

Литература

1. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье в РФ // Народонаселение. - 2004. - № 3. - С. 60-66.
2. Пестрикова Т.Ю. Анализ работы акушерско-гинекологической службы Дальневосточного федерального округа в 2011 году // Новые технологии в акушерстве и гинекологии: сб. науч. трудов Дальневост. регион. науч.-практич. конф. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2011. – С. 9-34.
3. Juha M. Migration, Fertility, and Aging in Stable Populations // Demography.- 2008.- Vol. 45, № 3.- P. 641–650.
4. Lothian J. Listening to mothers II: Knowledge, decision-making, and attendance at childbirth education classes // Journal of Perinatal Education.- 2007. - Vol. 16, № 4. - P. 62–67.
5. Margolis R., MyRskylä M. A Global Perspective on Happiness and Fertility // Popul Dev Rev. - 2011. - Vol. 37, № 1. - P. 29–56.
6. Демографический ежегодник России. 2010: стат. сб. / Росстат. - М., 2010. – 557 с.
7. Основные социально-экономические показатели городов и районов Хабаровского края – 2011. – Режим доступа: <http://habstat.gks.ru/munstat/SocPokaz/Forms/AllItems.aspx> (дата обращения 14.08.2012).
8. Регионы России. Социально-экономические показатели - 2011. - Режим доступа: http://www.gks.ru/bgd/regl/b11_14p/Main.htm (дата обращения 14.08.2012).

Координаты для связи с авторами: Гончаров Дмитрий Анатольевич – ассистент кафедры гигиены ДВГМУ; Солохина Людмила Васильевна – доктор мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ; Блощинская Ирина Анатольевна – доктор мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ДВГМУ, тел.: 8-(4212)-36-05-20.



УДК 618.21+ 618.92]: 374.73

Д.А. Гончаров, Л.В. Солохина, И.А. Блощинская

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ШКОЛАХ МАТЕРИНСТВА

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева–Амурского, д. 35, тел.: 8-(4212)-30-54-26, e-mail: nauka@fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Проведен анализ социальных аспектов перинатального образования путем сопоставления данных о 625 женщинах, подготовленных в материнской школе, и 830, не посещавших ее. На первом этапе исследования установлен высокий социально-экономический статус в сочетании с активной жизненной позицией среди посещавших материнскую школу. На втором этапе исследования путем сопоставления данных об исходе беременности и родов в идентичных социальных группах женщин, посещавших (200) и не посещавших (200) материнскую школу, установлено влияние факта получения перинатального образования на снижение частоты гестоза в 3 раза, фетоплацентарной недостаточности – в 3,4 раза, анемии при беременности – в 3,6 раза. Подготовка в материнской школе способствует увеличению частоты неосложненных родов в срок ($p<0,002$) и ограничению оперативного родоразрешения ($p<0,01$).

Ключевые слова: школа материнства, перинатальное образование.

D.A. Goncharov, L.V. Solokhina, I.A. Bloshchinskaya

SOCIO-MEDICAL ASPECTS OF EDUCATION AT PARENTS'SCHOOLS

The Far Eastern state medical university, Khabarovsk

Summary

The analysis of the social aspects of perinatal education was performed by comparing information about 625 women trained at the school of motherhood, and 830 who did not attend it. The first stage of the research demonstrated a high socio-economic status, combined with an active lifestyle of the mother visiting the school. In the second phase of the research we compared the outcome of pregnancy and childbirth in identical social groups attending (200) and not attending (200) parent school. The effect of prenatal education was the following: 3 times reduction preeclampsia, 3.4 times feto-placental insufficiency diminishing, 3.6 times gestation anemia decrease. Parent training at school increases the frequency of uncomplicated delivery at term ($p<0,002$) and decrease the amount of operative delivery ($p<0,01$).

Key words: parent school, prenatal education.

Проблемы улучшения показателей репродуктивного здоровья, благоприятного течения и исхода беременности и родов, уменьшения перинатальной заболеваемости и смертности, развития здорового ребенка являются крайне актуальными и приоритетными в современном акушерстве и гинекологии [1-3].

Последнее десятилетие практическое акушерство все более склоняется к активному «управляемому» ведению беременности и родов [4-6]. С этой целью формируется целый комплекс мероприятий подготовки к родам, получивший название перинатального воспитания, основы которого будущие роженицы могут приобрести в акушерских школах подготовки к родам [6].

В отличие от существующей в настоящее время системы подготовки к родам в женских консультациях, носящей, по сути, формальный характер, информирования женщины о процессе родового акта, перинатальное воспитание в материнской школе носит комплексный характер всестороннего индивидуального процесса подготовки к беременности, родам, материнству. Комплексный характер подготовки предусматривает изучение вопросов быта, гигиены, образа жизни, психологических аспектов беременной, профилактики основных видов патологии беременности, подготовку к проведению партнерских родов, готовность к использованию современных методов обезболивания родов, изучение вопросов грудного вскармливания и ухода за новорожденным. В современной материнской школе при получении перинатального образования активно используются инновационные технологии, такие как показ видеофильмов, практические занятия на фантомах, ролевые игры. Все эти факторы способствуют формированию материнского поведения, уже на начальных этапах которое может повлиять на процесс беременности, при этом прослеживается четкая связь успешности вынашивания и риска осложнений беременности, патологии родового акта, длительности грудного вскармливания и репродуктивного поведения женщины в последующем [1, 3-5].

Цель настоящего исследования – установить социально-медицинские аспекты при получении перинатального образования в школах материнства и влияние данного вида подготовки к родам на основные качественные показатели работы учреждения родовспоможения.

Материалы и методы

Для решения поставленной в работе цели нами проведено исследование в 2 этапа. На первом этапе исследования анализ социальных аспектов дородовой подготовки в школе материнства проведен путем анкетирования и интервьюирования 625 женщин, посещавших материнскую школу и составивших основную группу (ОГ), а также 830 женщин, отобранных сплошным набором из числа вставших на диспансерный учет по поводу беременности в тех же женских консультациях, что и женщины ОГ, составившие группу сравнения (ГС). На втором этапе исследования, исходя из полученных данных о социальном портрете женщин, посещавших материнскую школу,

отобраны 200 женщин из числа ГС, отвечающих полученным данным, составивших ГС 2 этапа, и 200 женщин из числа ОГ путем случайного отбора (каждая третья ОГ первого этапа), составивших ОГ 2 этапа исследования. На первом и втором этапах исследования проведен анализ данных анкет, включающих 56 вопросов, касающихся основных сторон социального статуса, образа жизни и мотивационных характеристик беременных. На втором этапе проведен анализ данных амбулаторных карт беременных и рожениц и истории родов. Все цифровые данные обработаны общепринятыми методами вариационной статистики.

Результаты и обсуждения

При анализе данных, полученных на первом этапе исследования, выявлены следующие закономерности. Среди женщин ОГ и ГС первородящих было 506 (80,9%) и 597 (71,9%), повторнородящие составили 119 (19,0%) и 233 (28,0%) соответственно. Средний возраст ОГ составил $28,4 \pm 3,6$ г, в ГС $23,5 \pm 4,3$ г, повторнородящих – $32,6 \pm 3,8$ и $31,4 \pm 3,2$ г. соответственно. Обращает на себя внимание значительное различие в уровне образования беременных. Так два высших образования имели 94 ($15,0 \pm 1,4\%$) и 25 ($3,0 \pm 1,59\%$) женщин, $p < 0,001$; одно высшее – 531 ($85,0 \pm 1,4\%$) и 474 ($57,1 \pm 1,7\%$) соответственно в ОГ и ГС, $p < 0,001$. Среди женщин ОГ все имела высшее образование, среди женщин ГС 331 (39,9%) имела среднее и среднеспециальное образование. Не работали в ОГ лишь 50 ($8,0 \pm 1,08\%$) женщин, в сравнении с ГС, где домохозяйки составили 307 ($36,9 \pm 1,6\%$), $p < 0,001$. Из числа работающих женщин в крупных финансовых, строительных и учреждениях юриспруденции занимали ответственные должности в ОГ 411 ($65,7 \pm 1,89\%$), в ГС – 192 ($23,1 \pm 1,46\%$) женщины, $p < 0,001$.

Прожиточный минимум в ОГ и ГС соответственно имели: ниже среднего – 0% и 13,9% (116); средний – 26,1% (163) и 57,1% (474); выше среднего – $73,9 \pm 1,75\%$ (462) и $28,9 \pm 1,57\%$ (240), $p < 0,001$. В процессе собеседования из числа ОГ и ГС свои бытовые условия отметили как: плохие – 0% и 12,5% (104); удовлетворительные – 7,0% (44) и 44,4% (369); хорошие – 13,4% (84) и 27,4% (228); отличные – $79,5 \pm 1,6\%$ (497) и $15,5 \pm 1,57\%$ (129), $p < 0,001$. В ОГ и ГС соответственно имели форму брака: вне брака – 0% и 4,4% (37); в гражданском браке 3,5% (22) и 23,9% (199); в зарегистрированном браке – $96,4 \pm 0,74\%$ (603) и $71,7 \pm 1,56\%$ (594), $p < 0,001$. На вопрос о готовности к настоящей беременности женщины ОГ и ГС отвечали следующим образом: беременность была планируемой у $43,0 \pm 1,9\%$ (269) и $11,0 \pm 1,1\%$ (92), $p < 0,001$; неожиданной, но желанной – 56,9% (356) и 59,5% (494); нежеланной у 0% и 29,5% (245) женщин.

На предложение о дополнительной подготовке к родам в школах будущих мам в ГС 74,0% женщин ответили отрицательно в связи с тем, что считали это пустой тратой времени, а 26,0% имели потребность в дополнительной информации, но не смогли себя заставить регулярно посещать школу будущих мам. На вопрос о своем психологическом состоянии накануне родов женщины ОГ и ГС охарактеризовали свое

Таблица 1

Основные виды осложнения течения беременности (%)

Виды осложнений	Основная группа (ОГ), n=200	Группа сравнения (ГС), n=200	P
Анемия	8,5±1,95 (n=17)	22,5±2,95 (n=45)	<0,001
ФПН и ЗРП	4,5±1,45 (n=9)	15,5±2,55 (n=31)	<0,001
Гестоз	5,5±1,58 (n=11)	17,0±2,64 (n=34)	<0,001
Угроза прерывания	7,0±1,79 (n=11)	9,5±2,05 (n=19)	>0,05
Обострение экстрагенитальной патологии	8,5±1,95 (n=17)	4,5±1,45 (n=9)	>0,05

Примечание. P – степень достоверности между группами ОГ и ГС.

состояние, как: ощущение счастья – в 84,0±1,46% и 39,0±1,69%, $p<0,001$; полного душевного равновесия – в 67,5±1,87% и 17,0±1,3%; психологического напряжения в 30,0% и 38,5%; страха перед родами в 2,5±0,6% и 30,5±1,59% случаев соответственно, $p<0,001$. Среди женщин, регулярно посещавших материнские школы, основными мотивами были: получение информации, необходимой для принятия правильного решения в родах; желание избавить себя от неожиданности; желание повлиять на результат. Таким образом, социальный портрет женщины, посещающей материнскую школу, можно охарактеризовать следующим образом: это первородящая в возрасте до 30 лет; имеющая высшее образование (в 4 раза чаще, чем в ГС); работающая (в 1,5 раза чаще, чем в ГС); занимающая ответственный пост в крупной фирме (в 3 раза чаще, чем в ГС); имеющая высокий прожиточный минимум (в 3 раза чаще, чем в ГС); имеющая отличные бытовые условия (в 4,5 раза чаще, чем в ГС); находящаяся в зарегистрированном браке; имеющая потребность в получении дополнительной информации (в 4 раза чаще, чем в ГС); вставшая на учет по поводу планируемой беременности (в 4 раза чаще, чем в ГС). Имея активную жизненную позицию, высокую ответственность перед семьей и будущим ребенком, при ограниченном свободном времени эти женщины считают необходимым получить перинатальное образование.

Беременные ОГ и ГС, отобранные для второго этапа исследования, были сопоставимы по возрасту, данным о соматическом статусе и акушерско-гинекологическом анамнезе. Среди женщин ОГ и ГС второго этапа исследования первородящих было 81,0% (162) и 72,0% (144), повторнородящих 19,0% (38) и 18,0% (56) соответственно в ОГ и ГС. Поскольку женщины ОГ и ГС наблюдались и обследовались в одних и тех же консультациях г. Хабаровска, в полном соответствии со стандартом, важным представлялся анализ влияния подготовки в материнской школе при получении перинатального образования на течение беременности и ее исход. Данные об основных видах осложнения беременности в ОГ и ГС представлены в табл. 1. Обращает внимание статистически значимое различие в таких видах осложнения течения беременности как: анемия во время беременности – в 2,6 раза ($p<0,001$); гестоз второй половины беременности – в 3 раза ($p<0,001$); фетоплацентарная недостаточность и задержка роста плода – в 3,4 раза ($p<0,001$). Необходимо отметить связь данных видов осложнения течения беременности с качеством жизни женщины [1, 2].

Поскольку основным условием отбора для исследования на втором этапе работы был высокий социально-экономический статус обследованных, а также отличные условия жизни, можно предположить, что ведущую роль в снижении данных показателей сыграли следующие факторы: подготовка к планируемой беременности; углубленная дородовая подготовка; высокая мотивация к достижению цели; грамотное сопровождение беременности; информированность о методах профилактики основных осложнений беременности [1, 2, 6].

Данные об исходе родов представлены в табл. 2. Обращает внимание на фоне одинакового показателя родов в срок (96,5±1,26% и 94,5±1,58% соответственно в ОГ и ГС, $p<0,05$) значимое различие показателя несложных срочных нормальных родов (62,5±3,42% и 46,0±3,52% соответственно в ОГ и ГС, $p<0,002$). Более чем в 2,5 раза в ОГ снизился показатель частоты оперативного родоразрешения ($p<0,01$) во многом благодаря использованию у женщин ОГ метода длительной эпидуральной анестезии с целью обезболивания родов (71,5±3,18% и 31,0±3,25% соответственно в ОГ и ГС, $p<0,001$). Важным аспектом благоприятного исхода родов является проведение партнерских родов [5, 6], так в ОГ этот выбор сделан более чем в 10 раз чаще, чем в ГС. Важным является показатель дородовой госпитализации, так как он является свидетельством неблагоприятного течения беременности к сроку родов, высокого риска перинатальных осложнений, часто является свидетельством страха как врача, так и будущей роженицы перед предстоящим событием родов. В ОГ данный показатель оказался в 2 раза ниже, чем в ГС (11,0±2,19% и 22,5±2,95% соответственно в ОГ и ГС, $p<0,005$). При низком показателе дородовой госпитализации в подавляющем большинстве случаев поступление женщины в родильное отделение происходит при самостоятельном развитии родовой деятельности, что в свою очередь в сочетании с эффективным обезболиванием родов путем длительной эпидуральной анестезии привело в ОГ к уменьшению средней продолжительности родов как у первородящих (8,7±2,3 и 13,8±3,6 ч соответственно в ОГ и ГС), так и у повторнородящих (5,6±1,2 и 8,3±2,3 ч соответственно в ОГ и ГС) женщин.

Таблица 2

Исходы родов (%)

Исходы родов	Основная группа (ОГ), n=200	Группа сравнения (ГС), n=200	P
Преждевременные роды	3,5±1,26 (n=7)	5,5±1,58 (n=11)	>0,05
Роды в срок	96,5±1,26 (n=193)	94,5±1,58 (n=189)	>0,05
Срочные нормальные	62,5±3,42 (n=125)	46,0±3,52 (n=92)	<0,002
Оперативное родоразрешение	8,5±1,95 (n=17)	18,5±2,74 (n=37)	<0,01
Партнерские роды	40,5±3,46 (n=81)	3,5±1,26 (n=7)	<0,001
С использованием ДЭА	71,5±3,18 (n=143)	31,0±3,25 (n=62)	<0,001

Примечание. P – степень достоверности между группами ОГ и ГС.

Таким образом, перинатальное образование, полученное в современной материнской школе, способно повлиять на основные качественные показатели течения беременности и родов. Совместное посещение материнской школы супружеской пары в сочетании с благоприятным исходом беременности и родов в итоге в большой степени способствует укреплению семейных ценностей и нацеливает на деторождение.

Выводы

Социальный портрет женщины, посещающей материнскую школу, можно охарактеризовать следующим образом: это первородящая в возрасте до 30 лет; имеющая высшее образование (в 4 раза чаще,

$p < 0,001$); работающая (в 1,5 раза чаще, $p < 0,001$); занимающая ответственный пост в крупной фирме (в 3 раза чаще, $p < 0,001$); имеющая высокий прожиточный минимум (в 3 раза чаще, $p < 0,001$); имеющая отличные бытовые условия (в 4,5 раза чаще, $p < 0,001$).

Перинатальное образование способствует снижению таких осложнений беременности, как гестоз ($p < 0,001$), фетоплацентарная недостаточность ($p < 0,001$), анемия во время беременности ($p < 0,001$).

Подготовка к родам в материнских школах способствует увеличению показателя неосложненных родов в срок ($p < 0,002$) и ограничению оперативного родоразрешения ($p < 0,01$).

Литература

1. Акушерская агрессия [под ред. В. Е. Радзинского]. — М.: Медиабюро Статус презенс, 2011. — 687 с.
2. Акушерство: нац. рук-во [под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1218 с.
3. Акушерский риск: максимум информации — минимум опасности для матери и младенца [под ред. В.Е. Радзинского, С.А. Князева, И.Н. Костина]. — М.: Эксмо, 2009. — 288 с.
4. Fleming S., Smart D., Eide P. Grand Multiparous Women's Perceptions of Birthing, Nursing Care, and Childbirth Technology // J. Perinat Educ. - 2011. - Vol. 20, № 2. - P. 108–117.
5. Judith A. Lothian. Childbirth Education at the Crossroads // J. Perinat Educ. - 2008. Spring. - Vol. 17, № 2. - P. 45–49.
6. Lothian J. Choice, autonomy, and childbirth education // Journal of Perinatal Education. - 2008. - Vol. 17, № 1. - P. 35–38.

Координаты для связи с авторами: Гончаров Дмитрий Анатольевич – ассистент кафедры гигиены ДВГМУ; Солохина Людмила Васильевна – доктор мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ, тел.: 8-(4212)-30-54-26; Блощинская Ирина Анатольевна – доктор мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ДВГМУ, тел.: 8-(4212)-36-05-20.



УДК 614.1:314.42 (571.56)

А.А. Иванова, Л.А. Апросимов, А.Ф. Потапов, Л.Ф. Тимофеев

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) В 2010 г.

Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова,
677000, ул. Ойунского, 27, тел.: 8-(4112)-36-30-46, e-mail: mira_44@mail.ru, г. Якутск

Резюме

Для сравнительного анализа уровня смертности в различных районах Республики Саха (Якутия) использована методика медико-экономического районирования, согласно которой административно-территориальные единицы разделены на арктическую, сельскую и промышленную группы районов. По данным за 2010 г. выявлена существенная дифференциация коэффициентов смертности в различных группах районов республики. Полученные данные подтвердили наличие демографического неблагополучия в арктических районах, где зарегистрирован наиболее высокий показатель общей смертности населения – 13,1 на 1000. В данной группе, по сравнению с другими, отмечен более высокий уровень смертности в двух возрастных категориях (молочные трудоспособного возраста и в трудоспособном возрасте), а также превышающая в 1,5 - 2 раза доля умерших мужчин молочной трудоспособного возраста.

Ключевые слова: смертность населения, медико-экономические группы районов.