

УДК 616-058.01:618.1

РОЖДАЕМОСТЬ КАК РЕЗУЛЬТАТ СОЦИАЛЬНОГО ЭФФЕКТА МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

М.Ю. Сурмач, к.м.н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

На основании данных социологического опроса 1313 женщин и 1353 мужчин в возрасте 15–24 лет изучены репродуктивные установки и репродуктивное поведение молодёжи. Доказана возможность социального эффекта медико-организационных технологий, выраженного в позитивном влиянии на репродуктивные установки молодых женщин. Выявлен резерв роста рождаемости.

Ключевые слова: молодёжь, репродуктивные установки, репродуктивное поведение, рождаемость.

Reproductive objectives and reproductive behaviour of young people based on the results of socio-medical interrogation of 1313 women and 1353 men aged 15-24 have been studied. The possibility of achieving a social effect influencing young women's reproductive objectives through medical organizational technologies has been proved. The birth-rate growth reserve has been revealed.

Key words: young people, reproductive objectives, reproductive behaviour, birth-rate.

Как правило, число рождённых детей меньше репродуктивных установок не только на идеальное число детей в семье, но даже на ожидаемое их число [2]. Демографически благоприятна установка на рождение 3 детей [3, с. 43; 4, с. 619]. По данным переписи населения 1999 года, доля семей, имеющих троих и более несовершеннолетних детей, в общей численности семей с детьми не превышает 6%. Рождаемость в настоящее время почти в два раза ниже, чем требуется для замещения поколений: в 2006 году среднее число рождений в расчете на одну женщину репродуктивного возраста составило 1,29 [1]. С 2008 года начала сокращаться численность женщин в возрасте 20–24 лет, на долю которых в последние годы приходится наибольшее число рождений.

Национальной программой демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 годы предусмотрено достижение к 2010 году общего коэффициента рождаемости 10-11 на 1000, суммарного коэффициента рождаемости – 1,5 на одну женщину репродуктивного возраста. Основным стимулом повышения рождаемости должно стать усиление государственной материальной поддержки семьи: рост размеров пособий при рождении и воспитании детей, решение жилищных проблем.

Цель данного исследования заключалась в том, чтобы выявить возможности медико-организационных технологий в стимулировании рождаемости.

Материалы и методы

Исследование основано на данных социологического опроса репрезентативной республиканской выборочной совокупности 1313 женщин и 1353 мужчин в возрасте 15–24 лет, проведенного в период с 2004 по 2006 гг. включительно, по авторской методике [5; 6]. Выборочная совокупность женщин стратифицировалась по признаку реализации (исходов) репродуктивного потенциала, с выделением страт «беременность с ориентацией на рож-

дение ребёнка, или роды», «прерывание беременности по желанию женщины», «бесплодие или привычное невынашивание беременности».

Были изучены репродуктивные установки и репродуктивное поведение молодёжи, выделены некоторые факторы, влияющие на формирование репродуктивных установок молодых женщин. Изучены: реально планируемое количество детей («реальная репродуктивная установка» – РПУ, формулировка вопроса «Сколько всего детей Вы планируете: 0...1...2...3...4 и более») и идеальное число детей («идеальная репродуктивная установка» – ИПУ; вопрос «Если бы Ваша семья была материально обеспечена и здорова, сколько в идеале детей Вы хотели бы иметь: 0...1...2...3...4 и более»). В качестве основной характеристики репродуктивного поведения было изучено планирование беременности молодыми женщинами: поведенческие установки на планирование беременности и их реализация при первой беременности и при беременности, оканчивающейся рождением ребёнка.

Для статистического анализа данных использованы программы STATISTICA 6,0 и SPSS 13,0, в том числе: методы описательной статистики; методы оценки достоверности: критерии t , cI ; методы анализа связи признаков: корреляционный анализ, дисперсионный анализ с расчётом критерия Фишера F , факторный анализ. Результат оценивался как достоверный при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Репродуктивные установки. Среднее значение признака «планируемое (ожидаемое) количество детей в семье», т.е. РПУ, в генеральной совокупности молодёжи с вероятностью не менее 95% находится в пределах доверительного интервала $1,66 \pm 0,02$, что соответствует рождению 164–168 детей на 200 родителей (100 молодых пар, сформированных внутри данной выборочной совокупности) (рис. 1). Увеличение рождаемости, возможное при реализации существующих ИПУ, составит менее 1

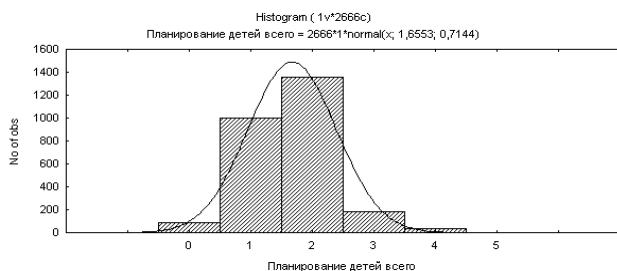


Рисунок 1 – Распределение признака «Планируемое (ожидаемое) количество детей в семье» в выборочной совокупности «Молодёжь Беларуси 15–24 лет», $n = 2666$, по данным опроса за 2004–2006 гг.

ребёнка (порядка 0,6) на каждую пару, сформированную с партнёрами извне.

При сравнении параметрическими методами двух независимых групп – мужчин и женщин, установлено, что репродуктивные установки мужчин выше таковых у женщин (таблица 1).

Таблица 1 – Репродуктивные установки молодёжи

Особенность репродуктивной установки	Значение репродуктивной установки ($M \pm m$, $p < 0,01$)		
	женщины ($n = 1313$)	мужчины ($n = 1353$)	Значимость различий
Планируемое число детей (РРУ)	1,52 \pm 0,017	1,78 \pm 0,019	$p < 0,0001$
Идеальное число детей (ИРУ)	2,20 \pm 0,02	2,28 \pm 0,02	$p < 0,05$

Число детей в семье является результатом согласования репродуктивных установок обоих супругов – таким образом, роль женщины в продолжении рода оказывается решающей не только биологически, но и социально.

Анализ репродуктивных установок молодых женщин трёх выделенных страт показал, что, независимо от принадлежности к рассмотренным группам, РРУ не имеют статистически значимых различий. ИРУ же оказались разнородными, со значимым ($p < 0,05$) различием между группой искусственно прерывающих беременность, ИРУ которых наименьшие и составляют 2,129 \pm 0,03, и остальными группами, не имеющими значимых различий между собой.

Репродуктивное поведение. Около 75,9% опрошенных молодых мужчин считают, что к беременности необходимо готовиться обоим партнёрам, и более 80% молодых женщин правильно понимают суть прекоцептивной подготовки: «Обоим партнёрам необходимо заранее готовиться к наступлению беременности, включая отказ от вредных привычек, обследование и оздоровление, приём витаминов и препаратов йода». В то же время, первая беременность (учтены все первые беременности, независимо от их исхода) оценивалась женщиной 15-24 лет как желанная и/или запланированная в 59,5 \pm 1,4 случаев на 100 первых беременностей. Беременность, оканчивающаяся рождением первого ребёнка, оценивалась женщиной как «несвоевременная» (незапланированная) в 20,3% случаев, как нежеланная – в 3% рождений. Беременность, оканчивающаяся повторными родами, оценивалась

как «несвоевременная» в 6,3% рождений, нежеланных беременностей не было.

Прерывали беременность хотя бы один раз 55,7% опрошенных женщин. Среди группы «искусственное прерывание беременности по желанию женщины» планировали деторождение, то есть пока не реализовали РРУ, но по тем или иным причинам решили прервать беременность, 66,1% опрошенных.

При сравнении по социальному фактору групп женщин, прерывающих беременность, и беременных с ориентацией на рождение ребёнка, обнаружены следующие различия: среди прерывающих беременность выше (45,4% против 8,5%) доля незамужних ($cI Yates = 214,9$, $p < 0,001$), учащихся (25,1% против 17,3%, $cI Yates = 11,0$, $p < 0,001$), проживающих в общежитии (21% против 10,6%, $cI Yates = 24,9$, $p < 0,001$), ниже (27,4% против 36,5%) доля проживающих в собственном отдельном жилье ($cI Yates = 11,5$, $p < 0,001$). Различия по образованию, вероисповеданию, национальности незначимы ($p > 0,05$).

Следовательно, решающей причиной временного отказа от реализации репродуктивной установки на реальное количество детей в семье явилось, наряду с индивидуальными причинами, социальное положение женщин, прерывающих беременность: отсутствие собственного жилья, фактор брачности, принадлежность к группе учащихся. Улучшение социального положения позволит данной группе женщин реализовать репродуктивные установки, и является очевидным резервом повышения рождаемости в рамках реальных (а в случае выполнения всех условий для реализации идеальной репродуктивной установки – идеальных) репродуктивных установок.

Тем не менее, даже возможный максимальный уровень рождаемости, соответствующий реализации выявленных для молодых женщин ИРУ, оказывается значительно ниже критериев эффективного воспроизводства.

Факторы, формирующие репродуктивные установки молодых женщин.

Для уточнения закономерностей формирования репродуктивных установок молодой женщины среди группы беременных с ориентацией на рождение ребёнка были выделены две подгруппы: 1) женщины с высокими ИРУ (3 и более детей, $n = 213$), 2) женщины с низкими ИРУ (2 детей и менее, $n = 412$). Для данных подгрупп проведен сравнительный анализ.

Подгруппы не имели статистически значимых (с величиной $p < 0,05$) отличий между собой по следующим показателям: возраст наступления первой беременности, запланированность данной (в момент опроса) беременности, наличие преградившей подготовки, распределение по образованию, вероисповеданию, национальности, признаку брачности, по доле рабочих государственных предприятий, работников сельского хозяйства, работающих по найму в частном секторе, военнослужащих,

предпринимателей, работников сферы обслуживания и торговли, безработных (домохозяек), а также по доле проживающих с родителями и снимающих жильё.

Статистически значимыми оказались следующие отличия:

1) беременные молодые женщины с высокими ИРУ имели средний возраст $21,6 \pm 40,17$ лет, с низкими – $20,9 \pm 0,11$ лет ($p < 0,001$);

2) среди женщин с низкими ИРУ в два раза выше (21,1% против 10,8%) удельный вес учащихся ($cI Yates = 9,61$, $p < 0,05$), среди женщин с высокими ИРУ выше (42,7% против 31,8%) доля служащих ($cI Yates = 6,3$, $p < 0,05$);

3) среди женщин с низкими ИРУ ниже (33,5% против 42,7%) доля проживающих в собственной квартире (доме), ($cI Yates = 5,6$, $p < 0,05$) и выше (12,4% против 7%) доля проживающих в общежитии ($cI Yates = 4,0$, $p < 0,05$);

4) среди женщин с низкими ИРУ выше (68,2% против 54,5%) доля первобеременных ($cI Yates = 10,8$, $p = 0,001$);

5) удельный вес женщин, чья первая беременность была нежеланной и незапланированной, среди повторнобеременных женщин с низкими ИРУ почти в два раза выше соответствующего показателя, рассчитанного для повторнобеременных женщин с высокими установками (95,4% против 56%).

Указанные в пунктах 1)-3) различия свидетельствуют о том, что ИРУ увеличивается с возрастом и улучшением социального положения. Рассмотрев их в совокупности с пунктами 4) и 5), можно предполагать, что, если первая беременность, наступившая у молодой женщины, желанна, запланирована ею и завершается рождением ребёнка, то этот фактор способствует повышению её репродуктивной установки на идеальное количество детей в семье.

Для того, чтобы уточнить влияние степени планируемости первой беременности на формирование ИРУ молодых женщин и выявить причины более низких установок у женщин, искусственно прерывающих беременность, выборочная совокупность женщин была разделена на две группы, согласно планированию первой беременности (рис. 2).

ИРУ группы 1 (нежеланная и «несвоевременная» (незапланированная) первая беременность) составило $2,1 \pm 0,03$ ($y = 0,78$), ИРУ группы 2 (желанная и/или запланированная первая беременность)

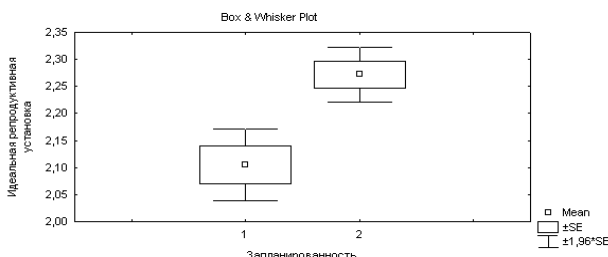


Рисунок 2 – ИРУ молодых женщин, разделённых на группы по признаку запланированности первой беременности ($n = 1313$)

составило $2,27 \pm 0,03$ ($y = 0,72$), различия равны $0,17 - 0,23$ при $p = 0,02$; $t = 3,97$.

Корреляционный анализ, выполненный между факторами «ИРУ» и «запланированность первой беременности» параметрическими и непараметрическими методами, подтвердил наличие достоверной, но очень слабой положительной корреляции (коэффициент Пирсона = 0,12, Спирмена = 0,125, фи = 0,15, Крамера V = 0,15, Соммера d = 0,12, Гамма = 0,19, Кендалл тау коэффициент = 0,11, при $p < 0,00001$). Корреляционный анализ, проведенный для каждого из факторов: возраст наступления первой беременности, исход первой беременности, возраст женщины в момент опроса, семейное положение, занятость, наличие собственного жилья, наличие в анамнезе бесплодия или привычного невынашивания беременности, – и ИРУ, показал, что все перечисленные факторы так же (достоверно, но очень слабо) коррелируют с ИРУ. Следовательно, ИРУ имеет многофакторную обусловленность, и каждый из учтённых факторов достоверно важен в её формировании.

Проведенный далее факторный (и дисперсионный для каждого из выделенных сложных факторов) анализ показал, что для 85,8% выборочной совокупности дисперсия ИРУ объясняется четырьмя сложными факторами: фактор, состоящий из переменных «исход первой беременности, семейное положение и запланированность первой беременности», определяет значение ИРУ на 38,4% ($F = 50,7$, $p < 0,001$); фактор «возраст наступления первой беременности и возраст женщины в момент опроса» определяет ИРУ на 15,6% ($F = 13,2$, $p < 0,001$); фактор «проживание и занятость» значим на 12,5% ($F = 8,8$, $p < 0,05$); фактор «бесплодие-невынашивание в анамнезе» объясняет 10% значения ИРУ ($F = 9,1$, $p < 0,05$). Следовательно, *запланированность первой беременности, возраст её наступления и её исход в сумме определяют около половины дисперсии ИРУ.*

Факторный анализ части выборочной совокупности молодых женщин, ИРУ которых = 0, показал ($p < 0,001$), что для 99,4% данной совокупности наибольшее значение в дисперсии ИРУ играют возраст наступления первой беременности, проживание, возраст женщины в момент опроса (определяют в сумме 70,3% дисперсии), вторым фактором (15,8% дисперсии ИРУ) является исход и характер первой беременности, третьим (9% дисперсии ИРУ) – занятость, четвёртым (4,2% дисперсии ИРУ) – семейное положение. Факторный анализ части выборочной совокупности молодых женщин, ИРУ которых = 1, показал ($p < 0,001$), что для 87,6% данной совокупности наибольшее значение в дисперсии ИРУ имеют исход первой беременности, семейное положение и характер первой беременности (49% дисперсии ИРУ), возраст наступления первой беременности и возраст опрошенной (16,7% дисперсии ИРУ), занятость (11,7% дисперсии ИРУ), проживание (10,16% дисперсии ИРУ). Значит, *в формировании низкой репродуктивной уста-*

новки на идеальное количество детей в семье (0–1 ребёнок) у молодой женщины ведущее значение имеет фактор возраста наступления первой беременности, при сохранении высокого значения факторов характера первой беременности и её исхода.

Факторный анализ части выборочной совокупности молодых женщин, ИРУ которых=2, выявил ($p<0,001$), что для 83% данной совокупности наибольшую нагрузку в дисперсии ИРУ несут следующие факторы: исход первой беременности, характер первой беременности, семейное положение (41% дисперсии ИРУ), возраст наступления первой беременности и возраст опрошенной (19,6% дисперсии ИРУ), проживание (12% дисперсии ИРУ), занятость (10,4% дисперсии ИРУ). Ранговый ряд для ИРУ=1 и ИРУ=2 отличается значениями третьей и четвёртой компонент: вероятно, *изменение индивидуальных факторов занятости и проживания в положительную сторону приводит к росту ИРУ со значения «1 ребёнок» до значения «2 детей».*

Для частей выборочной совокупности молодых женщин, ИРУ которых: а) равно 3 ребёнка, б) равно 4 ребёнка; и в) ИРУ которых более 4, – выделенные компоненты совпали, образовав ранговый ряд «высокая ИРУ» ($p<0,001$): 1) исход первой беременности, характер первой беременности, семейное положение (40,6% дисперсии ИРУ=3 и 49,2% дисперсии ИРУ=4 и более); 2) возраст наступления первой беременности, возраст опрошенной (17,5% дисперсии для ИРУ=3 и 14,8% дисперсии для ИРУ=4 и более); 3) занятость (13% дисперсии для ИРУ=3 и 13,6% дисперсии для ИРУ=4 и более); 4) проживание (10,3% дисперсии для ИРУ=3 и для ИРУ=4 и более). Следовательно, в формировании высокой установки на идеальное число детей у молодой женщины ведущее значение имеет медико-гигиенический фактор («качество» первой беременности). Занятость и проживание в сумме определяют не более 30% дисперсии. *Возраст женщины при наступлении первой беременности, запланированность первой беременности, её исход вместе с семейным положением определяют более 64% ($F=71,1$, $p<0,001$) значения репродуктивной установки на рождение 3 и более детей (т.е. высокой ИРУ).*

Выявленный резерв повышения рождаемости.

Итак: во-первых, различия ИРУ женщин, разделённых на группы по признаку запланированности первой беременности, составляют не менее 0,17 на единицу наблюдения ($p<0,05$) – ИРУ выше у тех женщин, первая беременность которых являлась желанной и/или запланированной; во-вторых, первая беременность, наступающая в молодом возрасте, в настоящее время оценивается женщиной как нежеланная или несвоевременная в 40,5% случаев.

Исходя из этих данных, резерв повышения ИРУ составляет 68,89 детей для 405 молодых женщин из 1000, или около 34 детей на 1000 молодого на-

селения (или на 6666 населения в целом, поскольку, согласно переписи населения 1999 года, численность молодёжи 15–24 лет составляет 15% от общей численности населения). При условии реализации прироста ИРУ, обусловленного увеличением планируемости первой беременности, в виде рождений, рост числа рождений будет соответствовать приросту коэффициента рождаемости, составляющему около 5‰. Это эквивалентно доходу государства, с учётом расходов на социальную защиту, образование, оборону, культуру, спорт и физическую культуру, средства массовой информации и здравоохранение, равному не менее 32.403 млрд. рублей, по данным 2006 года.

Выводы

Результаты исследования доказывают, что медико-социальная значимость процесса планирования первой беременности молодыми женщинами чрезвычайно высока. Планирование беременности определяет не только её исход, но и влияет на формирование репродуктивной установки женщины на идеальное количество детей в семье. Тем не менее, наряду с осознанием молодёжью необходимости ответственного репродуктивного поведения, планируемость первой беременности молодыми женщинами низка, и составляет 59,5±1,4 случаев желанных и/или запланированных на 100 первых беременностей.

При помощи повышения эффективности таких медико-организационных технологий, как медицинское информирование и медико-гигиеническое обучение молодёжи, прекоцептивная (прегравидарная) подготовка, возможно повышение степени планируемости первой беременности, которое приведёт к увеличению репродуктивных установок молодых женщин. Реализация возросших установок в виде дополнительных рождений будет соответствовать приросту коэффициента рождаемости, составляющему около 5‰, что эквивалентно доходу государства, равному не менее 32.403 млрд. рублей (по данным 2006 года).

Литература

1. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2006 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2007. – 280 с.: табл.
2. Капитонов, В.Ф. Медико-демографические и социально-экономические аспекты формирования малодетной семьи / В.Ф. Капитонов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 5. – С. 11-13.
3. Руководство по охране репродуктивного здоровья / В.И. Кулаков [и др.]. – М.: «Триада-Х», 2001. – 568 с.
4. Социология семьи: учебник / А.И. Антонов [и др.]; под общ. ред. А.И. Антонова. – 2-е изд. – М.: ИНФРА-М, 2005. – 640 с.
5. Сурмач, М.Ю. Методика изучения социологических аспектов медико-социальной проблемы репродуктивного здоровья молодёжи Беларуси / М.Ю. Сурмач // Социология. – 2006. – № 1. – С. 73–80
6. Сурмач, М.Ю. Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал: методология исследования и оценки / М.Ю. Сурмач // Мед. новости. – 2007. – № 3. – С. 40-45.

Работа выполнена при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (грант Б07М-160)

Поступила 06.03.08