

Социальные аспекты репродуктивных процессов экспонируемого населения центра черной металлургии

Н.Н. Котляр, Н.А. Антипанова

Social aspects of reproductive processes the exhibited population of the center of ferrous metallurgy

N.N. Kotlja, N.A. Antipanova

Резюме

В статье представлены данные социологического опроса экспонируемого населения крупного центра черной металлургии репродуктивного возраста. Отражен анализ медицинских и социально-экономических факторов, влияющих на репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение населения. Характер выявленных зависимостей отражает особенности социальной инфраструктуры промышленного города и социально-экономические причины нарушений репродуктивного здоровья и поведения жителей.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, медицинские и социально-экономические факторы репродукции населения.

Summary

In article the data of sociological interrogation of the exhibited population of the large center of ferrous metallurgy of reproductive age are submitted. The analysis medical and the socio-economic factors influencing reproductive health and reproductive behaviour of the population is reflected. The character of the revealed dependences reflects features of a social infrastructure of industrial city and social and economic the reasons of infringements of reproductive health and behaviour of inhabitants.

Key words: reproductive health, medical and socio-economic factors of a reproduction of the population.

Актуальность

Исследование процессов воспроизводства населения всегда вызывали повышенный научный и практический интерес. Необходимость глубокого изучения состояний и перспектив процессов воспроизводства населения обуславливается, прежде всего, соответствием между темпами роста численности населения и потенциальными ресурсами страны, координацией стратегических и тактических задач социально-экономического развития государства с характером, интенсивностью и последствиями процессов воспроизводства населения [1; 2; 3].

Для города Магнитогорска с численностью 418,0 тыс. человек, где градообразующим предприятием является металлургический комбинат и более 60% трудоспособного населения занято в промышленности, данные обстоятельства могут быть дополнены рядом специфических социально-экономических моментов, связанных с переходом к рыночным отношениям и как следствие значительными трансформациями в процессах воспроизводства населения, включающих все признаки кризиса депопуляции, что повлияло и на семейный отношения в направлении их деградации. Ухудшение социально-экономического положения семьи повлекло за собой активизацию процессов миграции и процессов изменения интеллектуального потенциала общества с тенденцией к

сокращению естественного прироста населения [4; 5].

Общая смертность в г. Магнитогорске ежегодно превышает рождаемость в 1,6 раза. Естественная убыль населения ежегодно составляет 6,5–6,6 на 1000; средняя продолжительность предстоящей жизни: мужчин – 57,8 лет, женщин – 68,6 лет. Заболеваемость населения за последние годы выросла на 11,2%, отмечается рост эндокринной патологии, заболеваний при беременности, болезней репродуктивной сферы [4; 6].

Репродуктивное здоровье девочек наряду с медицинской приобрело большую социальную значимость в связи с резко обострившейся проблемой количественного и качественного воспроизводства населения. Первичное бесплодие и невынашивание беременности отмечено в каждом третьем наблюдении женщин, имевших различные нарушения менструального цикла в подростковом возрасте [6].

В связи с продолжающейся депопуляцией населения и недостаточной изученностью причин данного социального явления в городе, актуальным на наш взгляд является изучение комплекса медицинских и социально-экономических факторов, влияющих на демографические процессы, происходящие в промышленном городе. Данная проблема с учетом региональных особенностей в городе не изучалась.

Целью нашего исследования явилось изучение социально-экономических и медицинских аспектов процессов воспроизводства экспонируемого населения крупного центра черной металлургии.

Методы исследования

Анализ медико-социальных факторов здоровья прово-

Котляр Н.Н. - кандидат медицинских наук,
Магнитогорский государственный университет
Антипанова Н.А. - доктор медицинских наук,
Магнитогорский государственный университет

дился с учетом общеметодических подходов, разработанных в социологии медицины академиком РАМН А.В. Решетниковым (2002) [7].

В работе были использованы также методы конкретной социологии: контент-анализ: изучено и проанализировано 189 научных источников, из которых 73 – зарубежных авторов; опрос (анкетирование: анонимные анкеты медико-социальной характеристики женщин и мужчин города Магнитогорска за период с 2004 - 2006 гг.): генеральная совокупность респондентов (1069 человек): 535 респонденток (женщин фертильного возраста), обратившихся в подразделения учреждений системы охраны репродуктивного здоровья, 360 женщины, начального и раннего фертильного возраста, обучающихся в образовательных учреждениях высшего профессионального образования, 175 мужчин трудоспособного возраста, что при максимальном уровне допустимой ошибки, который был определен в 5,0%, достаточно для адекватной оценки полученных результатов.

Контингенты опрошенных: 37,5% — подростки, 42,8% — лица 20-29 лет, 18,0% — лица 30-49 лет, 1,7% — респонденты 50-летнего возраста. По роду занятий: 60,9% — учащиеся и студенты; 23,6% — работники государственных учреждений, 13,5% — работники промышленных предприятий, 2% — домохозяйки, безработные, пенсионеры, инвалиды. Структура респондентов может достоверно отразить состояние здоровья, в т.ч. репродуктивного. Это лица родившиеся и проживающие в городе (89,2%) с развитой отраслью черной металлургии, где имеет место негативного воздействия на популяцию экологических факторов и остается высоким уровень младенческой смертности.

Уровень минимального объема выборочной совокупности мы определили по классической формуле [8]. При расчёте на число беременностей у 1 000 женщин фертильного возраста минимальный объем по г. Магнитогорску составил 841. При расчёте на процент беременностей у подростков – 168.

Было разработано 70 вопросов, учитывающих три группы факторов риска репродуктивного здоровья: социально-экономические (уровень доходов семьи, проживание в сель-

ской или городской местности, уровень образования, социальное положение, сфера трудовой деятельности, семейное положение, количество детей в семье, количество желанных беременностей, сознательное использование аборта как метода регулирования рождаемости); медико-организационные (качество медицинской помощи женщинам при прерывании беременности и в вопросах просвещения по планированию семьи); медико-биологические (возраст, состояние здоровья; наличие вредных привычек; наличие мертворождений, привычной потери беременности и врожденных пороков в анамнезе).

Статистическая достоверность различия величин показателей в сравниваемых группах наблюдения оценивалась по критериям Стьюдента и χ^2 (ХИ-квадрат). Обработка и графическое представление результатов исследования проводилось с использованием пакетов прикладных программ Microsoft Office [9; 10].

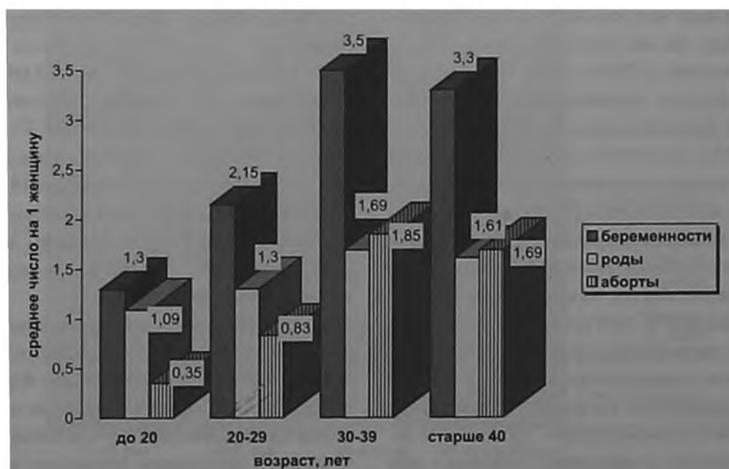
Результаты и их обсуждение

В результате проведенного анкетирования 895 женщин мы выяснили, что количество беременностей на одну женщину возрастает в старших группах. Количество родов во всех возрастах близко к единице, поэтому можно прийти к выводу о том, что, как правило, женщины стараются родить ребёнка в молодом возрасте до 30 лет. Последующее увеличение количества родов происходит, как правило, за счёт рождения вторых детей. В дальнейшем в исходах беременности преобладает прерывание (рис. 1).

Как видно из рис. 1. возраст женщины оказывает влияние на ее репродуктивное поведение, что соотносится с данными, полученными в исследованиях репродуктивного здоровья женщин Самарской, Орловской, Вологодской областей [11; 12; 13].

При анализе результатов проведенного социологического опроса мы увидели зависимость репродуктивных установок и поведения от семейного положения женщин и мужчин. Так, среди замужних женщин большинство хотят ещё иметь детей, а одинокие женщины в большинстве не имеют однозначного решения. При этом 23,7% респондентов

Рисунок 1. Среднее число беременностей, родов и аборт на 1 женщину в зависимости от возраста



состоят в единственном браке, 4,1% - разведены; 3,5% состоят в гражданском браке; во втором браке находится 3,2%; 2,0% вдов и 0,2% состоит более чем в третьем браке. В настоящее время по различным причинам семьи предпочитают иметь одного ребенка (15,5% семей); 8,9% - двоих детей; 0,8% - желают иметь три ребенка и 0,7% - более трех.

При этом на одну замужнюю женщину приходится наибольшее число беременностей (3,0). У одиноких и живущих в гражданском браке женщин разница между родами и абортми одинаковая - 0,1; преобладание числа родов над числом абортов у замужних женщин заметно выше - 0,4.

Большинство из опрошенных мужчин состояли в браке - 71,7%, в т. ч. 61,5% - в зарегистрированном. 10,7% были разведены, 5,7% являлись вдовцами, 11,9% - холостыми. Среднее планируемое число детей на момент вступления в брак у мужчин, составило 2,01.

Следовательно, наличие семьи является стимулирующим для рождения детей фактором и определяет более высокие показатели репродуктивного здоровья.

При этом среди причин, обуславливающих отсутствие репродуктивных планов в будущем при достижении среднего числа детей в семьях на уровне 1,27 - 1,34 ребенка, 52,4% женщин считают «достаточное количество уже имеющихся детей». Вторая по значимости причина снижения репродуктивных планов - недостаточная материальная обеспеченность, на которую указали 9,0% опрошенных.

Среди опрошенных мужчин о планах на рождение детей в семье, большинство (65,2%), ответили отрицательно. Репродуктивные планы были лишь у 16,3% респондентов, а 18,5% затруднились однозначно ответить на этот вопрос. Среди основных причин, в которых мужчины видят препятствия к увеличению числа детей в семье, наибольший удельный вес имеют достаточное количество уже имеющихся детей (22,1%), материальные затруднения (17,5%), отсутствие уверенности в завтрашнем дне (13,9). При этом репродуктивные планы у мужчин выше, чем у женщин (соответственно 2,03 и 1,75), что, возможно, определяет негативное отношение мужчин к вопросам контрацепции: 42,3% мужчин не обсуждают с женщиной вопрос о предохранении от нежелательной беременности и только 5,8% мужчин хотели бы взять на себя решение проблемы предохранения от нежелательной беременности.

Установленный факт того, что 44,7% женщин не применяют контрацептивы, так как отсутствует необходимость применения контрацептивов (у 29,6% женщин); имеются заболевания, препятствующие использованию контрацептивов (22,9%); считают имеющиеся средства контрацепции неэффективными (19,6%); отсутствует материальная возможность регулярно использовать контрацептивы (8,9%); не имеют представления о контрацептивах (7,8%) - обуславливает в совокупности с нежеланием мужчин участвовать в процессе предохранения от нежелательной беременности высокую частоту медицинских абортов, на которые в своем анамнезе указали 63% женщин. В этой связи имеется высокий риск нарушения репродуктивного здоровья, состояние которого было оценено как удовлетворительно 52,6% женщин и как «плохое» 13,2% женщин, что составило в общем числе - 65,8% всего объема исследуемой выборки. Хроническую патологию, препятствующую деторождению, отметили у себя

27,7% респондентов.

Установленные в исследованиях последних лет факты того, что через год после искусственного аборта нарушения в репродуктивной системе обнаруживаются у 15,2% женщин, а через 3-5 лет - у 52,4% [2]; от последствий абортов в мире ежегодно умирает 200 тысяч женщин [3; 14]; аборт является основной причиной вторичного бесплодия (до 41% случаев) [2; 15] и после аборта частота самопроизвольных выкидышей увеличивается в 8-10 раз; около 60% первородящих женщин в возрасте старше 30 лет страдают невынашиванием беременности, вызванным произведенными абортми; прерывание первой беременности абортм у молодых женщин увеличивает риск развития рака молочной железы в 2-2,5 раза [1; 3] - определяют необходимость проведения дальнейших исследований, направленных на совершенствование организации и поиск более эффективных управленческих решений по профилактике абортов на региональном уровне, а также разработку научно обоснованных методических подходов по снижению распространенности абортов.

Так как установлено, что свыше половины абортов женщины вполне осознанно производят в возрасте от 20-ти до 30-ти лет и еще около 20% - в возрасте 30-40 лет, т.е. в наиболее активных репродуктивных возрастах [2] и высокое число абортов наблюдается у девушек-подростков (доля абортов у девушек в возрасте до 19 лет в общем числе абортов остается стабильным - около 10%) [15; 16] - нами особо пристально исследовались репродуктивные проблемы молодых женщин в возрасте от 15 до 24 лет, когда помимо реализации биологической функции формируется программа профессиональной деятельности (обучение и начало работы по специальности). Анализ мнения студенток относительно их жизненных приоритетов в период получения образования определил приоритет профессиональной подготовки. На это указали 78,3 из 100 опрошенных студенток. Следующий приоритет - это замужество (40,1 из 100).

Выявленными приоритетами объясняется низкий уровень показателей детности среди студентов и малое число женщин, планирующих рождение ребенка на период обучения (рождение ребенка на период учебы планировали только 3,7 из 100 опрошенных студенток). Согласно полученным данным, сегодняшнее поколение студенток до 30-летнего возраста реализует свою детородную функцию только на уровне показателя детности 0,77. Это на 26% меньше, чем в целом по г. Магнитогорску в 2003г. (1,04) до 30-летнего возраста. Среди студенток только 32,5% считают возможным совмещать учебу и рождение детей, 48,3% - относятся к этому отрицательно, а 19,2% не имеют определенной точки зрения.

Основными причинами неготовности иметь ребенка в период обучения были названы респондентами невозможность совмещения учебы с рождением детей (42,5% респондентов), возраст (21,2%), отсутствие мужа (28,1%) и другие жизненные интересы (8,2%).

Среди приоритетных мероприятий, позволивших повысить возможности реализации деторождения в период получения образования были отмечены меры, отражающие политику государства, направленную на поддержку учащейся молодежи, студенческих семей, включающие поощрение материнства и организацию адекватного медицинского обслу-

жизнания молодежи, их семей и поддержание репродуктивной функции (выделили данные мероприятия 48,4% респондентов). В 42,6% случаев было отмечено, что никакие меры не помогут, т.е. рождение ребенка планируется только после завершения учебы.

При этом планируемое в будущем среднее желаемое число детей в семье в студенческой группе составило 1,73. Студентки в возрасте 17-18-лет планируют в среднем 1,95 деторождений, 19-21 год желали бы иметь в среднем по 2,1 ребенка, в 22-24-летнем возрасте - 1,98 детей, а в возрасте старше 25 лет - 1,49 (рис. 2).

Настораживают и максимально идеальные показатели для современной семьи, названные респондентами и соответствующие числу - 2,09 детей, что определяет изначально суженный характер планируемого воспроизводства, которое с увеличением возраста женщин, еще более снижается, что, как правило, связано с неполной реализацией возможностей молодого возраста в плане наиболее значимых факторов, среди которых большинство респондентов студенческого возраста определяют уверенности в завтрашнем дне. На это условие указали 50,7 респондентов на 100 опрошенных. На втором месте находится достаточная материальная обеспеченность (37,3 из 100 опрошенных). Третье-четвертое места занимают такие факторы как благоприятные взаимоотношения в семье и решение жилищных проблем.

В связи с названными факторами реализация детородной функции, планируемая в студенческие годы, не является полной и соответствует к 30-летнему возрасту показателю детности на уровне 0,75. Получившаяся разница между данным показателем и планируемым будет реализовываться в более старшем возрасте. На это указали 52,4% респондентов.

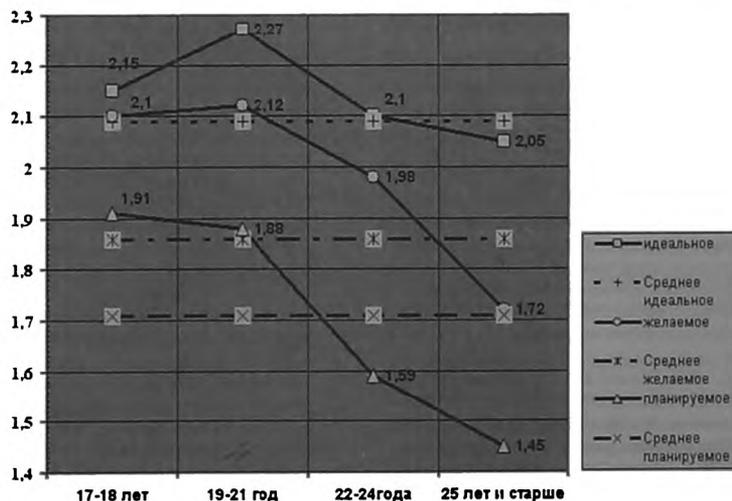
Следовательно, учитывая репродуктивные планы студенток (в среднем 1,7 деторождений) и уровень реализации деторождений у них до 30-летнего возраста можно предположить, что разница между планируемым и реализованным числом детей будет компенсироваться после 30 лет. Учеба,

таким образом, является фактором, влияющим на удлинение протогенетического интервала.

Для полноценной реализации деторождения после длительного протогенетического интервала возрастает значимость биологических возможностей, их сохранности в период и после обучения и профессионального становления, в отношении которых отмечена негативная тенденция, обусловленная ростом в конце периода обучения количества молодых женщин, оценивающих негативно свое репродуктивное здоровье (с 3,1% у 17-18-летних до 10,4% в возрасте 25 лет и старше), и имеющих хроническую патологию, снижающую возможности последующей репродуктивной реализации (с 10,3% до 32,4% соответственно). Настораживает значительное число респондентов молодого возраста на 1 курсе, оценивших свое репродуктивное здоровье как «удовлетворительно» (42,2% студенток 1 курса).

Установленные негативные тенденции снижения уровня репродуктивного здоровья в период обучения обусловлены и активным началом половой жизни (50,9% респондентов всей исследуемой выборки отметили начало половой жизни на возраст 16-18 лет и второй по значимости период - 19-21 год - 22,4% респондентов) при большом числе сексуальных партнеров (наличие одного сексуального партнера было отмечено только у 28% респондентов: наличие 6 и более сексуальных партнеров было отмечено 20,3% респондентов), что определяет низкий уровень и неэффективность полового воспитания в семье и образовательных учреждениях. Так нами установлено, что наиболее значимыми источниками информации в вопросах планирования семьи для значительной части опрошенных являются друзья, знакомые и другие лица без медицинского образования, а также популярная литература. Большинство мужчин (85,5%) указали на отсутствие сексуального воспитания в семье и школе. Результаты исследования указывают на необходимость активного привлечения мужчин к решению проблем планирования семьи. Мероприятия по повышению уровня контрацептивной и сексуальной

Рисунок 2. Число детей, которое планируют, желают иметь, считают идеальным для одной семьи, студентки различных возрастных групп.



культуры должны быть направлены как на женское, так и на мужское население.

Следовательно, на период обучения и профессионального роста лиц репродуктивного возраста необходимо достаточное медико-профилактическое сопровождение, что отмечалось большинством респондентов: почти половина (41,0%) студенток на первое место в плане охраны репродуктивного здоровья поставили медицинские осмотры и консультирование, достаточность материальных средств (34,0%), отсутствие вредных привычек и формирование здорового образа жизни (14,9%), подбор эффективных и безопасных контрацептивов (5,4%); внимание, понимание медицинскими работниками (4,7%).

Таким образом, выполненные исследования влияния медико-социальных факторов на репродуктивный потенциал экспонируемого населения центра черной металлургии позволили сформулировать ряд выводов и предложений, которые сводятся к следующему:

1. На репродуктивное поведение женщин оказывают влияние следующие факторы – возраст, семейное положение, уровень образования и доходов. Имеется обратная зависимость количества детей от образования и прямое влияние на количество детей оказывают возраст женщин и мужчин, семейное положение и уровень доходов (двух детей имеют 40 % семьи с высоким доходом и 25% – с низким).

2. Уровень репродуктивного здоровья женщин и репродуктивных потерь в значительной степени определяются распространенностью аборт. Особенно медленно снижается

уровень аборт в репродуктивно значимых возрастах – 15-19 лет и 20-34 года. Лишь одна треть беременностей завершается родами, а остальные – абортами. Все это свидетельствовало о низкой эффективности управления профилактикой аборт в городе и требует принятия целенаправленных и действенных мер по корректировке сложившейся ситуации.

3. Репродуктивное поведение населения промышленного города зависит в большей степени от социально-экономических (32,46%), медико-организационных (31,7%) и социально-когнитивных (21,71%) факторов, и в меньшей – от медико-биологических (9,49%) и семейных (4,63%) факторов. На внутриотраслевом уровне наиболее управляемым является медико-организационный, а наименее управляемым – социально-экономический.

Выводы, полученные в результате исследования, свидетельствуют о высоких репродуктивных потерях, которые могут оказывать существенный экономический ущерб от недопроизведенного ВРП, что отражено в ряде современных научных исследований [17].

В этой связи необходимо для обоснования приоритетных направлений в социально-демографической политике, определяющей трудовой резерв промышленных предприятий города, основываться на дальнейшем изучении факторного воздействия на репродуктивный потенциал промышленного города с построением экономической модели, позволившей определить основные приоритетные мероприятия для минимизации репродуктивных потерь на перспективу дальнейшей развития инфраструктуры города.

Литература:

1. Измеров Н.Ф. Медико-социальные проблемы репродуктивного здоровья и пути их решения. Актуальные проблемы репродуктивного здоровья в условиях антропогенного загрязнения -2002. - С.3-13
2. Кулаков В.И., Серов В.Н. Руководство по охране репродуктивного здоровья. М.:Триада-Х. 2001.
3. Альбицкий В.Ю., Юсупова А.Н., Шарапова Е.И. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России. Казань:Медицина, 2001.
4. Кошкина В.С. Экология и здоровье крупного промышленного центра черной металлургии. Магнитогорск: МаГУ, 2004.
5. Кошкина В.С., Антипанова Н.А., Лисьева Н.П. и др. Химические факторы, влияющие на репродуктивную функцию. Материалы VII Международной научной конференции «Здоровье семьи – XXI век». – Пермь (Россия) – Валетта (Мальта), 2003г. – С.97 – 98.
6. Кошкина В.С., Медведева Ю.Г. Медико-социальные и психологические аспекты репродуктивного здоровья подростков в условиях техногенного влияния на популяцию. Сборник статей международной научно-практической конференции «Семейная политика: демографический кризис и общественная безопасность», Магнитогорск, 2004 - С.306-310
7. Решетников А.В. Социология медицины. М.: Медицина, 2002.
8. Лисицын Ю. П., Е.Н. Шиган Е.Н., Случанко И.С. и др. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. М.: Медицина, 1987.
9. Реброва О.Ю. Применение пакета прикладных программ STATISTICA: МедиаСфера, 2006 (III изд.).
10. Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринюк В.И. Прикладная медицинская статистика. СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2003.
11. Антимонина М.Ю., Вдовенко С.А., Павлов В.В. и др. Исследование мотивов репродуктивного поведения женщин Самарской области. Вопросы управления качеством медицинской помощи: научно-практический журнал. – Самара, №1 (3), 2005. – С.87-88.
12. Громько Г.Л., Смагина И.В. Анализ некоторых аспектов демографического развития Орловской области. Вопросы статистики, 2007, № 4. – С. 52 – 57.
13. Копейкина М.А., Шабунова А.А. Современная демографическая ситуация в Вологодской области: репродуктивный аспект. Экономические и социальные перемены в регионе: факты, тенденции, прогноз. – 2004. – №24. – С. 51-55.
14. Серов В.Н., Жаров Е.В., Ковальчук Я.Н., Лосик Ю.С. Распространенность аборт и контрацепции в Российской Федерации М : ВИНТИ, 1998.
15. Гаврилова Л.В. Репродуктивное поведение населения Российской Федерации в современных условиях. Планирование семьи: Международный мед. ж., 2001. №4. С. 8-12.
16. Фролова О.Г., Ильчичева И.А. Вопросы охраны репродуктивного здоровья в решениях коллегий Минздрава РФ 2002 г. Акушерство и гинекология. – 2003. – № 4. – С. 3.
17. Ласточкина М.А. Экономико-математическое моделирование репродуктивного потенциала населения региона (на примере Вологодской области) / Ласточкина Мария Александровна: Автореф. дисс. ... канд. экон. наук – Центральный экономико-математический институт РАН – Москва, 2006. – 24 с.