

Получена: 25 января 2017 / Принята: 18 февраля 2017 / Опубликовано online: 28 февраля 2017

УДК 614.2+618.2: 336.717.15-005.57

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ГОРОДА СЕМЕЙ И ИНФОРМИРОВАННОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН О СОЦИАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СЛУЖБАХ

Тогжан Ж. Шалаганова¹, <http://orcid.org/0000-0002-1552-0346>

Юлия М. Семенова¹, <http://orcid.org/0000-0003-1324-7806>

Karen Malone², <http://orcid.org/0000-0002-2733-1921>

Жазира Е. Оразгалиева¹, <http://orcid.org/0000-0002-9933-3336>

Маржан А. Даулетьярова¹, <http://orcid.org/0000-0001-8178-4051>

¹ Государственный медицинский университет города Семей, г. Семей, Казахстан;

² Университет западного Сиднея, г. Сидней, Австралия

Актуальность. На протекание беременности и формирующийся тип материнства влияет семейная история будущей матери, социо-культурные факторы, такие как положение женщины в обществе и социальная значимость материнства.

Цель: составить медико - социальный портрет беременной женщины г. Семей и определить информированность женщин о социальных и психологических услугах.

Материалы и методы. Дизайн – одномоментное поперечное исследование. Выборка случайная (n = 350 женщин). Проанкетированы 354 беременных женщин, состоящих на учете в учреждениях ПМСП г. Семей. Статистический анализ проведен в программе SPSS 20.0.

Результаты. Медико-социальный портрет беременных женщин г. Семей в нашем исследовании представлен следующим образом, преобладание числа казашек (73,2%), состоящих в браке (83,9%), имеющих высшее образование (65,5%), имеющих полную семью (61,9%), с собственным жильем (56,2%), находящихся без декретного отпуска (51,1%), первородящие (50,3%), не имеющие абортов (72,9%), планирующие свою беременность (68,9%), не курящие (93,2%), с доходом равным прожиточному минимуму и выше (83,1%)

К социальному работнику чаще обращаются незамужние женщины, не получающие финансовую поддержку семьи, имеющие аборты в анамнезе и низкий уровень доходов и образования мужа.

К психологу чаще обращаются незамужние женщины, имеющие нестабильную, низкооплачиваемую работу, в том числе у мужа, а также уровень доходов ниже прожиточного минимума.

Менее половины (46,4%) опрошенных женщин были проинформированы о наличии социальных и психологических услуг в г. Семей. О наличии социальных работников и психологов в учреждениях ПМСП знают 81,9% беременных женщин. На приеме у социального работника были 24,3% беременных, психолога – 20,3% беременных.

Выводы. Результаты исследования могут быть использованы для разработки рекомендаций по медико-социальному сопровождению беременных женщин в учреждениях ПМСП.

Ключевые слова: медико-социальный портрет, беременные женщины, социальные и психологические услуги.

Summary

MEDICAL AND SOCIAL PORTRAIT OF A PREGNANT WOMAN FROM SEMEY AND AWARENESS OF PREGNANT WOMEN ABOUT THE SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL SERVICES**Togzhan Zh. Shalaganova**¹, <http://orcid.org/0000-0002-1552-0346>**Yuliya M. Semenova**¹, <http://orcid.org/0000-0003-1324-7806>**Karen Malone**², <http://orcid.org/0000-0002-2733-1921>**Zhazira E. Orazgalieva**¹, <http://orcid.org/0000-0002-9933-3336>**Marzhan A. Dauletyarova**¹, <http://orcid.org/0000-0001-8178-4051>¹ Semey State Medical University, Semey, Kazakhstan;² University of Western Sydney, Sydney, Australia

Background: The course of pregnancy and emerging type of motherhood can be affected by family history of the expectant mother, as well as socio-cultural factors, such as position of women in society and social significance of motherhood.

The aim of the study is to create a socio-medical portrait of a pregnant woman from Semey and to determine the awareness of women about the available social and psychological services.

Methods: Design - A cross-sectional study. Random sample (n = 350 women). 354 pregnant women who are registered in Semey primary health care institutions have been examined. Statistical analysis was performed by SPSS 20.0.

Results: Medical and social portrait of pregnant women from Semey in this study is as follows, the prevalence of Kazakh women (73.2%), married (83.9%), those with higher education (65.5%), having a complete family (61.9%), homeowners (56.2%), without maternity leave (51.1%), nulliparous (50.3%), not having previous abortions (72.9%) who have planned their pregnancies (68.9%), not smoking (93.2%), with an income equal to or above the minimum subsistence level (83.1%)

Social workers increasingly serve the unmarried women who do not receive financial support for their families with a history of abortion and low level of income and education level of her husband.

Psychologists increasingly serve the unmarried women with unstable, low-paying jobs, including her husband (of an married woman), as well as the level of income below the subsistence minimum.

Less than half (46.4%) of the women surveyed were informed of the availability of social and psychological services in Semey. The presence of social workers and psychologists in primary health care institutions is known to 81.9% of pregnant women. 24.3% of pregnant women met with the social worker, 20.3% of pregnant women met with the psychologist.

Conclusion: The results can be used to develop recommendations for the medical and social support for pregnant women in primary care settings.

Key words: medical and social portrait, pregnant women, the social and psychological services

Түйіндеме

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ МЕДИКО-ӘЛЕУМЕТТІК БЕЙНЕСІ ЖӘНЕ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ӘЛЕУМЕТТІК ЖӘНЕ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕР ТУРАЛЫ АҚПАРАТТАНУЫ**Тогжан Ж. Шалаганова**¹, <http://orcid.org/0000-0002-1552-0346>**Юлия М. Семенова**¹, <http://orcid.org/0000-0003-1324-7806>**Karen Malone**², <http://orcid.org/0000-0002-2733-1921>

Жазира Е. Оразгалиева ¹, <http://orcid.org/0000-0002-9933-3336>

Маржан А. Даулетьярова ¹, <http://orcid.org/0000-0001-8178-4051>

¹ Семей қаласының Мемлекеттік Медицина Университеті, Семей қ., Қазақстан;

² Батыс Сидней университеті, Сидней, Австралия

Өзектілік. Жүктіліктің өтуіне және аналық нысанды қалыптастыру ана болудың әлеуметтік мағыналығы және әйелдің қоғамдағы орны сияқты әлеуметтік-мәдени факторлар мен болашақ ананың жанұялық тарихына әсерін тигізеді.

Мақсаты: Семей қаласындағы жүкті әйелдердің медико-әлеуметтік портретін құру және әйелдердің әлеуметтік және психологиялық қызмет туралы ақпараттануларын анықтау.

Құралдар және әдістер. Дизайн – бір сәттік көлденең зерттеу. Кездейсоқ таңдау (n = 350 әйел). Анкетадан өткен Семей қаласында ПМСП мекемесінде тіркеуде тұрғандар. 354 жүкті әйел.

Нәтижесі. Семей қаласындағы жүкті әйелдердің медико-әлеуметтік портреті біздің зерттеу бойынша келесі бейнеде ұсынылады, басым бөлігі қазақтар (73,2%), некеде тұрғандар (83,9%), жоғары білім алғандар (65,5%), толық отбасы қамтылғандар (61,9%), тұрғын үйі барлары (56,2%), декреттік демалыста еместегілер (51,1%), бірінші рет босанатындар (50,3%), түсік жасамағандар (72,9%), жүктілікті жоспарлағандар (68,9%), темекі тартпайтындар (93,2%), кіріс күнкөріс минимумына тең және жоғары (83,1%)

Әлеуметтік қызметтерге көбінесе тұрмысқа шықпаған, отбасыларынан қаржылай қолдау алмағандар, анамнезінде түсік жасатқандар және табыс көзі төмен деңгейдегілер мен күйеуінің мамандығы төмен әйелдер жиі жүгінеді.

Психологқа көбінесе тұрмысқа шықпаған, жалақысы төмен, тұрақсыз жұмыс істейтін, сонымен қоса күйеуінің де, кіріс деңгейі күнкөріс минимумынан төмен әйелдер жиі жүгінеді.

Сұраудан өткен әйелдердің жарты пайыздан көбі (46,4%) Семей қаласында әлеуметтік және психологиялық қызмет жүйесінің бары туралы ақпарат алды. Жүкті әйелдердің 81,9% ПМСП мекемелерінде әлеуметтік қызметкерлердің және психологтардың бары туралы біледі. Әлеуметтік қызметкердің қабылдауында 24,3% жүкті әйел, психологта – 20,3% жүкті әйел болған.

Қорытынды. Зерттеу нәтижесі ПМСП мекемесіндегі жүкті әйелдерді медико-әлеуметтік бағдарлау бойынша ұсыныстар құру үшін қолданылуы мүмкін.

Түйінді сөздер: медико-әлеуметтік портрет, жүкті әйелдер, әлеуметтік және психологиялық қызмет жүйесі.

Библиографическая ссылка:

Шалаганова Т.Ж., Семенова Ю.М., Malone K., Оразгалиева Ж.Е., Даулетьярова М.А. Медико-социальный портрет беременной женщины города Семей и информированность беременных женщин о социальных и психологических службах // Наука и Здоровье. 2017. №1. С. 133-145.

Shalaganova T.Zh., Semenova Yu.M., Malone K., Orazgalieva Zh.E., Dauletyarova M.A. Medical and social portrait of a pregnant woman from Semey and awareness of pregnant women about the social and psychological services. *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2017, 1, pp. 133-145.

Шалаганова Т.Ж., Семенова Ю.М., Malone K., Оразгалиева Ж.Е., Даулетьярова М.А. Семей қаласындағы жүкті әйелдердің медико-әлеуметтік бейнесі және жүкті әйелдердің әлеуметтік және психологиялық қызметтер туралы ақпараттануы // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2017. №1. Б. 133-145.

Актуальность

Охрана материнства и детства является приоритетной задачей нашего государства. В своем Послании народу «Стратегия «Казахстан-2050» - новый политический курс состоявшегося государства» Президент

Нурсултан Назарбаев провозгласил новые принципы социальной политики - социальные гарантии и личную ответственность. При этом отдельно среди этих принципов выделены защита материнства и защита детства. Согласно стратегии «Казахстан - 2050» -

«Важнейшей составной частью социальной политики на новом этапе я объявляю защиту материнства и детства», - подчеркнул Глава государства [16].

На сегодняшний день научно доказано, что здоровье населения зависит от воздействия ряда факторов – экономических, социальных, демографических, экологических, природно-климатических и других. При этом влияние каждого из них на состояние общественного здоровья различно. Исследования, проводимые в Казахстане и за рубежом показали, что состояние здоровья населения определяется факторами образа жизни населения, т.е. труда и быта (от 50 до 55%), окружающей средой (от 20 до 25%), генетическими факторами (от 15 до 20%) и организацией медицинской помощи (от 10 до 15%) [17].

Ежедневно от осложнений, связанных с беременностью или родами, умирает около 830 женщин в мире. По оценкам ВОЗ, в 2015 году примерно 303 000 женщин умерли во время и после беременности и родов. Почти все эти случаи смерти происходят в странах с низким доходом и большинство из них можно предотвратить. В 2015 году коэффициент материнской смертности в развивающихся странах составил 239 на 100 000 случаев рождения живых детей по сравнению с 12 на 100 000 в развитых странах. Между странами отмечаются значительные расхождения в показателях. Имеются также большие расхождения и внутри стран между женщинами с высоким и низким уровнем дохода и между женщинами, живущими в сельских и городских районах. (по данным ВОЗ) [12].

По данным статистической отчетности, в Республике Казахстан коэффициент младенческой смертности наиболее высок в Южно-Казахстанской (24,8) и Восточно-Казахстанской областях (23,3), городе Алматы (21,8), Атырауской (21,9) и Актыбинской областях (21,7).

На протекание беременности и формирующийся тип материнства влияет семейная история будущей матери, социокультурные факторы, такие как положение женщины в обществе и социальная значимость материнства [4].

Несмотря на усилия врачей акушеров-гинекологов и повышение качества медицинской помощи данному контингенту населения, уровень заболеваемости, осложнений беременности и родов растет [11].

Медико-социальная работа как вид профессиональной деятельности специалиста по социальной работе может и должна служить механизмом «сближения» психиатрической, клинко-психологической помощи и населения [1].

На сегодняшний день важно изучить медико - социальный портрет беременной женщины для уменьшения осложнений и внедрение мер по оказанию медико-социальной помощи беременным женщинам, способствующий улучшению положения как в сфере укрепления здоровья будущих матерей, так и в социальной сфере.

Целью данной работы является составление медико-социального портрета беременной женщины, проживающей в г. Семей и определение информированности женщин о доступных социальных и психологических услугах.

Материалы и методы

Дизайн исследования: одномоментное поперечное исследование [8,9,10].

Период проведения: с 1 марта 2016 по 31 октября 2016 года.

Объем выборки: при помощи программы Simple Size Calculator для соблюдения условия количественной репрезентативности нами была рассчитана выборка, состоящая из 350 беременных женщин, проживающих в г.Семей.

Для соблюдения условия качественной репрезентативности с помощью генератора случайных чисел «Рандомус» были отобраны 4 медицинских учреждения г. Семей :«Поликлиника №1 смешанного типа г. Семей», «Поликлиника № 6 смешанного типа г. Семей», МУ «Женская консультация», «Поликлиника №3 г.Семей».

Критерии включения пациенток в исследование: все беременные женщины, состоящие на учете в отобранных учреждениях первичной медико-социальной помощи (ПМСП) города Семей.

Критерии исключения: женщины, отказавшиеся принять участие в исследовании.

Для определения медико-социального портрета и определения информированности женщин о доступных социальных и психологических услугах в г. Семей использовалась разработанная нами анкета. Анкета «Медико-социальный портрет беременной женщины и информированность женщин о социальных и психологических услугах г. Семей» состояла из 28 вопросов, включающих в себя демографические и социально-гигиенические характеристики (образование, семейное положение, тип жилья и доход), а также вопросы, связанные с информированностью о предоставляемых социально-психологических услугах.

Для проведения данного исследования было получено разрешение этического комитета Государственного медицинского университета г. Семей (протокола №4 от 14.10.2015 г.).

Анкетирование было анонимным, проводилось индивидуально с соблюдением принципа конфиденциальности. Заполнение анкет женщиной занимало около 15 минут. Ответы респондентов проверялись на месте, при необходимости задавались уточняющие вопросы.

На сегодняшний день было проанкетировано 354 беременных женщины, состоящих на учете в учреждениях ПМСП г. Семей.

Статистический анализ

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью статистического пакета программы SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Для описания качественных данных использовалась стандартная ошибка. Ранговая корреляция по Спирману использовалась для оценки связей между обращаемостью к психологу и (или) социальному работнику и различными факторами, влияющими на нее.

В ходе статистической обработки данных мы изменили переменную «семейное положение» путем объединения вариантов ответа: «замужем» и «гражданский брак» в сравнении с «не замужем» и «разведена», а также «вдова». Мы также объединили варианты ответов на вопросы относительно образования как «неоконченное среднее

образование», «среднее и среднее специальное» и «высшее образование».

Согласно Закону Республики Казахстан от 30 ноября 2015 года. № 426-V «О республиканском бюджете на 2016—2018 годы», в 2016 году прожиточный минимум составлял 22.859 тенге. По этой причине, переменная «доход на одного человека» была дихотомизирована как «меньше прожиточного минимума» и «равная прожиточному минимуму и больше».

Результаты и обсуждение.

В исследовании приняли участие 354 беременные женщины, чей средний возраст составил 27,1 лет (максимальный возраст – 43 года, минимальный возраст -18 лет).

На первом этапе мы составили медико-социальный портрет беременной женщины г. Семей (таблица 1).

В сравнении с литературными данными, средний возраст респонденток в нашем исследовании был чуть выше, чем в подобном исследовании, выполненном в Российской Федерации (РФ), где средний возраст составил 26,3 лет [2].

В то же время, в Греции этот показатель составляет 31,2, в Австралии, Италии и Японии – 30 лет (по данным CIA World Factbook, UNICEF, China Sixth Nationwide Census). По нашему мнению, различия в среднем возрасте беременных женщин связаны со сложившимся менталитетом [3].

Уровень образования беременных женщин в нашем исследовании можно считать высоким, что совпадает с рядом развитых стран мира: Великобритания и Япония [20]. В аналогичном исследовании, выполненном в Российской Федерации 39,6% женщин имели высшее образование, а 31,9% – среднее-специальное [2].

В нашем исследовании большинство женщин (83,6%) были замужем, в то время как в подобном исследовании, проведенном в РФ, замужем были всего 64,4% беременных женщин [2].

На следующем этапе исследования мы изучили информированность женщин о доступных в г. Семей психолого-социальных услугах (Таблица 2).

Таблица 1.

Медико-социальный портрет беременной женщины города Семей.

Параметр	Абс.	%
Национальность		
Казашка	259	73,2±3,2
Русская	71	20,1±3,2
Другая	24	6,8±3,2
Семейное положение		
Замужем	297	83,9±2,1
Не замужем	54	15,3±2,1
Вдова	3	0,8±2,1
Образование беременной женщины		
Без образования	8	2,3±2,8
Среднее	114	32,2±2,8
Высшее	232	65,5±2,8
Образование мужа		
Не замужем	58	16,4±5,6
Без образования	6	1,7±5,6
Среднее	135	38,1±5,6
Высшее	135	43,8±5,6
Сведения о родителях		
Полная семья	219	61,9±2,1
Неполная	125	35,3±2,1
Сирота	10	2,8±2,1
Тип жилья		
Собственное	199	56,2±2
Совместное	90	25,4±2
Арендное	65	18,4±2
Находится ли в декретном отпуске		
Да	173	48,9±4,9
Нет	181	51,1±4,9
Какая это беременность по счету		
Первая	178	50,3±4,9
Вторая	119	33,5±4,9
Третья и более	57	16,2±4,9
Была ли Ваша беременность запланированной?		
Да	244	68,9±2,5
Нет	110	31,1±2,5
Были ли у Вас аборт?		
Да	96	27,1±2,4
Нет	258	72,9±2,4
Курите ли Вы?		
Да	24	6,8±1,3
Нет	330	93,2±1,3
Доход на одного человека		
Меньше прожиточного минимума	60	16,9±2,0
Равный прожиточному минимуму и выше	294	83,1±2,0

Таблица 2.

Информированность беременных женщин о социальных и психологических услугах в городе Семей.

Параметр	Абс.	%
Знаете ли Вы о оказываемых в г. Семей социальных/психологических услугах ?		
Да	165	46,6±2,7
Нет	189	53,4±2,7
Знаете ли Вы о том, что в Вашей поликлинике есть социальный работник?		
Да	290	81,9±2
Нет	64	18,1±2
Знаете ли Вы о том, что в Вашей поликлинике есть психолог?		
Да	290	81,9±2
Нет	64	18,1±2
Были ли Вы на приеме у социального работника?		
Да	86	24,3±2,3
Нет	268	75,7±2,3
Были ли Вы на приеме у психолога?		
Да	72	20,3±2,1
Нет	282	79,7±2,1

Таким образом, информированность женщин о социальных / психологических услугах доступных в г. Семей, составила 46,4%. О наличии социальных работников и психологов в ПМСП информированы 81,9% беременных. На приеме социального работника были 24,3% женщин, а у психолога – 20,3%.

Недостаточная информированность женщин об оказываемой медико-социальной помощи также отмечалась и рядом других исследователей. Так, в исследовании, проводившемся в городе Санкт-Петербург, по результатам социологического опроса пациентов и социальных работников были конкретизированы основные проблемы оказания медико-социальной помощи на современном этапе [18]. В исследовании, проводившемся в г. Владикавказ, объектом явились женщины, пользующиеся медицинскими услугами акушерско-гинекологического профиля. Проведено анкетирование женщин и простое интервью с социальными работниками тех территорий, которые представляли опрашиваемые пациенты. Согласно данному исследованию

только 3,4% женщин отметили, что прибегали к помощи психолога, но никто из респондентов не знал, что защитить их интересы может и социальный работник. В то время как в арсенале социальных работников имеются методы социальной защиты женщин, сами женщины за такой помощью не обращаются [6].

На следующем этапе исследования мы изучили корреляционную связь между фактом обращения к психологу или социальному работнику и различными характеристиками беременных женщин (Таблицы 3 и 4).

Доход семьи, удовлетворенность жилищными условиями и профессиональной деятельностью, наличие помогающих родственников являются, по мнению В.А.Сысенко [14], немаловажным условием рождения детей. В нашем исследовании главным фактором обращаемости к социальному работнику и психологу явилось финансовое благосостояние. В нашем исследовании низкий уровень дохода на одного члена семьи и связанные с ним факторы (семейное положение и место работы мужа и самой женщины) были причинами обращения к специалистам за помощью.

Таблица 3.

Корреляционная связь между обращением к психологу и влияющими на него факторами.

Переменная		Обращались к психологу			Значение р
		Да	Нет	Итого (%)	
		абс. (%)	абс. (%)		
Национальность	казашка	54 (15,2)	205 (57,9)	259 (73,1)	0,666
	русская	14 (3,9)	57 (16,1)	71(20,05)	
	другое	4 (1,12)	20 (5,6)	24 (6,78)	
Образование женщины	без образования	1 (0,28)	7(1,97)	8 (2,26)	0,993
	среднее	24(6,77)	90 (25,4)	114(32,2)	
	высшее	47 (13,27)	185 (52,2)	232(65,5)	
Образование мужа	не замужем	20 (5,65)	38 (10,7)	58(16,3)	0,339
	без образования	0	6 (1,69)	6(1,7)	
	среднее	20 (5,65)	115 (32,5)	135(38,1)	
	высшее	32 (9,03)	123 (34,7)	155 (43,7)	
Семейное положение	замужем	53(14,9)	244(68,9)	297 (83,9)	0,008
	не замужем	18(5,08)	36(10,16)	54 (15,25)	
	вдова	1(0,28)	2 (0,56)	3(0,84)	
Тип жилья	благоустроенное	59 (16,6)	217 (61,2)	276 (77,9)	0,330
	неблагоустроенное	11(3,1)	49 (13,8)	60(16,9)	
	общежитие	2 (0,56)	16 (4,5)	18(5,08)	
Место работы мужа	нет мужа	20 (5,6)	38 (10,7)	58(16,4)	0,002
	государственный служащий	36 (10,1)	136 (38,4)	172(48,6)	
	учащийся	0	4(1,1)	4 (1,13)	
	предприниматель	14 (3,95)	95 (26,8)	109 (30,7)	
	безработный	2 (0,56)	9 (2,5)	11 (3,1)	
Место работы женщины	государственный служащий	55 (15,5)	161 (45,4)	216 (61,01)	0,014
	домохозяйка	3 (0,8)	52 (14,6)	55 (15,5)	
	учащаяся	7 (1,9)	35 (9,8)	42 (11,8)	
	предприниматель	7 (1,9)	33 (9,8)	42 (11,8)	
Родительская семья	полная	40 (13,8)	179 (50,5)	219 (61,8)	0,198
	один родитель	29 (8,1)	96 (27,11)	125 (35,3)	
	сирота	3 (0,84)	7(1,9)	10 (2,82)	
Помощь родителей	да	60 (16,9)	251 (70,9)	311 (87,6)	0,189
	нет	12 (3,38)	31 (8,7)	43 (12,14)	
Проживание	собственное жилье	42 (11,8)	157 (44,3)	199 (56,2)	0,650
	с родителями	18 (5)	72 (20,3)	90 (25,4)	
	арендное жилье	12 (3,38)	53 (14,9)	65 (18,3)	
Планирование беременности	да	47 (13,2)	197 (55,6)	244 (68,9)	0,455
	нет	25 (7,06)	85 (24,01)	110 (31,07)	
Аборты в анамнезе	да	22 (6,2)	74 (20,9)	96 (27,1)	0,464
	нет	50 (14,1)	208 (58,7)	258 (72,8)	
Курение женщины	да	6 (1,69)	18 (5,08)	24 (6,7)	0,558
	нет	66 (18,6)	264 (74,5)	330 (93,2)	
Курение мужа	да	36 (10,1)	110 (31,07)	146 (41,2)	0,091
	нет	36 (10,1)	172 (48,5)	208 (58,7)	
Доход	меньше прожиточного минимума	25 (7,06)	35 (9,88)	60 (16,9)	0,000
	прожиточный минимум и выше	47 (13,2)	247 (69,7)	294 (83,05)	

Таблица 4.

Корреляционная связь между обращением к социальному работнику и влияющими на него факторами.

Переменная		Обращались к социальному работнику			
		да	нет	Итого (%)	Значение р
		абс. (%)	абс. (%)		
Национальность	казашка	62 (17,5)	197 (55,6)	259(73,1)	0,978
	русская	21 (5,9)	50 (14,1)	71(20,05)	
	другое	3 (0,8)	21 (5,9)	24 (6,78)	
Образование женщины	без образования	1 (0,28)	7 (1,97)	8 (2,26)	0,203
	среднее	34 (9,6)	80 (22,5)	114(32,2)	
	высшее	51 (14,4)	181 (51,1)	232(65,5)	
Образование мужа	не замужем	23(6,49)	35(9,88)	58(16,3)	0,007
	без образования	2 (0,56)	4 (1,12)	6(1,7)	
	среднее	31 (8,75)	104 (29,3)	135(38,1)	
	высшее	30 (8,47)	125 (35,3)	155 (43,7)	
Семейное положение	замужем	63 (17,7)	234 (66)	297 (83,9)	0,002
	не замужем	22 (6,2)	32 (9,03)	54 (15,25)	
	вдова	1 (0,28)	2 (0,56)	3(0,84)	
Тип жилья	благоустроенное	65 (18,3)	211 (59,6)	276 (77,9)	0,673
	неблагоустроенное	19 (5,3)	41(11,5)	60(16,9)	
	общежитие	2 (0,56)	16 (4,5)	18(5,08)	
Место работы мужа	нет мужа	23 (6,4)	35 (9,8)	58(16,4)	0,056
	государственный служащий	36 (10,1)	136 (38,4)	172(48,6)	
	учащийся	1 (0,28)	3 (0,8)	4 (1,13)	
	предприниматель	23 (6,4)	86 (24,2)	109 (30,7)	
	безработный	3 (0,84)	8 (2,2)	11 (3,1)	
Место работы женщины	государственный служащий	45 (12,7)	171 (48,3)	216 (61,01)	0,102
	домохозяйка	20 (5,6)	35 (9,8)	55 (15,5)	
	учащаяся	9 (2,5)	33 (9,8)	42 (11,8)	
	предприниматель	12 (3,38)	28 (7,9)	42 (11,8)	
Родительская семья	полная	51(14,4)	168 (47,4)	219 (61,8)	0,618
	один родитель	33 (9,3)	92 (25,9)	125 (35,3)	
	сирота	2 (0,56)	8 (2,25)	10 (2,82)	
Помощь родителей	да	82 (23,1)	229 (64,6)	311 (87,6)	0,014
	нет	4 (1,1)	39 (11)	43 (12,14)	
Проживание	собственное жилье	53 (14,9)	146 (41,2)	199 (56,2)	0,229
	с родителями	20 (5,6)	70 (19,7)	90 (25,4)	
	арендное жилье	13 (3,67)	52 (14,6)	65 (18,3)	
Планирование беременности	да	44 (12,4)	200 (56,4)	244 (68,9)	0
	нет	42 (11,8)	68 (19,2)	110 (31,07)	
Аборты в анамнезе	да	33 (9,3)	63 (17,7)	96 (27,1)	0,007
	нет	53 (14,9)	205 (57,9)	258 (72,8)	
Курение женщины	да	6 (1,69)	18 (5,08)	24 (6,7)	0,934
	нет	80 (22,5)	250 (70,6)	330 (93,2)	
Курение мужа	да	33 (9,3)	113 (31,9)	146 (41,2)	0,536
	нет	53(14,9)	155 (43,7)	208 (58,7)	
Доход	меньше прожиточного минимума	36 (10,1)	24 (6,77)	60 (16,9)	0,000
	прожиточный минимум и выше	50 (14,12)	244 (68,9)	294 (83,05)	

В нашей стране функцию основного кормильца семьи выполняет мужчина, малозарабатывающие или безработные мужчины создают психологическую и социальную напряженность, вынуждая женщину обращаться за помощью. В исследовании Т. Парсонса показано, что семейное благополучие основано на разделении ролей между супругами: мужчина как инструментальный лидер обеспечивает семье доход, а женщина как экспрессивный лидер налаживает внутрисемейные взаимоотношения [13].

К. Леана и Д. Фельдман в своем исследовании зафиксировали негативное влияние безработицы на семью [19]. Мужья и жены, потеряв работу, часто проявляют меньшую сплоченность и взаимную поддержку, чем это было ранее, что ведет к возникновению конфликтов. Безработные отдаляются от своей семьи, покидают ее и разводятся в 3-4 раза чаще, чем занятые. [7]

С. Мендолия, в своем исследовании, выявила сильную связь между занятостью и индивидуальным и семейным психологическим напряжением. [21]

Также на обращаемость к психологу и социальному работнику влияет семейное положение. Наличие семьи влияет на удовлетворенность жизнью в целом: средний балл удовлетворенности жизнью среди разведенных ниже, чем среди состоящих в браке (4,86 против 5,30 у мужчин и 4,91 против 5,43 у женщин). [15]

На обращаемость женщин к социальному работнику влияет и наличие абортов в анамнезе, что можно считать косвенным показателем неблагополучия самой женщины. Исследование Бушмелевой Н.Н. показало, что репродуктивное поведение женщин зависит в большей степени от социально-экономических (32,46 %), медико-организационных (31,7%) и социально-когнитивных (21,71 %) факторов, а в меньшей - от медико-биологических (9,49 %) и семейных (4,63 %) факторов. На решение женщины о судьбе возникшей беременности - сохранении ее или прерывании - оказывают влияние социально-экономические условия жизни. [5]

В Казахстане зачастую роль социальной защиты выполняет семья, оказывая

финансовую помощь и эмоциональную поддержку. В нашем исследовании оказание родителями финансовой помощи было значимым фактором обращаемости к социальному работнику.

Данное исследование имеет ряд преимуществ и недостатков. Недостатком исследования является то, что оно было проведено только на базах города Семей, что не позволяет экстраполировать полученные результаты на другие регионы Казахстана. Поперечный дизайн не позволяет нам судить о причинно-следственных связях.

К преимуществам исследования можно отнести то, что оно было методологически продумано, а количественные и качественные параметры выборки были соблюдены.

Заключение.

По результатам проведенного исследования нами был составлен медико-социальный портрет беременной женщины г. Семей: большинство – казашки (73,2%), состоящие в браке (83,9%), имеющие высшее образование (65,5%), полную родительскую семью (61,9%), собственное жилье (56,2%), не находящиеся в декретном отпуске (51,1%), первородящие (50,3%), не имеющие абортов в анамнезе (72,9%), запланировавшие свою беременность (68,9%), не курящие (93,2%), с доходом равным прожиточному минимуму и выше (83,1%).

Основными факторами обращаемости к социальному работнику стали: не оказание семьей финансовой помощи, аборты в анамнезе, незамужний статус, низкий уровень доходов на члена семьи и низкий уровень образования мужа. Аналогично, за помощью к психологу чаще обращаются незамужние женщины, имеющие нестабильную, низкооплачиваемую работу, в том числе у мужа, а также уровень доходов ниже прожиточного минимума.

Информированность женщин о наличии социальных/психологических услуг в г. Семей составила 46,4%, что было меньше половины. В то же время, о наличии социальных работников и психологов в учреждениях ПМСП были информированы 81,9% женщин; на приеме у социального работника были 24,3%, у психолога – 20,3%.

Результаты исследования могут быть использованы для разработки рекомендаций по медико-социальному сопровождению беременных женщин в учреждениях ПМСП.

Литература:

1. Абдулин А.А. Медико-социальная работа как особый вид мультидисциплинарной деятельности в системе здравоохранения // Наука и Здоровье. 2010. №4. С. 19-21.
2. Андриянова Е. А., Новокрещенова И. Г., Аранович И. Ю. Готовность к роли матери: медико-социологический анализ факторов формирования // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Социология. Политология. Саратов 2011. С.1-8.
3. Баишева М.И. Духовно-нравственная сущность народной традиции по защите внутриутробного и родового периодов развития ребенка // Фундаментальные исследования. 2013, № 10. С. 1842-1846.
4. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психологический журнал. 2000, №2, С. 79 – 87.
5. Бушмелева Н.Н. Научное обоснование мер по повышению эффективности управления профилактикой аборт в регионе (на примере Удмуртской республики): дис. к-та мед. наук. Москва, 2006. 185 с.
6. Бязрова М. А., Роль социального работника в защите репродуктивного здоровья женщин: дис. кан-та мед. наук. Волгоград, 2013. 135с.
7. Глуханюк Н.С., Колобкова А.И., Печеркина А.А. Психология безработицы: введение в проблему. — М.: Московский психолого-социальный институт, 2003, С. 84.
8. Гржибовский А.М., Иванов С.В. Описательная статистика с использованием пакетов статистических программ Statistica и SPSS: и проверка распределения // Наука и Здоровье. 2016. № 1. С. 7-23.
9. Гржибовский А.М., Иванов С.В. Поперечные (одномоментные) исследования в здравоохранении // Наука и Здоровье. 2015. № 2. С. 5-18.
10. Гржибовский А.М., Иванов С.В. Сравнение количественных данных двух независимых выборок с использованием программного обеспечения Statistica и SPSS:

параметрические и непараметрические критерии // Наука и Здоровье. 2016. №2. С 5-28.

11. Захарова Т.Г., Гончарова Г.Н., Захаров Г.Н. О проблеме репродуктивного здоровья // Здоровье Российской Федерации. Москва. 2002, №3. С.33-35.
12. Официальный интернет-ресурс Сайт Всемирной организации здравоохранения. Режим доступа (свободный): <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ru/> (дата обращения 02.01.2017).
13. Парсонс Т.О. Новый аналитический подход к теории социальной стратификации /О структуре социального действия.— М.: Академический Проект. 2000. С. 880.
14. Решетов П.А. Основы психологии семьи и семейного консультирования. Жизненный цикл семьи. Учебное пособие. Российский новый университет. Москва, 2006. 54 с.
15. Синельников А.Б. Кризис брачно-семейных и межпоколенных отношений и приоритетные направления демографической политики в России: дис. д-ра соц. наук. Москва, 2015. 50с.
16. Стратегия "Казахстан-2050": новый политический курс состоявшегося государства (Послание Президента Республики Казахстан - Лидера Нации Н.А. Назарбаева народу Казахстана, г. Астана, 14 декабря 2012 года). URL: <https://strategy2050.kz/ru/multilanguage/>.
17. Трушкина Л.Ю., Тлепцеришев Р.А., Трушкин А.Г., Демьянова Л.М. Экономика и управление здравоохранением. Учебное пособие. Ростов на Дону: Феникс, 2003. С. 28.
18. Эпельман Б. В. Оптимизация организации медико-социальной помощи в системе мер социальной защиты населения (на примере административного района крупного города): дис. док-ра мед. наук. Санкт-Петербург, 2011. 558с.
19. Leana, C.R. & Feldman, D.C. (1994). The psychology of job loss. In G. R. Ferris (Ed.), Research in Personnel and Human Resources Management (Vol. 12, pp. 271- 302). Greenwich, CT: JAI Press.
20. Maiko Suto, Kenji Takehara, Yumina Yamane and Erika Ota, Effects of prenatal childbirth education for partners of pregnant women on paternal postnatal mental health: a

systematic review and meta-analysis protocol; DOI: 10.1186/s13643-016-0199-3, 2016.

21. Mendolia, Silvia. The impact of husband's job loss on partners' mental health. Review of Economics of the Household, 12 (2), 2014, 277-294.

References:

1. Abdulin A.A. Mediko-sotsial'naya rabota kak osobyi vid mul'tidistsiplinarnoi deyatelnosti v sisteme zdravookhraneniya [Medical and social work as a special kind of multi-disciplinary activities in the health care system]. Nauka i Zdravookhranenie [Science & Healthcare]. 2010. №4. pp. 18-21. (in Russian)
2. Andriyanova E. A., Novokreshchenova I. G., Aranovich I. Yu. Gotovnost' k roli materi: mediko-sotsiologicheskii analiz faktorov formirovaniya [Ready for the role of mother: medical and sociological analysis of the factors of formation]. Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya Sotsiologiya. Politologiya [News of Saratov University. New episode. Series Sociology. Political science]. Saratov, 2011, pp. 1-8. (in Russian)
3. Baisheva M.I. Dukhovno-nravstvennaya sushchnost' narodnoi traditsii po zashchite vnitriutrobnogo i rodovogo periodov razvitiya rebenka [Spiritual-moral essence of people tradition on the protection of the intrauterine and ancestral development periods of the child]. Fundamental'nye issledovaniya [Fundamental research]. 2013. № 10, pp. 1842-1846. (in Russian)
4. Brutman V.I., Varga A.Ya., Khamitova I.Yu. Vliyanie semeinykh faktorov na formirovanie deviantnogo povedeniya materi [Family factors of deviant motherhood]. Psikhologicheskii zhurnal [Psychological journal]. 2000. №2. pp. 79-87. (in Russian)
5. Bushmeleva N.N. Nauchnoe obosnovanie mer po povysheniyu effektivnosti upravleniya profilaktikoi abortov v regione (na primere Udmurtskoi respublikii) (dokt.diss.) [Scientific substantiation of measures to improve the prevention of effective management of abortion in the region (on the example of the Udmurt Republic) Author's thesis of Doct. Diss.]. Moscow, 2006, 185p. (in Russian)
6. Byazrova M.A. Rol' sotsial'nogo rabotnika v zashchite reproduktivnogo zdorov'ya zhenshchin (dokt.diss.) [The role of the social worker to protect the reproductive health of women. Author's thesis of Doct. Diss.]. Volgograd, 2013, 135 p. (in Russian)
7. Glukhanyuk H.C., Kolobkova A. I., Pecherkina A.A. Psikhologiya bezrabotitsy: vvedenie v problemu. [Psychology of unemployment: introduction to the problem]. M.: Moskovskii psihologo-socialnyi institute. [M.: Moscow Psychological and Social Institute], 2003, 84 p. (in Russian)
8. Grjibovski A.M., Ivanov S.V. Opisatel'naya statistika s ispol'zovaniem paketov statisticheskikh programm Statistica i SPSS [Descriptive statistics using Statistica and SPSS]. Nauka i Zdravookhranenie [Science & Healthcare]. 2016. №1. pp. 7-23. (in Russian)
9. Grjibovski A.M., Ivanov S.V. Poperechnye (odnomomentnye) issledovaniya v zdravookhraneni [Cross-sectional studies in health sciences]. Nauka i Zdravookhranenie [Science & Healthcare]. 2015. №2. pp. 5-18. (in Russian)
10. Grjibovski A.M., Ivanov S.V. Sravnenie kolichestvennykh dannykh dvukh nezavisimyykh vyborok s ispol'zovaniem programmnogo obespecheniya Statistica i SPSS: parametricheskie i neparametricheskie kriterii [Comparing the quantitative data of two independent groups using the software Statistica and SPSS: parametric and nonparametric tests]. Nauka i Zdravookhranenie [Science & Healthcare]. 2016. №2. pp. 5-28. (in Russian)
11. Zakharova T.G., Goncharova G.N., Zakharov G.N. O probleme reproduktivnogo zdorov'ya [On the issue of reproductive health]. Zdravookhranenie Rossiiskoi Federacii [Health of the Russian Federation]. Moscow, 2002, №3, pp.33-35. (in Russian)
12. Ofitsial'nyi internet-resurs Cait Vsemimoi organizatsii zdravookhraneniya. Rezhim dostupa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ru/>. [The official Internet resource of the World Health Organization]. Site: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ru/>. (in Russian)
13. Parsons T.O. Novyi analiticheskii podkhod k teorii sotsial'noi stratifikatsii [A new analytical approach to social stratification theory]. O strukture sotsial'nogo deistviya [Structure of Social Action]. M.: Academic Project, 2000, 880 p. (in Russian)

14. Reshetov P.A. Osnovy psikhologii sem'i i semeinogo konsul'tirovaniya. Zhiznennyi tsikl sem'i [Fundamentals of family psychology and family counseling. Family life cycle]. Rossiiskii novyi universitet [Russian new university]. Moscow, 2006, 54 p. (in Russian)

15. Sinel'nikov A. B. Krizis brachno-semeinykh i mezhpokolennykh otnoshenii i prioritetye napravleniya demograficheskoi politiki v Rossii (dokt. diss.) [The crisis of marriage and family, intergenerational relations and the priorities of the demographic policy in Russia. Author's thesis of Doct. Diss.]. Moscow, 2014, 50 p. (in Russian)

16. Strategiya "Kazakhstan-2050": novyi politicheskii kurs sostoyavshegosya gosudarstva (Poslanie Prezidenta Respubliki Kazakhstan - Lidera Natsii N.A. Nazarbaeva narodu Kazakhstana, g. Astana, 14 dekabrya 2012 goda) [Strategy "Kazakhstan-2050": a new political course of the established state (Message of President of the Republic of Kazakhstan - Leader of the Nation N.A. Nazarbayev to the people of Kazakhstan, Astana, 14.12. 2012)]. URL: <https://strategy2050.kz/ru/multilanguage/>. (in Russian)

17. Trushkina L.Yu., Tlepcerishev R.A., Trushkin A.G., Demyanova L.M. Ekonomika i

upravlenie zdavoohraneniem [Economic and Health Management]. Textbook. Rostov on Don: Phenix, 2003. p. 28. (in Russian)

18. Epel'man B. V. Optimizatsiya organizatsii mediko-sotsial'noi pomoshchi v sisteme mer sotsial'noi zashchity naseleniya (na primere administrativnogo raiona krupnogo goroda) (dokt. diss.) [Optimization of the organization of medical and social assistance system of social protection of the population (for example, an administrative district of a large city). Author's thesis of Doct. Diss.]. Saint-Petersburg, 2011, 558 p. (in Russian)

19. Leana C.R. & Feldman D.C. (1994). The psychology of job loss. In G. R. Ferris (Ed.), Research in Personnel and Human Resources Management (Vol. 12, pp. 271- 302). Greenwich, CT: JAI Press.

20. Maiko Suto, Kenji Takehara, Yumina Yamane and Erika Ota, Effects of prenatal childbirth education for partners of pregnant women on paternal postnatal mental health: a systematic review and meta-analysis protocol; DOI: 10.1186/s13643-016-0199-3, 2016.

21. Mendolia Silvia The impact of husband's job loss on partners' mental health. Review of Economics of the Household, 12 (2), 2014, 277-294.

Контактная информация:

Шалаганова Тогжан Жомартовна - магистрант 2 года по специальности «Общественное здравоохранение» Государственного медицинского университета города Семей, г. Семей, Республика Казахстан.

Почтовый адрес: 071400, Восточно-Казахстанская область, г. Семей, ул. Абая, 103.

E-mail: t.shalaganova@mail.ru

Телефон: 8 705 795 39 49