

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.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE TOTAL POPULATION MORTALITY IN DIFFERENT REGION GROUPS IN THE SAKHA REPUBLIC (YAKUTIA) IN 2010

Summary

To compare mortality in different regions of the Sakha Republic (Yakutia) we used the medical economic zoning model proposed by L.F. Timofeev, V.G. Krivoschapkin (2006), which divides the administrative-territorial units into the Arctic, rural and industrial groups. The year 2010 showed a significant difference in mortality rates in different groups of regions in the republic. The data obtained confirmed the demographic disadvantage of the Arctic regions showing the highest total population mortality rate – 13.1 per 1000. In comparison to the others, this group showed higher mortality rate in two age groups (under working age and working age), with the mortality rate in young men under working age being 1.5-2 times higher than in the others.

Key words: population mortality, medical economic groups of regions.

В различных субъектах Российской Федерации наблюдается дифференциация коэффициентов смертности, что во многом определяется возрастно-половым составом населения, различным уровнем качества оказываемой медицинской помощи, организации системы оказания лечебно-профилактической помощи на конкретной территории. Все больше проявляются территориальные различия в ресурсообеспеченности и показателях деятельности системы лечебно-профилактической помощи. По мнению многих авторов [2-4], в последнее время усилилась региональная вариация показателей здоровья населения. Среди факторов, ее определяющих, неизменными остались только климатогеографические условия и разнообразие природной среды. Увеличивается неравномерность демографического развития, проявляющаяся в дифференциации показателей рождаемости, смертности и миграции на фоне сохраняющихся диспропорций социально-экономического развития. При этом трудно четко дифференцировать регионы на благополучные и неблагополучные, так как отсутствие одних серьезных проблем осложняется наличием других. Вышеуказанные явления в равной степени могут наблюдаться и на уровне отдельных муниципальных образований. Изучение и выявление устранимых причин смерти в отдельных районах (группах районов) может послужить основой при формировании целевых территориальных программ снижения смертности населения с учетом конкретных факторов, определяющих уровень смертности населения на заданной территории.

Целью исследования является проведение сравнительного анализа смертности населения в различных группах районов Республики Саха (Якутия) в 2010 г.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ уровня смертности в арктической, сельской и промышленной группах районов Республики Саха (Якутия) за 2010 г. Использованы статистические данные по смертности территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Саха (Якутия), акты государственной регистрации смерти Управления ЗАГС при Правительстве Республики Саха (Якутия) за 2010 г.

Результаты и обсуждение

Для изучения особенностей смертности населения, проживающего в разных районах Республики

Саха (Якутия), применена методика медико-экономического районирования [6]. Метод основан на использовании параметров, характеризующих социально-экономические (территория, численность населения, численность работников, объем промышленной продукции, среднемесячная зарплата, розничный товарооборот, объем платных услуг населению, ввод жилых домов, обеспеченность населения жильем и т.д.), медико-демографические (рождаемость, смертность, естественный прирост) и особенности территорий с учетом основных показателей общественного здоровья и здравоохранения (обеспеченность медицинскими кадрами, больничными койками, мощность АПУ и т.д.). Таким образом, 35 административно-территориальных единиц республики были разделены на три группы: арктическую, включающую 12 районов/улусов, сельскую (13 районов/улусов) и промышленную (10 районов и городов).

Доля проживающего населения в каждой группе районов в общей численности населения республики существенно различается. Наиболее многочисленной является группа промышленных районов, где проживает 62% всего населения (589 359 чел.); в группе сельских районов (13 районов/улусов) – 30,8% (291 977 чел.), в арктической группе (12 районов/улусов) – 7,2% (68 011).

При сопоставлении численности населения по вышеуказанным группам с общим коэффициентом смертности выявлена обратно пропорциональная связь: наиболее высокий показатель смертности отмечен в самой малочисленной арктической группе районов – 13,1 на 1000 населения, а наиболее густонаселенные промышленные районы отличаются сравнительно низким коэффициентом смертности – 9,4.

Во всех 12 районах арктической группы общий коэффициент смертности превышает средний республиканский показатель (9,8), составляя от 10,3 до 15,7 на 1000 населения. Особо обращают внимание следующие районы, где отмечены наиболее высокие показатели смертности: Аллаиховский (15,7), Нижнеколымский (15,2), Момский (14,3), Среднеколымский (14,2).

Анализ уровня смертности по возрастным группам выявил некоторые особенности, присущие отдельным группам районов (таблица).

Умершие по возрастным категориям в разных группах районов Республики Саха (Якутия)

Наименование показателей	Арктическая группа		Сельская группа		Промышленная группа	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Всего умерло	890		2946		5566	
В том числе:						
- моложе трудоспособного возраста	33	3,7	97	3,3	94	1,7
- в трудоспособном возрасте	486	54,6	1326	45,0	2598	46,7
- старше трудоспособного возраста	371	41,7	1523	51,7	2874	51,6

Примечание. К населению моложе трудоспособного возраста отнесены лица в возрасте 0-15 лет, трудоспособного возраста – женщины 16-54 лет, мужчины 16-59 лет, старше трудоспособного – женщины 55 лет и старше, мужчины 60 лет и старше.

Представленная характеристика смертности подтверждает наличие серьезной проблемы в состоянии здоровья населения арктических районов, где в сравнении с другими группами имеется больший удельный вес умерших в двух возрастных категориях (моложе трудоспособного возраста (3,7%) и в трудоспособном возрасте – 54,6%). Эту же группу отличает превышающая доля умерших мужчин моложе трудоспособного возраста (4,9% против 3,3 и 2,2), а также мужчин и женщин, умерших в трудоспособном возрасте (66,3 и 34,3% соответственно).

Литература

1. Здоровоохранение в Республике Саха (Якутия): стат. сб. – Якутск, 2011. – 156 с.
2. Комаров Ю.М. Высокая смертность как ведущая причина депопуляции // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2007. - № 5. - С. 4-7.
3. Лисицын Ю.П. Концепция «человеческого капитала»: медико-экономический аспект // Экономика здравоохранения. – 1998. - № 2. – С. 5-9.

Таким образом, если условно принять, что все умершие в трудоспособном возрасте при жизни работали, потери трудовых ресурсов республики в 2010 г. составили: в арктической группе районов – 54,6%, в сельской – 45,0%, в промышленной – 46,7%. Преждевременная смерть лиц моложе трудоспособного возраста определила потери потенциальных работников: в арктической группе – 3,9%, в сельской – 3,3%, в промышленной – 1,7%.

Выводы

1. Проведенное исследование выявило серьезность ситуации по общей смертности населения в арктических районах Республики Саха (Якутия), коэффициент которой значительно превышает аналогичные показатели по другим районам (в 1,4 раза больше, чем в промышленных, и в 1,3 раза, чем в сельских).
2. Демографические потери заключаются не только в уменьшении численности населения, но и в определенном экономическом ущербе, поскольку население представляет собой самый важный ресурс, является основой экономического роста. С этой точки зрения экономические аспекты смертности населения требуют всестороннего исследования для обоснования объема необходимых инвестиций в развитие здравоохранения в целом и на отдельных территориях, в частности.

4. Медик В.А. Роль здравоохранения в реализации концепции демографической политики на региональном уровне // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. - № 2. – С. 6.
5. Смертность населения Республики Саха (Якутия) в 2010 г.: стат. сб. – Якутск, 2011. – 184 с.
6. Тимофеев Л.Ф., Кривошапкин В.Г. Здравоохранение территорий с низкой плотностью населения. – Якутск, 2006. – С.109-137.

Координаты для связи с авторами: Иванова Альбина Аммосовна – канд. мед. наук, доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии с курсом скорой медицинской помощи Института последипломного обучения врачей СВФУ им. М.К. Аммосова, тел.: +7-924-762-2916, e-mail: iaa_60@mail.ru; *Апросимов Леонид Аркадьевич* – канд. мед. наук, директор Института последипломного обучения врачей СВФУ им. М.К. Аммосова; *Потапов Александр Филиппович* – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии с курсом скорой медицинской помощи Института последипломного обучения врачей СВФУ им. М.К. Аммосова; *Тимофеев Леонид Федорович* – доктор мед. наук, профессор Института последипломного обучения врачей СВФУ, зам. директора НИИ здоровья СВФУ им. М.К. Аммосова.

