

*СТАСЕВИЧ С.М.*

## **Социальные факторы беременности**

*БГМУ*

В работе определяются социальные факторы, воздействующие на репродуктивное здоровье женщин, а также проанализировано их влияние на состояние физиологического, психологического и социального благополучия в период беременности.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, социальные факторы, психологический статус, плановая беременность.

Под репродуктивным здоровьем, в соответствии с рекомендациями Программы действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (Каир, 1994), подразумевается состояние полного физического и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний репродуктивной системы, нарушения ее функций и/или процессов в ней.(2)

Репродуктивное здоровье как категория здоровья общественного является одним из основных критериев эффективности социальной и экономической межведомственной политики государства, фактором национальной безопасности. Ухудшающееся состояние соматического здоровья населения и рост патологии органов репродуктивной системы в сочетании с демографическим кризисом объясняют повышенное внимание многих исследователей к репродуктивному здоровью. (1) Социальная обусловленность процессов репродукции объясняет вовлечение в решение проблем репродуктивного здоровья научного сообщества на всем постсоветском пространстве, в частности социологов.

Наиболее ярко весь спектр социальных проблем, влияющих на репродуктивные установки женщины, проявляется в период беременности, так как именно в данный период изменяется жизненный мир женщины. В период ожидания ребенка обостряются все противоречия, обусловленные воздействием социальной среды на женщину, это и гендерная дискриминация на рынке труда, и потеря экономической самостоятельности, и вынужденный отказ от участия в общественной жизни, и изменения во внутрисемейных отношениях. (4,7)

Статус беременных женщин может содержать в себе сразу несколько социальных ролей. Это роль жены, роль дочери, роль домохозяйки, роль профессионального работника, роль пациентки женской консультации, роль современной женщины, роль будущей матери, обязанной уже сейчас проявлять заботу о еще не родившемся ребенке. Часто у беременной женщины возникают межролевые конфликты, связанные, прежде всего, с двойной занятостью на работе и дома, необходимостью выбора между продолжением карьеры и здоровьем малыша. Особенно значимым для женщины является конфликт, между ролью будущей матери и ролью жены, в процессе которого происходит смещение ролевого набора беременной женщины в пользу роли будущей матери. В результате возникают осложнения внутри малой группы, приводящие к семейному кризису, часто отмечаемому большинством специалистов, занимающихся данной проблематикой. (3,5)

Вопросы влияния социума на репродуктивные установки женщины, состояние ее здоровья в период ожидания ребенка входят в предметную сферу многих наук – демографии, социологии, медицины, социальной психологии и др.

Сегодня для проведения эффективной политики в области стимулирования репродуктивного поведения необходимо учитывать всю совокупность социальных и

медицинских параметров жизненного мира женщин как до, так и после рождения ребенка.  
(6)

Среди социальных факторов, воздействующих на репродуктивное поведение женщины, ее здоровье и рождение здорового ребенка, существуют более и менее значимые. Наиболее значимым является фактор социальной поддержки со стороны ближайшего окружения, семьи или малой группы, в которой происходит понимание и принятие женщиной ее новой социальной роли – роли матери.

По данным литературы ощущается явная нехватка исследований, которые давали бы комплексную оценку влияния социума на репродуктивные установки женщины, анализировали ее социальный статус в период ожидания ребенка, выявляли особенности адаптации к социально-ролевой функции матери.

С учетом выше изложенного целью исследования явилось определить социальные факторы, воздействующие на репродуктивное здоровье женщины, а также проанализировать их влияние на состояние физиологического, психологического и социального благополучия в период беременности.

#### Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ биологических, социальных факторов, влияющих на течение беременности и родов у 100 женщин в возрасте 18-30 лет, родоразрешившихся на базе УЗ «1 ГКБ» г. Минска за период 2008 – 2009 гг. Группа беременных в возрасте 18-30 лет отобрана из 2000 историй родов за данный период путем 10% выборки. Выборка проводилась механическим бесповторным отбором, т.е. отбиралась каждая 10-я история родов.

Для самооценки здоровья проведено анкетирование 84 беременных в сроке гестации 39-40 недель за период: январь-март 2010г., находившихся на лечении в отделении патологии беременных УЗ «1ГКБ».

#### Результаты и обсуждения

Социальное положение обследованных женщин представлено в таблице 1.

#### Таблица 1

Социальное положение беременных активного репродуктивного возраста

| Социальный статус             | Количество | Проценты |
|-------------------------------|------------|----------|
| <i>Характер труда</i>         |            |          |
| Тяжелый физический            | 27         | 27       |
| Легкий физический             | 7          | 7        |
| Умственный                    | 49         | 49       |
| Связанный с профвредностями   | 27         | 27       |
| Не работали                   | 17         | 17       |
| <i>Образование</i>            |            |          |
| Высшее                        | 29         | 29       |
| Среднее                       | 70         | 70       |
| <i>Материальное положение</i> |            |          |
| Удовлетворительное            | 62         | 62       |
| Ниже базального уровня        | 38         | 38       |
| <i>Состоит в браке</i>        |            |          |
| Зарегистрированном            | 81         | 81       |
| Гражданском                   | 16         | 19       |
| Одинокая                      | 3          | 3        |
| <i>Жилье</i>                  |            |          |
| Имеет отдельную квартиру      | 21         | 21       |
| Живет с родителями            | 65         | 65       |
| Снимает жилье                 | 14         | 14       |

Анализ показал, что среди трудоспособных женщин 17 % не работали, трудовая деятельность у многих связана с неблагоприятными условиями труда (тяжелый физический труд – 27%) и с профвредностями – 27%. Профвредности входили в подгруппы с различным характером труда и учитывались отдельно.

Несмотря на то, что почти все беременные (99 %) имели среднее и высшее образование, их прожиточный уровень был низким. Только 21 % имели отдельную квартиру, остальные проживали с родителями или снимали жилье, что соответственно могло отразиться на семейных отношениях. Неблагоприятной социальной средой является также незаконные брачные отношения у 19 % женщин.

Неблагоприятные социальные условия жизни несомненно оказывают значительное влияние на психологический статус, в частности, на готовность семей выполнить репродуктивную функцию (табл. 2). Результаты проведения, в таблице свидетельствуют, что плановая беременность в несколько раз протекает более благоприятно, чем случайная, что положительно отражается на состоянии здоровья новорожденных.

Таблица 2

Психологический статус семьи по отношению к беременности

| Психический статус                      | Количество | Проценты |
|---|------------|----------|
| <b>Беременность</b>                     |            |          |
| Плановая                                | 58         | 58       |
| в связи с отпуском или работой          | 14         | 14       |
| прием витаминов и микроэлементов        | 42         | 42       |
| Случайная                               | 42         | 42       |
| <b>Отношение к беременности</b>         |            |          |
| Положительное                           | 76         | 76       |
| Сомнительное                            | 24         | 24       |
| <b>Готовность к материнству</b>         |            |          |
| Сомнительная                            | 24         | 24       |
| Мужа (не готов)                         | 21         | 21       |
| Родственники (не готов)                 | 24         | 24       |
| <b>Перенесенные стрессовые ситуации</b> |            |          |
| До беременности                         | 21         | 21       |
| Во время беременности                   | 49         | 49       |

Из таблицы видно, что 24 % беременных и их родственников не были готовы к рождению ребенка и отношение к беременности у них было сомнительным. Только 58 % семей планировали наступление беременности с учетом времени зачатия, некоторые (14 %) это связывали с отпуском и работой. Эта группа женщин была заинтересована в беременности, ее сохранении и рождением здорового ребенка. Они регулярно посещали врача, выполняли его указания, принимали витаминно-минеральные добавки.

Не готовность супружеской пары и ее родственников к беременности приводило к случайному ее возникновению и множеству стрессовых ситуаций, что могло неблагоприятно отразиться на течении беременности и развитии плода.

Представляет определенный интерес сравнение данных количества осложнений беременности и состояния здоровья новорожденных при плановой и случайной беременности (табл. 3).

Таблица 3

Особенности течения беременности, раннего неонатального периода у новорожденных при плановой и случайной беременности

| Осложнения                               | Плановая  |      | Случайная |      |
|--|-----------|------|-----------|------|
|  | к-во      | %    | к-во      | %    |
| <b>У беременных</b>                      | <b>58</b> |      | <b>42</b> |      |
| гестоз                                   | 3         | 5,2  | 12        | 28,6 |
| ОРВИ                                     | 9         | 15,5 | 27        | 64,3 |
| кольпит                                  | 13        | 22,4 | 27        | 64,3 |
| угроза прерывания                        | 12        | 20,7 | 27        | 64,3 |
| многоводие                               | 1         | 1,7  | 3         | 7,1  |
| хроническая плацентарная недостаточность | 16        | 27,6 | 33        | 78,6 |
| СЗРП                                     | 2         | 3,4  | 3         | 7,1  |
| <b>У новорожденных</b>                   | <b>58</b> |      | <b>42</b> |      |
| рениг, конъюнквит                        | 1         | 1,7  | 3         | 7,1  |
| дыхательная недостаточность              | 1         | 1,7  | 5         | 11,9 |
| синдром повышенной нервной возбудимости  | 2         | 3,4  | 7         | 16,7 |
| церебральная ишемия                      | 9         | 17,3 | 15        | 35,7 |
| врожденные пороки развития               | 2         | 3,4  | 1         | 2,4  |
| врожденная пневмония                     | 0         | 0    | 1         | 2,4  |

Плановая беременность значительно улучшает течение беременности и состояние новорожденных в раннем неонатальном периоде.

Проведенная самооценка состояния здоровья у 84 беременных в зависимости от положительного или отрицательного отношения к материнству (табл. 4) свидетельствует, что как здоровье, так и работоспособность значительно ухудшается при случайной беременности.

Таблица 4  
Самооценка состояния работоспособности и здоровья при плановой и случайной беременности

|                   |                        | Беременность плановая |      | Беременность случайная |      |
|-------------------|------------------------|-----------------------|------|------------------------|------|
|                   |                        | к-во                  | %    | к-во                   | %    |
| Работоспособность | Не изменилась          | 11                    | 37,0 | 15                     | 28,2 |
|                   | Снизилась              | 17                    | 55,9 | 28                     | 51,3 |
|                   | Резко снизилась        | 2                     | 7,1  | 11                     | 20,5 |
| Здоровье          | Здорова                | 16                    | 51,7 | 21                     | 38,9 |
|                   | Частично ухудшилось    | 11                    | 38,5 | 23                     | 42,6 |
|                   | Значительно ухудшилось | 3                     | 9,8  | 10                     | 18,5 |

## Выводы

1. Социальный статус имеет большое значение в формировании семейного отношения к материнству и психологической поддержке родителей и общества, что способствует наступлению плановой беременности с ее более благоприятным течением для матери и плода.
2. Плановая беременность, по сравнению со случайно возникшей, протекает более благоприятно с меньшим числом осложнений, способствует рождению более здоровых детей с сокращением здоровья и работоспособности матери.

## Литература

1. Можейко, Л. Ф. Репродуктивное здоровье: проблемы и возможности / Л. Ф. Можейко, В. Л. Силава, Л. И. Матуш // Минск, 2001. № 4. С. 2–5.
2. Мороз, И. Н. Республиканская научно-практическая конференция «Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию» (27.11–29.11.2003 г.): сб. тез. / И. Н. Мороз, Л. П. Плахотя. Минск, 2003. С. 145–146.
3. Немировская, Ю. В. Особенности социального статуса беременных женщин в современной России / Ю. В. Немировская // Вестник Тамбовского университета. Серия Гуманитарные науки. Тамбов, 2007. Вып. 2 (46). С. 77–79.
4. Немировская, Ю. В. Факторы адаптации беременной женщины к социальной роли матери / Ю. В. Немировская // Вестник Саратовского государственного технического университета. Саратов: Из-во СГТУ, 2007. № 1. С. 215–219.
5. Репродуктивное здоровье: проблемы и возможности / Фонд ООН в области народонаселения, Министерство здравоохранения Республики Беларусь. Минск, 2001. № 1. С. 4.
6. Чижова, В. М. Социальная работа и клиническая психология – помогающие профессии в сфере здравоохранения / В. М. Чижова [и др.] // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2006. № 4. С. 54–57.