



УДК 618.2:614.1:378.17

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

ФОРМИРОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН В ШКОЛАХ МАТЕРИНСТВА

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

Резюме

Нами проведен анализ репродуктивного поведения 278 женщин, посещавших школу материнства, составивших основную группу (ОГ), и 250 женщин, не посещавших ее, составивших группу сравнения (ГС), за период 2006-2009 гг. Использован метод анкетирования, интервьюирования и выкопировки данных карт индивидуального наблюдения беременных и родильниц. Наряду с влиянием экономических стимулов, гарантированных государством, установлено влияние перинатального образования на увеличение частоты вторых родов в 2 раза ($p < 0,001$), в оптимальный межгестационный интервал в 2,5 раза чаще ($p < 0,001$), чем в ГС, при высоком уровне удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи при диспансерном наблюдении в сравнении с ГС ($p < 0,001$), и в период пребывания в учреждениях вспоможения ($p < 0,001$), при отсутствии проблем при уходе за новорожденным ($p < 0,001$) и грудном вскармливании ($p < 0,001$).

Ключевые слова: школа материнства, перинатальное образование, рождаемость, демографические показатели.

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

FORMATION OF REPRODUCTIVE BEHAVIOUR OF WOMEN AT MOTHERHOOD SCHOOLS

The Far Eastern state medical university, Khabarovsk

Summary

We analyzed the reproductive behavior of 278 women who attended the school of motherhood, the main group (MG), and 250 women who did not attend it, formed the control group (CG) for the period 2006-2009. We used method of questioning, interviewing and copying data cards of individual monitoring pregnant and postpartum women. Along with the effect of economic incentives guaranteed by the state, the influence of perinatal education to increase the frequency of the second birth to 2-times ($p < 0.001$), the optimal interval between pregnancies in 2.5 times more likely ($p < 0.001$) than in the CG with a high level of satisfaction of quality of care for medical observation, compared with CG ($p < 0.001$), and the period of stay in institutions of helps ($p < 0.001$), and there are no problems in the care of the newborn ($p < 0.001$), and breastfeeding ($p < 0.001$).

Key words: motherhood school, prenatal education, fertility, demographic indicators.

Вторая половина первого десятилетия XXI в. ознаменовалась заметным улучшением демографической ситуации по основным демографическим показателям. В последние годы продолжается работа по реализации основных положений национального проекта "Здоровье". В проекте "Здоровье" наряду с мерами

экономического, социального и медицинского воздействия на показатели рождаемости большое внимание уделено вопросам организации школ здоровья. В этом аспекте важная роль отводится школам материнства, призванным оказывать неоценимую помощь на этапе вынашивания беременности, информировать женщин

о роли многих медицинских обследований и манипуляций, вести пропаганду здорового образа жизни, готовить к проведению партнерских родов, родов с адекватной анестезией, подготовить женщину к уходу за новорожденным, акцентировать важную роль грудного вскармливания. В конечном итоге перинатальное воспитание, полученное будущими родителями в материнской школе, способствует проведению мягких родов, направлено в целом на укрепление семьи и ориентирует супружескую пару на стимулирование вторых, третьих и последующих рождений [1-3, 5].

Цель настоящего исследования - показать роль перинатального воспитания в школах будущих мам в формировании репродуктивного поведения женщин, которое наряду с государственными мерами экономического стимулирования рождаемости положительно влияет на воспроизводство населения.

Материалы и методы

Исследование проводилось методом многоступенчатого отбора с использованием сплошного и выборочного методов наблюдения.

На первом этапе исследования проанализированы демографические показатели в Российской Федерации, Дальневосточном федеральном округе, а также данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации за 2002-2011 гг. и официальной статистической отчетности в г. Хабаровске.

На втором этапе объектом исследования являлись беременные, роженицы и родильницы, регулярно посещавшие материнские школы (625 женщин), составившие основную группу, и 830 женщин, не посещавших материнские школы (группа сравнения), состоящих на учете по поводу беременности в тех же женских консультациях г. Хабаровска. Метод наблюдения – сплошной, период исследования – 2006-2009 гг. Цель данного этапа заключалась в изучении медико-социальной характеристики женщин и проведении сравнительного анализа.

На третьем этапе методом типологического отбора сформирована выборочная совокупность из 278 женщин основной группы и 250 женщин ГС. Обе группы сформированы из представительниц среднего класса. Они имели высшее образование, хорошие условия жизни, состояли в гражданском браке, работали и занимали ответственные должности в крупных компаниях. Период исследования – 2006-2009 гг., 2011г.

На втором и третьем этапах использовались данные из амбулаторных карт беременных и рожениц и историй родов. По специально разработанной программе проведено социологическое исследование. Все цифровые данные обработаны общепринятыми медико-статистическими методами.

Результаты и обсуждение

Проведение ежегодного анализа основных демографических показателей в Дальневосточном федеральном округе (ДФО) является важнейшим моментом, характеризующим на практике действие экономических стимулов и условий, предоставляемых государственными учреждениями по выполнению национальных проектов. Ежегодный анализ демографи-

ческой ситуации в ДФО свидетельствует о постоянном снижении общей численности населения не только за счет общей смертности населения, но и за счет усиления миграционных процессов. За период 2002-2011 гг. численность населения Российской Федерации сократилось на 1,9%, ДФО – на 9,1% [6, 8]. Как следует из данных, представленных в табл. 1, общая численность населения в 2011 г. на территории ДФО сократилась на 152 681 чел., т.е. на 7,2% больше, чем в 2010 г. [6, 8]. Экономическое стимулирование рождаемости со стороны государства в виде родовых сертификатов и материнского капитала привело к увеличению рождаемости в ДФО в 2011 г. на 1,7% (с 13,0 в 2010 г. до 13,22 на 1000 населения в 2011 г.), в Российской Федерации осталась практически на прежнем уровне: 12,5 и 12,6 на 1000 населения соответственно [2, 6, 8].

Таблица 1

Основные демографические показатели в ДФО в сравнении с данными по РФ

Показатель	2009		2010		2011	
	РФ	ДФО	РФ	ДФО	РФ	ДФО
Численность населения (тыс. чел.)	141 904	6 460	141 900	6293	142 900	6 141
Естественная убыль населения (тыс. чел.)	-248,8	-23,4	-239,6	-5,2	-131,2	5,5
Рождаемость на 1000 населения	12,4	13,0	12,5	13,2	12,6	13,22
Естественный прирост на 1000 населения	- 1,8	- 1,55	- 1,7	- 0,3	-0,6	+0,88
Абсолютное число родов	1 724 553	83 211	1 749 645	82 459	-	82 277

Наиболее важным в оценке влияния экономических мер государственного стимулирования рождаемости является показатель абсолютного числа родов как в ДФО, так и в г. Хабаровске (табл. 2). Данные, представленные в табл. 2, свидетельствуют о том, что меры экономического стимулирования рождаемости являются важными, но не единственными, влияющими на данный показатель. Так, в ДФО в 2011 г. произошло снижение числа родов на 934 в сравнении с 2009 г. и на 182 в сравнении с 2010 г. Данные о числе родов по г.Хабаровску свидетельствуют о неуклонной тенденции их роста: за период 2007-2011 гг. их число возросло на 18,4% против 3,2 в ДФО [2, 6-8]. Таким образом, меры экономического стимулирования рождаемости со стороны государства, безусловно, сыграли важную роль, но они явно недостаточны для решения демографических задач в РФ. С нашей точки зрения, наиболее важен не только анализ общего числа родов в отдельной территории и в РФ в целом, но и анализ количества повторных (вторых, третьих и т.д.) родов, анализ количества вторых родов в оптимальный межгестационный интервал (2-3 г.). Необходимо выявлять и развивать факторы, способствующие укреплению семейных ценностей, стимулирующих репродуктивное поведение женщины. Такие задачи в полной мере способны решать школы материнства, дающие возможность женщине и супружеской паре получить качественное перинатальное образование [4, 5].

Таблица 2

Абсолютное число родов

Год	г. Хабаровск	ДФО
2007	6505	79 688
2008	6823	81 141
2009	7188	83 211
2010	7301	82 459
2011	7705	82 277
2011/2007 (темп роста, %)	118,4	103,2

Как показало проведенное исследование, за период с 2006-2009 гг. по 2012 г. через трехлетний межгестационный интервал у 31,2±2,77% (87) и 12,4±2,07% (31) женщин ОГ и ГС, соответственно, произошли вторые роды ($p<0,001$). В целом до 2012 г. вторые роды из числа женщин ОГ и ГС произошли у 57,1±2,97% (159) и 27,6±2,81% (69) женщин ($p<0,001$). Таким образом, женщины, получившие в период первой беременности перинатальное образование, в оптимальный 3-летний межгестационный интервал в 2,5 раза чаще решались на вторые роды, а в 6-летний интервал – в 2 раза чаще во второй раз вставали на учет по беременности. Только среди женщин ОГ у 13,3±2,02% (37) отмечены третьи роды.

Поскольку женщины ОГ и ГС были идентичны в социальном аспекте, не имели экономических и бытовых проблем, нам представлялось важным выяснить уровень их удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи в женской консультации и родильном доме. Данный показатель мы оценивали условно как: удовлетворительно; хорошо; отлично.

Работу врача женской консультации при диспансерном наблюдении по поводу беременности женщины ОГ и ГС оценили, соответственно, как: удовлетворительно в 8,9±1,70% (25) и 31,2±2,91% (78), $p<0,001$; хорошо в 34,1±2,83% (95) и 45,2±3,15% (113), $p>0,05$; отлично в 57,0±2,97% (158) и 23,6±2,68% (59), $p<0,001$. Работу персонала родильного дома оценили в ОГ и ГС, соответственно, как: удовлетворительно в 0% и 12,4±2,07% (31), $p<0,001$; хорошо в 10,4±1,82% (29) и 40,0±3,09% (100), $p<0,001$; отлично в 89,6±1,82% (249) и 47,6±3,15% (119) случаев, $p<0,001$. Хотелось бы подчеркнуть, что женщины ОГ и ГС как наблюдались в одних и тех же женских консультациях, так и рожали в одних и тех же родильных домах. Таким образом, при оказании одного и того же уровня и качества медицинской услуги она оценивается женщинами, подготовленными в материнских школах и не подготовленными, по-разному. Женщины, получившие перинатальное образование, до тонкостей понимают смысл назначений, слов и действий медицинского персонала и настроены на партнерство для получения отличного результата. Женщина же не подготовленная, часто, не понимая смысла назначений, действий и слов медицинского персонала, настроена исключительно потреблять, не видя своей роли в достижении результата [1, 3-5].

На вопрос о главном факторе, сыгравшем положительную или отрицательную роль на удовлетворенность качеством наблюдения в период беременности, женщины ОГ и ГС отвечали по-разному. Женщины ГС в 77,6±2,64% (194) в отличие от женщин ОГ (13,3±2,03% (37) случаев) как на негативный указыва-

ли на недостаток общения с врачом, неудовлетворенность полученными на поставленные вопросы ответами. Женщины ОГ, напротив, как на положительные моменты работы материнских школ указывали: возможность знать мнение ведущих специалистов (89%); участие в ролевых играх (75%); возможность просмотра видеоматериала (71%); работу с психологом (45%); занятие йогой и пилатес (47%).

В родильном доме для женщин ГС основные негативные моменты были связаны: со страхом и болью (66,8±2,63 и 16,9±2,24% соответственно в ГС и ОГ, $p<0,001$); страхом перед общением с ребенком (86,8±2,12 и 27,6±2,66% соответственно в ГС и ОГ, $p<0,001$). Проблем подобного рода перед женщинами ОГ не возникало, поскольку они в достаточной степени были подготовлены к родам и уходу за новорожденным, а также были информированы о технике грудного вскармливания.

Среди женщин ОГ и ГС соответственно в родах: использованы партнерские роды в 36,3±2,88% (101) и 12,8±2,09% (32), $p<0,001$; использована перидуральная анестезия для обезболивания схваток в 73,0±2,64% (203) и 27,2±2,81% (68) случаев, при $p<0,001$. В послеродовом периоде женщины ОГ и ГС соответственно: имели возможность совместного пребывания с новорожденным в 76,6±2,53% (213) и 74,0±2,76% (185), $p>0,05$; не имели никаких проблем и трудностей при уходе за новорожденным в палате совместного пребывания в 79,4±2,41% (221) и 24,0±2,68% (60), $p<0,001$; не имели проблем с грудным вскармливанием в 87,7±1,95% (244) и 45,5±3,15% (113) случаев, при $p<0,001$.

Выводы

1. По данным нашего исследования, обучение женщин в материнских школах положительно влияет на репродуктивное поведение: женщины, получившие в период первой беременности перинатальное образование, в оптимальный 3-летний межгестационный интервал в 2,5 раза чаще решались на вторые роды ($p<0,001$), а в 6-летний интервал в 2 раза чаще во второй раз вставали на учет по беременности ($p<0,001$). Только среди женщин ОГ у 13,3±2,02% (37) отмечены третьи роды.

2. Одинаковые условия пребывания в родильном доме восприняты женщинами ОГ и ГС зачастую диаметрально противоположно, что в конечном итоге зависит от того, насколько роженица и родильница готова к тому, что ей предстоит пройти. В этом отношении комплексная подготовка в материнских школах решает эти важные проблемы. Из числа женщин ОГ и ГС, решившихся на рождение второго и третьего ребенка, основными мотивами были: повторить ощущение счастья вынашивания беременности и рождения здорового малыша (82%); укрепление семейных ценностей (57%).

3. Данные настоящего исследования доказывают, что наряду с мерами государственного стимулирования рождаемости огромную роль играет перинатальное образование. Информированность женщины и супружеской пары, доброжелательное отношение, реальная забота о ней и ее будущем ребенке, создание благоприятной психологической атмосферы счастья материнства способны влиять на репродуктивное поведение женщины.

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 уменьшению 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.