

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ, ОТРАЖАЮЩИЙ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

© 2015 Загидуллина Венера Мансуровна

© 2015 Рыжова Ася Сергеевна

магистр

Казанский (Приволжский) федеральный университет
420008, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Кремлевская, д. 18
E-mail: efahr@mail.ru

Рассмотрены факторы, влияющие на качество жизни женщин. Особое внимание уделено здоровью женщин, а именно материнской смертности. Проведен анализ материнской смертности в Российской Федерации.

Ключевые слова: качество жизни женщин, здоровье женщин, вопросник оценки показателей качества жизни женщин, материнская смертность.

На сегодняшний день особое внимание уделяется изучению качества жизни женщин как зарубежными, так и отечественными авторами. Большой интерес к данной теме исследования связан с тем, что термин “качество жизни” выходит за пределы экономики, так как охватывает все сферы общества, которые заключают в себе жизнь людей. Соответственно, качество жизни можно отнести к социологической категории.

Рассматривая понятие качества жизни женщин, необходимо выделить две стороны: объективную и субъективную. Критерием объективной оценки качества жизни служат научные нормативы потребностей и интересов людей, по соотношению с которыми можно объективно судить о степени удовлетворения этих потребностей и интересов. Однако потребности и интересы людей индивидуальны и степень их удовлетворения могут оценить только сами субъекты. Они не фиксируются какими-либо статистическими величинами и практически существуют лишь в сознании людей и, соответственно, в их личных мнениях и оценках. При этом возможно использовать два подхода:

- выявляя структуры потребностей и интересов у женщин, составлять сводный перечень показателей;

- группировать показатели качества жизни женщин по сферам жизни в соответствии со структурой самих процессов их жизни, с последующим синтетическим обобщением.

Второй подход является предпочтительным. Однако для более детального анализа аналитического подхода необходимо оценить каждую из основных сфер. К таким сферам можно отнести:

- трудовую жизнь;
- сферу развития способностей женщин;
- семейную жизнь;
- быт и поддержание здоровья;
- жизнь нетрудоспособных женщин;
- досуг;
- окружающую среду;
- жизнь в экспериментальных экономических ситуациях.

Каждая из перечисленных сфер характеризуется специфическими составными элементами, требующими качественной оценки сложной и обширной структуры.

Необходимо отметить, что забота о будущем оказывает сильное влияние на практические цели и представляет собой особую сферу жизни людей. Специфические социальные проблемы женщин в настоящее время значительно обострились и проявляются в виде повышенной тревожности, беспокойства, страха, ощущения неопределенности, связанных с предстоящей беременностью, родами, благополучием семьи, здоровьем ребенка и т.д.

Современная наука уделяет внимание проблемам низкого уровня соматического и репродуктивного здоровья женщин. Воздействие на здоровье женщин не ограничивается наличием только медицинских причин¹.

На здоровье женщин действует комплекс социально-экономических, общественно-политических, экологических и других факторов, среди которых: материальное обеспечение, уровень культуры, национальные привычки, жилищные условия, питание, внутрисемейные отношения, обеспечение медицин-

ской помощью и другие факторы, влияющие тем или иным образом на качество жизни женщин².

Начальной точкой отсчета изучения качества жизни, связанного со здоровьем, принято считать середину прошлого века³.

Традиционное определение эффективности любых программ и мероприятий по охране здоровья женщин связано с использованием медицинских показателей, т.е. количественных критериев. Однако такой подход не отражает значимости психоэмоциональных и социальных аспектов восприятия “внутренней картины болезни” и имеет физиологический уклон, базирующийся на данных лабораторного и инструментального исследования⁴.

Таким образом, в настоящее время традиционные методы оценки здоровья российских женщин не соответствуют современной трактовке здоровья, подразумевающей полное физическое, социальное и психологическое благополучие, что побуждает к исследованию интегральной характеристики физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, это относится к ряду основных прикладных задач социологии медицины⁵.

Во многих странах главным методом определения качества жизни является стандартизированное интервьюирование с помощью вопросников. В мировой практике для оценки качества жизни женщин разработаны специальные англоязычные вопросники, которые используются в зарубежных клиниках как для оценки качества жизни женщин с различными гинекологическими заболеваниями, так и для оценки качества жизни женщин с определенной патологией⁶.

Среди специальных вопросников, оценивающих качество жизни женщин, хорошим инструментом для определения эмоционального и физического здоровья женщин различного возраста стал вопросник женского здоровья - Women's Health Questionnaire - WHQ (автор - M. Hunter). WHQ является самым востребованным вопросником оценки показателей качества жизни женщин⁷. Данный опросник позволяет оценивать состояние здоровья женщин не столько по физическим, “количественным” показателям, сколько комплексно, в сочетании с оценкой психоэмоционального и социального статуса женщин.

Невозможно не затронуть вопрос о курении. Распространенность курения как важнейшего поведенческого фактора риска различных заболеваний среди женщин увеличивается. Курение табака соответствующим образом связано с низкими показателями качества жизни.

По информации Роспотребнадзора, за последние 20 лет количество курильщиков в стране увеличи-

лось на 440 тыс. чел. Так, в возрасте 15-19 лет курят 40 % юношей и 7 % девушек, при этом в день они выкуривают в среднем 12 и 7 сигарет в день, соответственно. Если представить эти данные в абсолютных числах, то окажется, что в России курят более 3 млн подростков: 2,5 млн юношей и 0,5 млн девушек.

На сегодняшний день одним из основных критериев, определяющих цивилизованность страны, является материнская смертность.

Несмотря на то, что большинство специалистов считают материнскую смертность интегральным показателем здоровья женщин и отражающим популяционный итог взаимодействий экономических, экологических, культурных, социально-гигиенических и медико-организационных факторов, мы выделяем статистику материнских потерь как качество работы медицинских учреждений, а также эффективность внедрения научных достижений в практику здравоохранения.

Материнская смертность является одной из составляющих общего коэффициента смертности. Из-за невысокого уровня она не оказывает заметного влияния на демографическую ситуацию в целом, однако является одной из основных характеристик в оценке организации работы службы родовспоможения.

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 стран⁸.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ термин “материнская смертность” включает все случаи смерти женщин, обусловленной беременностью, независимо от ее продолжительности и локализации, наступившей во время беременности или в течение 42 дней после ее завершения от состояния, связанного с беременностью, отягощенного ею или ее ведением, кроме несчастных случаев или случайно возникших обстоятельств.

Из вышеприведенных данных по материнской смертности в Российской Федерации (см. таблицу) видно, что материнская смертность всего населения за последние 10 лет сократилась на 40 % (среди городского населения наблюдается спад на 45 %, а в селах - на 30 %). Однако сокращение смертности наблюдается с 2010 г., что связано, по нашему мнению, с проведенным саммитом по ЦТР Организации Объединенных Наций в сентябре 2010 г., на котором Генеральный секретарь ООН Пан Ги Мун объявил о “Глобальной стратегии охраны здоровья

Материнская смертность в Российской Федерации за период с 2004-2014 гг.*

Год	Все население		Городское население		Сельское население	
	Всего, чел.	Отношение к предыдущему году, %	Всего, чел.	Отношение к предыдущему году, %	Всего, чел.	Отношение к предыдущему году, %
2004	352	76	242	86,1	110	60,4
2005	370	105,1	238	98,3	132	120
2006	350	94,6	203	85,3	147	111,4
2007	354	101,1	200	98,6	154	104,8
2008	354	100	246	123	108	70,1
2009	388	110	231	93,9	157	145,4
2010	295	76	192	83,1	103	65,6
2011	291	98,6	192	100	99	96,1
2012	219	75,3	144	75	75	75,8
2013	215	98,2	131	91	84	112
2014 ²⁾	210	97,7	133	101,5	77	91,7

* Федеральная служба государственной статистики России. URL: www.gks.ru.

женщин и детей”, направленной на спасение жизни более чем 16 млн женщин и детей на протяжении последующих 4 лет. ВОЗ работает с партнерами над достижением этой цели⁹.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в регионах с высокоразвитой экономикой уровень материнской смертности составляет в среднем 14 случаев на 100 тыс. живорожденных, а в регионах с развивающейся экономикой - 290, достигая в отдельных странах более 1000 случаев материнской смертности на 100 тыс. живорождений. При этом среднемировой показатель составляет 260. Данные показатели подтверждают многофакторную зависимость, а именно социально-экономическую детерминированность¹⁰.

Во многих исследованиях российских ученых, проведенных в области качества жизни женщин, именно здоровье женщин рассматривается как один из важнейших показателей. Среди главных медицинских факторов, определяющих высокий уровень материнской смертности в развивающихся странах, В.Е. Родзинский выделяет: частые беременности с коротким интергенетическим интервалом, плохие санитарно-гигиенические условия, отсутствие адекватной дородовой диагностики, плохое медицинское просвещение населения, недостаток медикаментов, высокую общую заболеваемость населения, дефекты питания и, что наиболее важно, отсутствие поддержки со стороны государства (важнейший фактор в условиях слаборазвитой страны)¹¹.

Следовательно, наиболее актуальным методом борьбы с материнской смертностью является оценка уровня смертей на региональном уровне, которая послужит основой для выработки приоритетных мероприятий, позволяющих значительно сократить показатели материнской смертности в стране. Необходимо учитывать экономические, культурно-обра-

зовательные, социально-гигиенические и медико-организационные особенности страны или региона, что позволит целенаправленно распределять финансовые средства мирового сообщества, выделяемые для борьбы с материнскими потерями.

¹ Гридин Л.А. Общественное здоровье как показатель благополучия и стабильности общества // Российский медицинский журнал. 2001. №3. С. 9-12.

² См.: Шевелева Г.А. Влияние курения на здоровье женщин и детей // Акушерство и гинекология. 1998. № 6. С. 46-51; Шевченко Ю.Л. Качество жизни в кардиологии // Вестн. РВМА. 2000. Т. 9. С. 5-15.

³ Chevallet L. Linguistic validation of the Women's Health Questionnaire into Finnish // Quality of Life Newsletter. 2000. Vol. 24. P. 16.

⁴ Лисицын Ю.П. Общественное здоровье: стратегия развития // Общественное здоровье: стратегия развития в регионах Сибири : материалы региональной науч.- практ. конф. Новосибирск, 2002. С. 19-21.

⁵ Урсул А.Д. Переход России к устойчивому развитию. Ноосферная стратегия. Москва, 1999.

⁶ Chihal H.J. A cross-sectional survey evaluating quality of life in menopausal women on estrogen replacement therapy: Effect of product formulation // Today's Therapeutic Trends. 2002. Vol. 20. P. 269-282.

⁷ Leighton Reid J. The new era of quality of life assessment. Dordrecht, 1993. P. 134-137.

⁸ Conde-Agudelo A., Belizan J.M., Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2004. P. 342-349.

⁹ Ban K. The Global Strategy for Women's and Children's Health. New York, 2010.

¹⁰ Фахрутдинова Е.В., Ягудин Р.Х. Качество жизни населения и демографическая ситуация: диалектика взаимодействия // Экономические науки. 2011. № 85. С. 88-93.

¹¹ Родзинский В.Е. Репродуктивное здоровье женщин России // Экология и жизнь. URL: <http://www.ecolife.ru/zhurnal/articles/6762>.