

Социологические науки

**СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
КУРСАНТОВ ВРАЧЕЙ-ОРГАНИЗАТОРОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Дубинин О.П., Казарин Б.В., Камушкина Л.В.,
Колесников В.В., Поддубный В.Н.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет Минздравсоцразвития
России», Краснодар, e-mail: BorisVK2002@yandex.ru

В рамках постоянно проводимого изучения эффективности работы кафедры общественного здоровья и здравоохранения факультета повышения квалификации и последипломной подготовки государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Кубанский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России» [2, 3, 4], с целью изучения и коррекции подходов к формированию контингента обучаемых, изучены анкеты курсантов, проходивших обучение на различных циклах повышения квалификации и профессиональной переподготовки в 2001–2010 годах. Всего проанализировано свыше 2500 анкет курсантов. Порядка 15 % заполненных анкет при скрининговом исследовании были забракованы из-за некорректного заполнения учащимися отдельных разделов.

В изучаемый период на кафедре проводились: циклы профессиональной переподготовки (по 576 часов) – 39,46 %, сертификационные циклы и циклы повышения квалификации по избранному разделам предмета (по 144 часа) – 52,60 % и циклы тематического усовершенствования (по 72 часа) 7,94 % соответственно от общего числа циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки за исследуемый период.

В общем массиве обучаемых более 60 процентов составили женщины (60,40 %) и около 40 процентов – мужчины (39,60 %), все курсанты имеют высшее образование. В табл. 1 приведены сведения о специальности обучаемых, полученных ими при выпуске из образовательного учреждения высшего профессионального образования (специальность, указанная в дипломе).

Представляет интерес, что значительная часть изученного контингента после окончания вуза не обучалась в интернатуре (44,28 %) или ординатуре (87,89 %) (см. табл. 1). Среди обучавшихся в интернатуре и/или ординатуре нет ни одного специалиста, получившего специальность «Общественное здоровье и здравоохранение».

Как видно из табл. 2, основная масса курсантов – организаторов здравоохранения первоначально закончила лечебный (69,30 %), стоматологический (19,21 %) и стоматологический (8,10 %) факультеты. Доля санитарных врачей и эпидемиологов (по специальности, указанной

в дипломе) существенно ниже и суммарно составляет около 2 процентов (1,98 %). Остальные 6 специальностей, выявленных при анализе, в сумме составляют 1,41 % от общей численности обучавшихся.

Таблица 1

Некоторые аспекты последипломного
образования курсантов-организаторов
здравоохранения

№ п/п	Интернатура	%
1	В интернатуре не обучались	44,28
2	В интернатуре обучались	55,72
	Всего	100,00
	Ординатура	%
1	В ординатуре не обучались	87,89
2	В ординатуре обучались	12,11
	Всего	100,00

Таблица 2

Специальности курсантов
по высшему образованию
(специальности, указанные в дипломах о ВПО)

№ п/п	Специальность	%
1	Лечебное дело	69,30
2	Педиатрия	19,21
3	Стоматология	8,10
4	Врач гигиенист	1,65
5	Биология	0,52
	Всего	98,78
6	Медицинский менеджер	0,42
7	Эпидемиология	0,33
8	Военный врач	0,28
9	Врач-биохимик	0,09
10	Инженер экономист	0,09
	Всего	1,22
	Итого 100 %	

Курсанты, в основном, получили образование в вузах Российской Федерации (75,48 %), в том числе: 41,01 % в Кубанском государственном медицинском университете (институте, академии), 3,24 и 3,29 % обучались в вузах-соседях – Ставропольской медицинской академии и Ростовском медицинском университете, соответственно. 1,27 и 1,64 % являются выпускниками московских и ленинградских (СПб.) медицинских вузов. 2,44 % от общего числа курсантов получили высшее медицинское образование в военных академиях и на военных факультетах гражданских медицинских вузов.

Более 10% курсантов имеют дипломы, полученные в республиках бывшего СССР. Ведущее место среди них занимают выпускники вузов Украины (3,24%), Казахстана (2,35%), Узбекистана (1,69%), Таджикистана (0,89%) и Киргизии (0,56%).

Почти 12% анкет содержат наименования вузов в виде не расшифровываемой аббревиатуры и не поддаются анализу по этому показателю.

Из рис. 1 видно, что наиболее многочисленными возрастными группами являются группы

40–44 года (15%), 45–49 лет (23%), 50–54 года (18%) – совокупно более половины курсантов (56%). Эти результаты совпадают с данными о среднем возрасте медицинских работников (врачей) в крае, он составил 44,95 лет в краевом центре и 49,01 год в районах края [5]. Двадцать пять процентов от общей численности обучающихся приходится на возрастные группы 35–39 лет (12%) и 55–59 лет (13%). Около 20% приходится на младшие (25–34 года) и старшие (60 лет и старше) возрастные группы.

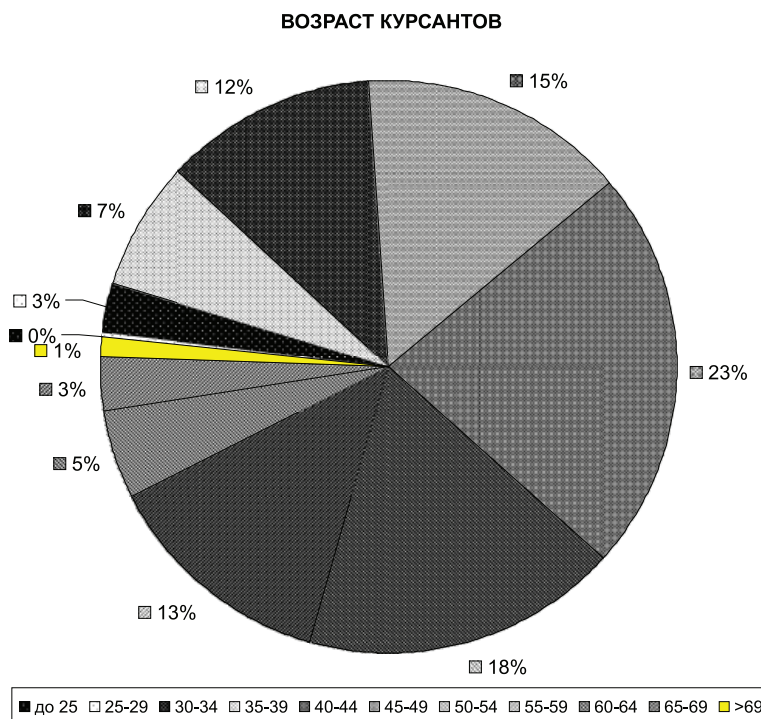


Рис. 1. Возраст курсантов, обучавшихся на кафедре, в период их обучения

Основная масса курсантов впервые проходит обучение на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета (ранее академии и института). Только 5,73% обучались на кафедре за изучаемый период двукратно, и два человека – трижды.

В рис. 2 представлены данные по стажу работы курсантов в области организации здравоохранения. Как и в предыдущем случае, анализ проводился на день начала соответствующего цикла обучения, в котором заполнялась «Анкета курсанта». Стаж работы свыше 40 лет имеют только 5 курсантов, свыше 45 лет – два человека (при расчетах показатель меньше 1%, и они не учтены в диаграмме). Наиболее массовой является группа учащихся со стажем профессиональной деятельности в организации здравоохранения от 5 до 9 лет (38% от числа обучавшихся).

Группы со стажем от 5 до 9 лет и от 10 до 14 лет (соответственно 20 и 19%) составляют около 40% обучавшихся, а, начиная от стажа в

15–19 лет происходит плавное снижение доли обучающихся, которое не совпадает со снижением числа работающих организаторов здравоохранения в старших возрастных группах, в этой связи представляет интерес показатели по возрасту (рис. 3) и врачебному стажу (рис. 5) при назначении на работу, связанную с организацией здравоохранения.

Типичный возраст назначения на должность связанную с работой по организации здравоохранения 25–44 года, а наиболее распространенный врачебный стаж (период после окончания медицинского вуза) находится в интервале 5–24 года. При этом на долю специалистов, назначенных на организационные должности при врачебном стаже до 10 лет приходится около 30% от общего числа обучавшихся на кафедре.

Однако при рассмотрении врачебного стажа, который имели курсанты в момент обучения, можно отметить, что существует некоторый сдвиг, по сравнению с врачебным стажем при назначении на должность. В целом, наиболее представлены в изучаемой совокупности врачи

со стажем от 20 до 40 лет. Доля старших возрастов среди обучавшихся организаторов здравоохранения прогрессивно снижается.

Как видно из табл. 3, около одной трети курсантов это главные врачи и врачи занимающие соответствующие им должности (и.о. главных врачей, начальники, директора, главные врачи (заведующие) поликлиникой, заведующие женскими консультациями), на долю заместителей руководителей приходится четверть обученного

контингента. Рядовые организаторы здравоохранения (работники и руководители оргметодотделов, инспектора, врачи статистики) занимают среди обучаемых около 8%. Более 16% курсантов это районные специалисты (заведующие профильными отделениями), которые проходили обучение по общественному здоровью и вопросам экспертизы качества медицинской помощи и временной нетрудоспособности (ТУ по 72 часа).

СТАЖ РАБОТЫ В ОБЛАСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

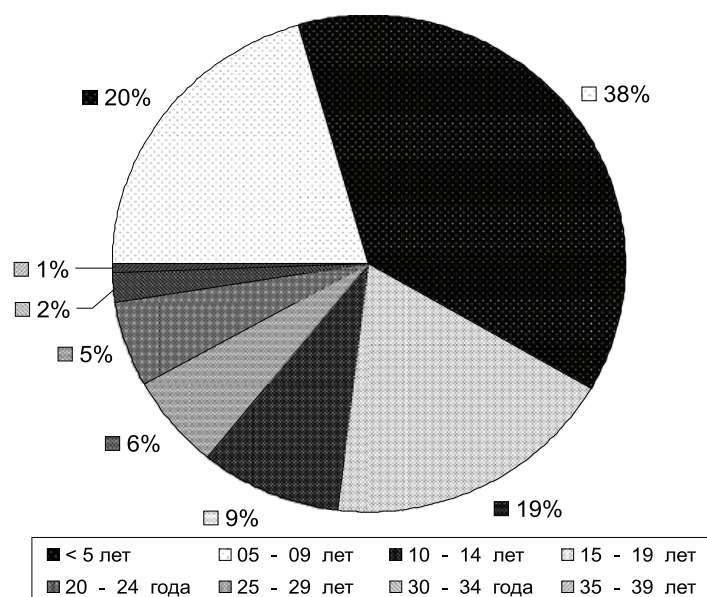


Рис. 2. Стаж работы курсантов в области организации здравоохранения

Возраст назначения на должность по организации здравоохранения

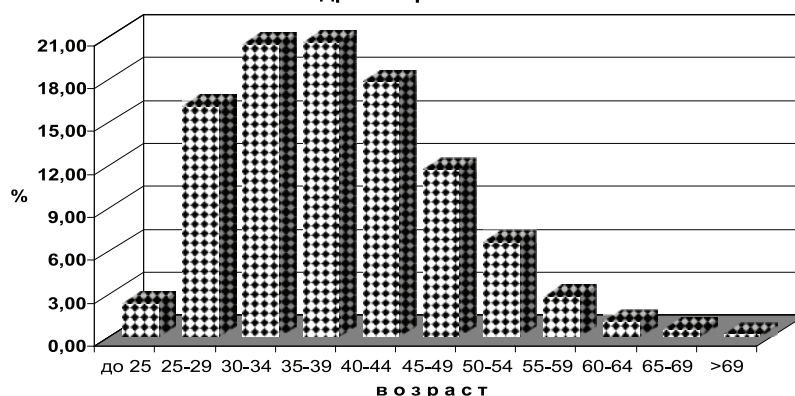


Рис. 3. Возраст назначения на должность по организации здравоохранения

Распределение курсантов-организаторов здравоохранения по краю весьма не равномерно, количество врачей-организаторов здравоохранения, обученных в КубГМУ, колеблется по территориям края, так, исходя из данных о численности населения края [1], для городских муниципальных образований средняя «обучен-

ность» составляет 0,72 врача-организатора на 1000 населения (с разбросом от 1,04 на 1000 населения в Краснодаре, до 0,27 на 1000 населения в Анапе). В городах, входящих в состав сельских муниципальных образований, этот показатель ниже и в среднем составляет 0,57 на 1000 населения (разброс весьма высок, так Усть-Лабинск

и район дают показатель 1,13 на 1000 населения, а Тимашевск и район составляют всего 0,07 на 1000 населения. В сельских населенных пунктах, являющиеся административными центрами

районов и не вошедшие в группу городов, образующих сельские муниципальные образования, «обученность» организаторов здравоохранения составила 0,19 врачей на 1000 населения.

Врачебный стаж курсантов на момент обучения

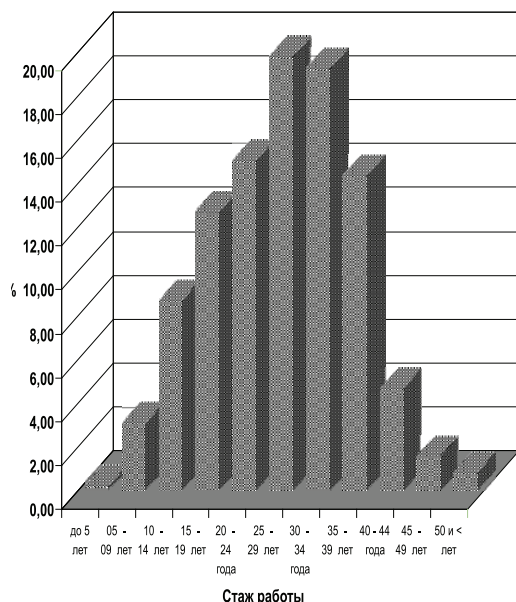


Рис. 4. Врачебный стаж курсантов

Врачебный стаж на момент назначения на должность по организации здравоохранения

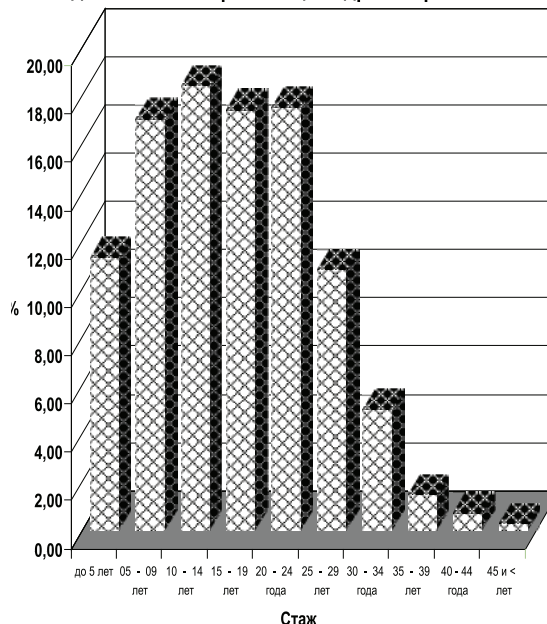


Рис. 5. Врачебный стаж при назначении на должность

Таблица 3

Должности, занимаемые курсантами в учреждениях здравоохранения на момент повышения квалификации и профессиональной переподготовки

№ п/п	Наименования должностей	Доля в %
1	Главные врачи, и.о. главных врачей, начальники, директора, главные врачи (заведующие) поликлиникой, заведующие женскими консультациями	30,39
2	Заместители руководителей медицинских учреждений	26,89
3	Заведующие профильными отделениями (районные специалисты)	16,59
4	Врачи-методисты, врачи-статистики, инспектора, ведущие специалисты, начальники отделов	8,25
5	Рядовые врачи поликлинического звена (резерв кадров)	7,24
6	Врачи – эксперты фондов и компаний медицинского страхования	4,36
7	Преподаватели медицинских учебных заведений	3,93
8	Заведующие сельскими врачебными амбулаториями	1,58
9	Председатели комиссий (в медучреждениях МО, МВД, ФСИН и т.п.)	0,77
ИТОГО		100,00

Следует иметь в виду, что анализ проводился исключительно по специалистам прошедшим профессиональную переподготовку и/или повышение квалификации на базе кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет». Многие организаторы здравоохранения, особенно работающие в населенных пунктах расположенных на морском побережье, зачастую проходят обучение на циклах, организуемых центральными учреждениями по-

вышений квалификации (Москва, С. Петербург) как выездные. Северные территории края тяготеют к образовательным учреждениям Ростова и Ставрополя, которые географически ближе к месту работы и проживания специалиста.

Таким образом, в результате социологического анализа получен материал для последующего формирования подходов к целенаправленному подбору кандидатов на обучение и возможное выдвижение для работы в области общественного здоровья и здравоохранения.

Список литературы

1. Информационные материалы о предварительных итогах Всероссийской переписи населения 2010 года. Численность населения районов и городских населённых пунктов субъектов Российской Федерации. – М.: Росстат, 2010.
2. Казарин Б.В., Колесников В.В., Поддубный В.Н. Опыт тематического усовершенствования профессорско-преподавательского состава медицинского вуза // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 5. – С. 71-74
3. Казарин Б.В., Камушкина Л.В., Колесников В.В., Поддубный В.Н. Непрерывное профессиональное обра-

зование организаторов здравоохранения в Краснодарском крае // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2011. – №11. – С. 20–25.

4. Калашников В.В., Арджанова Л.Д., Казарин Б.В., Еричева Н.А., Камушкина Л.В., Курочкин В.С. Краевая больница – база непрерывного усовершенствования кадров здравоохранения. 175 лет Краснодарской краевой клинической больницы. – Краснодар, 1993. – С. 30-32.

5. Редько Е.Н. Показатели деятельности системы здравоохранения Краснодарского края в 2010 году. – Краснодар, 2011. – С. 99.

Посвящается 25-летию организации кафедры.

Технические науки

ЭКОЛОГИЧЕСКИ ЧИСТЫЙ СТРОИТЕЛЬНЫЙ МАТЕРИАЛ

Рахимов Р., Каракулов А., Абдуллаев Х.

*Ургенчский государственный университет, Ургенч,
e-mail: Rahimboy-ra@mail.ru*

Для достижения поставленной цели используют различную структуру сырья, а также улучшают качество связующих веществ.

В наши дни каждый застройщик, проектировщик, архитектор стремится создать что-то особенное и оригинальное. Однако избежать стандартов, учесть личные вкусы и пожелания заказчика и подойти к реализации проекта, ориентируясь на его функциональное назначение, удается не всегда.

Все зависит от материала, из которого будет возводиться объект, а точнее - от его геометрических параметров. Уникальным с этой точки зрения материалом является силикатный кирпич. Экологически чистый строительный материал, сформированный из минерального сырья (песка и извести), приобретающий свойства, схожие с камнем под воздействием насыщенного водяного пара и высокого давления.

Силикатный кирпич используется в строительстве уже довольно давно. В 2010 году запатентованному производству силикатного кирпича исполнилось 130 лет. Первый патент на способ получения стеновых блоков из извести и песка был выдан еще в 1880 году в Германии. Бытует мнение, что силикатный кирпич – вчерашний день и строить из него лучше только нежилые здания. Но как показывает опыт строителей Германии и Финляндии, в этих странах потребление силикатного кирпича не уменьшается на протяжении нескольких лет, а с 1999 года стабильно увеличивается. Проверенный временем силикатный кирпич и в России занимает утраченные ранее позиции на рынке строительных материалов.

Это связано со многими причинами. Так, например, цикл изготовления керамического кирпича составляет свыше недели. А силикатный можно изготовить менее чем за сутки. При этом прочность «быстрого» кирпича такая же, как и у «старшего» коллеги.

Силикатный кирпич несколько уступает в морозостойкости, химической стойкости и

влагоемкости, но все же его характеристики позволяют вести масштабное строительство в широком климатическом диапазоне. Единственный участок, где нет альтернативы керамическому кирпичу это фундаменты, печные трубы, технологические помещения с наличием агрессивных кислотных сред.

Зато, силикатный кирпич многократно превосходит по экономическим показателям кирпич глиняный. Экономия возникает не только от продолжительности производственного цикла. Во-первых, низкую себестоимость определяет доступность и дешевизна сырья. Поскольку силикатный кирпич производят из песка (наполнителя), извести (вяжущего) и воды. Силикаты, как правило, менее проблематичны при добыче, подготовке, транспортировке. Шихтовка песка происходит быстрее и дешевле, чем цикл подготовки глиняного сырья. Второй компонент – известняк – тоже вполне доступен.

Исходное сырье помещают в специальные силоса, где под воздействием влаги происходит гашение извести и превращение отдельных компонентов в единую силикатную массу. Продолжительность процесса составляет 7-8 часов. После чего, силикатная масса подается в кирпичные формы и прессуется. Если к этой смеси добавляются атмосферостойкие, щелочестойкие пигменты, то получается цветной силикатный кирпич. Продолжительность и величина давления определяются при проведении промышленных испытаний. Чем выше степень сжатия силикатной массы, тем больше прочность будущего кирпича. Но избыточное давление приводит к обратному эффекту – после снятия нагрузки, внутренние напряжения, возникшие из-за чрезмерного давления, деформируют кирпич. К тому же продолжительное воздействие напряжений способствуют ускоренному протеканию химических процессов.

После формовки и прессования, силикатный сырец попадает в автоклавную камеру, где под воздействием острого пара будет происходить процесс запаривания полуфабриката. Под влиянием химических процессов, силикатный кирпич «созревает», приобретая необходимые физические характеристики. Кстати, процесс отвердевания происходит и после выхода кирпича из автоклава. Примерно в течение двух