национальных традиций; увеличение техногенной нагрузки на территорию со всеми вытекающими из этого последствиями; падение производства, приводящее к росту безработицы; рост безработицы, создающий условия для возникновения кризисной ситуации на рынке труда в регионах, где создание новых рабочих мест отстает от темпов роста безработицы.

Различают прямые и косвенные методы проведения региональной политики. Методы прямого участия государства в регулировании регионального развития тесно связаны с административными – это осуществление государственных региональных программ, финансируемых за счет госбюджета, отдельных структурообразующих инвестиционных проектов; размещение заказов на поставку продукции для общегосударственных нужд посредством контрактной системы.

Методы косвенного регулирования регионального развития включают создание специальных фондов регионального развития, которые должны аккумулировать финансовые ресурсы для решения различных региональных проблем [5, с. 23].

Региональные программы представляют собой разновидность целевых комплексных программ и служат инструментом регулирования и управления региональной стратегией экономического, социального и научно–технического развития, формой хозяйственной деятельности, способом приоритетной концентрации ресурсов для решения неотложных, первоочередных проблем.

Демографическую политику в регионах более подробно рассмотрим на примере Пензенской области. Численность населения Пензенской области составляет по данным на 2016 год 1 341 526 человек. Среднегодовые темпы

роста численности населения в последние годы неуклонно снижалась. Больше половины населения составляют горожане.

В городе Пенза проживает 524 632 человек, что составляет 39 % от общей численности населения Пензенской области, а во втором по размерам городе Кузнецке – 84 267 тысяч.

Современные тенденции демографического развития Пензенской области заключаются в усилении процессов депопуляции и старения населения, в основном за счет значительного роста смертности и снижения рождаемости.

Сегодняшний уровень рождаемости обеспечивает воспроизводство населения лишь на 47 %. На данный момент лица, возраст которых превышает 60 лет, составляют значительную часть всего населения Пензенской области.

Процессы депопуляции и старения населения принимают почти необратимый характер. Уже сейчас огромные усилия и денежные затраты потребуются для восстановления демографического потенциала Пензенской области. Речь идет не просто о стабилизации численности населения и оптимизации половозрастной структуры, а о сохранении интеллектуального, творческого и культурного потенциала региона [11, с. 24].

Большая часть населения области сосредоточена в трех городах – Пензе, Кузнецке и Заречном, а также в пяти районах – Пензенском, Бессоновском, Городищенском, Кузнецком и Нижнеломовском, занимающих преимущественно выгодное экономико–географическое положение. В них же наиболее благоприятная половозрастная структура, выше доля женщин фертильного возраста и рождаемость, а смертность ниже.

Самый низкий коэффициент брачности – в сельской местности Пензенского района, а самый высокий – в Каменском районе. По числу разводов лидирует Пензенский район, самые стабильные семьи – в Камешкирском районе.

На территории Пензенской области проживают представители 100 национальностей и этнических групп. Самой многочисленной

национальностью являются русские, далее идут татары, мордва, чувашаи украинцы и армяне.

Миграционное сальдо Пензенской области с регионами России имеет отрицательный знак. Одна из причин высокого оттока населения — сравнительно низкая оплата труда во многих отраслях экономики. Средняя продолжительность жизни в Пензенской области составляет 68 лет.

Также, по итогам вышесказанного, стоит сделать вывод, что демографическая политика регионов направлена на улучшение жизни населения, а в частности, на естественный прирост населения. Рождаемость повышается, а мужская и женская смертность, к счастью, снижается.

Смертность — массовый процесс, который складывается из огромного количества смертей, наступивших в разный возрастной промежуток времени. Смертность определяет порядок вымирания реального или гипотетического поколения людей.

Коэффициент смертности рассчитывается с помощью числа умерших на 1000 населения ежегодно. Процесс вымирания населения зависит от большого числа биологических и социальных факторов. Выделяют 2 группы смертности:

- эндогенные (смерть, вызванная болезнью);
- экзогенные (смерть, связанная с воздействием внешних факторов — отравление, несчастный случай и т. д.) [11, с. 27].

С учетом возраста умерших выделяют показатели младенческой смертности, смертность лиц трудоспособного возраста, а также половозрастные показатели.

По половозрастным показателям можно выделить мужскую и женскую смертность.

Женская смертность — естественная убыль лиц, женского пола ежегодно.

На сегодняшний день, в России, острой проблемой демографии является смертность женщин трудоспособного возраста.

В XX веке уровень смертности стабилизировался, а женская продолжительность жизни была выше, чем у мужчин. Это связано с

опасностью на предприятиях. Затем началась антиалкогольная кампания, и благодаря этому, и женская, и мужская продолжительность жизни увеличилась, а смертность, естественно, уменьшилась.

Не секрет, что смерть не всегда бывает ожидаема. Например, смерть из-за несчастного случая или отравления является непредвиденным следствием несоблюдения правил техники безопасности. Также, на сегодняшний день зарегистрировано множество случаев суицида. Я считаю смерть от такого фактора, как суицид, самой нелепой, и в большинстве случаев произошедшей по глупости женщины. Помимо смертности от эндогенных и экзогенных причин, существует материнская смертность [15, с. 81].

Материнская смертность обусловлена смертью женщин от рака половых органов, рака молочных желез, а также смерти при аборте или при родах. Нередко следствием материнской смертности является врачебная ошибка. Из-за малейшей погрешности может пострадать не только ребенок, но и женщина. Поэтому следует не только тщательно выбирать клинику, в которой будете обследоваться, но и обдумывать все свои действия. Ведь на кону стоит не только ваша жизнь, но и жизнь ребенка, а может даже и целой семьи.

На сегодняшний день, существует еще один вид смертности — появление злокачественных новообразований. Тысячи женщин умирают от появления злокачественной опухоли. Рак — самая распространенная болезнь в мире, от которой еще не полностью существует вакцина. Большинство женщин погибают от рака молочных желез и рака половых органов. Этому способствует не только предрасположенность к раку и гены, но и несоблюдение правил гигиены. А также беспорядочная половая жизнь. Каждой женщине нужно тщательно соблюдать гигиену, и проходить обследования на онкологию.

Плохая гигиена и беспорядочная половая жизнь также способствует развитию инфекционных заболеваний, некоторые из которых нельзя вылечить. Инфекции, передающиеся половым путем, наносят вред не только вашему здоровью, но и вашей репутации. Стоит более избирательно подходить к выбору партнера, а также соблюдать правила гигиены, иначе Вас могут

настигнуть не только неприятности, но и целый букет заболеваний, а быть может и смерть.

Помимо заболеваний в интимной области, женская смертность может быть вызвана абортom. Узнав о беременности, нередко женщины необдуманно решаются на аборт. Зачастую это девушки 14—18 лет. Ведь именно в этом возрасте случается множество нежелательных беременностей, выход у которых один — аборт. Очень мало молодых людей, которые создают семью в столь раннем возрасте. Но нередко встречаются случаи абортов у сформировавшихся дам. Как правило, это обусловлено плохим материальным положением, отсутствием постоянного партнера, но возможны и другие причины.

Серьезной проблемой смертности у женщин также является алкоголизм и наркомания. Нередко мы можем встретить на улицах дам, употребляющих спиртные напитки в неограниченных количествах, и при этом, некоторые из этих женщин выпивают, будучи беременными. Также проблемой заболеваний, повлекших смерть, является курение. Нужно бороться с этими пагубными привычками. Прививать женщинам здоровый образ жизни, и пропагандировать правильное питание и занятия спортом [15, с. 87].

Для этого, в России, уже ведется множество программ по борьбе с пагубными привычками. Также идет сокращение числа абортов, и ведется пропаганда здорового образа жизни.

2 Снижение женской смертности как один из приоритетов государственной демографической политики

2.1 Женская смертность: структура, факторы, показатели, влияние на воспроизводство населения

Одним из основных аспектов демографической политики является смертность.

Существуют краткие и расширенные определения смертности. Как демографический феномен смертность – это массовый процесс прекращения индивидуальных жизней, протекающий в населении. Это процесс вымирания поколения.

Смертность – это частота случаев смерти в социальной среде. Смертность - это массовый процесс, складывающийся из множества единичных смертей, наступивших в разных возрастах.

Процесс вымирания поколения зависит от большого числа биологических и социальных факторов смертности. По-разному сочетаясь между собой, эти факторы обуславливают непосредственную причину смерти отдельного человека и целого поколения. Существуют половозрастные различия в показателях смертности. Соотношения мужской и женской смертности меняется в зависимости от возраста: смертность мужчин и женщин сопоставима в двух возрастных когортах (от 1 года до 4 лет и после 80 лет) и отличается существенно в трудоспособном возрасте. Скорость вымирания мужской части населения России не синхронизирована со скоростью вымирания женской части. Наибольшее число умирающих мужчин приходится на возраст 50–75 лет, женщин 75–87 лет [16, с. 42].

Половозрастные различия смертности создают демографический дисбаланс, влияющий на стабильность социума и типы семейно – брачных

отношений. В международной практике причины смертности предпочитают делить на внешние и внутренние. К внешним причинам смертности относят факторы, связанные с влиянием окружающей среды, к внутренним – те, которые отражают естественный процесс старения человека. Взаимосвязь внешних и внутренних факторов смертности определяет закон социально – демографической детерминации, сформулированный И. Гундаровым.

Этот закон описывает значительный рост смертности населения в условиях социально–экономических изменений. Закон был открыт доктором медицинских наук И. Гундаровым на примере России эпохи перестройки, базируется на данных статистики 90–х гг. прошлого века и подробно изложен и обоснован в книге «Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления». Данный закон объясняет рост смертности россиян в эпоху перестройки социально–психологическим стрессом, а также массовым распространением в социуме негативных эмоций: агрессивности, чувства безысходности и т.п.

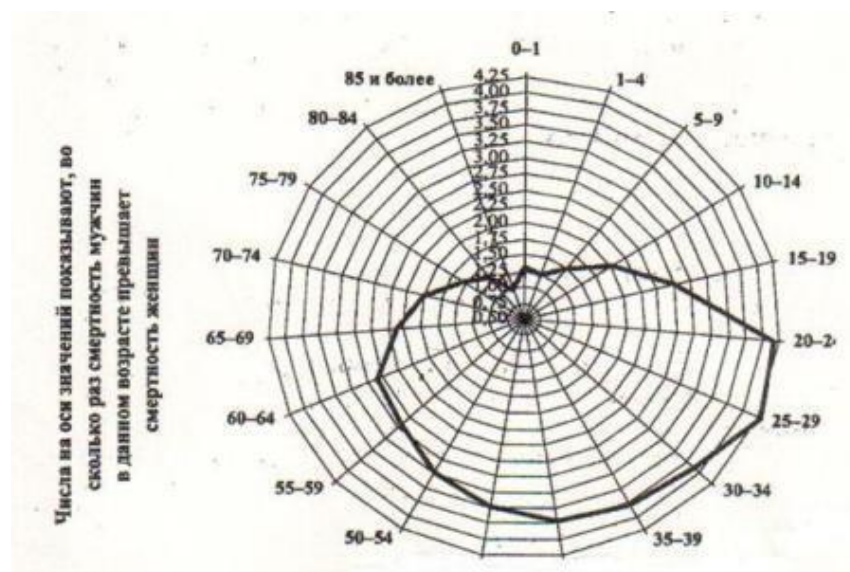


Рисунок 1 — Соотношение мужской и женской смертности в России в 2000 году [16, с. 44].

Главной причиной повышения смертности является стресс, вызванный реформами социально–экономической жизни в стране. А причиной стресса является не какой–то один фактор, а группа социальных, психологических,

экономических и других факторов. Это и объясняет всплеск сердечно-сосудистых заболеваний среди жителей страны в период радикальных реформ. Примечательно, что после 90-х годов XX века в социальной медицине появились новые подходы к трактовке взаимосвязи данных медицинской, социальной и экономической статистики (рисунок 1).

Так, распространенность внезапной сердечной смерти стали считать индикатором и эквивалентом уровня бедности, а распространенность хронической боли в теле (суставной и позвоночной) – маркером социальной депрессии. Существует классификация, которая объединяет медицинский и экологический подходы к анализу причин смертности. Это демографический подход. При нем все причины смертности подразделяют на две большие группы: экзогенные и эндогенные.

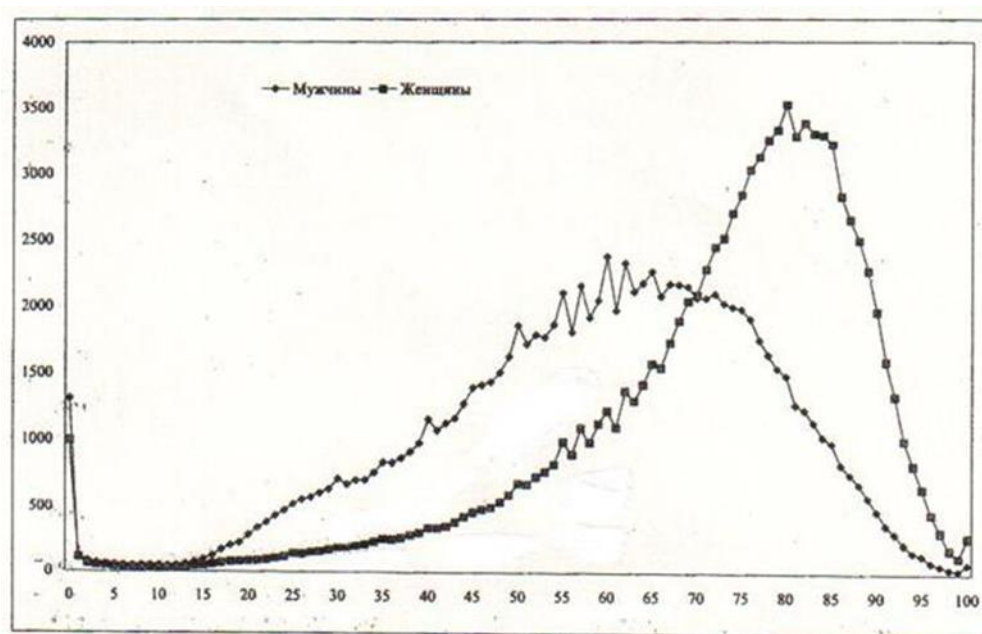


Рисунок 2 — Числа умирающих из таблицы смертности населения РФ за 2004 год [16, с. 44].

Под экзогенными факторами понимается воздействие на организм человека внешней среды его обитания, под эндогенными – состояния, порождаемые внутренним развитием самого организма. Эндогенные факторы смертности или эндогенные процессы, происходящие в человеческом организме от момента рождения до момента смерти, во многом имеют биологическую или генетическую природу и непосредственно обусловлены

естественным старением и деградацией организма в целом и его отдельных подсистем. Говоря об эндогенных факторах смертности, прежде всего имеют в виду старение человека как биологического существа (рисунок 2).

Поскольку отдельные органы человека стареют постепенно и патологические изменения в них накапливаются с возрастом, смертность от эндогенных факторов упорядочена в соответствии с функцией возраста. Соответственно, пик смертности в результате действия эндогенных факторов приходится на старшие возраста.

Очевидно, что не все случаи смерти от эндогенных факторов локализируются исключительно в старших возрастах, то есть обусловлены исключительно увеличением возраста и, как следствие, биологического или физического износа организма. Некоторое количество смертей, непосредственно связанных с эндогенными факторами, наступает в молодых и даже детских возрастах. Это смерти в результате наследственных заболеваний, врожденных пороков, генетических расстройств и т.п.

В свою очередь, само понятие старости как функции возраста не одинаково у людей с различными генетическими особенностями. В силу этого, возраст, к которому происходит полное исчерпание жизнеспособности у конкретных людей, проживающих в одинаковых, даже самых благоприятных условиях, все время колеблется вокруг некоторой величины. Максимальным ее значением является так называемая биологическая или видовая продолжительность жизни, величина которой рассматривается как некая константа, определяемая возможностями человека как биологического вида, но оценивается специалистами по-разному (в основном от 85 до 100 лет). В реальности – это ожидаемая продолжительность предстоящей жизни, максимально достижимая в данных конкретно-исторических и социально-экономических условиях [18].

Разность между видовой и ожидаемой продолжительностью жизни представляет собой интегральную оценку воздействия на уровень смертности совокупности экзогенных факторов, то есть внешних по отношению к человеку

воздействий, несущих угрозу его здоровью и жизни. Если действие эндогенных факторов смертности придает распределению смертей в некоторой совокупности населения упорядоченность относительно функции возраста, то экзогенные факторы, напротив, нарушают эту упорядоченность, так как в большинстве своем не избирательны относительно возраста человека.

Объектом воздействия этих факторов может стать любой человек, вне зависимости от возраста. Они могут стать, но могут и не стать причиной немедленной смерти человека, но их действие редко проходит для организма бесследно. В этом смысле постоянно действующие факторы внешней среды обладают таким же влиянием на организм человека, как и факторы естественного старения. Механизм действия экзогенных факторов таков, что если они и не приводят к смерти в молодом возрасте (к преждевременной смертности в полном смысле слова), то, во всяком случае, ускоряют процесс с износа организма человека, и в любом случае обуславливают его преждевременную смерть по отношению к величине видовой продолжительности жизни. Данный феномен носит название «квазиэндогенных» факторов смертности.

В наиболее обобщенном виде совокупность экзогенных факторов может быть определена как уровень и качество жизни населения. Под этим понимаются такие параметры, как собственно уровень материального благосостояния, качество здравоохранения и медицинской помощи, санитарная культура, уровень образования, состояние окружающей среды и т.д.

Развитие материальной культуры приводит не только к изменению способов производства, но и к постоянным сдвигам в системе расселения и, в конечном итоге, к урбанизации, что принципиально меняет среду обитания огромных совокупностей населения и приводит к реструктуризации всей системы экзогенных факторов здоровья и смертности [19, с. 5].

Модернизация и усложнение среды обитания человека идут в двух направлениях: с одной стороны, развитие цивилизации создает новые возможности для контроля за экзогенными факторами, снижающими

продолжительность человеческой жизни; с другой стороны, цивилизация сама в ходе своего развития порождает новые, враждебные человеку как биологическому виду, экзогенные факторы смертности, преимущественно техногенной природы. В этом смысле совокупность внешних факторов постоянно меняется, усложняется и расширяется.

Сочетание реальных возможностей и нового взгляда на продление человеческой жизни создает предпосылки для изменения способов социального контроля над смертностью и повышения его эффективности. В результате формируется новая система факторов смертности. Происходящие изменения способствуют формированию и закреплению в общественном сознании новых представлений о социально допустимом максимуме смертности и приемлемых нормах человеческого поведения.

Усиление социального контроля над смертностью, с одной стороны, и новые социальные и индивидуальные нормы поведения, с другой, постепенно, но неуклонно, создают ситуацию ограничения роли экзогенных факторов смертности и, напротив, усиления роли эндогенных факторов [18].

Поскольку каждой из групп факторов соответствует свой, достаточно специфичный, набор причин смерти (патологий), то совокупность изменений приводит к двум следствиям. Первым из них является собственно изменение количественных параметров смертности (увеличение концентрации смертей по мере увеличения возраста и снижение интенсивности смертности в целом вне зависимости от возраста) и рост продолжительности жизни. Вторым следствием становится изменение структуры патологии (набора доминирующих причин смерти) или эпидемиологической ситуации.

Два эти процесса развиваются параллельно, поскольку повышение удельного веса эндогенных факторов в детерминации смертности автоматически предполагает и эволюцию структуры причин смерти в сторону доминирования тех причин, которые обусловлены старением человеческого организма.

Данное явление получило (по аналогии с демографическим переходом) название эпидемиологического перехода. Под ним понимается эволюционное изменение интенсивности возрастной смертности и причин смерти от состояния, при котором основная масса людей умирает от принципиально устранимых заболеваний, имеющих преимущественно экзогенную или внешнюю природу по отношению к человеку как биологическому виду, к состоянию, при котором основными заболеваниями, обуславливающими интенсивность смертности в отдельных возрастах становятся патологии, связанные с процессом естественного старения человеческого организма.

К числу причин смерти, обусловленных действием экзогенных факторов, относятся: инфекционные и паразитарные болезни, несчастные случаи, отравления и травмы; болезни органов дыхания, простудные заболевания, ряд болезней органов пищеварения. К причинам смерти, имеющим эндогенную природу, относятся болезни системы кровообращения, новообразования, врожденные пороки, эндокринные заболевания, поражения кроветворной системы [21, с. 44].

Наряду с вышеперечисленными видами смертности, также существуют, так называемые, специфические виды женской смертности.

Специфическая женская смертность – материнская смертность и смертность от рака женских половых органов. В структуре причин материнской смертности, есть доля умерших от токсикоза беременности и кровотечений при беременности и родах, но уменьшилась доля умерших от внематочной беременности. При этом смертность от аборта, хоть и снижается, но до сих пор остается одной из основных составляющих материнской смертности.

Материнская смертность недопустимо высока. Ежедневно от осложнений, связанных с беременностью или родами, умирает около 830 женщин в мире. По оценкам, в 2015 году примерно 303 000 женщин умерли во время и после беременности и родов. Почти все эти случаи смерти происходят в странах с низким доходом, и большинство из них можно предотвратить.

Высокая материнская смертность в некоторых районах мира отражает несправедливость в доступе к медико-санитарным услугам и подчеркивает огромный разрыв между богатыми и бедными.

Женщины умирают в результате развития осложнений во время и после беременности и родов. Большинство из этих осложнений развивается во время беременности и их можно предотвратить. Другие осложнения могут существовать до беременности, но усугубляться во время беременности, особенно если они не находятся под наблюдением.

Основными осложнениями материнской смертности являются : сильные кровотечения, послеродовые инфекции, послеродовые осложнения, высокое кровяное давление во время беременности, а так же небезопасные аборты.

Проблема абортов является одной из главных в современной России. Многие девушки младше 25 лет прерывают свою беременность , не думая о последствиях. А последствия прерывания беременности в большинстве случаев очень плачевны. Например, некомпетентность или недостаточный опыт медицинского персонала нередко является причиной онкологических заболеваний, которые следуют за абортами. Также большинство женщин после абортов не могут в дальнейшем иметь детей.

Прежде чем совершать такой ответственный шаг стоит хорошенько подумать. К счастью, на 2016 год число абортов снизилось на 13 % по сравнению с 2015 годом (8%).

Большинство материнских смертей (95%) происходят в развивающихся странах. Коэффициент материнской смертности в развивающихся странах составил в 2015 году 239 на 100 000 случаев рождения живых детей по сравнению с 12 на 100 000 в развитых странах [18].

Между странами отмечаются значительные расхождения в показателях. Имеются также большие расхождения и внутри стран между женщинами с высоким и низким уровнем дохода и между женщинами, живущими в сельских и городских районах.

Самый высокий риск материнской смерти угрожает девушкам-подросткам в возрасте до 15 лет. Осложнения во время беременности и родов являются основной причиной смерти среди девушек подросткового возраста в большинстве развивающихся стран.

Женщины в развивающихся странах имеют, в среднем, гораздо больше беременностей, по сравнению с женщинами в развитых странах, и им угрожает более высокий риск смерти в связи с беременностью на протяжении всей жизни: вероятность смерти 15-летней девушки от причины, связанной с материнством, составляет 1 на 4900 в развитых странах по сравнению с 1 на 180 в развивающихся странах.

В странах, обозначенных как нестабильные государства, этот риск составляет 1 на 54; это является свидетельством последствий разрушения систем здравоохранения [22, с. 43].

В целом же, несмотря на то, что показатель материнской смертности в России постоянно снижается, уровень её, особенно по сравнению с западноевропейскими странами, до сих пор остается высоким.

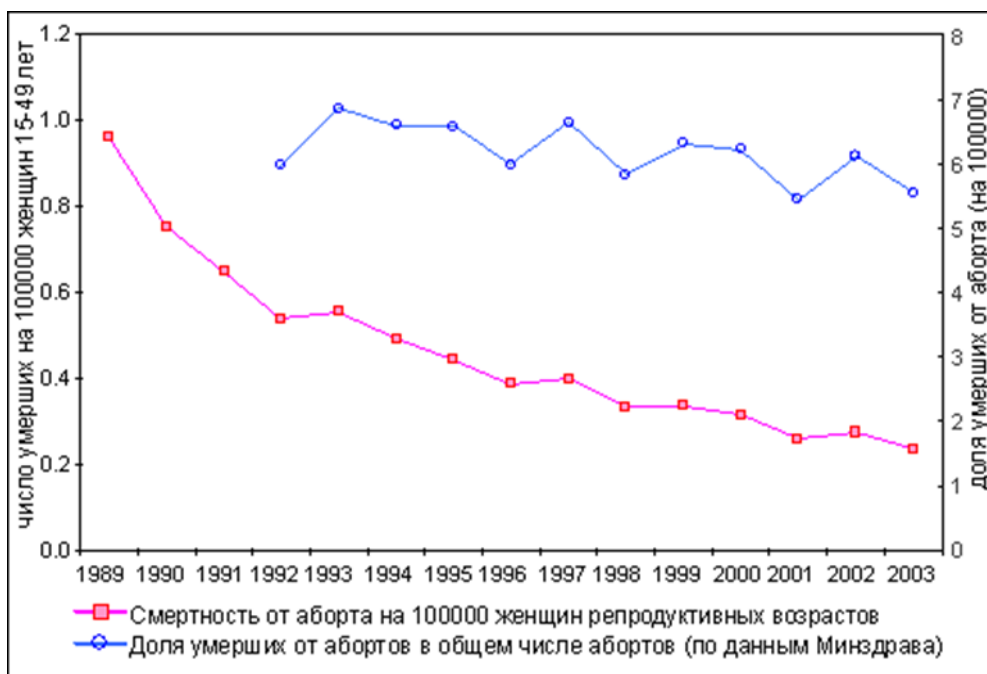


Рисунок 3 — Динамика смертности российских женщин от аборта и доля умерших от этой причины в общем числе абортов [18]

А смертность женщин в возрастах старше 15 лет от злокачественных новообразований женских половых органов в целом стабилизировалась, хотя среднегодовой темп роста составляет 3,2. Вместе с тем в последнее время отмечается значительный рост смертности женщин от рака молочной железы. Коэффициент смертности женщин от этой причины в 2002–24,03 году был почти на две трети выше, чем в 1980 году–14,85 (рисунок 3).

Наиболее тревожными представляются уровень и динамика смертности от этой причины у женщин старше 30 лет. Такой рост смертности связан с поздним выявлением данной патологии, что послужило причиной разработки медико–социальной программы, направленной на раннюю диагностику и профилактику рака молочной железы.

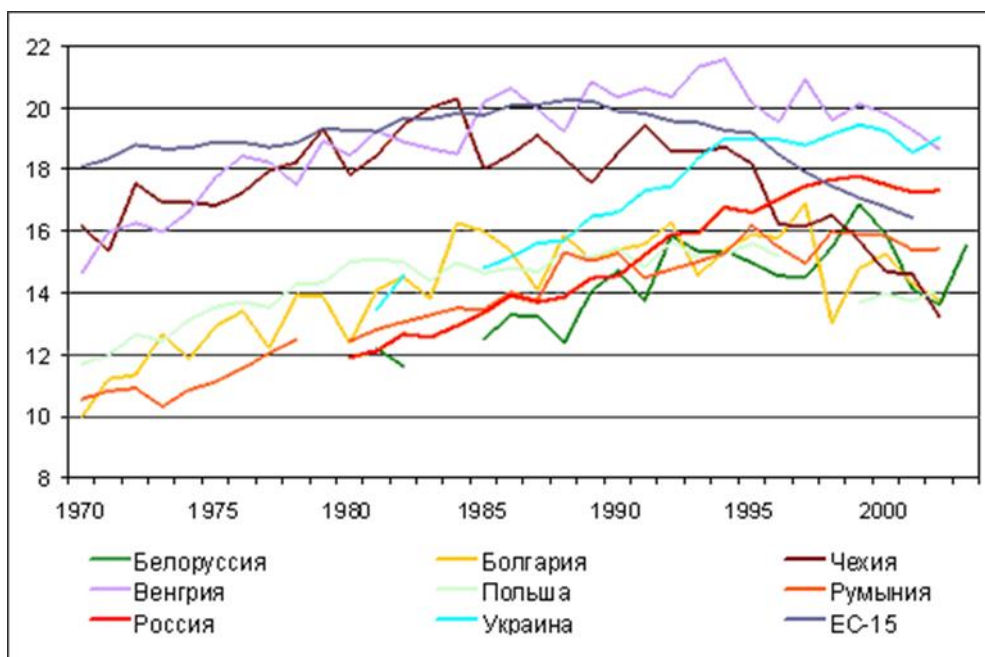


Рисунок 4 — Стандартизованный коэффициент смертности от рака молочной железы в возрасте до 65 лет, на 100000 женщин [18]

В последнее время отмечается значительный рост смертности женщин от рака молочной железы. Стандартизованный коэффициент смертности женщин от этой причины в 2015 году был почти на две трети выше, чем в 1995 году (соответственно 24,03 и 14,85).

Наиболее тревожными представляются уровень и динамика смертности от этой причины у женщин старше 30 лет: соответствующий коэффициент

смертности в возрасте 35-39 лет в России в 2015 году был примерно на одну пятую выше, чем в странах ЕС-15 (соответственно 9,14 и 7,44 умерших на 100000 женщин 35-39 лет) (рисунок 4).

Стоит отметить, что динамика смертности женщин от рака шейки матки также неблагоприятна. В той или иной степени она выросла практически во всех возрастных группах репродуктивного периода. Коэффициент смертности от рака шейки матки в возрастах 15–64 года в 1995–2015 годах была выше, чем 1985–1994 на 17 %.

Между тем, в странах ЕС-15 за последние тридцать лет смертность от этой причины продолжала снижаться, и, соответственно, различия между Россией и странами ЕС-15 стали более значимыми (рисунок 5).

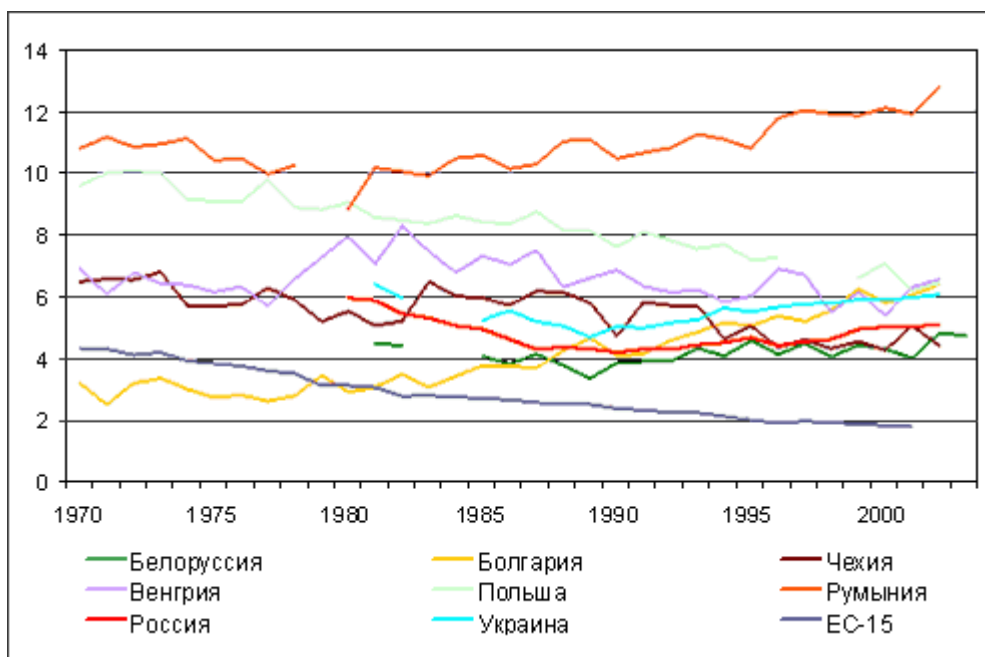


Рисунок 5 — Стандартизованный коэффициент смертности от рака шейки матки в возрасте до 65 лет, на 100000 женщин [18]

Таким образом, стоит отметить, что интенсивное лечение нередко позволяет отсрочить смерть и при относительно позднем выявлении новообразований женской половой сферы, но при этом здоровье женщины полностью не восстанавливается, она на многие годы остается инвалидом. Тем самым, смерть женщин от злокачественных новообразований нередко возникает в результате недостатка профилактики.

2.2 Анализ смертности российских женщин в период с 1965 по 2016 года

С 1965 по 1980 года в России происходил устойчивый рост смертности взрослого населения. В 1981–1984 года уровень смертности стабилизировался, причем продолжительность жизни мужчин составляла 61,8 года, а женщин – 73,2 года.

Начавшаяся в 1985 году антиалкогольная кампания в СССР обусловила рост продолжительности жизни и мужчин и женщин, которая составила 65 лет у мужчин и 75 лет у женщин. В последующие несколько лет женская смертность уменьшилась.

В 1989 году значительно вырос уровень смертности от туберкулеза. По-прежнему острой проблемой остается высокий уровень преждевременной смертности. За 10 лет он возрос более, чем на 100 тысяч человек трудоспособного возраста. При этом, главными причинами смерти лиц, трудоспособного возраста являются неестественные причины. Такие, как несчастные случаи, отравления, травмы и суициды.

Также, высокий уровень смертности людей от сосудистых заболеваний, болезней кровообращения, болезней органов дыхания, инфекционных заболеваний. При этом, уровень смертности мужчин значительно выше уровня смертности женщин. Это сформировало беспрецедентный разрыв в средней продолжительности жизни между мужчинами и женщинами – более, чем в 10 лет [23, с. 11].

В современном мире существует еще один вид смертности людей – появление злокачественных новообразований. В России за период 1965–1984 годов женская смертность от злокачественных новообразований составила 3,2. Вместе с тем в последнее время отмечается значительный рост смертности женщин от рака молочной железы. Коэффициент смертности от этой причины в 2002 году был почти на две трети выше, чем в 1980 году. Наиболее тревожным

представляются уровень и динамика смертности от этой причины у женщин старше 30 лет. Соответствующий коэффициент смертности в возрасте 35–39 лет в России был примерно на одну пятую выше, чем в странах Евросоюза. Такой рост смертности связан с поздним выявлением данной патологии.

Динамика смертности женщин от рака шейки матки в России также неблагоприятна. Коэффициент смертности от рака шейки матки в возрастах 15–64 года в 1999–2003 годах был выше, чем в 1989–1993 на 17%. Между тем, в странах Евросоюза за последние 30 лет смертность от этой причины продолжала снижаться, и различия между Россией и странами ЕС стали более значимыми.

В структуре причин женской смертности в последние годы в России увеличилась доля умерших от токсикоза беременности и кровотечений при беременности. А вот российская смертность от внематочной беременности наоборот уменьшилась. Но, при всем этом, смертность от аборта, хоть и снижается, но до сих пор остается одной из составляющих уровня женской смертности. В целом по России в 1999–2009 годах практически пятую часть показателя смертности у женщин–матерей в возрастах 15–49 лет составляла смертность от аборта, хотя она была и ниже, чем в 1989–1995 годах.

Основной путь снижения материнской смертности в России– сокращение числа абортов, которое, несмотря на то, что в последние годы в России отмечается снижение уровня абортов, до сих пор остается одним из самых высоких в мире. В определенной степени такое соотношение связано с особенностями статистики абортов в России, но как бы не было печально, Россия занимает лидирующую позицию в данной области [18].

В целом по России за период с 1997 по 2010 года общий коэффициент абортов уменьшился более чем в два раза. Существенны и региональные различия материнской смертности в России. Минимальные значения коэффициента смертности отмечались в Республиках Алтай и Коми, Ленинградской и Калининградской областях; а максимальные

зарегистрированы в республиках Якутия и Тува, в Еврейской автономной области и в Чукотском автономном округе.

Таблица 1 — Смертность женщин по основным классам причин смерти в России с 1965 по 2016 год (человек) [18].

Годы	Некоторые инфекционн ые и паразитарны е болезни	Новообра зования	Болезни системы кровообращ ения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеваре ния	Внешн ие причин ы
1965	14208	96194	262619	38578	12359	26832
1970	9605	98280	332665	55183	13999	34691
1975	8654	105358	407948	57612	14987	42004
1980	8175	109921	494364	55035	17801	50695
1985	6922	117258	571779	47780	19554	47307
1990	4429	128714	562494	35637	20268	45684
1995	6068	131409	659795	34510	27669	75850
2000	6328	133857	686211	29911	26769	68707
2001	6362	132655	691756	26361	28740	72525
2002	6959	132040	715095	28439	31468	75241
2003	7194	132043	721646	28107	34028	74850
2004	7504	132621	692680	25177	35924	73014
2005	8204	132075	698073	25605	39466	69658
2006	7697	132305	673952	23571	38039	63569
2007	7837	133561	650977	22353	37629	58078
2008	7791	134412	650179	22630	38692	54911
2009	8068	136728	623129	23999	38280	51487
2010	8370	136870	633633	21864	39495	49807
2011	8583	136301	590440	22075	38523	45814
2012	8501	136267	582008	21594	39044	44670
2013	8807	136773	551816	23700	39368	41909
2014	9242	136103	509590	25529	42946	42349
2015	9978	140581	503318	24823	45740	41394
2016	10841	138694	483389	22758	44223	39132

В целом по России за период с 1997 по 2010 года общий коэффициент абортс уменьшился более чем в два раза. Существенны и региональные различия материнской смертности в России. Минимальные значения коэффициента смертности отмечались в Республиках Алтай и Коми,

Ленинградской и Калининградской областях; а максимальные зарегистрированы в республиках Якутия и Тува, в Еврейской автономной области и в Чукотском автономном округе (таблица 1).

Также, в России высокая женская смертность от алкоголизма и наркомании.

В 2014 году в России было диагностировано 535 тысяч новых случаев новообразований. Из всех этих больных женщины составили 54%. Общее количество новых случаев рака в 2014 году выросло по сравнению с 2004 годом на 15%. В 2004 году было зарегистрировано 455 тысяч пациентов с онкологическими заболеваниями. В России у женщин и мужчин преобладают разные формы рака. В целом на первом месте находится рак кожи, на втором месте располагается опухоль молочных желез. Далее по убывающей распространенности расположились такие формы злокачественных новообразований: рак легких, желудка, толстого кишечника, простаты, прямой кишки, лимфоидной ткани, кроветворных органов, матки, почки, поджелудочной железы, шейки матки, мочевого пузыря и яичников.

У мужчин преобладают такие формы злокачественных новообразований: опухоль бронхов, легких и трахеи (18,4%), рак простаты (12,9%), новообразования кожи (10,0%), рак желудка (8,6%), опухоль толстого кишечника (5,9%). Помимо этих онкологических заболеваний, у мужчин существенное место в распространенности занимают новообразования прямой кишки, кроветворных органов, мочевого пузыря, почек, поджелудочной железы и гортани. Если взять статистику по системам, то наибольший удельный вес занимают опухоли мочеполовых органов (22,9% от всех форм рака) [25].

У женщин ситуация выглядит несколько иначе, что связано с особенностями женского организма. На первом месте находится рак груди (20,9%). Кроме того, распространенными формами рака у женщин являются злокачественные новообразования кожи (14,3%), тела матки (7,7%), толстого кишечника (7,0%), желудка (5,5%), шейки матки (5,3%), прямой кишки (4,7%), яичника (4,6%), кроветворных органов (4,5%), а также легких и трахеи (3,8%). В

итоге статистика показывает, что наибольшее распространение в структуре заболеваемости раком занимают органы репродуктивной системы (39,2%). Что касается различных форм рака половых органов, то они занимают 18,3% от всех форм онкологической патологии у женщин.

По данным отечественной статистики, впервые в жизни рак устанавливают на таких стадиях:

1 стадия — 25,6%,

2 стадия — 25,2%,

3 стадия — 21,5%,

4 стадия — 21,1% [18].

При этом в 2004 году на 4-й стадии регистрировали 23,6% рака. Это говорит о том, что в последние годы был достигнут определенный успех в ранней выявляемости рака. Хотя в целом ситуация все еще оставляет желать лучшего. Следует понимать, что именно ранняя диагностика на 1-й и 2-й стадии является основным залогом успеха лечения и снижения смертности. Для этой цели постоянно разрабатываются новые эффективные скрининговые программы. Статистика по возрасту также имеет значение в оценке прогноза при раковых заболеваниях. В 2014 году средний возраст больных составил 64 года. У мужчин рак выявляли в среднем в 64,2 года, а у женщин – в 63,8 лет.

В целом за последние десять лет в России отмечается снижение смертности от злокачественных новообразований. У мужчин смертность снизилась на 1,2%, а у женщин на 0,7%.

Лидирующими регионами по уменьшению смертности от рака стала Мордовия (4,9%), Мурманская и Саратовская области (3,3%), Тюменская область (3,1%) и Москва (2,9%). При этом, в некоторых регионах России смертность не снизилась, а, наоборот, повысилась. К ним относится республика Тыва (2,0%), Хакасия (2,4%), Тамбовская область (2,2%), Еврейская АО (2,1%) и Курганская область (1,8%).

Стоит отметить области, которые добились наибольшего успеха в снижении женской смертности от онкологических заболеваний за последние 10

лет. К ним относятся Саратовская (2,8%), Магаданская (2,4%), Тюменская (2,8%), Тамбовская (2,2%) области и Карачаево-Черкесская республика (2,4%).

Статистика по регионам России показывает, что в некоторых областях доля злокачественных новообразований в общей структуре смертности существенно превалирует. К таким регионам относятся, прежде всего, крупные города Москва и Санкт-Петербург, Красноярский край, Томская область и республика Адыгея. Наименьшая доля смертей от онкологических заболеваний в структуре общей смертности отмечается в Поволжских регионах и в областях, расположенных недалеко от южной границы Сибири.

Такие различия по смертности в разных городах и регионах России показывает, что они находятся на различных эпидемиологических этапах.

В целом в нашей стране существуют некоторые региональные закономерности уровня смертности от злокачественных новообразований. Они имеют определенные особенности, в отличие от картины общей смертности по регионам России. Статистика показывает, что наиболее высокая онкологическая смертность отмечается в четырех основных территориальных областях – южная часть Урала, северные регионы Европейской части, центральная часть Сибири и области Дальнего Востока.

Также в Московской и Ленинградской областях отмечает высокая смертность от рака у женского населения. Самая низкая смертность от рака на территории России отмечается на Поволжье, а также в центральных и южных областях Европейской части страны.

Основной причиной повышенной смертности от рака в России является поздняя диагностика. Похожая ситуация отмечается в Индии, Китае и других развивающихся странах. В России злокачественные новообразования, как правило, диагностируют в основном на 3-й и 4-й стадиях [24].

Результатом поздней диагностики являются заниженные данные по распространенности рака, по сравнению с более развитыми странами. В итоге доля выявленных пациентов с онкологическими заболеваниями в России оказывается меньше. Поскольку при диагностике на ранних стадиях

выживаемость больных значительно выше, то в развитых странах количество регистрируемых онкологических пациентов выглядит завышенным. В то же время, смертность в России существенно выше, чем во многих западных странах.

По данным статистики, в нашей стране риск развития злокачественных новообразований в 2014 году в возрасте до 60 лет составил 8,8%. При этом вероятность заболеть раком значительно повышается с возрастом. Для людей в возрастном диапазоне 60-70 лет риск возникновения онкологической патологии составляет 19%. У мужчин этот показатель соответствует 21,3%, а у женщин – 17,7%.

Таблица 2 — Показатели российской преступности с 2009 по 2014 год [18]

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
общее количество потерпевших	2241710	2062937	1924192	1895970	1822767	1819811
в том числе физических лиц	1953179	1785190	1656719	1639349	1566942	1562660
из них женщин	893 060	824 836	757 889	751 005	733 046	739 638
общее количество погибших	31 089	30 275	30 476	31 736	31 111	31 682
из них женщин	8 868	8 678	8 514	9 189	9 112	9 402

Обратившись к статистическим показателям, характеризующим состояние женской криминальной смертности, обнаружили, что в 2009 году общее количество учтенных погибших лиц, женского пола в результате совершения преступлений составляло 8868 человек, в 2010 году этот показатель составил 8678, в 2011 г. – 8514, в 2012 г. – 9189, в 2013 г. – 9112, в 2014 г. – 9402. Несложные математические действия показывают, что темпы

прироста женской криминальной смертности в России в рассматриваемый нами период составили 5,7% (таблица 2).

В связи с этим следует вывод о том, что прирост женской криминальной смертности превышает темпы прироста общей криминальной смертности, а, следовательно, и выдвинутая нами гипотеза о том, что с уменьшением уровня преступности и уровня виктимности в России должна аналогичными темпами снижаться и женская криминальная смертность не нашла своего подтверждения.

Как правило, для более четкого определения тенденций развития криминальных явлений и процессов специалистами используется метод укрупнения интервалов. Этот метод можно применить и при исследовании женской криминальной смертности разделив весь период статистического наблюдения на два одинаковых временных интервала: 2009-2011 и 2012-2014 гг.

В результате подсчета выяснилось, что за первый период количество женщин погибших в результате совершения преступлений составило 26060 человек, а за второй период 27703. Прирост этого показателя в 2012-2014 годах составил 1643 погибших женщин или на 5,9% больше чем за предыдущий период. Использование метода укрупнения интервалов подтверждает выявленную тенденцию – рост женской криминальной смертности в современной России [24].

Необходимо отметить, что в качестве одного из показателей женской криминальной смертности может выступать удельный вес этого последствия преступности в общей структуре учтенных жертв преступлений женского пола в Российской Федерации. В рассматриваемый период удельный вес женской криминальной смертности в структуре учтенных жертв преступлений женского пола не велик и составил 1,3%.

Однако настораживают его негативные тенденции. Так, в 2009 году удельный вес женской смертности от преступлений составлял всего лишь 0,99% от общего количества учтенных жертв преступлений женского пола, то в

2010 г. – 1,05%, в 2011 г. – 1,12%, в 2012 г. – 1,22%, в 2013 г. – 1,24%, в 2014 г. – 1,27%. Здесь отчетливо просматривается тенденция роста показателей женской криминальной смертности в общей структуре жертв женского пола.

Анализ приведенных количественных и качественных показателей, характеризующих женскую криминальную смертность позволяет сделать вывод о том, что в современном российском обществе очевидна устойчивая тенденция к росту женской криминальной смертности при снижении общего количества учтенных жертв преступлений женского пола. Это свидетельствует о негативных изменениях характера последствий современной российской преступности.

Важная причина поздней выявляемости злокачественных новообразований заключается в том, что люди не обращаются вовремя к врачу вследствие недостатка средств или отсутствия знаний в данной области. Поздняя диагностика рака приводит к тому, что в России каждый третий онкологический больной умирает в течение года от момента установления диагноза. Для сравнения, в США более 80% пациентов проживают не только первый год от постановки диагноза, но и минуют пятилетний рубеж. Конечно, это возможно только в случае выявления опухоли на первой или второй стадии процесса [18].

В результате проведенного исследования женской криминальной смертности в современном российском обществе мы приходим к следующим выводам.

Во-первых, снижение уровня криминальной активности и криминальной виктимности в современном российском обществе не повлияло на состояние женской криминальной смертности, которая устойчиво продолжает расти, опережая темпы прироста криминальной смертности в целом. Это свидетельствует о повышении опасности последствий современной российской преступности и увеличении её «цены» для общества и государства.

Во-вторых, учитывая важность показателя женской криминальной смертности как негативного последствия современной российской

преступности необходимо в ближайшее время продолжить исследование этого феномена с использованием не только официальной статистической информации, но и других источников и методов познания.

Важнейшее значение здесь будут иметь исследования:

1. Структуры женской криминальной смертности в зависимости от видов преступлений.

2. Детерминанты женской криминальной смертности; в) выработка мер по снижению женской криминальной смертности. Специалисты Института изучения и оценки здоровья (ИИОЗ) провели длительное исследование в 188 странах, чтобы определить главные причины смертности в мире. Эксперимент продолжался почти четверть века – с 1990 по 2013 год. И в результате специалисты выявили 79 рисков, которые приводят к смерти [24].

Впоследствии ученые составили отдельную градацию: причины смертей в целом по миру, отдельно смертельные риски для молодых, а также главные причины, которые приводят к ранней смерти женщин. В последнем случае набралось 10 причин, две из которых (загрязнение атмосферы твердыми частицами и бытовое загрязнение воздуха от сжигания твердых видов топлива) мы объединили в одну — просто загрязнение атмосферы.

В итоге получилось девять главных рисков для женщин:

- высокое артериальное давление (гипертония),
- высокий индекс массы тела (проще говоря, ожирение),
- повышенное содержание сахара в крови, диабет,
- повышенное содержание натрия (соли) в организме,
- диета с низким содержанием фруктов и полезных веществ (витамины, минералы). И вообще неправильное питание,
- курение,
- повышенный уровень холестерина в крови,
- проживание или частое пребывание на территории с загрязненной атмосферой. Выбросы от топлива и транспортных средств,
- сердечная и сосудистая недостаточность.

Кстати, про последний пункт. Внезапный инфаркт миокарда, пожалуй, самая главная «страшилка» мужчин от 45 до 55 лет. Только ленивый не написал о том, что сердечные приступы – вторая после алкоголя причина смертности наших мужчин.

А оказалось, женщины этого же возраста переносят сердечные приступы гораздо тяжелее. Кардиологи из Школы медицины университета Атланты под руководством Виолы Ваккарино проанализировали госпитальную смертность 126 172 мужчин и женщин.

И выяснилось, что риск смерти в первые несколько часов и суток после обширного инфаркта у женщин молодого и среднего возраста на 68% выше, чем у мужчин-ровесников.

И еще одно интересное исследование. Его провели специалисты из Университетского госпиталя Бирмингема и Университетского колледжа в Лондоне. Они взялись выяснить, в какие дни пациенты в больницах умирают чаще всего, а когда риск смерти ниже. И эксперимент показал, что в пятницу, субботу, воскресенье или понедельник риск выше всего.

Несложно догадаться почему. В эти дни в больницах работает меньше сотрудников. Кроме того, во многих клиниках так называемые «дополнительные исследования» и «вспомогательные услуги» не предоставляются. Из-за всего этого в понедельник у врачей накапливается слишком много работы, медики не успевают, возникает путаница. Не зря все-таки говорят, что понедельник день тяжелый.

Если ничего не изменится, к 2030 году число диагностированных случаев рака молочной железы во всем мире может увеличиться почти в два раза - с 1,7 млн (данные прошлого года) до 3,2 млн, а рака шейки матки - на 25% (до 700 000 новых случаев ежегодно) [18].

Что касается стран с низким и средним уровнем доходов населения, сейчас в Южной Африке, Монголии и Индии показатели пятилетней выживаемости женщин с диагнозом рак молочной железы составляют всего 50%. А в таких странах, как Великобритания, Австралия, США, Ирландия и

Германия - более 80%. Различаются и показатели общей заболеваемости в странах с низким-средним и высоким уровнем финансового благополучия населения. В Великобритании, Канаде и США диагноз рак шейки матки ставят только 7,9 женщинам из 100 000.

А в странах Африки (к югу от Сахары) и в некоторых странах Южной Америки, где профилактические обследования проводятся гораздо реже, 40 женщинам из 100 000. Показатели выживаемости различаются даже в пределах одного континента (Европа). Так, в Швеции, показатель пятилетней выживаемости составляет 86%, а в Литве, которая находится всего в нескольких сотнях километров от нее, - 66% [24].

Таким образом, стандартизированный показатель женской смертности в возрасте 15–64 года в России на протяжении 15 последних лет постоянно снижается. Так, в 1994–1998 годах по сравнению с 1989–1993 он снизился в целом по России на 24,7 %, а начиная с 2000 года – на 25,3% [15, с. 89].

3 Перспективы снижения женской смертности

Жизнеспособность населения, также как и обратная характеристика – смертность, формируется под влиянием множества факторов: природных и социальных, управляемых и не поддающихся целенаправленному управлению. Поэтому разработка стратегии снижения смертности требует системного чёткого определения объекта управления, его внутренней структуры, внешних факторов, возможных воздействий, ограничений.

В настоящее время одной из задач российской демографической политики является увеличение численности населения. Однако основное внимание по достижению этой цели направлено не столько на сокращение смертности, сколько на повышение рождаемости.

Целесообразность такой политики вызывает сомнения, по крайней мере, по двум причинам. Во-первых, исследования, подтверждающие возможность увеличения уровня рождаемости отсутствуют, наоборот, демографы доказывают, что уровень рождаемости почти не отличается от наблюдаемых уровней в развитых странах. Во-вторых, при высоком уровне смертности намерения правительства в повышении рождаемости как минимум лишены смысла, как максимум являются антигуманными.

Вместе с тем вопросы высокой смертности не получают должного внимания. В 2013 г. ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) в России по предварительным данным составляла 65,1 года у мужчин и 76,3 года у женщин. В странах ЕС-27 в 2012 г. соответствующие значения были на 12,4 и 6,8 года выше, и составили 77,5 и 83,1 года соответственно [30, с. 7].

Одна из главных причин низкой по сравнению с развитыми странами ожидаемой продолжительности жизни в России заключается в высоком уровне смертности от внешних причин. Вклад смертности от внешних причин в разницу ОПЖ России и европейских стран прочно удерживает второе место и ниже только вклада смертности от болезней системы кровообращения, однако в

трудоспособных возрастах вклад внешних причин часто оказывается лидирующим. К 2025 г. в России ставится ориентир в достижении ожидаемой продолжительности жизни равной 75 годам для обоих полов. Прирост в 5 лет следовало бы считать намерением правительства добиться существенного снижения смертности, если бы не тот факт, что такую же ОПЖ (75 лет) уже в 2010 г. имели Оман, Эквадор, Сирия, Вьетнам.

Ожидаемая продолжительность жизни в Швеции, Германии, Великобритании, Франции, Испании и других стран в 2010 г. превысила 80-летний рубеж. Ожидается, что к 2025 г. ОПЖ развитых и развивающихся стран продолжит расти, а значит, отставание России от этих стран сохранится. Более того, оно будет нарастать, если не решать вопросы высокой смертности, в первую очередь от внешних причин.

Внешние причины нельзя недооценивать еще и потому, что они приводят не только к смерти, но также к инвалидности. По оценкам ВОЗ, на каждый случай смерти в Европейском регионе, приходится 30 госпитализаций, 300 обращений в отделение неотложной помощи и тысячи обращений за помощью к врачам общего профиля или попыток самолечения [18].

Помимо работы с демографическими и статистическими данными и показателями важно уметь получать информацию о смертности с помощью других методов, например, социологических.

Так, с целью определения основных причин и способов сокращения травматической смертности, в конце 2012 – начале 2013 года Сектором социальных проблем здоровья Института социологии Российской академии наук было проведено 12 полуформализованных личных интервью на тему «Роль внешних причин в снижении смертности». В силу того, что с экспертами, работающими в таких ведомствах, как МВД, Росстат трудно было встретиться лично, их ответы были получены в письменном виде (6 письменных ответов экспертов на вопросы). В исследовании приняли участие демографы, медики, статистики, социологи, правоведы, общественные деятели и др. (всего 18 человек). Большинство исследователей российской смертности в последние 15

лет сходятся во мнении, что главная её причина связана с радикальным реформированием общества и государства.

Среди причин высокой травматической смертности в России экспертами также отмечены низкий уровень жизни в нашей стране. При важности самосохранительного поведения оно не может быть развито без удовлетворения базовых потребностей человека в питании, жилье и др. «Какое самосохранительное поведение, когда бедные люди не имеют возможности ни заниматься гигиеной, ни питаться хорошо?», - вопрошает эксперт из МНИИП. В условиях бедности и нищеты здоровье перестает быть целью, и люди начинают использовать здоровье как инструмент для достижения более высоких целей – денег, кому-то чтобы выжить, кому-то, чтобы приобрести автомобиль, квартиру. Поэтому одной из важнейших задач с целью снижения смертности, в т.ч. травматической, помимо развития самосохранительного поведения является создание условий для достижения достойного уровня жизни.

Таким образом, культура в отношении потребления алкоголя в России, а также в целом рискованного поведения отчасти связана как с низкой ценностью жизни и здоровья человека, так и с низким уровнем жизни большинства населения в нашей стране, отсутствием социальной среды с возможностью выбора и достижения достойных условий жизни. В настоящее время, в России зарегистрирована самая высокая смертность в Европе. Мужская смертность в России в четыре раза превышает женскую. Тем не менее, темпы сокращения продолжительности жизни у молодых женщин были заметно выше, чем у их сверстников. Поэтому в ближайшей перспективе велика вероятность сокращения разрыва в средней продолжительности жизни между мужчинами и женщинами, но не за счет сокращения мужской смертности, а за счет роста смертности женской [34, с. 81].

На сегодняшний день в России рак по-прежнему остается одной из наиболее прогностически неблагоприятных болезней, несмотря на постоянную работу ученых над поиском новых методов лечения данной патологии. В

настоящее время ситуация со злокачественными новообразованиями в нашей стране весьма неутешительная. В 2014 году статистика отмечает высокую распространенность рака, которая составляет 231 пациент на 100 тысяч населения. При этом заболеваемость раком постоянно увеличивается, примерно на 1,5 % в год.

Поэтому в целом по стране сегодня отмечается примерно 2,5 миллиона больных онкологическими заболеваниями. В то же время, можно отметить и определенный прогресс, который связан с успехами онкологов. Сегодня при своевременной постановке диагноза и адекватном радикальном лечении пациенты живут дольше, чем десять лет назад. В общем, перспектива выглядит следующим образом – увеличилось общее количество больных раком, но и немного уменьшилась смертность от злокачественных новообразований.

Для улучшения статистических данных по смертности от рака в России была создана Национальная онкологическая программа, которая должна обнаружить имеющиеся проблемы и недостатки работы медицинских учреждений. Данная программа работает в нашей стране уже более пяти лет. За это время было выявлено, что основной проблемой всей онкологической службы являются проблемы с ранней диагностикой.

Например, человек может обратиться к стоматологу с болью в ротовой полости, а врач просто станет лечить ему зубы и не обратит внимание на состояние слизистой оболочки. В итоге он пропускает раковую патологию ротовой полости, которая является очень распространенной в России. Понятно, что у стоматолога недостаточно знаний в диагностике рака, в отличие от онколога. Несмотря на это, при правильном подходе он может диагностировать рак ротовой полости на ранней стадии. Однако, в большинстве случаев этого не происходит, что связано с низкой онкологической настороженностью врачей других специальностей [18].

Кроме того, ранняя диагностика затрудняется недостаточной информированностью пациентов о симптомах рака. К тому же, часть людей просто боятся идти к онкологу при появлении первых симптомов. Однако,

каждому человеку нужно знать, что любое злокачественное новообразование не терпит промедления в диагностике и лечении [22, с. 4].

Именно на раннюю диагностику и возможную профилактику должны быть направлены программы по уменьшению смертности от рака. Поэтому просветительская работа в ближайшем будущем станет одним из возможных рычагов воздействия на статистические показатели при злокачественных новообразованиях. Она поможет людям осознать необходимость раннего обращения к врачу для успешного лечения рака.

Решение задачи по сокращению уровня смертности населения, прежде всего граждан женского пола, включает в себя:

- сокращение уровня смертности от заболеваний сердечно–сосудистой системы за счет создания комплексной системы профилактики факторов риска, ранней диагностики с применением передовых технологий, внедрения образовательных программ, направленных на предупреждение развития указанных заболеваний;

- улучшение материально–технического обеспечения учреждений здравоохранения, оказывающих помощь, в том числе экстренную, больным, страдающим сердечно–сосудистыми заболеваниями, оснащение и кадровое обеспечение учреждений здравоохранения в соответствии со стандартами, создание необходимых служб в муниципальных и региональных учреждениях здравоохранения, повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи указанным больным, а также развитие системы восстановительного лечения и реабилитации этих больных;

- сокращение уровня смертности и травматизма в результате дорожно–транспортных происшествий за счет повышения качества дорожной инфраструктуры, дисциплины на дорогах, организации дорожного движения, а также за счет повышения оперативности, качества оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно–транспортных происшествиях на всех ее этапах;

— сокращение уровня смертности и травматизма от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний за счет перехода в сфере охраны труда к системе управления профессиональными рисками (включая информирование работников о соответствующих рисках, создание системы выявления, оценки и контроля таких рисков), а также за счет экономической мотивации для улучшения работодателем условий труда;

— сокращение уровня смертности от самоубийств за счет повышения эффективности профилактической работы с гражданами из групп риска, направленной на предупреждение суицидов;

— сокращение уровня смертности от онкологических заболеваний за счет внедрения программ профилактики, а также за счет скрининговых программ раннего выявления онкологических заболеваний;

— сокращение числа аборт и выкидышей, влекущих за собой летальный исход.

К 2025 году предполагается:

— обеспечить постепенное увеличение численности населения (в том числе за счет замещающей миграции) до 145 млн. человек;

— увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 75 лет;

— обеспечить миграционный прирост на уровне более 300 тыс. человек ежегодно [2].

В целом, необходимо начать масштабную общественную дискуссию во всех политических и социальных кругах, а также в СМИ, в ходе которых должны определиться решения проблемы смертности населения страны.

Заключение

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

В ходе выполнения работы была достигнута цель данной бакалаврской работы, которая состояла в изучении основ государственной демографической политики, а конкретно женской смертности.

В ходе работы были решены поставленные задачи: проанализирована сущность и направления деятельности государственной демографической политики; исследованы методологические основы и направления демографической политики; проанализированы факторы женской смертности; проанализирована женскую смертность в 20 – 21 веке; оценены перспективы снижения женской смертности.

Современная демографическая ситуация в Российской Федерации в значительной степени обусловлена социально–экономическими процессами, происходившими в 20 веке. Во второй половине прошлого века в Российской Федерации ежегодно рождались 2 – 2,5 млн. детей, умирали 1–1,5 млн. человек. Продолжительность жизни граждан постоянно увеличивалась и приближалась к показателям европейских стран. Средняя продолжительность жизни в 1990–1991 годах составляла 68 лет.

С 1992 года началось стабильное сокращение численности населения из–за превышения уровня смертности над уровнем рождаемости (естественная убыль населения). В течение последних 15 лет в России ежегодно умирали более 2 млн. человек, что в расчете на 1000 человек в 2 раза больше, чем в европейских странах и США, в 1,5 раза больше, чем в среднем в мире, а ежегодно рождались в этот период 1,2–1,5 млн. человек.

По показателю ожидаемой продолжительности жизни населения Россия все больше отстает от экономически развитых стран. Также, в России высокая женская смертность от алкоголизма и наркомании.

В 2014 году в России было диагностировано 535 тысяч новых случаев новообразований. Из всех этих больных женщины составили 54%. Общее количество новых случаев рака в 2014 году выросло по сравнению с 2004 годом на 15%. В 2004 году было зарегистрировано 455 тысяч пациентов с онкологическими заболеваниями. В России у женщин и мужчин преобладают разные формы рака. В целом на первом месте находится рак кожи, на втором месте располагается опухоль молочных желез. Далее по убывающей распространенности расположились такие формы злокачественных новообразований: рак легких, желудка, толстого кишечника, простаты, прямой кишки, лимфоидной ткани, кроветворных органов, матки, почки, поджелудочной железы, шейки матки, мочевого пузыря и яичников.

У мужчин преобладают такие формы злокачественных новообразований: опухоль бронхов, легких и трахеи (18,4%), рак простаты (12,9%), новообразования кожи (10,0%), рак желудка (8,6%), опухоль толстого кишечника (5,9%). Помимо этих онкологических заболеваний, у мужчин существенное место в распространенности занимают новообразования прямой кишки, кроветворных органов, мочевого пузыря, почек, поджелудочной железы и гортани. Если взять статистику по системам, то наибольший удельный вес занимают опухоли мочеполовых органов (22,9% от всех форм рака).

У женщин ситуация выглядит несколько иначе, что связано с особенностями женского организма. На первом месте находится рак груди (20,9%). Кроме того, распространенными формами рака у женщин являются злокачественные новообразования кожи (14,3%), тела матки (7,7%), толстого кишечника (7,0%), желудка (5,5%), шейки матки (5,3%), прямой кишки (4,7%), яичника (4,6%), кроветворных органов (4,5%), а также легких и трахеи (3,8%). В итоге статистика показывает, что наибольшее распространение в структуре заболеваемости раком занимают органы репродуктивной системы (39,2%). Что касается различных форм рака половых органов, то они занимают 18,3% от всех форм онкологической патологии у женщин.

Основной причиной повышенной смертности от рака в России является поздняя диагностика. Похожая ситуация отмечается в Индии, Китае и других развивающихся странах. В России злокачественные новообразования, как правило, диагностируют в основном на 3-й и 4-й стадиях.

Результатом поздней диагностики являются заниженные данные по распространенности рака, по сравнению с более развитыми странами. В итоге доля выявленных пациентов с онкологическими заболеваниями в России оказывается меньше. Поскольку при диагностике на ранних стадиях выживаемость больных значительно выше, то в развитых странах количество регистрируемых онкологических пациентов выглядит завышенным. В то же время, смертность в России существенно выше, чем во многих западных странах.

По данным статистики, в нашей стране риск развития злокачественных новообразований в 2014 году в возрасте до 60 лет составил 8,8%. При этом вероятность заболеть раком значительно повышается с возрастом. Для людей в возрастном диапазоне 60-70 лет риск возникновения онкологической патологии составляет 19%. У мужчин этот показатель соответствует 21,3%, а у женщин – 17,7%.

Важная причина поздней выявляемости злокачественных новообразований заключается в том, что люди не обращаются вовремя к врачу вследствие недостатка средств или отсутствия знаний в данной области. Поздняя диагностика рака приводит к тому, что в России каждый третий онкологический больной умирает в течение года от момента установления диагноза. Для сравнения, в США более 80% пациентов проживают не только первый год от постановки диагноза, но и минуют пятилетний рубеж. Конечно, это возможно только в случае выявления опухоли на первой или второй стадии процесса.

Жизнеспособность населения, также как и обратная характеристика – смертность, формируется под влиянием множества факторов: природных и социальных, управляемых и не поддающихся целенаправленному управлению.

Поэтому разработка стратегии снижения смертности требует системного чёткого определения объекта управления, его внутренней структуры, внешних факторов, возможных воздействий, ограничений.

В настоящее время одной из задач российской демографической политики является увеличение численности населения. Однако основное внимание по достижению этой цели направлено не столько на сокращение смертности, сколько на повышение рождаемости.

Целесообразность такой политики вызывает сомнения, по крайней мере, по двум причинам. Во-первых, исследования, подтверждающие возможность увеличения уровня рождаемости отсутствуют, наоборот, демографы доказывают, что уровень рождаемости почти не отличается от наблюдаемых уровней в развитых странах. Во-вторых, при высоком уровне смертности намерения правительства в повышении рождаемости как минимум лишены смысла, как максимум являются антигуманными.

Вместе с тем вопросы высокой смертности не получают должного внимания. В 2013 г. ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) в России по предварительным данным составляла 65,1 года у мужчин и 76,3 года у женщин. В странах ЕС-27 в 2012 г. соответствующие значения были на 12,4 и 6,8 года выше, и составили 77,5 и 83,1 года соответственно[5].

Одна из главных причин низкой по сравнению с развитыми странами ожидаемой продолжительности жизни в России заключается в высоком уровне смертности от внешних причин[6]. Вклад смертности от внешних причин в разницу ОПЖ России и европейских стран прочно удерживает второе место и ниже только вклада смертности от болезней системы кровообращения, однако в трудоспособных возрастах вклад внешних причин часто оказывается лидирующим. К 2025 г. в России ставится ориентир в достижении ожидаемой продолжительности жизни равной 75 годам для обоих полов. Прирост в 5 лет следовало бы считать намерением правительства добиться существенного снижения смертности, если бы не тот факт, что такую же ОПЖ (75 лет) уже в 2010 г. имели Оман, Эквадор, Сирия, Вьетнам.

Ожидаемая продолжительность жизни в Швеции, Германии, Великобритании, Франции, Испании и других стран в 2010 г. превысила 80-летний рубеж. Ожидается, что к 2025 г. ОПЖ развитых и развивающихся стран продолжит расти, а значит, отставание России от этих стран сохранится. Более того, оно будет нарастать, если не решать вопросы высокой смертности, в первую очередь от внешних причин.

Внешние причины нельзя недооценивать еще и потому, что они приводят не только к смерти, но также к инвалидности. По оценкам ВОЗ, на каждый случай смерти в Европейском регионе, приходится 30 госпитализаций, 300 обращений в отделение неотложной помощи и тысячи обращений за помощью к врачам общего профиля или попыток самолечения[8]. Таким образом, стандартизированный показатель женской смертности в возрасте 15–64 года в России на протяжении 15 последних лет постоянно снижается. Так, в 1994–1998 годах по сравнению с 1989–1993 он снизился в целом по России на 24,7 %, а начиная с 2000 года – на 25,3% [15, с. 89].

Решение задачи по сокращению уровня смертности населения, прежде всего граждан женского пола, включает в себя:

- сокращение уровня смертности от заболеваний сердечно–сосудистой системы за счет создания комплексной системы профилактики факторов риска, ранней диагностики с применением передовых технологий, внедрения образовательных программ, направленных на предупреждение развития указанных заболеваний;

- улучшение материально–технического обеспечения учреждений здравоохранения, оказывающих помощь, в том числе экстренную, больным, страдающим сердечно–сосудистыми заболеваниями, оснащение и кадровое обеспечение учреждений здравоохранения в соответствии со стандартами, создание необходимых служб в муниципальных и региональных учреждениях здравоохранения, повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи указанным больным, а также развитие системы восстановительного лечения и реабилитации этих больных;

— сокращение уровня смертности и травматизма в результате дорожно–транспортных происшествий за счет повышения качества дорожной инфраструктуры, дисциплины на дорогах, организации дорожного движения, а также за счет повышения оперативности, качества оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно–транспортных происшествиях на всех ее этапах;

— сокращение уровня смертности и травматизма от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний за счет перехода в сфере охраны труда к системе управления профессиональными рисками (включая информирование работников о соответствующих рисках, создание системы выявления, оценки и контроля таких рисков), а также за счет экономической мотивации для улучшения работодателем условий труда;

— сокращение уровня смертности от самоубийств за счет повышения эффективности профилактической работы с гражданами из групп риска, направленной на предупреждение суицидов;

— сокращение уровня смертности от онкологических заболеваний за счет внедрения программ профилактики, а также за счет скрининговых программ раннего выявления онкологических заболеваний;

— сокращение числа аборт и выкидышей, влекущих за собой летальный исход.

К 2025 году предполагается:

— обеспечить постепенное увеличение численности населения (в том числе за счет замещающей миграции) до 145 млн. человек;

— увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 75 лет;

— обеспечить миграционный прирост на уровне более 300 тыс. человек ежегодно.

В целом, необходимо начать масштабную общественную дискуссию во всех политических и социальных кругах, а также в СМИ, в ходе которых должны определиться решения проблемы смертности населения страны [1].

Список использованных источников

1. Конституция РФ от 12 декабря 1993 года [Электронный ресурс] Дата обновления: 21.07.2014. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» – 2017
2. О Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года: распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р [Электронный ресурс] Дата обновления: 08.08.2009. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016
3. Алексеев, А.И. Социально–экономическая география России. – М.: Ла Воряг, 2015. – 495 с.
4. Афанасьева О.Р. Социальные последствия насильственной преступности как объект криминологического исследования // Образование. Наука. Научные кадры. – 2013. – № 5. – С. 100-106.
5. Берендеева А.Б. Основы демографии: Учеб. пособие / П.И.Косов,. – 2–е изд., доп. и перераб. – М.: Инфра–М, 2015. – 288 с.
6. Борисов В.А. Демография. – М.: Инфра-М, 2015. – 245 с.
7. Бутов В.И. Демография. – М.: Инфра-М, 2014. – 164 с.
8. Бреева Е.Б. Социально-демографические и демографические проблемы формирования и подготовки кадров в России / Вопросы социального развития современной России: сб. науч. тр. АПК ППРН, 2014. – № 1. – С. 28.
9. Введение в демографию/ Под ред. В.А. Ионцева и А.А. Саградова. – М.: ТЕИС, 2016. – С. 43–44.
10. Вишневский А. Г., Андреев Е. М., Трейвиш А. И. Перспективы развития России: роль демографического фактора. — М.: Институт экономики переходного периода, 2015. – 141 с.
11. Вишневский, А.Г. Воспроизводство населения и общество. М.: Финансы и статистика, 2014. – 482 с.

12. Волынская, Б.Н. Региональная демография // Система знаний о народонаселении / Под ред. Д.И. Валентея. – М.: Высшая школа, 2015. – 402 с.
13. Глушкова В.Г., Демография: учебное пособие. – М.: Инфра-М, 2014. – 175 с.
14. Государственная политика вывода России из демографического кризиса / Монография. В. И. Якунин, С. С. Сулакшин, В. Э. Багдасарян и др. Под общей редакцией С. С. Сулакшина, 2–е изд. – М.: «Экономика», Научный эксперт, 2016. – 353 с.
15. Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления / И.А. Гундаров. - М.: Эдиториал УРСС, 2001. – С.359. Демографический энциклопедический словарь. М.: Энциклопедия, 2013. – 902 с.
16. Егорова Е. А., Бойко А. И., Харченко Л. П., Петрякова О. Л., Кучмаева О. В., Брусникина С. Н., Золотарева О. А., Козлова Л. Л., Карманов М. В., Кузин С. И., Татаркова Н. В. Демографическая статистика. Учебник для ВУЗов. – М.: Кнорус, 2014. – 167 с.
17. Елисеева И.И. Демография и статистика населения / И.И.Елисеева. – М.: Финансы и статистика, 2016. – 415 с.
18. Женская смертность в Российской Федерации // Молодежный научный форум: Гуманитарные науки: электр. сб. ст. по материалам XX студ. междунар. заочной науч.–практ. конф. — М.: «МЦНО». — 2015 — № 1(19) / [Электронный ресурс] Режим доступа:
[https://nauchforum.ru/archive/MNF_humanities/1\(19\).pdf](https://nauchforum.ru/archive/MNF_humanities/1(19).pdf) (дата обращения 6.05.2017)
19. Кваша, А.Я. Вопросы демографии / А.Я. Кваша. – М.: АСТ, 2016. – 340 с.
20. Лунеев В. В. – Тенденции преступности: мировые, региональные, российские. – Государство и право. – 2015. – № 8. – С. 24-43.
21. Коротаев, А. В., Малков А. С., Халтурина Д. А. Пути преодоления демографического кризиса в России. Законы истории. Математические модели

исторических макропроцессов: демография, экономика, войны. — М.: УРСС. — 2015. — 321 с.

22. Курман, М.В. Актуальные вопросы демографии. М.: Статистика, 2015. — 276 с.

23. Медков, В.М. Качество населения. Сущность, содержание, критерии // Народонаселение современное состояние научных знаний. М.: Высшая школа, 2016. — 491 с.

24. Об итогах Всероссийской переписи населения 2010 г. // Вопросы статистики. — 2012. — № 2. — С. 3–9.

25. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики на 01.11.2017. Естественное движение населения — [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.gks.ru/> (дата обращения 02.05.2017)

26. Римащевская, Н. М. Русский крест // Здоровье. — 2016. - № 3. - С. 8–9.

27. Рыбаковский Л.Л. «Демография». Учебник для высших учебных заведений. М.: Высшая школа, 2013. — 312 с.

28. Симагина. Ю.А.— 5-е изд., стер. — М.: Кнорус, 2016. — 288 с.

29. Суринов А.Е. Об итогах всероссийской переписи населения 2010 года в Северо–Кавказском федеральном округе // Вопросы статистики. — 2016. — № 6. — С. 6–9.

30. Тищук Е. А. Здоровоохранение Российской Федерации. — М.: Инфра-М, 2016. — 156 с.

31. Харченко, Л.П. Баланс трудовых ресурсов с основами демографии. Новосибирск, 2015. — 322 с.

32. Хорев, Б.С. Качество населения. — М.: Приор, 2016. — 178 с.

33. Чапек, В.Н. Проблемы изучения миграции населения. СПб.: Питер, 2016. — 298 с.

34. Шереги Ф. Э. Арефьев А. Л. Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи. М.: Оптим групп, 2015. - 123 с.

35. Школьников В. М., Червяков В. В. Политика по контролю кризисной смертности в России в переходный период. – М.: Программа развития ООН, Россия. – 2017. – 245 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Приложение Б