

СТАН ТА ЧИННИКИ РИЗИКУ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

В.І. Клименко, І.М. Денисенко (Запоріжжя)
Запорізький державний медичний університет

Резюме. Висвітлено сучасний стан репродуктивного здоров'я населення України та визначено провідні його медико-соціальні чинники. Виявлено недосконалість організації надання медичної допомоги вагітним і породіллям. Встановлено необхідність пошуку нових підходів та ефективних шляхів вирішення цієї проблеми з урахуванням соціальних, медико-біологічних аспектів та психоемоційного стану вагітних і породіль.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, психоемоційний стан, психопрофілактика.

Розвиток суспільства будь-якої країни значною мірою залежить від демографічних перспектив, які визначаються репродуктивним здоров'ям її населення. Стійка тенденція скорочення чисельності населення внаслідок зниження рівня народжуваності та підвищення рівня загальної смертності ставить під загрозу майбутнє України. Негативні тенденції у відтворенні населення України обумовили від'ємний його приріст, який вперше зареєстровано в 1991 р. (-0,8‰), а у 2001 р. — -7,5‰. Збільшення народжуваності у 2002–2004 рр. на 9,5% не вирішило проблем демографічної кризи. В Україні приріст населення у 2009 р. становив 4,2 (у Євросоюзі — 4,1‰) [7].

Материнська, перинатальна смертність і смертність немовлят вважаються одними з найчутливіших «барометрів» соціально-економічного благополуччя країни. Кожен випадок плодово-малюкових репродуктивних втрат спричиняє для держави і суспільства в цілому непрожите і «непропрацьоване» життя [2]. Рівень смертності немовлят значною мірою визначає і середню очікувану тривалість життя людини, яка в Україні протягом останніх десятиріч суттєво скорочується. Так, у 2008 р. рівень очікуваної тривалості життя чоловіків становив 67,0–70,6 року, жінок — 81,4 року, у 2009 р. — відповідно 62,5 року та 74,2 року [9; 10]. Сьогодні цей показник є меншим порівняно з середньоєвропейським на 6,45 року, з країнами Євросоюзу — на 10,39 року, загалом через погіршення здоров'я, у т.ч. репродуктивного. Рівень перинатальної смертності та мертвонароджуваності в Україні в 2–3 рази перевищує світові показники. В її структурі понад 50% становлять причини, які виникли під час вагітності та пологів, 22,42% — природжені вади розвитку; 5,47% — зовнішні причини смерті [7].

Показник малюкової смертності є індикатором суспільно-економічного благополуччя країни та входить до основних Цілей розвитку тисячоліття, визначених ООН [7]. На жаль, в Україні він ще дуже високий та більше ніж удвічі перевищує аналогічні показники країн Західної Європи. Смертність дітей до 1 року за основними причинами смерті, серед яких від окремих станів, що виникають у перинатальному періоді, становила у 2008 р. — 54,1%, у 2009 р. — 58,6% [17]. Важливим показником стану здоров'я населення держави є дитяча інвалідність. В Україні частка дітей-інвалідів дорівнює 2,5% усього дитячого населення, а за прогнозами, їх кількість зростатиме [8].

Безпліддя є одним з важливих показників стану репродуктивного здоров'я, але не тільки серед жінок, але й чоловіків. В Україні рівень безпліддя становить 18–20%, кількість неплідних подружніх пар — близько 1 млн, таким чином, кожна п'ята пара не може мати дітей. За науковими даними, жіноче безпліддя в 2009 р. склало 80%, чоловіче — 20%. Майже у 80% випадків причиною безпліддя у жінок є аборт, у 15–25% — запальні хвороби статевих органів [16]. Вирішення цієї проблеми є важливим резервом поліпшення демографічної ситуації.

Однак існують і позитивні зрушення у сфері репродуктивного здоров'я. Так, завдяки комплексу заходів, проведених протягом останніх 10 років у рамках Програми планування сім'ї та Національної програми «Репродуктивне здоров'я 2001–2005», вдалося відтворити позитивні тенденції основних чинників порушень репродуктивного здоров'я жінок: знизити рівень захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), штучного переривання небажаної вагітності та їх наслідків (невиношування, материнської та малюкової смертності), зменшити рівень материнської смертності

на 60% (2004 р. — 13,8 на 100 тис. народжених живими), малюкової — на 36% (9,6 на 1000 народжених) [14].

Охорона репродуктивного здоров'я визначена ВООЗ як пріоритетна галузь у відповідності до Резолюції Всесвітньої Асамблеї ООН з охорони здоров'я ще з 1995 р. [7].

У Декларації Асамблеї Тисячоліття ООН — «Саміту Тисячоліття» (2000) значна увага приділяється збереженню репродуктивного здоров'я. Серед 40 цілей Тисячоліття 3 безпосередньо стосуються вирішення проблем охорони репродуктивного здоров'я: зменшення до 2015 р. на дві третини смертності дітей віком до п'яти років, материнської смертності — на три четвертини та обмеження поширення ВІЛ/СНІДу [14].

Питанням вивчення медико-соціальних чинників ризику (ЧР) для репродуктивного здоров'я присвячені поодинокі роботи, які лише фрагментарно відображають суть проблеми; недостатньо вивчені основні ЧР розвитку ускладнення перебігу вагітності та пологів, враховуючи умови життя. У зв'язку з цим є актуальним вивчення медико-соціальних ЧР порушення стану вагітних і породіль з метою усунення недоліків.

Мета роботи — проаналізувати та оцінити стан репродуктивного здоров'я населення України на сучасному етапі; визначити провідні медико-соціальні ЧР, які впливають на репродуктивне здоров'я.

Матеріали та методи

Інформаційну базу дослідження становили наукові джерела, статті вітчизняних і зарубіжних вчених, нормативно-правова база організації медичної допомоги вагітним жінкам. У роботі використано дані Центру медичної статистики МОЗ України, центру медичної статистики Запорізької області. В процесі виконання даного дослідження використано бібліосемантичний метод і контент-аналіз, що сприяло визначенню проблеми. З метою виявлення провідних медико-соціальних чинників порушення психоемоційного стану вагітних ми за умови інформованої згоди проанкетували 273 вагітних жінки. Дослідження проведено на базі відділення для жінок з патологією вагітності Філії приватного акціонерного товариства «Приазовкурорт» Клінічного санаторію «Великий Луг». У дослідження включені всі жінки, які надходили до санаторію з квітня 2010 р. по квітень 2011 р., таким чином, це була суцільна вибірка за рік.

Результати дослідження та їх обговорення

За українськими та світовими даними, основними проблемами репродуктивного здоров'я є материнська та малюкова смертність, дитяча інвалідність, високий рівень абортів, невиношування вагітності, високий рівень ускладнень вагітності та пологів, поширеність

жіночої та чоловічої безплідності, захворюваність населення на ЗПСШ.

Рівень абортів та їх наслідки все ще викликають велике занепокоєння, адже штучне переривання вагітності наносить непоправну шкоду здоров'ю, передусім репродуктивному, впливаючи на фертильність жінок, перебіг наступних вагітностей та пологів. У структурі причин материнської смертності, якій можна було запобігти, аборти і пов'язані з ними ускладнення забирають життя майже кожної десятої жінки, що померла під час вагітності [11]. Незважаючи на тенденцію до зниження, рівень абортів в Україні залишається найвищим серед країн Європи. Спостерігається несприятлива тенденція до підвищення кількості абортів у вперше вагітних, наслідком яких є високий рівень захворюваності та ризик безплідності (у 2004 р. цей показник зріс більше ніж удвічі, склавши 12,1%, проти 5,6% у 1991 р.). У ході нашого дослідження встановлено, що $39,0 \pm 3,2\%$ вагітних мають в анамнезі один перенесений аборт, а $14,0 \pm 1,8\%$ — два і більше.

Одним з основних поведінкових чинників розладу репродуктивного здоров'я вважаються ЗПСШ. Зазначені інфекції нерідко стають причиною безпліддя, невиношування вагітності, а також пренатального інфікування плода з можливими тяжкими наслідками і навіть вадами розвитку плода. Тривалий перебіг цієї групи хвороб часто призводить до безпліддя, адже наслідком нездорового способу життя є запальні хвороби статевих органів. Частота даної патології залишається високою і має стійку тенденцію до зростання: за період 1992–2004 рр. вона збільшилась в 1,4 разу (у 1992 р. — 90,4, а у 2004 р. — 130,9 на 10 тис. жінок 18 років і старше). Щорічне виникнення репродуктивних проблем у більш ніж 11 тис. жінок пов'язано з позаматковою вагітністю, рівень якої значною мірою впливає на репродуктивні процеси та втрати. Науковцями доведено, що ризик виникнення позаматкової вагітності після перенесеного запального процесу статевих органів збільшується в 6–10 разів [15]. За даними нашого дослідження, у $42,4 \pm 5,3\%$ жінок в анамнезі були хронічні запальні процеси статевих органів.

Слід зазначити, що не тільки медичні, але й соціально-економічні проблеми впливають на репродуктивне здоров'я. Так, несприятливим чинником є значне число розпаду сімей незабаром після народження дитини: у 2004 р. кількість розлучень становила 173163, що дорівнює 3,6 на 1000 осіб. За останнє десятиріччя значно збільшилось число неповних сімей (з одним із батьків), або сімей, в якій один з батьків не є біологічним батьком/матір'ю дитини. Однією з причин цього явища стало руйнування в структурі свідомості сучасних молодих людей цілісного комплексу уявлень про сім'ю і батьківські зобов'язання. Внаслідок цього ряд дослідників у даний час відзначає несформованість у молодих людей ціннісно-сміслової орієнтації на батьківство і відсутності відчуття відповідальності що-

до сім'ї та дітей [12]. Встановлено, що $64,5 \pm 3,6\%$ жінок перебувають у зареєстрованому шлюбі, $23,5 \pm 2,8\%$ — в незареєстрованому шлюбі, $12,0 \pm 4,1\%$ не мають постійного партнера, серед них жінки, що перебувають у першому шлюбі, — $57,0 \pm 2,9\%$ у повторному — $43,0 \pm 2,9\%$.

Недостатність державних гарантій соціального забезпечення майбутніх членів суспільства (народження, утримання, виховання, освіта, працевлаштування, відповідність заробітної плати повним, а не мінімальним потребам) зумовлює невпевненість батьків у майбутньому власних дітей та відмову від народження більше ніж однієї дитини, що, своєю чергою, призводить до зменшення чисельності населення. Соціологічне вивчення стану репродуктивного здоров'я українських жінок (1999 р.) засвідчило, що більшість українських жінок планують мати лише одну дитину, відкласти народження дитини або взагалі відмовитись від нього. Вже у віці 20–24 роки 30% жінок не планують народжувати наступну дитину, а у віці 25–29 років ця частка збільшується до 46,4% [14]. Однак такі плани не завжди збігаються з життєвими ситуаціями. Так, за даними нашого дослідження, середній вік вагітних становить $28,1 \pm 2,4$ року, але майже 17% вагітних — у віці 36 років та старше (до 42 років), у яких є діти, і ця вагітність у більшості (67,8%) не запланована.

Недостатня соціальна та правова захищеність жінок у сфері праці, недостатній контроль за дотриманням правил і норм охорони праці, техніки безпеки є однією з причин незадовільного стану здоров'я жінок. Незадовільні умови праці погіршують стан здоров'я. Так, встановлено, що практично кожна четверта жінка ($23,6 \pm 1,9\%$) зазнає емоційного напруження на роботі, впливу шкідливих умов праці (шум, холод, сирість) і має порушення умов праці та відпочинку.

Все вище зазначене впливає на психологічний аспект перебігу вагітності, адже зміни в душевній сфері жінки, що привносяться материнством, — одні з найскладніших і недостатньо вивчених галузей сучасної науки [13]. Як відомо, сьогодні надання допомоги хворим, у т. ч. вагітним, в Україні регламентується клінічними протоколами, затвердженими МОЗ України. Існують нормативні документи з профілактики, лікування основних захворювань, проте не завжди враховується те, що вагітність — це фізіологічний період з багаточисельними особливостями.

Професор Г.Г. Філіпова (2002) для опису хвилювань жінки запропонувала ряд «стилів хвилювання вагітності» [2]. Для адекватного стилю характерний стан без сильних і тривалих негативних емоцій. У першому триместрі можливе загальне зниження настрою без депресивних епізодів і поява дратівливості, в другому — сприятливий емоційний стан, у третьому — підвищення тривожності, зі зниженням її рівня до останніх тижнів. До неадекватних стилів віднесені тривожний, ейфоричний, ігноруючий, відкидаючий та амбівалентний. Три-

вожний тип характеризується появою страху, вираженого занепокоєння, що періодично поновлюється. У першому триместрі підвищується тривожний або депресивний стан; у другому триместрі повторюються депресивні або тривожні епізоди; у третьому триместрі такий стан посилюється. Ейфоричний тип характеризується неадекватним ейфоричним забарвленням, спостерігається некритичне недиференційоване ставлення до можливих проблем вагітності та материнства. При ігноруючому типі існує відчуття досади та неприємного здивування; а переживання або не виражаються зовсім, або стан навіть кращий, ніж до вагітності; динаміка емоційного стану по триместрах не спостерігається або підвищується активність і загальний емоційний фон. Відкидаючий тип реагування на вагітність супроводжується різкими негативними емоціями; характерний негативно фізично і емоційно забарвлений стан; можливе переживання всієї вагітності як кари, перешкоди, до кінця вагітності можуть виявитися сплески депресивних або афектних станів. Нарешті амбівалентний тип схожий за характеристиками з тривожним типом: неадекватне виникнення больових відчуттів; страх за дитину або результат вагітності, пологів; часті невинуваті засланні на негативні зовнішні обставини, які заважають сприятливому переживанню вагітності [3; 4; 18].

Динаміка стилю переживання вагітності вказує на цінність дитини, тип інтерференції цінності дитини з іншими значущими для жінки цінностями, є прогностичним для виявлення особливостей материнського ставлення і динаміки цінності дитини після пологів [19]. Це дає змогу припустити гіпотезу про можливі ускладнення в пологах і післяпологовому періоді. Після народження дитини стилі переживання вагітності, які відхиляються від адекватного, конкретизуються у процесі післяродового періоду і переходять у стійкі стилі материнського ставлення. У вагітності можна передбачити деякі компоненти материнської поведінки (наприклад, стилі емоційного супроводу, використання засобів контролю при визначенні стану дитини, динаміку цінності малюка тощо) і ступінь відхилення стилю материнського ставлення від адекватного. Крім того, у вагітності можна спрогнозувати виникнення післяродових депресій або психозів на основі прогнозованого різкого зниження цінності дитини або тенденції до виняткової цінності дитини у поєднанні із загальною динамікою стилю переживання вагітності та схильності до депресивних або психотичних станів. Виявлено, що діти матерів, які страждали на післяродову депресію, потрапляють в групу високого ризику щодо розвитку емоційно-поведінкових відхилень і затримок розвитку, психічних порушень у сфері спілкування і психологічних проблем у підлітковому віці [19]. Вивчення психологічного стану вагітних жінок дає змогу передбачити, що для періоду вагітності властива власна динаміка загострення та ослаблення проблем, які існують у жінки [2].

У першому триместрі вагітні гостро переживають власні проблеми у стосунках з чоловіком та родиною. У другому і третьому триместрах жінки виражено уникають негативних емоцій, а проблеми першого триместру ослаблюються, страх перед пологами та власною некомпетентністю в післяпологовому періоді актуалізується. На початку третього триместру виражається «синдром облаштування гнізда», який проявляється у підвищенні активності, прагненні упорядкувати наявні проблеми. Напрямок активності в цей період на підготовку до пологів і післяродовий період співвідноситься зі сприятливою динамікою перебігу вагітності та цінності дитини, а активність, не пов'язана з дитиною, – з несприятливою динамікою. До кінця вагітності найчастіше послаблюється страх перед пологами, власною некомпетентністю, знижується напруга всіх останніх проблем. Зворотна ситуація відображає виражену несприятливу динаміку переживання вагітності та цінності дитини [5].

В Україні значна увага приділяється стану здоров'я вагітних жінок. На базі жіночих консультацій знаходяться так звані «школи батьківства», де проводяться спеціалізовані заняття щодо підготовки жінок до пологів, догляду за дитиною. Поряд з цим у таких консультаціях не завжди враховуються психологічні аспекти, немає індивідуального підходу до кожної вагітної, відсутня посада медичного психолога (лікаря психолога), який оцінює психоемоційний стан і необхідність психокорекції [6]. У зв'язку з цим є абсолютною очевидною необхідністю у медико-психологічному супроводі вагітності та підготовки до пологів, яке повинно охоплювати всі етапи материнства: вагітність, пологи, грудне вигодовування, взаємодію з новонародженим та інші аспекти [1].

Це підтверджується високим показником ($52,1 \pm 1,3\%$) тривожності за даними нашого тестування вагітних. Середній рівень спостерігався у $47,9 \pm 1,6\%$ майбутніх матерів. Найвищий рівень тривожності зафіксовано серед жінок, у яких перша вагітність закінчилася викиднем; при позаплановій вагітності та хронічних запальних процесах статевих органів в анамнезі (обтяжливий гінекологічний анамнез), а також серед вагітних віком старше 35 років.

Таким чином, вищенаведені проблеми психологічного і психіатричного характеру значно вплива-

ють на перебіг вагітності та реалізацію материнства. На жаль, цей вплив часто недооцінюється. Саме тому, як один з напрямів підготовки до материнства і настання вагітності, принципово важливо проводити психотерапевтичну корекцію, спрямовану на підвищення психологічної адаптації, організацію партнерської підтримки в сім'ї і мікросоціальному оточенні майбутньої матері. На нашу думку, слід створити та впровадити нову комплексну, багаторівневу систему спостереження за жінками репродуктивного віку, що буде враховувати соціальні, психологічні та медико-біологічні аспекти репродуктивного здоров'я.

Висновки

1. Завдяки виконанню Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року» протягом останніх років спостерігаються позитивні тенденції в стані репродуктивного здоров'я населення, однак воно залишається незадовільним у деяких питаннях, і це потребує нових підходів та ефективних шляхів вирішення проблеми його збереження та поліпшення.
2. Показано, що провідними чинниками погіршення стану репродуктивного здоров'я є аборт: $39,0 \pm 3,2\%$ вагітних жінок мають в анамнезі один перенесений аборт, а $14,0 \pm 1,8\%$ – два і більше та, як наслідок, хронічні запальні процеси статевих органів – $42,4 \pm 5,3\%$.
3. Встановлено, що незареєстрований шлюб, відсутність постійного партнера, вік 36 років та старше, незапланована вагітність, емоційне напруження на роботі, порушення умов праці та відпочинку призводять до порушення психоемоційного стану, яке підтверджується високим показником рівня тривожності у $52,1 \pm 1,3\%$ жінок.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у виявленні особливостей перебігу вагітності залежно від психоемоційного стану жінки, виділення провідних чинників ризику, що призводять до порушення психоемоційного стану та обтяжують перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду.

Список літератури

1. Анохина А. А. Психопрофилактическая подготовка беременных к родам / А. А. Анохина // Мед. помощь. – 1996. – № 5. – С. 26–28.
2. Брутман В. И. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В. И. Брутман, Г. Г. Филиппова, И. Ю. Хамитова // Вопросы психологии. – 2002. – № 1. – С. 59.
3. Брутман В. И. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В. И. Брутман, Г. Г. Филиппова, И. Ю. Хамитова // Вопросы психологии. – 2002. – № 3. – С. 110.

4. Брутман В. И. Раннее социальное сиротство: [учебно-методическое пособие] / В. И. Брутман. — М., 1994. — 35 с.
5. Вознесенська О. Л. Вступ в перинатальну психологію та психологію батьківства: [методичка для спеціалістів] / О. Л. Вознесенська, О. Є. Голубева. — К., 2010. — 28 с.
6. Качалина Т. С. Психологическая и физическая подготовка беременных к родам / Т. С. Качалина, Е. В. Третьякова, О. М. Стільникова. — НН: Изд. НГМА, 2003. — 125 с.
7. Лехан В. Реформування охорони здоров'я: стратегія, тактика, ризику / В. Лехан // Укр. мед. часопис. — 2010. — № 5. — С. 12.
8. Мамчура М. В. Медико-соціальне обґрунтування системи профілактики дитячої інвалідності та реабілітації дітей з обмеженими можливостями: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. В. Мамчура; спец. 14.02.03 «Соціальна медицина». — К., 2011. — 24 с.
9. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню. Підсумки діяльності системи охорони здоров'я України станом на 2008 рік / МОЗ України. — К.: Офіц. вид., 2010. — 107 с.
10. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню. Підсумки діяльності системи охорони здоров'я України станом на 2009 рік / МОЗ України. — К.: Офіц. вид., 2010. — 87 с.
11. Медичні, соціальні та морально-етичні аспекти в питанні протидії штучному перериванню вагітності: матеріали конф., 17.02.2010 р. — К., 2010. — С. 8.
12. Овчарова Р. В. Психологическое сопровождение родительства: [уч. пос.] / Р. В. Овчарова. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2003. — 17 с.
13. Подобед Н. Д. Коррекция психоветеринарного статуса беременных и ее роль в снижении перинатального риска // Мать и дитя: матер. IV Рос. форума. — М., 2002. — С. 480–481.
14. Програма «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року» [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрана.
15. Сохранение репродуктивного потенциала после лапароскопических операций / В. А. Бенюк, Я. М. Винярский, И. А. Усевич, Т. Р. Никонюк // Здоровье женщины. — 2009. — № 9. — С. 9.
16. Чибисова И. Уровень бесплодия в Украине / И. Чибисова // УНІАН «Здоров'я — Розвиток України». — 2010. — 1 июля, № 26 (161). — С. 2.
17. Федорків Н. Б. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації перинатальної допомоги сільському населенню: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. Б. Федорків; спец. 14.02.03 «Соціальна медицина». — К., 2009. — 23 с.
18. Филиппова Г. Г. Материнство: сравнительно-психологический подход / Г. Г. Филиппова // Психологический журнал. — 1999. — № 5. — С. 81–88.
19. Филиппова Г. Г. Психология материнства и ранний онтогенез: [уч. пос.] / Г. Г. Филиппова. — М.: Жизнь и мысль, 1999. — 192 с.

Состояние и факторы риска репродуктивного здоровья населения Украины

В.И. Клименко, И.Н. Денисенко (Запорожье)

Проанализировано современное состояние репродуктивного здоровья населения Украины и определены ведущие медико-социальные его факторы. Выявлено несовершенство организации оказания медицинской помощи беременным и роженицам. Установлена необходимость создания новых подходов и эффективных путей решения этих проблем с учетом социальных, медико-биологических аспектов и психоэмоционального состояния беременных и рожениц.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, психоэмоциональное состояние, психопрофилактика.

State and risk factors of reproductive health of population in Ukraine

V.I. Klymenko, I.M. Denysenko (Zaporizhzhya)

The modern state of reproductive health of population in Ukraine has been analyzed and the preceding medical and social factors have been determined. Imperfection of organization providing medical care pregnant and woman giving births has been exposed. The necessity of creation and introduction of new approaches and effective ways of decision these problems has been established taking into account social, medical and biological aspects and psycholoemotional state of pregnant and woman giving births.

Key words: reproductive health, psycholoemotional state, psychoprophylaxis.

Рецензент: д-р мед. наук, проф. А.В. Чурілов.