

## ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ИХ ОПТИМИЗАЦИЯ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Епифанова А. К. (zhandik@inbox.ru), Сурмач М. Ю. (marina\_surmach@mail.ru)

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

*Направленность мероприятий, их целевой характер значительно повышают эффективность деятельности по первичной профилактике.*

*Цель исследования – выявить поведенческие факторы риска нарушения здоровья беременных женщин и пути их оптимизации в женских консультациях.*

*Материал и методы.* Нами выполнен анализ данных опроса (2016 г.) беременных женщин (N=472, выборка репрезентативна республиканской) с использованием методов параметрической и непараметрической статистики программ «Microsoft Excel» комплекта «Microsoft Office XP» и Statistica 6.0.

*Результаты.* Установлены основные социальные характеристики беременной женщины и факторы образа жизни. Выявлено, что наличие опыта беременности в анамнезе хотя и влияет на самооценку здоровья и собственных знаний, не становится фактором, значимым для благоприятного изменения здоровьесберегающего поведения. Присутствуют такие поведенческие факторы риска нарушения здоровья, как низкая двигательная активность, недостаточное пребывание на свежем воздухе, табакокурение, употребление алкоголя.

*Выводы.* Очевидна необходимость усиления контроля деятельности «школ материнства» в женских консультациях по формированию необходимых во время беременности двигательных навыков, по организации занятий специальными физическими упражнениями для беременных, а также контроль за осуществлением прегравидарной подготовки в женских консультациях и в территориальных поликлиниках.

**Ключевые слова:** беременность, факторы риска, медицинская активность, самооценка здоровья, двигательная активность, медицинская информированность.

### Введение

Важным условием обеспечения демографической безопасности страны является охрана женского репродуктивного здоровья. Факторы риска, которым подвержена женщина как будущая мать, отражаются на семье и на обществе в целом [1].

Репродуктивный потенциал складывается из многих компонентов, при этом большинство из них относятся к управляемым поведенческим факторам здоровья. При здоровом образе жизни женщины до момента зачатия (достаточная двигательная активность, рациональное питание, соблюдение режима сна, здоровьесберегающая медицинская активность, отсутствие вредных привычек) отсутствует необходимость его коррекции при подтверждении факта беременности. Здоровые беременные женщины выполняют физическую и умственную деятельность, являющуюся потребностью каждого человека, что способствует правильному функционированию нервной, эндокринной и других систем организма. Двигательная активность необходима для физиологического протекания обменных процессов. В то же время беременность – период повышенного риска возникновения нарушений обмена веществ. Так, недостаточная физическая активность беременных является одним из основных факторов риска развития ожирения, снижения тонуса мышечной системы, нарушения функции кишечника, развития слабости родовых сил и других осложнений гестации и родового акта. В этой связи физические упражнения рекомендуются во время физиологически протекающей беременности [2].

По данным Е. В. Извековой, у значительной части беременных женщин имеются различные,

зачастую серьезные нарушения в образе жизни: менее 1 часа в день пребывали на свежем воздухе 16,7% обследованных беременных женщин, от 1 до 2 часов – 66,3%; регулярно занимались гимнастикой всего лишь 2,1 %, иногда (нерегулярно) – 31,2% опрошенных беременных [3]. Исследования о влиянии образа жизни беременных женщин на их заболеваемость свидетельствуют о том, что регулярно занимались гимнастикой всего лишь 3,7% из них, нерегулярно – 30,6%, не занимались вовсе – 63,1% опрошенных [4].

Важная проблема, широко распространённая среди женщин фертильного возраста, – употребление алкоголя и психоактивных веществ. При этом отмечается крайне негативное влияние употребления алкоголя и наркотиков беременными и матерями на формирование здоровья детей [5, 6, 7]. Однако, по данным исследований, более 50% женщин в течение первых четырех недель беременности не осознают, что они беременны. В связи с этим информирование женщин о вреде курения и употребления алкоголя для их репродуктивного здоровья и здоровья их детей должно проводиться на протяжении всего детородного возраста [8].

Адекватная медицинская активность молодой женщины имеет большое значение в формировании здоровья её будущего ребенка. При этом прохождение женщиной прегравидарной подготовки в полном объёме – показатель её позитивного здоровьесберегающего поведения в области сохранения репродуктивного здоровья [9].

Как указывает в своей диссертационной работе А. О. Чахоян, роль врачей-акушеров-гинекологов в вопросах информированности женщин о последствиях неструктурированного репродуктивного поведения является наиболее

значимой, что отмечают 67,5% опрошенных, тогда как средства массовой информации отмечают 41% женщин. Несмотря на это, женские консультации, как институализированные субъекты профилактики, занимают лишь второе место после учебных заведений, где, по мнению женщин, должна вестись основная работа по предотвращению девиантного репродуктивного поведения [10].

По данным И. А. Шмелева, полученным в результате социологического опроса 624 женщин в возрасте от 18 до 63 лет, 45,2% респондентов сообщили, что посещают женскую консультацию 1 раз в год, 38,7% – несколько раз в год, 5,5% делают это один раз в 2 года и 10,6% опрошенных – реже одного раза в 2 года. Таким образом, 83,9% опрошенных делают это регулярно (несколько раз в год или один раз в год) [11]. То есть, очевидно, что роль врача-акушера-гинеколога как агента формирования рационального репродуктивного поведения в период беременности резко возрастает. При этом направленность профилактических мероприятий на заведомо значимые управляемые компоненты репродуктивного потенциала повысит её эффективность.

**Цель исследования** – выявить поведенческие факторы риска ухудшения состояния репродуктивного здоровья беременных женщин и пути их оптимизации в условиях женской консультации.

Для достижения цели поставлен ряд задач:

- изучить основные социальные характеристики (социальный портрет) беременных женщин Республики Беларусь;
- установить особенности двигательной активности, выявить распространённость табакокурения и употребления алкоголя среди данных респонденток;
- изучить медицинскую активность, медицинскую информированность и самооценку здоровья беременных женщин;
- уточнить влияние наличия беременности в анамнезе на здоровьесберегающее поведение обследованных.

### Материал и методы

Материалами исследования являются данные опроса выборочной совокупности беременных женщин в возрасте 18-45 лет, госпитализированных в акушерско-гинекологические отделения стационаров (преимущественно – центральных районных больниц) всех территориальных областей Республики Беларусь в период июнь-июль 2016 г. (объём исследования 472 человека, критерий включения – беременность, критерий исключения – отказ женщины от опроса). Выборочная совокупность по объёму и территориальному распределению отвечает параметрам репрезентативности для Республики Беларусь; использован оригинальный опросник, составленный с учётом критериев релевантности, доступности и нейтральности вопросов [12]. Для

статистической обработки данных использованы программы «Microsoft Excel» из комплекта «Microsoft Office XP» и Statistica 6,0. Применены методы параметрической (описательной) статистики, а также методы непараметрической статистики для сравнительного анализа между первобеременными и повторнобеременными женщинами.

### Результаты и обсуждение

**Социальный портрет женщин.** В зависимости от паритета беременности можно выделить две основные группы женщин: первобеременные (206 женщин – 1-я группа) и повторнобеременные (266 женщин – 2-я группа), что составило 43,6 и 56,4%, соответственно.

Средний возраст беременных женщин равен  $27,4 \pm 5,7$  года (1-я группа –  $23,8 \pm 4,1$  года и 2-я группа –  $30,1 \pm 5,3$  года). Среди первобеременных преобладали женщины в возрасте 20-24 лет (47,1%), удельный вес респонденток в возрасте 25-29 лет составил 31,6%, моложе 19 лет – 13,6%, 30-34 лет – 5,4% и старше 35 лет – 2,3%. Среди повторнобеременных преобладали женщины в возрасте 25-29 лет (34,1%), удельный вес женщин в возрасте 30-34 лет составил 31,6%, старше 35 лет – 20,7%, 20-24 лет – 12,4% и моложе 19 лет – 1,2%.

По социальному положению опрошенные в большинстве случаев были представлены служащими государственного предприятия – 24,3% в первой группе и 29,4% женщин во второй; к категории учащаяся (студентка) принадлежало 21,4% в первой группе и 2,6% женщин – во второй, к категории рабочая – 18,9% в первой группе и 23,7% женщин – во второй ( $\chi^2=20,8$ ,  $p<0,00001$ ). Почти 17% беременных принадлежало к категории работник сферы обслуживания или торговли в первой группе и 13,9% опрошенных во второй (рис. 1).

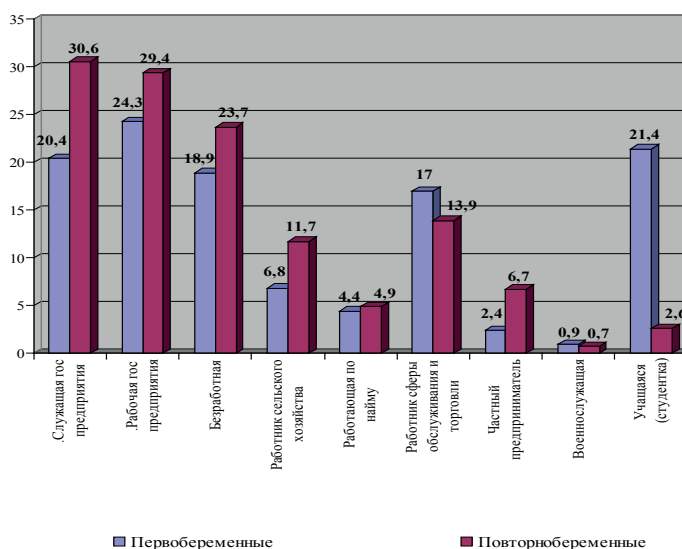


Рисунок 1. – Сравнительный анализ социального положения первобеременных и повторнобеременных женщин (%)

Из сравниваемых групп образовательный уровень женщин практически не различался: доля беременных с высшим образованием составила 49,1% в первой группе и 50,3% женщин – во второй, со средним специальным – 29,2 и 35,4%, соответственно, со средним образованием – 17,8 и 11,3%, соответственно, с базовым и начальным – 3,9 и 3%, соответственно.

Не выявлены различия в оценке женщинами материального положения: в большинстве случаев (65,5% опрошенных в первой группе и 59,1% во второй) женщины оценивали его как среднее, в 25,2 и 31,2%, соответственно, как отличное, в 9,3 и 9,7%, соответственно, как неудовлетворительное.

Роль двигательной активности во время беременности. Среди опрошенных регулярно занимались гимнастикой всего лишь 12,6% респонденток первой группы и 13,9% женщин – второй, нерегулярно – 45,1 и 37,9%, соответственно, не занимались вовсе – 42,3 и 48,2%, соответственно (рис. 2).

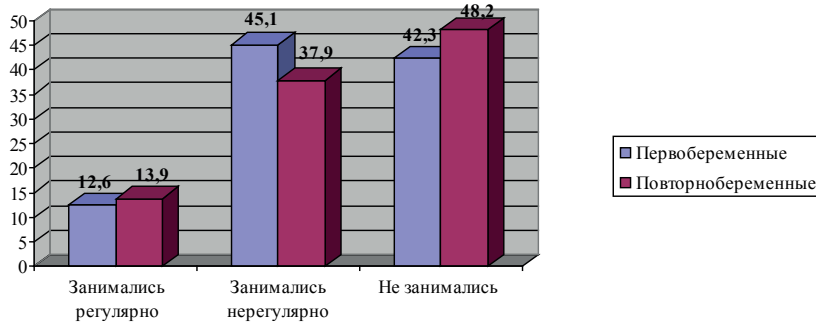


Рисунок 2. – Сравнительный анализ физической активности первобеременных и повторнобеременных женщин (%)

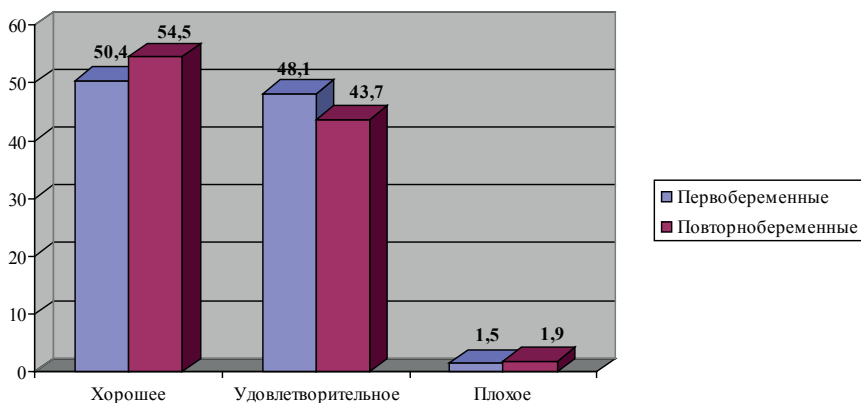


Рисунок 3. – Сравнительный анализ самооценок здоровья у первобеременных и повторнобеременных женщин (%)

Нами не установлены различия по времени пребывания женщин на свежем воздухе: менее 1 часа в день пребывали на свежем воздухе 11,6% обследованных первобеременных и 7,9% повторнобеременных, от 1 до 2 часов – 88,4 и 92,1%, соответственно.

Особенности табакокурения и употребления алкоголя. Результаты анализа ответов на вопрос о наличии такой вредной привычки, как курение, свидетельствуют о том, что достоверно чаще первобеременные никогда не пробовали курить (30,1% в первой группе и 24,4% во второй), употребляют 1-5 сигарет в день (1,5 и 5,3%, соответственно,  $\chi^2=5,19$ ,  $p<0,05$ ). Однократная попытка табакокурения наблюдалась у 33,9% респонденток в первой группе и 35,4% – во второй, бросили и более не собираются курить – 17,9 и 16,9%, соответственно, употребляют 5 сигарет в день – 1,5 и 3%, соответственно, бросили на некоторое время – 6,8 и 4,5%, соответственно, 8,3 и 10,5%, соответственно, не курят, но часто вынужденно находятся рядом с курящими.

Среди опрошенных женщин 63,1% первобеременных и 62,7% повторнобеременных впервые попробовали алкоголь в 15-18 лет, 13,1 и 13,2%, соответственно, в 11-14 лет, 18,4 и 22,6%, соответственно, в 19 и более лет, 5,4 и 1,5%, соответственно, до 10 лет ( $\chi^2=6,7$ ,  $p<0,001$ ). По результатам анкетирования 13,3% женщин в первой группе и 12,7% во второй употребляли алкоголь в первом триместре беременности.

Медицинская активность и самооценка здоровья женщин фертильного возраста. Сравнительный анализ самооценки здоровья у первобеременных и повторнобеременных женщин (рис. 3) выявил некоторые различия, являющиеся статистически значимыми ( $\chi^2=12,45$ ,  $p\leq 0,05$ ).

Доля женщин, оценивающих состояние своего здоровья как «удовлетворительное», среди повторнобеременных несколько выше (43,7% в первой группе и 48,1% во второй). В то же время доля женщин, оценивающих состояние своего здоровья как «хорошее», среди повторнобеременных немного ниже (54,5% в первой группе и 50,4% во второй), 1,9% первобеременных и 1,5% повторнобеременных женщин оценивают состояние своего здоровья как «плохое».

Нами исследована также медицинская активность респонденток: 43,3% первобеременных и 39,5% повторнобеременных женщин посетили женскую консультацию 1-2 раза в году; 28,6 и 32,6%, соответственно, 5 раз в году; 26,2

и 26,3%, соответственно, 3-4 раза в году, 1,9 и 1,6%, соответственно, никогда не посещали женскую консультацию.

Информированность женщин в области репродуктивного здоровья. Поведение в сфере репродуктивного здоровья в значительной мере связано с уровнем медицинских знаний женщин в области репродуктивного здоровья. При сравнении двух групп опрошенных (первобеременных и повторнобеременных) по экстенсивным показателям (доли женщин с разным уровнем знаний) выявлены статистически значимые различия: доля женщин, оценивающих свой уровень знаний в области репродуктивного здоровья как «низкий» (2,9% в первой группе и 1,4% во второй), как «средний» (25,7% в первой группе и 22,6% во второй) и как «высокий» (50% в первой группе и 43,3% во второй) среди первобеременных выше. В то же время доля женщин, оценивающих свой уровень знаний как «высокий», но считающих свои знания максимальными, составляет 21,4% респонденток в первой группе и 32,7% во второй, 50 и 43,3%, соответственно, оценивают свой уровень знаний в области репродуктивного здоровья как «высокий», но стремящихся знать больше ( $\chi^2=5,49$ ,  $p<0,05$ ).

### Выводы

Социальный портрет беременных женщин, проживающих в Беларуси, по нашим данным, следующий: средний возраст составил  $27,4\pm 5,7$  года, в основном имели высшее образование, среднее материальное положение, по социальному положению среди первобеременных больше учащихся, а повторнобеременные в основном представлены рабочими государственного предприятия (различия статистически значимы).

Несмотря на то, что большинство беременных старались часто бывать на свежем воздухе (88,4% первобеременных и 92,1% повторнобеременных), только 12,6% респонденток в первой группе и 13,9% во второй уделяли достаточно внимания двигательной активности во время беременности.

Респондентки в значительной степени подвержены влиянию табакокурения (10,6%

первобеременных и 18,8% повторнобеременных) и употребляли алкоголь в первом триместре беременности (13,3% в первой группе и 12,7% во второй).

Гипотеза о том, что повторная беременность положительно влияет на ответственное репродуктивное поведение, не подтверждена результатами статистического анализа данных опроса.

Итак, с увеличением паритета беременности изменилась самооценка здоровья: доля женщин, оценивающих состояние своего здоровья как «хорошее», среди повторнобеременных несколько ниже. Это может быть объяснено следующим образом: во-первых, возрастание доли негативных самооценок здоровья с увеличением паритета беременности может быть связано с возрастанием медицинской информированности женщин, получивших личный опыт от предыдущих беременностей. Во-вторых, возможно накопление соматической патологии с увеличением возраста женщин.

Изменились также самооценки уровня знаний с увеличением паритета беременности: количество женщин, оценивающих свой уровень знаний как «высокий», но считающих свои знания максимальными, выше среди повторнобеременных, что, возможно, связано с увеличением личного опыта с возрастанием паритета беременности. Среди первобеременных выше доля женщин, оценивающих свой уровень знаний в области репродуктивного здоровья как «высокий», но стремящихся знать больше.

### Заключение

В результате анализа данных опроса выявлены наиболее распространённые поведенческие факторы риска ухудшения состояния репродуктивного здоровья беременных женщин: низкая двигательная активность, недостаточное пребывание на свежем воздухе, табакокурение, употребление алкоголя. Эти факторы риска указывают пути активизации профилактической работы врачей-акушеров-гинекологов в женских консультациях в современных условиях, по которым она будет наиболее эффективной.

### Литература

1. Репродуктивное здоровье и ответственное поведение будущей матери во время беременности и после родов – необходимый шаг к рождению здорового ребенка (по результатам анкетирования молодых матерей г. Гродно) / И. М. Ситько [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – № 1. – С. 64-66.
2. Савельева, Г. М. Режим и личная гигиена беременных / Г. М. Савельева // Акушерство: учебник / под ред. Г. М. Савельевой. – Москва, 2000. – С. 175-177.
3. Извекова, Е. В. Гигиеническая оценка питания беременных женщин и меры по его оптимизации (на примере региона Центральной России): автореф. дис. ... канд. биол. наук : 14.00.07 / Е. В. Извекова; Рос. акад. мед. наук. – Москва, 2009. – 26 с.
4. Фролова, О. Г. Медико-социальные аспекты проблемы репродуктивного здоровья женщины / О. Г. Фролова // Вестник Российской АМН. – 1997. – № 2. – С. 7-9.
5. Тайц, А. Б. Алкогольная и наркотическая зависимость у женщин фертильного возраста как медико-социальная проблема репродуктивного здоровья: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Александр Борисович Тайц; Санкт-Петерб. гос. педиатр. мед. акад. – Санкт-Петербург, 2005. – 39 с.
6. Харьковская, О. А. Клинико-психологические и социальные характеристики беременных женщин с никотиновой зависимостью: автореф. дис. ... канд. псих. наук: 19.00.04 / О. А. Харьковская; Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А. М. Никифорова. – Санкт-Петербург, 2010. – 27 с.
7. Gausman, J. Social determinants of sexual and reproductive health: A Global Overview / J. Gausman, Sh. Malarcher // The European Magazine for Sexual and Reproductive Health. – 2011. – № 73. – P. 4-8.

8. Сахарова, Г. М. Табакокурение и репродуктивная функция женщин / Г. М. Сахарова, Н. С. Антонов // Русский медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 12-16.
9. Сурмач, М. Ю. Репродуктивное поведение молодежи Беларуси и его детерминация. Часть 2: Планирование беременности в молодом возрасте и влияние поведения женщины на здоровье новорожденного. Медико-гигиеническая грамотность как фактор антириска / М. Ю. Сурмач // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2011. – № 4 (36). – С. 32-35.
10. Чахоян, А. О. Врач акушер-гинеколог как агент формирования репродуктивного поведения женщины: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.05 / А. О. Чахоян; Волгоград. гос. мед. ун-т. – Волгоград, 2011. – 36 с.
11. Шмелев, И. А. Медицинская активность и гинекологическая заболеваемость женщин различного возраста / И. А. Шмелев // Вестник Российского университета дружбы народов: серия Медицина. – 2015. – № 3. – С. 14-17.
12. Сурмач, М. Ю. Медико-социологическое исследование: стандартизация планирования, особенно программы сбора материала / М. Ю. Сурмач // Медицинские новости. – 2017. – № 1. – С. 19-26.
4. Frolova OG. Mediko-sotsialnye aspekty problemy reproductivnogo zdorov'ja zhenshhiny. *Vestnik Rossiiskoi Akademii Medicinskih Nauk.* 1997;2:7-9. (Russian).
5. Taitis AB. Alkogolnaja i narkoticheskaja zavisimost u zhenshhin fertilnogo vozrasta kak mediko-socialnaja problema reproductivnogo zdorovja [masters thesis]. Sankt-Peterburg : St. Petersburg State Pediatric Medical Academy; 2005. 39 p. (Russian).
6. Kharkova OA. Kliniko-psiologicheskie i socialnye harakteristiki beremennyh zhenshhin s nikotinovoj zavisimostju [masters thesis]. Sankt-Peterburg : The Federal State Budgetary Institute «The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine»; 2010. 27 p. (Russian).
7. Gausman J, Malarcher Sh. Social determinants of sexual and reproductive health: A Global Overview. *The European Magazine for Sexual and Reproductive Health.* 2011;73:4-8.
8. Sakharova GM, Antonov NS. Tabakokurenje i reproductivnaja funkcija zhenshhin. *Russkij medicinskij zhurnal.* 2013;1:12-16. (Russian).
9. Surmach MYu. Reproductivnoe povedenie molodjezhi Belarusi i ego determinacija. Ch. 2: Planirovanie beremennosti v molodom vozraste i vlijanie povedenija zhenshhiny na zdorove novorozhdenno. Mediko-gigienicheskaja gramotnost kak faktor antiriska. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta* [Journal of the Grodno State Medical University]. 2011;4(36):32-35. (Russian).
10. Chakhoyan AO. Vrach akusher-ginekolog kak agent formirovanija reproductivnogo povedenija zhenshhiny [masters thesis]. Volgograd: Volgograd State Medical University; 2011. 36 p. (Russian).
11. Shmelev IA. Medicinskaya aktivnost i ginekologicheskaja zabo-levaemost zhenshhin razlichnogo vozrasta. *Vestnik Rossijskogo universiteta družby narodov: serija Medicina.* 2015;3:14-17. (Russian).
12. Surmach MYu. Mediko-sociologicheskoe issledovanie: standartizacija planirovanija, osobennosti programmy sbora materiala. *Medicinskie novosti.* 2017;1:19-26. (Russian).

### References

1. Sitko IM, Tishhenko EM, Kochetkova DA, Todrik VS. Reproductivnoe zdorove i otvetstvennoe povedenie budushhej materi vo vremja beremennosti i posle rodov – neobkhodimyj shag k rozhdeniju zdorovogo rebenka (po rezultatam anketirovanija molodyh materej g. Grodno). *Voprosy organizacii i informatizacii zdavoohranenija.* 2012;1:64-66. (Russian).
2. Saveleva GM. Rezhim i lichnaja gigiena beremennyh. In: Saveleva GM., editor. *Akusherstvo.* Moskva: Medicina; 2000. p. 175-177. (Russian).
3. Izvekova EV. Gigienicheskaja ocenka pitaniya beremennyh zhenshhin i mery po ego optimizacii (na primere regiona Centralnoj Rossii) [masters thesis]. Moskva : Russian Academy of Medical Sciences; 2009. 26 p. (Russian).

## BEHAVIORAL RISK FACTORS FOR THE HEALTH DISORDER OF PREGNANT WOMEN AND THEIR OPTIMIZATION IN MATERNITY CONSULTATION CLINICS

Yepifanova H. K., Surmach M. Yu.

Educational Institution «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

*Target-oriented activities significantly increase the effectiveness of primary prevention.*

*The aim of the study was to identify behavioral risk factors for the health of pregnant women and the ways to optimize them in maternity consultation clinics.*

*Material and methods.* We analyzed the data of the survey (2016) of pregnant women (N = 472, the sample is representative of the republican one) using the methods of parametric and nonparametric statistics of the Microsoft Excel programs of the Microsoft Office XP package and Statistica 6.0.

*Results.* The main social characteristics of a pregnant woman and lifestyle factors have been determined. It was established that having a history of pregnancy, although it affected the self-evaluation of health and one's own knowledge, did not become a factor that was significant for a favorable change in health-saving behavior. There were revealed such behavioral risk factors for health as low physical activity, lack of fresh air, smoking and drinking alcohol.

*Conclusion.* It is obvious that there is a need to strengthen the control over the activities of the maternity schools at the maternity consultation clinics aimed at the formation of motor skills necessary during pregnancy and the organization of special physical exercises for pregnant women. It is also necessary to enhance the monitoring of pregravidal training in maternity consultation clinics and territorial polyclinics.

**Keywords:** pregnancy, risk factors, medical activity, self-evaluation of health, physical activity, medical awareness.