ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

БЕЗУХ СВЕТЛАНА МИХАЙЛОВНА
доктор медицинских наук, профессор кафедры теории и технологии социальной работы Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы, qeen84@rambler.ru

BEZUKH SVETLANA
doctor of science in medicine, professor, department of theory and technology of social work, Saint-Petersburg state institute of psychology and social work

УДК 618.3-039.11+159.9

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

REPRODUCTIVE HEALTH IN TEENAGER — PRESENT-DAY ITEMS

Аннотация. Данное исследование посвящено медицинским и социальным проблемам несовершеннолетних беременных и несовершеннолетних матерей. Рассмотрены социальные и психологические проблемы ювенильной беременности. Дан анализ уровня здоровья будущих юных матерей, характеру течения ювенильной беременности и родов. Описано состояние здоровья и качество жизни новорожденных и несовершеннолетених матерей. Рассмотрены направления комплексно медицинской и социальной помощи несовершеннолетним беременным и несовершеннолетним матерям. Показано, что решение проблем несовершеннолетних беременных и несовершеннолетних матерей требует комплексного и поэтапного подхода с погружением в проблему различных специалистов, самих юных будущих матерей и их близкого окружения. Действия всех включенных участников должны быть согласованными, и обязательно следует соблюдать принцип преемственности и индивидуального подхода.

Abstract. The paper deals with the medical, psychological and social problems of teenage pregnancies and teenage motherhood. It touches upon the health and quality of life of teenage expectant mothers and the duration of teenage pregnancies and teenage childbirth. The author analyses health and quality of life of new-born babies and stresses that counselling of teenage pregnancies and teenage motherhood should be complex and should include many kinds of specialists, teenagers and their families.

Ключевые слова: ювенильная беременность, уровень здоровья несовершеннолетних беременных, осложнения родов у несовершеннолетних матерей, качество жизни и уровень здоровья новорожденных, социальные проблемы ювенильной беременности, психологические проблемы ювенильной беременности, комплексная медико-социальная помощь несовершеннолетним беременным и несовершеннолетним матерям.

Keywords: teenage pregnancy, health of pregnant teenagers, childbirth complications, quality of life and health of new-born babies, social and psychological problems of teenage pregnancies, medical, social and psychological care for pregnant teenagers and teenage mothers.

Ценность семейной жизни определяется особой значимостью семьи как фундаментального механизма воспроизводства общества, формирования культуры гендерных отношений, развития духовно-нравственного потенциала в совместной жизни мужчины и женщины. Именно на этой основе возможно успешное воспитание детей. В условиях разрушения традиционных ценностей и поиска новых ориентиров во взаимоотношениях полов значительное место начинают занимать ранние и беспорядочные половые связи и как следствие — ювенильная беременность.

Ювенильная беременность является одной из наиболее важных социальных, медицинских и психологических проблем современности. Число беременных среди несовершеннолетних в Аргентине и Бразилии составляет 16,8–17,5%, в Шотландии — 7,0–12,5%, в Румынии, Болгарии, России — 7,0–10,0%, в США — 7,0–9,8%, в Австралии, Новой Зеландии, Канаде — 4,0–6,9%, в Японии, Германии, Франции — 4,0%, в Нидерландах — 1,2%. Ранняя беременность, как правило, является в 50,0–60,0% случаев незапланированной и в 30,0–40,0% нежелательной, а потому чаще завершается искусственным прерыванием. Ежегодно в мире рожает до 15 млн. девочек-подростков, что составляет 2,0–4,5% от общего числа родов [1]. Как в США, так и в Мексике каждый год 500 000 несовершеннолетних становятся юными матерями. Анализ работ, посвященных изучению репродуктивного поведения подростков

в различных регионах России, показывает, что роды у несовершеннолетних встречаются в 1,8–4,9% случаев [9].

На сегодняшний день несовершеннолетние матери и беременные выделены в отдельную категорию социально незащищенных лиц и выступают как объект специального внимания и воздействия с целью поддержки и реабилитации со стороны социальных, медицинских, юридических учреждений. Государство вынуждено оказывать материальную, социальную и правовую поддержку данной категории населения, т.к. большинство юных матерей в дальнейшем не продолжают свое обучение и трудовую деятельность. Раннее материнство наносит огромный ущерб бюджету любой страны. Так, в США тратится около 21 млн. долларов в год на медицинские и социальные услуги юным матерям и их новорожденным [9].

Ранней (ювенильной, подростковой) беременностью принято называть факт ожидания ребенка несовершеннолетней девочкой [7]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), границей подросткового периода является возраст 10–19 лет, после 11 лет уже формируется репродуктивная функция. Девочки в половом отношении созревают к 13–14 годам, мальчики к 15–16 годам [5].

Теоретически с медицинской точки зрения несовершеннолетняя девушка, физиологически зрелая, может родить здорового ребенка. Однако в наше время лишь 6 девочек из 100 могут считаться абсолютно здоровыми. Матери подросткового возраста достоверно отличаются высокой заболеваемостью органов сердечно-сосудистой (66,0%), мочевыделительной (52,0%), эндокринной (42%) систем, желудочно-кишечного тракта. У большинства беременных в возрасте до 18 лет (78,0%) выявлены гинекологические заболевания, у 28,0% определяются также венерические болезни [6]. У 42,5% будущих матерей в анамнезе отмечалось более пяти абортов [10]. Анатомически узкий таз, осложняющий течение родов и нередко являющийся частым показанием для кесарева сечения, обнаружен у 10–15% юных матерей. Наряду с акушерской патологией у девочек-подростков выявляется незрелость миометрия (мышечного слоя матки), недоразвитие (гипоплазия) матки.

Частота беременностей, протекающих физиологически и заканчивающихся рождением здорового ребенка, составляет в условиях мегаполисов не более 2–8%. Факторов для нефизиологического течения беременности у девочек-подростков более чем достаточно. Гормональный баланс в подростковом возрасте крайне неустойчив, отмечается дефицит эстрогенов и прогестерона. Это, в свою очередь, приводит к аномальному формированию плаценты. Возникшая фетоплацентарная недостаточность вызывает внутриутробную гипоксию плода. Как осложненная беременность, так и не физиологически протекающие роды приводят к развитию полиорганной патологии у новорожденных, при этом в первую очередь и в наибольшей степени страдает центральная нервная система ребенка. В результате перинатальных поражений центральной нервной системы происходит неравномерное созревание нейронов ассоциативных зон мозга, ответственных за высшие психические функции, обучение и адекватное поведение. Известно, что незрелость и неустойчивость функциональных систем центральной нервной системы, в частности, лимбико-ретикулярного комплекса и диэнцефальных структур нарушает нейроэндокринную регуляцию организма, является причиной неадекватных поведенческих реакций [2, 4]. Следует подчеркнуть, что функциональные и резервные возможности головного мозга таких детей ограничены. Нейрохимические исследования показали, что когнитивный дефицит у ребенка обусловлен снижением дафаминергической активности в коре головного мозга, а гиперактивное поведение вызвано, напротив, повышенным содержанием дофамина в подкорковых структурах мозга [11]. Угроза развития внутриутробной инфекции, врожденной гидроцефалии (водянки головного мозга), пороков развития крайне высока при осложненной беременности и не физиологически протекающих родах [3]. Практически у всех детей, рожденных девочками-подростками, на первом году жизни развиваются такие заболевания, как гипохромная анемия, рахит, атопический дерматит. Этих детей достоверно чаще переводят на искусственное вскармливание в ранние сроки. Большинство из них часто болеют острыми респираторно-вирусными инфекциями с затяжным течением, с осложнениями со стороны нижних дыхательных путей [6].

Таким образом, совершенно очевидно, что ранняя беременность крайне неблагоприятно сказывается на организме самой юной матери, ухудшая ее здоровье, и чаще всего протекает с осложнениями. Родоразрешение также в большинстве наблюдений не физиологично. В результате уровень здоровья новорожденных крайне низкий, имеется большой риск развития врожденных пороков различных органов, в первую очередь центральной нервной системы. Гарантий полного восстановления здоровья нет, и чаще всего ребенок становится инвалидом детства. Нередко матери отказываются от таких детей, и забота о них полностью ложится на соответствующие государственные учреждения.

На принятие решения юной беременной рожать влияют разные факторы: образовательный уровень как ее самой, так и ее родителей, наличие работы, жилищно-бытовые условия, психологическая и экономическая поддержка со стороны родителей и отца ребенка, отношение общества к подростковому материнству в целом.

В семьях беременных или родивших девочек-подростков психологический климат и взаимоотношения с родителями нередко характеризуются атмосферой напряженности, конфликтности, эмоциональной неуравновешенности: плохие взаимоотношения матери и дочери, материальные трудности в семье, развод родителей, ранняя беременность у родственников и друзей и др. Это нередко сочетается с воспитательной неуверенностью родителей и противоположностью их интересов и интересов дочерей-подростков. Большинство семей несовершеннолетних матерей имеют низкий социальный статус и уровень доходов, плохие жилищные условия [6].

Нередко девушки, забеременевшие в подростковом возрасте, являются жертвами, то есть это беременность в результате изнасилования, социального одиночества и т. п. [7]. Большую часть таких изнасилований совершают не маньяки, а друзья и знакомые (иногда мамины). Ювенильная беременность часто бывает у девочек, которые «связываются с плохой компанией». Они не осознают последствия своих действий, рассчитывают на «более опытного» партнера, не знакомы с методами контрацепции, не владеют информацией о первых признаках беременности. Подобные «упущенные» подростковые беременности свидетельствуют как об отсутствии элементарного сексуального воспитания, так и о невозможности диалогов на эту тему в семье [7, 9].

Установлено, что матери-подростки характеризуются достоверно более низким уровнем интеллектуального развития. Значения IQ, соответствующие уровням интеллекта «низкая норма», выявлены у 43,84 %, «пограничная зона» — у 10,96 % матерей-подростков, тогда как средний уровень интеллекта имеют только 39,73 % [6].

В некоторых случаях раннюю беременность, которая заканчивается родами, нужно рассматривать как сознательный шаг несовершеннолетней. Этот поступок также является протестом против неблагоприятных социальных условий, в которых живет подросток. Как правило, девочка стремится решить таким способом собственные психологические проблемы. В частности, утвердить собственную ценность («Никто меня не любит, ну так я себе ребеночка рожу, он меня будет любить») или выразить протест против безудержной сверхопеки родителей, которые ее, опять же, психологически не слышат («Мама, ну как еще доказать тебе, что я уже взрослая и хватит меня воспитывать?»). Понятно, что диалог с использованием подобных методов неконструктивен, к тому же факт беременности такой девочки является доказательством не ее взрослости, а скорее инфантильности [7].

Сверхраннее материнство приводит подростков к вынужденной изоляции от среды сверстников. Многие юные матери бросают дальнейшее обучение, теряют перспективы получения профессии, замужества. Нередко это приводит к деформации личности, уходу от проблем в алкоголизм, наркоманию или даже проституцию. Все эти факторы резко снижают качество жизни и уровень здоровья как самих юных матерей, так и их детей [8].

На сегодняшний день в России разработана концепция комплексной медико-социальной и психологической помощи несовершеннолетним беременным и несовершеннолетним матерям. Прежде всего, это популяризация здорового образа жизни, сексуальное воспитание, акцент на нравственном отношении к семье и будущему потомству, воспитание чувств. Эти меры направлены на предупреждение ранней беременности, и подобная работа должна проводиться как в семье, так и в любом образовательном учреждении с привлечением специалистов различных областей: врачей, психологов, педагогов, социальных работников и, несомненно, родителей. Крайне важно соблюдать принцип преемственности и взаимосвязи специалистов друг с другом. Большое значение имеет индивидуальная работа с определенными подростками и их семьями. В беседы по планированию семьи целесообразно включать сведения о факторах, вызывающих осложненное течение беременности и родов.

Несмотря на существование разнообразных организаций, занимающихся оказанием комплексной помощи несовершеннолетним матерям и беременным (центры социального обслуживания населения, кризисные центры, социальные гостиницы, консультативные пункты, «горячая линия», телефон доверия, общественные организации), данная проблема далека от своего решения и требует разработки новых инновационных технологий.

Опыт организации комплексной помощи несовершеннолетним матерям и беременным в России насчитывает уже более 10 лет. Однако организаций, специализирующихся на проблеме подростковой беременности и материнства, немного. Существующие службы социальной защиты населения, здравоохранения, образования не занимаются оказанием помощи юным беременным или несовершеннолетним матерям. В лучшем случае, помощь этой категории несовершеннолетних становиться одним из направлений работы различных региональных или муниципальных центров социального обслуживания, учреждений здравоохранения, образования. Эту задачу пытаются решать общественные, благотворительные организации.

Региональная благотворительная общественная организация Служба помощи несовершеннолетним женщинам «Голуба», г. Москва. В целом, комплекс помощи в «Голубе» включает: консультации врачей, консультации психологов. Психологическая помощь молодой маме оказывается в обязательном порядке. Специалисты Службы стараются работать с родственниками девочки, помогая им принять ситуацию и понять своего ребенка. Юристы Службы помогают в оформлении документов, например, пособия на ребенка, разъясняют, как поступить в том случае, когда между девочкой и ее родителями нет согласия в вопросе об искусственном прерывании беременности. Служба решает некоторые материальные проблемы: передать в дар девочке кроватку, коляску, детскую одежду.

Кризисный центр помощи женщинам отделение «Маленькая мама», г. Санкт-Петербург — государственное учреждение, филиал социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних «Воспитательный дом». Задачи данного центра:

- развитие службы долговременной социально-психологической помощи для подопечных «Маленькой мамы» как первого в России учреждения по типу дома матери и ребенка;
- развитие «Маленькой мамы» как центра компетенции по раннему взаимодействию между матерью и ребенком и по социально-психологической поддержке несовершеннолетних матерей с детьми;
- обмен опытом между сотрудниками «Маленькой мамы» и Домом матери и ребенка г. Хельсинки.

На отделении «Меленькая мама» помощь несовершеннолетним матерям и беременным

оказывают следующие специалисты: педагоги, социальные педагоги, медицинские работники, специалисты по охране прав ребенка, специалисты по социальной работе, инструкторы по труду.

Основной задачей специалистов отделения «Маленькая мама» является убедить маленьких мам не идти по стопам их собственных родителей и не отдавать своих малышей в детские дома.

Сеть учреждений социального обслуживания семей и детей, подведомственных администрации Кировского района г. Санкт-Петербурга: территориальный центр социального обслуживания населения, центр социальной помощи семье и детям, центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов. Кроме того, в Кировском районе работает СПбГУ «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Воспитательный дом». Центр представляет собой круглосуточный стационар, который работает по следующим направлениям:

• профилактика безнадзорности (реабилитация всей семьи, оказавшейся в трудной жизненной ситуации; оказание консультативной помощи, в том числе посредством телефона доверия);

• социально-правовая помощь несовершеннолетним;

• социо-культурная анимации (досуговая деятельность: экскурсии, домашний педагогический театр, физкультура, спорт, туризм);

• диагностика и реализации социальных программ;

• круглосуточный прием несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Работу, направленную на сохранение здоровья, профилактику заболеваний женщин репродуктивного возраста и несовершеннолетних в Кировском районе г. Санкт-Петербурга, проводят три женские консультации:

• женская консультация №13 (ул. Лени Голикова, 29/3);

• женская консультация №20 (ул. Счастливая, 12);

• женская консультация №36 (ул. Маршала Говорова, 22/2).

Работа женских консультаций осуществляется по следующим основным направлениям:

• выполнение стандартов оказания медицинской помощи беременным и детям первого года жизни;

• оснащение лечебно-профилактических учреждений современным медицинским оборудованием;

• дополнительное лекарственное обеспечение беременных женщин;

• обеспечение дополнительным питанием беременных и кормящих матерей;

• работа с родовыми сертификатами.

В целях информирования женщин (клиенток женских консультаций) по социальным, медицинским и правовым вопросам (о выплатах, пособиях, льготах, установленных законодательством, о предоставлении положенных женщинам законных прав и защиту от возможных нарушений закона и т. п.) в помещениях консультаций размещаются соответствующие информационные плакаты и буклеты.

На базе женских консультаций Кировского района г. Санкт-Петербурга в период с ноября по декабрь 2008 г. проводилось экспериментальное исследование. Выявлено большое число обращений несовершеннолетних беременных в женские консультации: юные матери и беременные в возрасте 14–17 лет составили 46% от общего числа беременных. Одной из причин беременности среди несовершеннолетних девочек является их низкая информированность о сексуальном поведении, контрацепции, планировании семьи. Основным источником информацию о сексуальных отношениях, их последствиях, о контрацепции, о планировании семьи у несовершеннолетних девушек являются друзья и информация, полученная из газет, журналов и книг. Выявлено отрицательное отношение несовершеннолетних девушек к беременности и рождению ребенка. Наступившую беременность они связывают с ухудшением отношений в семье, с возникновением материальных проблем. В качестве решения проблемы с незапланированной/нежелательной беременностью девушки выбирают аборт. Решающими факторами, влияющими на несовершеннолетних девушек в вопросе сохранения беременности и последующего материнства, являются отношение отца ребенка и родителей девушки к сложившейся ситуации. Часть девушек отмечают важность мнения специалиста женской консультации по этому вопросу. Обнаружена крайне низкая информированность девушек о существовании специализированных учреждений (служб) социальной помощи несовершеннолетним беременным и юным матерям: о таких учреждениях не знали 96% респонденток. Большая часть девушек высказалась о необходимости организации специальных пунктов (служб) на базе женских консультаций, оказывающих различные виды социальной, психологической и правовой помощи несовершеннолетним беременным и юным матерям. Абсолютное большинство респонденток обратились бы в такую службу, если бы она была создана в женской консультации.

Проведенное исследование показало, что работу с юными беременными необходимо начинать задолго до того, как они станут мамами. Профилактика ювенильной беременности должна заключаться в проведении разъяснительной работы среди подростков по вопросам контрацепции, последствий абортов, планирования семьи. Работа с несовершеннолетними беременными — это прежде всего психологическая помощь и физическая подготовка к предстоящему материнству, разъяснение юридических прав и обязанностей несовершеннолетних беременных, помощь в решении кризисных социальных ситуаций, подготовка к безопасным родам, обучение уходу за новорожденными. Работа с юными мамами заключается в психологической помощи, в адаптации юных мам к новой социальной роли, в юридическом сопровождении. Для социальной реабилитации юных мам с ребенком, попавших в кризисную ситуацию, следует предусмотреть организацию постоянно действующего канала связи (например, «горячая линия»), что позволит вывести юную мать с ребенком из социально и психологически травмирующей ситуации и помочь в ее разрешении.

1. *Абрамова Е. А.* Исследование возможности адаптации матерей-подростков в современных условиях (на примере Алтайского края) / Е. А. Абрамова. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.socpol.ru/grantprog/doc/abram00_a.doc. Дата обращения: 17.03.2011.
2. *Безруких М. М., Сонькин В. Д., Фарбер Д. А.* Возрастная физиология (физиология развития ребенка). — М.: Ассфета, 2002. — 412 с.
3. *Безух С. М.* Избранные вопросы общей клинической неврологии: учеб. пособие. — СПб.: Тускарора, 2007. — 108 с.
4. *Безух С. М., Щукина Н. В.* Клинико-нейрофизиологические аспекты нарушений школьных навыков у детей // Медлайн. — 2004. — № 10 (175) — С. 23–24.
5. Беременность и возраст // Роды. — 2003. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.mama-journal.ru. Дата обращения: 17.11.2010.
6. *Лаптева Е. А.* Клинические и психологические особенности состояния здоровья матерей подросткового возраста и их детей: автореф. дисс. … канд. мед. наук. — Пермь, 2008.
7. *Нарицын Н.* Маленькая мама. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://goret.ru/tag/Psihologiya. Дата обращения: 17.10.2010.
8. *Островская Е. А.* Помощь несовершеннолетним беременным и юным матерям. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.med2000.ru. Дата обращения: 17.11.2010.
9. *Синчихин С. П., Коколина В. Ф.* Ювенильная беременность как медико-социальная проблема // Российский вестник акушера-гинеколога. — [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.mediasphera.ru/journals/akuvest/detail/82/747. Дата обращения: 18.03.2011.
10. *Черданцев Г. А., Черданцева Г. А., Литвинова А. М., Зайнуллина Л. В., Ширяева Е. К.* Эпидемиологические аспекты перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности недоношенных детей, родившихся в условиях перинатального центра (пособие для врачей). — Екатеринбург, 1999. — 20 с.
11. *Gill M., Daly G.* Confirmation of association between attention deficit hyperactivity disorder and a dopamine transporter polymorphism // Mol. Psychiatry. — 1997. — Vol. 2, № 4. — P. 464–468.