

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Е.М. Приступа

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

В статье приводятся результаты изучения репродуктивного поведения, здоровья женщин, проживающих в сельской местности, и различий в качестве оказания акушерско-гинекологической помощи на сельских врачебных участках с разным квалификационным уровнем специалистов. Исследование показало достоверные различия в репродуктивном поведении сельских жительниц.

Ключевые слова: здоровье женщин, репродуктивное поведение, сельская местность.

Одним из основных принципов организации акушерско-гинекологической помощи сельскому населению является ее этапность.

Первый этап - сельский врачебный участок, который включает фельдшерско-акушерские пункты (доврачебная медицинская помощь), гинекологический кабинет (амбулаторная первичная медико-санитарная помощь), участковая больница (стационарная первичная медико-санитарная помощь).

Второй этап - районные учреждения, основным из которых является ЦРБ (первичная медико-санитарная помощь), включающая в себя женскую консультацию, акушерско-гинекологические отделения стационара.

Третьим этапом в организации гинекологической помощи являются областные учреждения, в том числе клинические кафедры акушерства и гинекологии медицинских ВУЗов, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь [2].

Значительную роль в решении проблем акушерско-гинекологической помощи играют кадры, что является острой проблемой сельского здравоохранения. Обеспеченность медицинским персоналом на селе значительно ниже, чем в городе. Причиной тому служат тяжелые условия труда и быта, высокая профессиональная ответственность при крайне низкой заработной плате. По данным отечественных исследований общее число врачей акушеров-гинекологов на 10 000 женского населения в целом по России остается практически неизменным - 5,1 (О.Г. Фролова, В.И. Кулаков). Вместе с тем сохраняется тенденция сокращения, как абсолютного числа акушерок, так и относительного показателя обеспеченности населения данной категорией специалистов: 2001 г. - 67,8 тыс. акушерок или 8,8 акушерок на 10 000 женщин, 2005 г. - 65,2 и 8,5, соответственно [1,3,4].

Специализированные виды медицинской помощи в городских учреждениях сельским жителям малодоступны, в том числе из-за удаленности и дороговизны поездок, а также платности медицинских услуг. Не всегда четко и эффективно налажена работа выездных акушерско-гинекологических бригад, сформированных из специалистов районного или областного центра.

Материалы и методы

Исследование проводилось нами в Рязанском районе Рязанской области на двух врачебных участках: Подвязьевском (далее - участок 1) и Реткинском (далее - участок 2). Удаленность от областного центра - г.Рязани - обоих сельских участков составляет 25 км. На обоих участках имеются участковые больницы. На участке 1 нет акушера-гинеколога, прием женщин ведет акушерка, организована выездная помощь врачей-специалистов из Рязанской ЦРБ. На участке 2 работает врач акушер-гинеколог.

Нами изучалось здоровье, репродуктивная функция и репродуктивное поведение сельских жительниц, получающих акушерско-гинекологическую помощь на участках 1 и 2. Нами проведено анкетирование-интервьюирование здоровых женщин, проходивших профосмотр, а также гинекологических больных. Всего в ходе пилотного исследования нами

было собрано и обработано 402 анкеты, из которых 204 заполнили респонденты с участка 1 и 198 - с участка 2.

Анкета состоит из 56 вопросов, включает общую часть (возраст, социальный статус, уровень дохода и т.д.); специальную часть (акушерско-гинекологический анамнез, жалобы и т.д.); раздел, заполняемый врачом акушером-гинекологом (акушеркой).

Женщины с участка 1 наблюдались у гинеколога ЦРБ (57,8%); у акушерки ФАП и в участковой больнице наблюдались 30,9% респондентов; 11,3% - не наблюдались. Женщины с участка 2 посещали в основном акушера-гинеколога участковой больницы (78,3%); акушера-гинеколога ЦРБ - 7,1%; акушерку ФАП - 1,5%; не наблюдались - 13,1%.

По возрасту опрошенные женщины распределялись следующим образом: 15-49 лет (фертильный возраст) - 41,8%, 50-59 лет (переходный возраст) - 23,6%, старше 60 лет (пожилой возраст) - 34,6% (рис. 1).

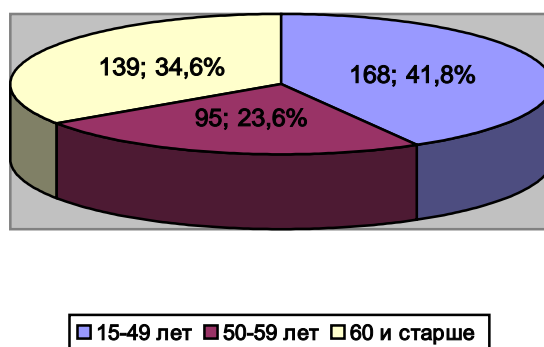


Рисунок 1. Распределение респондентов по возрасту

Состояли в браке более половины (56,2%), более четверти - вдовы (26,4%), разведены - 11,4 %, никогда не состояли в браке 6,0% обследуемых. Среди вдов более трех четвертей (75,5%) - лица 60 лет и старше.

С детьми проживают 18,4% обследуемых, с мужем - 26,6%, с мужем и детьми - 26,1%, с иными членами семьи - 7,0 %, одиноки - 21,9% женщин. Среди одиноких большинство в возрасте 60 лет и старше (69,3%). Т.е. каждая вторая пожилая женщина одинока (43,2% по отношению к общему количеству женщин в возрасте 60 лет и старше). Работающие - 46,3% женщин, на пенсии - 41,5%, домохозяйки - 10,2%, учащиеся - 2,0%.

Результаты и их обсуждение

В ходе пилотного исследования установлено, что более половины сельских женщин (56,0%) имеют доход на одного человека в семье менее одного прожиточного минимума (далее - ПМ), 39,8% респондентов определили доход как 1-2 ПМ на одного члена семьи, 4,0% - 2-3 ПМ и 0,2% - 3-4 ПМ (в соответствии с постановлением Правительства Рязанской области от 20.01.2010 на 4 квартал 2009 года установлена величина прожиточного минимума на душу населения в размере 4868 рублей, в т.ч. для трудоспособного населения - 5270 рублей). Большой удельный вес женщин с уровнем дохода до 1 ПМ в возрастной группе 60 лет и старше (66,9%), в возрастной группе 50-59 лет таковых 46,3%. Важно, что каждая вторая женщина репродуктивного возраста имеет среднедушевой доход в семье ниже прожиточного минимума - 52,4% .

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза выявлены различия в репродуктивном поведении, применении средств контрацепции и абортном поведении сельских жительниц 1-го и 2-го участков.

Установлено, что 68,1 % женщин с 1 участка имели в анамнезе аборт, причем свыше половины из них - более трех аборт. Пациенток с участка 2 с абортами в анамнезе значительно меньше - 46,5%, из них лишь около четверти имели 3 и более аборт в анамнезе.

Отметим, что 46,3% женщин репродуктивного возраста с участка 1 не предохраняется от нежеланной беременности и почти половина из них (43,0%) - по причине низкой информированности о средствах контрацепции. На участке 2 доля женщин репродуктивного возраста, не использующих средства контрацепции, составляет всего 14,8%. Можно

предположить, что акушер-гинеколог более квалифицированно и последовательно проводит санитарно-просветительскую работу по вопросам контрацепции, профилактике аборт, чем средний медицинский работник, работающий на участке 1, несмотря на периодическую выездную помощь врачей-специалистов Рязанской ЦРБ.

Выявлено, что регулярно посещают акушера-гинеколога (акушерку) 71,7% женщин с участка 2, в то время как на участке 1 - 54,9%. В то же время на обоих участках наиболее редко посещают акушера-гинеколога (акушерку) пожилые пациентки - менее половины женщин старше 60 лет наблюдаются регулярно (48,0% и 45,5% на участках 1 и 2 соответственно).

Укажем наиболее частые причины нерегулярного посещения женщинами акушера-гинеколога (акушерки): отсутствие жалоб (35,8%), визит к врачу требует дальней поездки (27,6%) и отсутствие времени (14,8%). Кроме того, не считают регулярный осмотр обязательным 17,6% респондентов. На варианты «удалена матка», «стесняюсь», «неудовлетворенна квалификацией медперсонала» пришлось по 1,4%.

Гинекологическая заболеваемость на обоих участках составила $353,2 \pm 23,8$ на 1000 женщин. В структуре преобладают миома матки (42,3%) и пролапс гениталий (33,8%) (рис. 2).

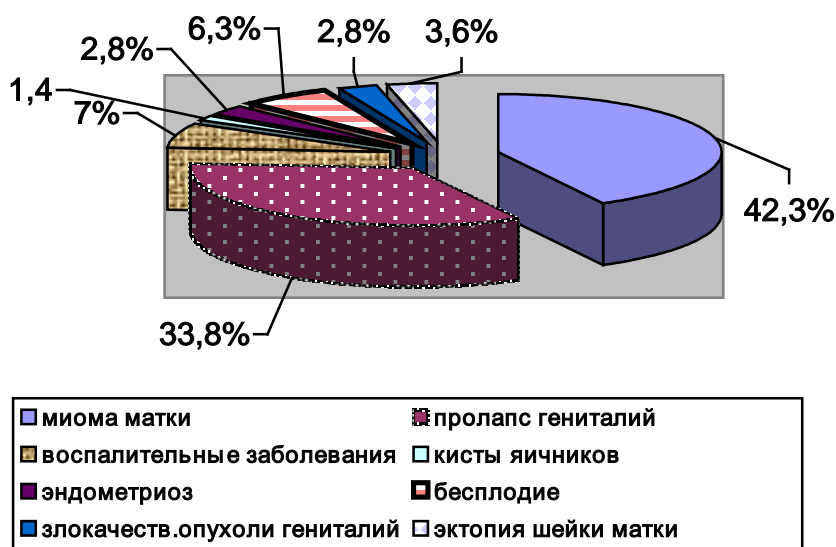


Рисунок 2. Структура гинекологической заболеваемости

Однако уровень заболеваемости на 1 участке выше, чем на 2-м – $432,0 \pm 35,0$ и $273,0 \pm 32,0$ на 1000 женщин соответственно на 1 и 2 участках ($p = 0,001$). В то же время, на диспансерном учете состоят 13,2% женщин с участка 1 и 23,2% с участка 2.

В ходе опроса установлено, что «гинекологические жалобы» имеют 58,3% и 27,3% женщин соответственно на участках 1 и 2. Тем не менее, анализ амбулаторных карт показал, что 44,8% пациенток участка 1, признанных здоровыми, имеют «гинекологические жалобы».

Анализ применения за последние 5 лет современных диагностических методов исследования у изучаемых контингентов женщин показал более часто их использование на участке 2. Так, цитологическое исследование мазков на атипичские клетки проводилось у 84,3% и 98,5% респондентов на участках 1 и 2 ($p = 0,001$), УЗИ - у 73,5% и 85,6% соответственно ($p = 0,003$).

Известно, что рак молочной железы на протяжении 10 лет является наиболее частой злокачественной опухолью половых органов у женщин [1,5]. Несмотря на это, маммография как скрининговый метод, применяется на селе недостаточно: только у 41,2% и 56,4% пациенток старше 40 лет на участках 1 и 2 соответственно.

Признаны нуждающимися в стационарном лечении 22,2 % женщин с участка 2, почти все (92,2% из них) получили необходимое лечение в больнице. Госпитализация была необходима 26,0% пациенток с участка 1, однако 41,5% из них отказались от госпитализации. Причины отказа: «в больнице нет бесплатных лекарств» (50,0%), «не считаю госпитализацию обязательной» (31,8%), «семейные обстоятельства» (13,6%), «больница далеко от дома» (4,5%).

При анализе удовлетворенности качеством медицинской помощи установлено, что 100,0% респондентов с участка 2 удовлетворены качеством работы врача акушера-гинеколога (акушерки). Аналогичный показатель на участке 1 ниже (72,1%). Пациентки неудовлетворены грубостью медперсонала (5,2%), его неквалифицированностью (29,9%), большими очередями в больнице (64,9%).

Выводы

Пилотное исследование показало различия в использовании средств контрацепции и репродуктивном поведении сельских жительниц на двух участках. На сельском участке, где оказывается только доврачебная акушерско-гинекологическая помощь, а врачебная помощь обеспечивается выездными бригадами специалистов, женщины реже проходят профилактические осмотры (только 54,9% регулярно посещают акушерку или врача); не предохраняются от нежелательной беременности 46,3 % женщин репродуктивного возраста; две трети респондентов имеет в анамнезе аборт. Почти половина пациенток, нуждающихся в госпитализации, отказываются от нее. Гинекологическая заболеваемость на участке, не обеспеченном постоянным присутствием врача-специалиста, выше, чем на участке, где ежедневный прием ведет врач акушер-гинеколог.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинекология: Национальное руководство. / Под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1088 с.
2. Организация гинекологической помощи женщинам в сельском районе / В.В. Эсаулова и др. // Вопросы организации медицинской помощи женщинам и детям в сельской местности: Сб. науч. тр. - М., 1976. - С. 84-86.
3. Фролова О.Г. О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях / О.Г. Фролова, Е.Н. Николаева // Акушерство и гинекология. - 2004. - 1. - с. 48-49.
4. Фролова О.Г. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы и репродуктивного здоровья / О.Г. Фролова, З.З. Токова // Акушерство и гинекология. - 2005. - 1. - с 3-5.
5. Черенков В.Г. Клиническая онкология / В.Г. Черенков. - М., 1999. - 382 с.

THE PECULIARITIES OF REPRODUCTIVE BEHAVIOR AND HEALTH OF WOMEN LIVING IN THE COUNTRYSIDE

E.M. Pristupa

In this article we can see the results of study of reproductive behavior and health of women living in the countryside and the difference of the quality of obstetric-gynecologic care at the rural health care area with different level of qualification of specialists. The research gave significant differences in reproductive behavior of women living in the countryside.

Key words: women's health, reproductive behavior, the countryside.

Приступа Евгения Михайловна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФПДО ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова Росздрава; empristupa@mail.ru тел: 8-903-693-11-28