**Содержание**

Введение

Глава 1. Репродуктивная функция

Репродуктивная функция женщин и планирование семьи

Противоречивое отношение к репродуктивной функции женщин.

Глава 2. Репродуктивное поведение

Медико-социальные аспекты сексуального и репродуктивного поведения молодежи.

Современные тенденции в репродуктивном поведении женщин в странах восточной Европы

Глава 3. Меры регулирования репродуктивной деятельности

Законодательные меры регулирования репродуктивной деятельности

Репродуктивное поведение и здоровье.

Организационная модель управления репродуктивным поведением супругов на этапе создания семьи в первом и повторном браке

Социальная сущность и функции семьи.

Заключение

Использованная литература

**ВВЕДЕНИЕ**

*В данной работе будет рассмотрена такая тему, как репродуктивное поведение женщины. Право репродуктивного выбора должно принадлежать каждой личности, особенно женщине. Именно она страдает из-за неблагоприятных последствий нежелательной беременности, представляющих риск для её здоровья и жизни. Статистика показала, что предупреждение беременности у женщин моложе 19 лет и старше 35-40 лет, соблюдение 2-х– 2,5-летних интервалов между родами позволяют снизить материнскую смертность в 2 раза, а младенческую – 4 раза. В связи с этим созданы правительственные программы приоритетных исследований в области репродуктивного здоровья населения*

*В настоящее время важна роль семьи в охране и укреплении здоровья населения, в рождении и воспитании подрастающего поколения. Подготовка к супружеству начинается с восприятия примера поведения родителей в семейной жизни. Далее в этот процесс включаются работники детских дошкольных учреждений, школ и других учебных заведений. В решении задачи повышения роли семьи в охране здоровья и воспроизводства здорового потомства важное место должны занимать медико-социальные меры, осуществляемые среди молодоженов до брака и на этапе создания семьи*

*Здоровье женщин-матерей и детей, уровень ряда демографических показателей, таких, как рождаемость, младенческая и материнская смертность, являются барометром социально-экономического развития страны и показателями эффективности деятельности органов и учреждений здравоохранения.*

*Здоровье матери зависит от воздействия многообразных факторов: социально-экономических, биологических, экологических, медико-организационных и других, что диктует необходимость комплексного подхода к решению проблем охраны материнства и детства, определяет приоритетность этих проблем среди остальных социальных программ.*

*Исследования последних лет, проведенные сотрудниками НИИ им. Н. А. Семашко, Российского центра перинатологии, акушерства и гинекологии, показали, что здоровье женщин России, в том числе беременных, имеет тенденцию к ухудшению и заслуживает серьёзного внимания.*

**Глава 1. Репродуктивная функция**

**Репродуктивная функция женщин и планирование семьи**

Состоянием здоровья матери определяется здоровье последующих поколений и, прежде всего, новорожденных детей. Так экстрагенитальные заболевания женщин 14% случаев являются причиной гибели новорожденных в раннем неонатальном периоде (т.е. на 1-й неделе жизни).

Важнейшим фактором, оказывающим негативное воздействие на состояние здоровья и репродуктивную функцию женщин, являются неблагоприятные условия жизни, труда, ухудшающаяся из года в год экологическая обстановка.

В настоящее время в индустриально-развитых регионах Росси до 98% женщин заняты в общественном производстве, из них практически каждая десятая трудится в неблагоприятных условиях.

По данным научных исследований, состояние здоровья женщин, частота осложнений беременности и родов находится в прямой зависимости от условий труда и тяжести выполняемой работы.

К сожалению, нет оснований рассчитывать на значительное улучшение условий труда женщин в ближайшее время. Напротив, в ряде отраслей они могут ухудшаться, как и общая экологическая ситуация, в связи с хищническим использованием природных ресурсов в целях быстрого обогащения. При отсутствии действенных механизмов социальной защиты населения это может проявляться в нарастании негативных тенденций в состоянии здоровья матерей и вновь рождающихся поколений детей.

Пристального внимания заслуживает проблема высокой заболеваемости женщин и связанных с ней трудовых потерь. За последние годы значительно возросли показатели временной нетрудоспособности вследствие гинекологических заболеваний, осложнений беременности и послеродового периода.

Важным показателем, характеризующим деятельность служб охраны материнства и детства, является материнская смертность. Уровень этого показателя в стране остается высоким.

Меры по улучшению материально-технической базы, оснащению детских и родовспомогательных учреждений недостаточны.

В комплексе неблагоприятных влияний на организм женщины и её потомства особое место занимают курение, злоупотребление алкоголем, пристрастие к токсическим и наркотически веществам.

В настоящее время особенно актуальной становится проблема питания беременных женщин и кормящих матерей. Анкетирование данного контингента показало, что у 45% из них питание не соответствует нормам, рекомендуемым врачами женских консультаций.

Чрезвычайно актуальными остаются вопросы снижения числа абортов и профилактики непланируемой беременности. Аборты часто являются причиной бесплодия, невынашивания беременности, других осложнений беременности и родов.

Велик и экономический ущерб от абортов и связанной с ним гинекологической заболеваемости. Ежедневно из-за аборта не работают более 20000 женщин.

Из числа женщин находящихся дома по уходу за грудным ребенком, около половины производят аборты в течение 1,5 лет.

Серьезными проблемами являются высокая частота гинекологических и андрологических заболеваний, высокий уровень самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, нарастание числа супружеских пар, страдающих бесплодием, доля которых составляет 15-17%.

Столь неудовлетворительное состояние репродуктивного здоровья населения объясняется неудовлетворительно организованной системой информации по всем аспектам проблемы планирования семьи, низким уровнем сексуальной культуры населения, неосознанным отношением людей к своему репродуктивному поведению, отсутствием службы планирования семью; крайне неудовлетворительным состоянием материально-технической базы, оснащенности медицинской техникой, инструментарием, медикаментами женских консультаций и консультаций «Брак и семья» и т.д. На протяжении десятков лет в Росси не налажено на должном уровне производство качественных контрацептивных средств в достаточном количестве, отсутствуют производства гормональных контрацептивов, препаратов и инструментов для атравматичного прерывания беременности; выделяется недостаточно инвалютных средств для закупки контрацептивов за рубежом.

Остается низким и уровень квалификации акушеров-гинекологов, терапевтов, педиатров и средних медицинских работников по вопросам планирования семьи.

Существует система полового воспитания, введение в школе предмета «Этика и психология семейной жизни» не привели к повышению уровня знаний подрастающего поколения в области сексуального и репродуктивного поведения. В результате 80% подростков получают сведения об интимной стороне жизни из некомпетентных источников.

Низкая обращаемость подростков в медицинские учреждения с профилактической целью связана с боязнью разглашения факта посещения врача, недоброжелательностью медицинских работников, страхом перед родителями, учителями, сверстниками, малой доступностью средств контрацепции. Кроме того, на сегодняшний день в соответствии с основами законодательства о здравоохранении всякое оперативное вмешательство, к которому относится и аборт разрешено, производить человеку, не достигшему совершеннолетия, только с согласия родителей или опекунов. Это вынуждает девочек-подростков нередко прибегать к криминальному аборту.

**Противоречивое отношение к репродуктивной функции женщин.**

Существует устоявшийся образ идеальной женщины, которую переполняет радость при известии, что она станет матерью. Ее беременность проходит в мечтах о будущем ребенке. Когда же ребенок появляется на свет, она с легкостью и радостью воспринимает материнство. В такой картине есть известная доля правды – иногда большая, иногда меньшая. Но в любом случае это лишь одна сторона медали. Медицинские исследования показали, что с беременностью связаны и неприязненные чувства, которые абсолютно нормальны и естественны, особенно при первой беременности.

В определенной степени первая беременность означает конец беззаботной юности. Женщина понимает, что после рождения ребенка её развлечения будут очень ограниченны. Она больше не сможет уходить и возвращаться домой, когда ей заблагорассудится. Прежний бюджет придется планировать еще на одного человека. Внимание мужа, которое принадлежало только ей, будет принадлежать двоим.

Каждая новая беременность воспринимается по-разному. Ожидаемые перемены не так удручают женщину, если это третья или четвертая беременность. Но даже у самой лучшей матери, при любой беременности, временами все чувства восстают против нее. Бывает, что для этого есть какие-то внешние причины: возможно, беременность наступила слишком скоро после предыдущей или кто-то из родителей серьезно болен, или между супругами нет согласия. Однако такое отношение к беременности появляется и без всяких видимых причин.

Мать, которая действительно хочет иметь много детей, все же подсознательно будет беспокоиться, сумеет ли она найти время, силы и безграничные запасы любви и терпенья, чтобы вырастить ещё одного ребенка. Отца тоже могут мучить внутренние сомнения в целесообразности иметь ещё одного ребенка. Видя как его жена все больше внимания уделяет детям, он чувствует себя ненужным. В любом случае подавленность или раздражительность одного супруга передается другому. Такая реакция на беременность неизбежна. Даже самые лучшие родители могут почувствовать неприязнь к будущему младенцу и что в большинстве случаев такие настроения временны. Когда же дело доходит до практического ухода за ребенком, выясняется, что все не так уж страшно, как вы себе представляете. Возможно, это происходит от того, что женщина успела окрепнуть духом, готовясь к надвигающимся трудностям.

Любовь к ребенку приходит постепенно. Многие женщины, довольные и гордые своей беременностью, не испытывают никаких чувств к своим будущим младенцам. Но вот ребенок начинает шевелиться в чреве матери и она осознает, что он действительно живое существо. В конце беременности мать может уже реальнее представить себе будущего ребенка и все, что связано с заботой о нем.

Большинство матерей, сознающихся, что они очень расстроились, узнав о своей беременности, чувствуют огромное облегчение, когда в них просыпается нежность к будущему младенцу еще до того как он родится.

Но даже когда неопытная мать уже смирилась с беременностью, ей предстоит еще одно испытание. Когда ребенок, наконец, появляется на свет, она ожидает, что сразу почувствует к нему прилив материнской нежности, узнает в нем плоть от плоти своей. Но обычно этого не происходит ни в первый день, ни даже в первую неделю. Это постепенный процесс, который завершится не раньше чем мать пробудет некоторое время дома наедине со своим ребенком.

Некоторые считают, что по отношению к будущему ребенку несправедливо ждать мальчика или девочку, поскольку ваши могут не оправдаться. Родители обычно хотят иметь ребенка определенного пола, но если родится ребенок противоположного пола, они все равно очень его любят.

**Глава 2. Репродуктивное поведение**

**Медико-социальные аспекты сексуального и репродуктивного поведения молодежи.**

Переход от традиционной формы семьи с единством брачного, сексуального и репродуктивного поведения к современной сопровождался обособлением данных видов поведения: сексуального от репродуктивного и их обоих от брачного. В свою очередь это нашло отражение в снижении возраста начала половой жизни, росте добрачных зачатий и внебрачных рождений, широком распространении искусственных абортов, в том числе при первой беременности.

Ранее начало половой жизни стало типичным явлением среди молодежи: от 40 до 60% несовершеннолетних юношей и девушек имеют опыт сексуального общения. Согласно данным социологического опроса со вступлением в брак связывают начало половой жизни только 43,3 % девочек-подростков. Большинство из них (63,5%) считали, что вступать в интимные отношения можно с 17-18 лет, а каждая третья была убеждена, что это можно делать и в более раннем возрасте. Осудили добрачные половые отношения всего лишь 12 % респонденток. Кроме того, около половины опрошенных девочек-подростков не исключали для себя рождение ребенка вне брака в случае отсутствия собственной семьи.

Вступление неподготовленных в области гигиены половой жизни подростков в интимнее отношения часто влечет за собой многие негативные медико-социальные последствия, как для них самих, так и для их семей, а также для общества в целом (см. схема №1). Прежде всего, имеются в виду увеличение числа венерических заболеваний среди молодежи, наступление нежелательных беременностей, проблемы юных матерей-одиночек.

**Негативные медико-социалные последствия сексуального и репродуктивного поведения современной молодежи (схема)**

Ранее начало

половой жизни

Частая смена

Половых партнеров

Проституция

Заражение

вензаболеваниями и СПИДом

Добрачные зачатия

Рост частоты осложнений

Беременности и родов

Внебрачные рождения

«Стимулированные»

браки

Разводы в молодых семьях

Нежеланные дети

Повышенная заболеваемость и смертность внебрачных детей

Отказ от детей

Искусственные аборты

(в т.ч. криминальные)

Гинекологические заболевания

Невынашивания беременности

Внематочные беременности

Вторичное бесплодие

Снижение рождаемости

В последние годы в РФ наблюдается выраженный рост заболеваемости венерическими болезнями подростков.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Болезнь | Годы | Кол-во |
| Сифилис | 1985-1993 | 3,4 раза |
| Гонорея | 1985-1993 | 1,5 раза |

При этом отмечается четко выраженная тенденция к омоложению контингента больных венерическими заболеваниями. Как показало обследование девушек, больных гонореей, средний возраст заболевших составил 16,4 года.

По материалам того же исследования, половую жизнь ранее 15 лет начали 14,4 % обследованных. Среди больных гонореей 23,5% имели 3 половых партнеров и более, а у 11 % отмечались беспорядочные половые связи. Следует подчеркнуть, что вследствие резкого роста как гетеросексуальных, так и гомосексуальных связей нередко со многими незнакомыми партнерами существенно затрудняет выявление источника инфекции.

Как правило, венерические заболевания у молодежи являются результатом неправильного полового воспитания, а также плохой осведомленности о механизме заражения. Большое значение имеет злоупотребление алкоголем: в большинстве случаев юноши и девушки заражаются в состоянии опьянения.

Ослабление родительского контроля и увеличение числа контактов, особенно в крупных городах, способствуют формированию у многих юношей и девушек представления об абсолютной свободе в интимных отношениях , что нередко приводит к серьезным нравственным издержкам и личным трагедиям, наносит ущерб здоровью будущих родителей и их потомства.

Долгое время у нас не было принято говорить о проституции, которая в значительной степени является следствием недостатков социализации личности и низкой культуры межличностных отношений. Как свидетельствуют результаты проведенного среди проституток обследования, у многих из них рано пробудилось половое влечение. В половых вопросах их «просветили» случайные люди, и как следствие после первой беседы на данную тему у 55,8% обследованных возник не здоровый интерес к лицам противоположного пола. Почти половина женщин начали половую жизнь в возрасте не старше 16 лет. При этом обстоятельства первого сексуального контакта были далеки от тех, которые ассоциируются с серьезными чувствами и намерениями. Значительная часть опрошенных вступили в первую половую связь добровольно, не питая не каких иллюзий и не задумываясь о последствиях.

Беспорядочные половые связи, случайные беременности и ранние роды в значительной степени являются результатом низкой сексуальной культуры молодежи. Ситуация осложняется плохой информированностью молодежи по вопросам контрацепции. Часто подобная информация носит искаженный характер, что связано с особенностями её основных источников (сверстники, литература и телевидение).

***Статистика по проведенным исследованиям***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Автор исследований** | **Кол-во** | **Данные** |
| Гулевская Р.М. | 14,9% | Среди-девочек подростков живущих половой жизнью не предохраняется от беременности |
|  | 16 % | Среди-девочек подростков живущих половой жизнью, которые не были знакомы с методами и средствами контрацепции |
| Баранец Л.А. | 26,2% | Рождение внебрачных детей обусловлены несостоявшимся прерыванием беременности в основном из-за поздних её сроков. |
|  | 13,1% | Молодые женщины стремились прервать беременность самостоятельно путем применения лекарственных и механических средств |
| Юрьева В.К. | 38,4% | Девушки длительное время скрывали наличие беременности о окружающих |

Согласно результатам выборочного исследования, своевременное первичное обращение в женскую консультацию в сроки до 12 недель беременности отмечались только у 56% юных матерей. Особую тревогу вызывает то обстоятельство, то 17,6% девушек, не состоящих в браке, вообще ни разу не посетили женскую консультацию, и беременность у них протекала без медицинского контроля. Однако и среди тех юных матерей, которые в период беременности посетили женскую консультацию, фактически каждая седьмая пренебрегала регулярным наблюдением акушера-гинеколога и четким выполнением его рекомендаций.

Сложившуюся после рождения ребенка жизнь считали счастливой лишь 40% юных матерей. Изучение трудностей, которые испытывают, показало, что на первом месте стоят материальные и бытовые причины, на которые указали 63,9% 41,7% опрошенных.

Демографические исследования убедительно свидетельствуют, что наименее устойчивыми являются браки, заключенные в раннем возрасте. Одной из ведущих причин неустойчивости молодых семей является вынужденный брак, «стимулированный» добрачным зачатием.

Беременность в подростковом возрасте увеличивает риск мертворождений, недоношенности, низкой массы тела при рождении и осложнений во время беременности. У юных матерей чаще, чем у более взрослых женщин , встречаются дети с хронически протекающей патологией врожденного генеза, в том числе в результате тяжелой асфиксии и родовой травмы. Это является следствием как физиологической незрелости, так и наличия стрессовых факторов во время беременности в связи со значительным процентом внебрачных зачатий у наиболее молодых матерей.

Внебрачные дети находятся, как правило, в худших условиях вынашивания, ухода и вскармливания, чем рожденные в зарегистрированном браке. Кроме того, в неполных семьях часто возникает ряд серьезных медико-социальных, экономических и морально-психологических проблем воспитания ребенка.

Эмоциональное напряжение, связанное с внебрачной беременностью, оказывает существенное влияние на частоту и тяжесть токсикозов беременности. Неблагополучное состояние женщины обуславливает более высокий уровень таких осложнений беременности, как преждевременная отслойка плаценты, угроза прерывания беременности и нефропатия. У этой категории женщин из-за несвоевременного и нерегулярного обращения за медицинской помощью 1,5 раза чаще наблюдаются экстрагенитальные заболевания во время беременности. Перечисленные обстоятельства не могут не сказаться негативно на развитии и здоровье ребенка.

Внебрачные дети почти в 2 раза чаще рождаются недоношенными, среди них выше уровень перинатальной и младенческой смертности. Нежеланные дети не только биологически менее жизнестойки: за их повышенной смертностью в младенческом возрасте без установленных причин может скрываться детоубийство.

По данным И.П. Катковой и С.И. Сафаровой, в неполных семьях часто, тяжело и длительно болел каждый пятый ребенок. Повышение заболеваемости данного контингента детей в значительной степени обусловлено тем, что из-за материальных затруднений одинокие матери вынуждены раньше положенного законодательством срока выходить на работу. Поэтому дети из неполных семей раньше других начинают посещать детские дошкольные учреждения.

В настоящее время одно из центральных мест у современной молодежи занимают проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем. В значительной степени этому способствуют повышение сексуальной активности, рост частоты венерических заболеваний, а также увеличение числа гинекологических заболеваний, обусловленных ранними беременностями, абортами и родами.

Рассмотренные особенности сексуального и репродуктивного поведения современной молодежи существенно затрудняют реализацию концепции воспроизводства здоровых поколений. Особую актуальность данный вопрос приобретает на фоне отмечающегося в стране обострения многих медико-социальных проблем брака, семьи, рождаемости.

**Современные тенденции в репродуктивном поведении женщин в странах восточной Европы[[1]](#footnote-1)**

Проводились в научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва, Департамент репродуктивного здоровья женщин Регионального бюро ВОЗ для Европы, Копенгаген.

**Цель исследования:** сопоставление особенностей репродуктивного поведения женского населения и отношения к планированию семьи в Центральном регионе России, Польше, Латвии и Венгрии.

**Методология:** интервьюирование.

**Учреждение:** Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва, Департамент репродуктивного здоровья женщин Регионального бюро ВОЗ для Европы, Копенгаген.

**Материал исследования:** опрошены 1087 женщин после индуцированного аборта в сроки до 12 нед. Беременности и 1200 матерей на 3-5-й день после родов в возрасте 15-44 лет.

**Результаты исследования:** сопоставление основных детерминант репродуктивного поведения в двух когортах сексуально-активных женщин – жительниц России соответствующими популяционными данными программы «Семья и фертильность» Фонда ООн по народонаселению для Польши, Латвии и Венгрии позволило более четко определить критические периоды репродуктивного поведения женского населения для улучшения службы планирования семьи. К их числу относятся раннее начало половой жизни, ранее замужество с мотивацией иметь одного ребенка в семье и использовать индуцированный аборт в качестве одного из методов регулирования рождаемости. В этих условиях дополнительными резервами по совершенствованию качества охраны репродуктивного здоровья населения могут служить мероприятия, предусматривающие вовлечение обоих партнеров, непосредственное приближение соответствующей консультативной помощи в родовспомогательные учреждения, половое воспитание подростков.

**Заключение:** приближение консультативной помощи по контрацепции непосредственно в родовспомогательные учреждения и мониторинг в течение первого года оказывают положительное влияние на репродуктивное поведение женщины.

Новая волна демографических изменений, особенно в области репродуктивного поведения, наступившая во многих европейских странах с середины 60-х годов, проявилась в виде отчетливой тенденции к снижению воспроизводства населения. Эти изменения обусловлены рядом факторов, к числу которых можно отнести новые формы полового партнерства, в том числе ранее начало сексуальной активности, внебрачные половые связи, снижение числа браков, особенно у молодых, свободу в регуляции фертильности, распространение идеологии женской эмансипации, зачатие вне брака и более позднее формирование семьи с установкой на ограничение её размеров

**Глава 3. Меры регулирования репродуктивной деятельности**

**Законодательные меры регулирования репродуктивной деятельности**

В некоторых странах (Андорра, Ирландия, Мальта, Парагвай, Филиппины) запрещены разводы. Мэр баварского города Эглофштайн ввел правило, согласно которому регистрации брака обязательно должно предшествовать письменное обязательство брачующихся обзавестись потомством в течение двух лет. В Польше и Ирландии не разрешены аборты. Во Вьетнаме, напротив, в зависимости от возраста, места проживания и социального положения устанавливается предельное количество детей, которых можно иметь семье.

Важный аспект демографической проблемы связан с биологическими предпосылками деторождения. В России каждый шестой заключаемый брак бесплодный. Рождение ребенка невозможно или опасно для его здоровья или для жизни и здоровья матери при физиологических недостатках, биологической несовместимости супругов, противопоказания беременности, ряде наследственных заболеваний и предрасположенности к ним. Эта проблема может быть решена с помощью медицинских операций по внесению в организм женщины половой клетки мужа или донора или путем экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона в организм биологической матери или женщины-донора. В США ежегодно регистрируется рождение 5-10 тыс. детей в результате гетерономной инсеминации. В 1993 г. только в один Московский центр по лечению бесплодия «Эко» обратились более 2,5 тыс. супружеских пар, желающих искусственным путем родить ребенка.

В ст.35 Основ законодательства об охране здоровья граждан установлено, что каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона. Более детально возникающие при этом отношения регулируются приказом Минздравмедпрома РФ от 28 декабря 1993 г.

Основные условия проведения операций по искусственному зарождению детей:

1. женщина желающая стать матерью должна быть совершеннолетней и находится в детородном возрасте.
2. если женщина состоит в браке, то на операцию требуется двустороннее согласие супругов (согласие супругов (одинокой женщины) должно быть оформлено письменно и ясно выражать желание иметь ребенка, зачатого искусственно. Минздравмедпромом РФ утвержден образец заявления-обязательства на операцию по искусственному оплодотворению)
3. вопрос о праве ребенка, рожденного в результате операций по искусственному зарождению, знать свое происхождение. Регулируется ст. 110 КоБС

В ст.36 Основ законодательства об охране здоровья граждан установлено, что в России каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроках беременности до 12 недель, по социальным показаниям – при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласии женщины – независимо от срока беременности.

Согласно ст.37 Основ законодательства об охране здоровья граждан в России разрешена медицинская стерилизация.

Для проведения медицинской стерилизации необходимо письменное заявление гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласия гражданина – независимо от возраста и наличия детей. Разрешается медицинская стерилизация, как мужчин, так и женщин.

**Репродуктивное поведение и здоровье.**

В 1968 г. Тегеранской декларацией ООН было провозглашено право родителей самим определять необходимое количество детей и интервалы между их рождением. С этого времени во многих странах были сформированы службы планирования семьи, которые зарекомендовали себя как наиболее экономичная структура профилактической медицины. Уже много десятилетий специалисты признают связь между планированием семьи и здоровьем женщин и детей. При этом основным методом регуляции рождаемости в нашей стране является аборт. Показатель числа абортов на 1000 женщин детородного возраста в России один из самых высоких в мире (99,8 %). Аборты являются одной из основных причин женского бесплодия, невынашивания беременности, высоких показателей материнской и младенческой смертности и заболеваемости.

Экономический ущерб от абортов и связанной с ним гинекологической заболеваемости составляет около 1,5 млрд. рублей в год. Альтернатива аборту – контрацепция, позволяющая контролировать репродуктивную сферу жизни, определять желаемый размер семьи.

**Организационная модель управления репродуктивным поведением супругов на этапе создания семьи в первом и повторном браке**

В Ивановской области разработана программа полового воспитания и подготовки к будущей семейной жизни в супружестве, осуществляющаясвою целенаправленную деятельность с детского возраста. Основу её составляют циклы лекций и бесед, проводимых в детских дошкольных учреждениях, школах, средних специальных учебных заведений, в которых особое внимание уделяется информированию подрастающего поколения о существующих видах контрацептивных средств, обучению пользования различными видами контрацептивов, рассматриваются вопросы взаимоотношения полов, особенности поведения на добрачном этапе и в браке.

В консультации «Брак и семья», созданной около 10 лет назад в г. Иванове, 1986-87 гг. была разработана система мер по подготовке вступающих в брак к здоровому супружеству и рождению здорового потомства, основной целью которого явилось внедрение комплекса медико-социальных мероприятий, направленных на формирование здоровых семей, зачатие и воспитание здорового ребенка. Основной акцент в этой работе делался на информирование вступающих в первый брак молодых лиц о негативных последствиях ранних и беспорядочных половых связей, отрицательных последствий искусственного прерывания беременности, в том числе первого аборта, для здоровья матери и ребенка, использовании средств и методов контрацепции, сексуальных взаимоотношений в браке. При этом работа проводилась в два этапа:

1. на 1 –м этапе осуществлялась санитарно-просветительская подготовка с целью повышения уровня санитарно-гигиенических знаний будущих супругов,
2. на 2-м – добрачное консультирование женихов и невест по вопросам планирования семьи, подготовки к зачатию, обследования генетического фона, а также по проблемам сексуальных отношений.

Однако исследование, проводившееся в рамках эксперимента, носило в основном санитарно-просветительский характер, важнейшие разделы программы преподносились в большинстве своем в виде лекций и бесед, в которых практически отсутствовал индивидуальный подход к рассматриваемым проблемам, недостаточным был также охват молодоженов из-за большого количества отказов в ступающих в брак принимать участие в этой работе.

В последние годы, в связи с возросшим количеством выпуска различного рода информации (печатной и видео) по вопросам сексуальных отношений, резким ростом ее доступности, молодые люди стали скептически относится к вопросам полового просвещения, осуществляемым различными государственными структурами, интерес к проводимым мероприятиям был практически утрачен и последние 2-3 года циклы лекция в рамках программы прекратились и работа свелась практически к одной информационной встречи с молодоженами акушера-гинеколога, причем без разделения женихов и невест.

В рамках комплексного исследования, проводимого в разных организованных коллективах сотрудниками ИГМА и ИвНИИ МиД, изучено контрацептивное поведение школьников, отношение к добрачным связям, их информированность по сексуальным вопросам и вопросам профилактики непланируемой беременности. Важным и новым аспектом проводимой работы явилось определение информированности подростков о факторах, ограничивающих возможность деторождения, и её влияния на репродуктивное поведение молодежи.

Анализ репродуктивного и контрацептивного поведения молодежи, показывает, что формирование репродуктивного и контрацептивного поведения должно осуществляться непрерывно по мере перехода их из одного состояния в другое, для чего разрабатывается и внедряется организационная модель системы проспективного слежения за репродуктивным поведением молодежи, позволяющим определять репродуктивное здоровье создаваемых семей на различных этапах их формирования и управлять им.

При этом адекватное построение системы управления возможно лишь с позиции системного подхода, который позволяет рассматривать репродуктивное поведение как динамический процесс, являющийся результатом взаимодействия комплекса факторов. С этой точки зрения необходимо соблюдение двух принципов слежения: этапности и комплексности.

Соблюдение первого принципа предполагает выделение следующих этапов:

1. добрачных отношений;
2. вступление в первый брак;
3. межбрачный период;
4. вступление в повторный брак;
5. брачных отношений.

Соблюдение второго принципа требует выявления комплекса медико-социальных внутри- и внесемейных факторов, действующих на каждом этапе развития семьи.

Принципиальная схема организационной модели управления репродуктивным поведением различных групп населения представлена на рисунке.

ЗАГС

социолог

Консультация

«Брак и семья»

Психолог

Сексопатолог

Акушер-гинеколог

Андролог

Центр планирования

семьи

Юрист, Андролог

Психолог

Контрацептолог

Искусственное осеменение

Конс.-диаг. пол-ка

Перинат. центра

Реабилитация

супружеских пар

Женские

консультации

Акушер-гинеколог

Вычислительный центр ПЦ

Областная база данных

Предлагаемая система проспективного слежения за состоянием репродуктивного поведения и здоровья, вступающих в первый и повторный брак супругов позволяет отслеживать их динамику на всех этапах наблюдения за молодыми мужчинами и женщинами, своевременно выявлять неблагоприятные факторы и вмешиваться в их развитие. Во-первых, оно проводится на этапе создания семьи, когда будущие супруги наиболее заинтересованы в вопросах укрепления своего здоровья и здоровья своего потомства.

**Социальная сущность и функции семьи.**

Классическое определение семьи гласит, что *семья -* это малая социальная группа, члены которой связаны браком, родительством и родством, общностью быта, общим бюджетом и взаимной моральной ответственностью.

Однако задумываемся над таким вопросами:

Почему люди живут семьями?

Семья - это нужно только женщине?

Важно разобраться, что же происходит с женщиной в семьей сегодня? Каково ее будущее? Как изменяется репродуктивное поведение женщины в семье и без семьи?

Ведь сегодня по статистике Россия по количеству разводов стоит на первом месте (совсем недавно обогнав США). Но на место разрушенных браков вновь и вновь создаются новые. Ежегодно в нашей стране заключается около 2 млн. браков. Что это? Почему люди женятся и выходят замуж?

Чтобы ответить на эти вопросы, рассмотрим семью как социальный институт, социальную общность и малую группу.

Семья один из самых древних социальных институтов. Она возникла намного раньше религии, государства, армии, образования, рынка.

Методологической основой понимания причин, побуждающих людей объединяться в семейные группы, создавать устойчивые связи и взаимодействия, выступают потребности человека.

Структура потребностей человека, согласно модели американского психолога А. Маслоу, делится на: 1) физиологические и сексуальные потребности; 2) экзистенциальные потребности в безопасности своего существования; 3) социальные потребности в общении; 4} престижные потребности в признании; 5) духовные потребности в самореализации.

Где как не в семье женщина удовлетворит эти потребности в наибольшей мере.

Используя объяснительные возможности представленной структуры потребностей мужчины и женщины в семье, попробуем разобраться в природе и *социальных функциях женщины в семье.*

Рассмотрим *репродуктивную функцию женщины в* семье. Эта функция выполняет две задачи: общественную - биологическое воспроизводство населения, и индивидуальную - удовлетворение потребности в детях. В ее основе - удовлетворение физиологических и сексуальных потребностей, побуждающих женщину вступить в семейный союз. Противоположность полов, по мнению Э. Дюркгейма, - это не только базисное основание, на котором строится брачный союз, но и основная причина нравственной близости в семье. По мощности воздействия на стабильность семейно-брачных отношений она сильнее даже такого фактора, как кровное родство. “Мужчина и женщина страстно ищут друг друга именно потому, что они различаются”. Э. Дюркгейм анализирует отношения полов с позиций разделения труда. Ограниченное вначале только сексуальными функциями, оно постепенно распространилось на многие другие.

Функции женщины и функции мужчины настолько специализировались, что женщины стали вести существование совершенно отличное от мужчины. Мужчина олицетворял могущество, силу, интеллект, а женщина - женственность, слабость, мягкость, эмоциональность. Функциональные различия постепенно видоизменили и физиологические признаки: рост, вес, общие формы, строение черепа мужчины и женщины существенно различаются. Изолированные друг от друга мужчина и женщина суть только различные части одного и того же конкретного целого, которое они, соединяясь, восстанавливают.

***Выдержка из конспекта лекции по программе Половое воспитание и подготовка к будущей семейной жизни в супружестве.***

***Зачем женщине нужен мужчина?*** *Чтобы зачать и родить ребенка. А кормить, одевать, воспитывать, учить и…. самой? А если женщина молода и не опытна….*

*Если бы женщины не любили вас,*

*мужчин, за ваши недостатки, то,*

*что было бы с вами?*

***Оскар Уайльд***

*Вот вопрос, который в разное время приобретает для женщины различный смысл. В самом юном возрасте это, конечно, любовь, то есть взаимное влечение, "резонанс душ" - как хорошо найти того, кто тебя понимает! И немножко секса - совсем чуть-чуть, просто ради удовольствия. И есть чем занять время – не все же просиживать с подружками в подъездах, играя в надоевшего "подкидного" или во что там теперь играют. (Подружки - это все-таки не совсем то.)*

*Чуть попозже - это прекрасная возможность уйти из-под опеки родителей. "Того нельзя, этого нельзя". А тут - все можно. Да еще если мужчина женщине попался решительный, и вам с ним есть, где жить - совсем хорошо.*

*После этого у женщины действительно начнется новая жизнь, можете мне поверить. Кроме того, умный мужчина может и курсовую за вас написать, и лабораторные сделать, а потом и диплом. Или, если к академическим наукам вы с детства питаете здоровое отвращение, то просто помочь - сделать то, се, подвезти, куда надо, что-то починить, да хотя бы составить компанию. И самое главное: при этом он будет смотреть на вас влюбленными глазами, а это, уверяю вас, тоже кое-что значит. И потом, у него отличные друзья - веселый, юморной народ, умеют провести время. В поход так в поход, и песни под гитару, на Сахалин так на Сахалин, а если деньги есть - то и в Париж. Монпарнас там, Лувр, отель "Георг Пятый". Но, как известно, не в деньгах счастье, и самые лучшие часы своей жизни вполне можно пережить на какой-нибудь речке Драновке в трехстах верстах от цивилизации.*

*Став еще постарше, женщина вспомнит, что есть на свете такие классические вещи, как семья и дети. И тут уже настоящим Евиным ребром встанет вопрос о браке. И вот вы начали совместно жить. Брак, не брак - в наше время это дело десятое.*

*Потом женщина понимает, что мужчина нужен ей как моральная поддержка, как плечо, на которое можно опереться. Если есть дети, то - как отец детям. Душа требует, чтобы рядом было родное существо, близкий человек, которое тебя понимает хоть немного. Особенно если других близких уже не осталось. Мужчины придают огромное значение детям. Женщине трудно представить себе, насколько мужчина бывает, предан как мысли о продолжении своего рода в принципе, так и своим уже имеющимся детям в частности, потому что они гарантируют ему "жизнь вечную", незабвение, бессмертие. При этом он может утверждать все, что угодно, строить самые глубокомысленные теории и даже искренне в них верить, но факт остается фактом:* ***ребенок для него – залог "продолжения" его самого в будущем, то есть, если хотите, бессмертия****. Сам мужчина обычно этого не осознает.*

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.**

*Анализ репродуктивного и контрацептивного поведения молодежи в рамках комплексного исследования, проводимого в разных организованных коллективах сотрудниками ИГМА[[2]](#footnote-2) и ИвНИИ МиД, проведенного у трех переходящих друг в друга возрастных контингентов (подростки до вступления в брак средний возраст 16,0+1,9 лет), лица, вступившие в первый брак (средний возраст – 21,4+2,1года), и лица вступившие в повторный брак (средний возраст 37,6+2,4 года), показывает, что формирование репродуктивного и контрацептивного поведения должно осуществляться непрерывно по мере перехода их из одного состояния в другое, для чего разрабатывается и внедряется организационная модель системы проспективного слежения за репродуктивным поведением молодежи, позволяющим определять репродуктивное здоровье создаваемых семей на различных этапах их формирования и управлять им.*

*Репродуктивное поведение женщин (всего населения в целом) – важнейший фактор для формирования концепции политики в области планирования семьи и практической её реализации в каждой стране. В связи, с чем необходимо совершенствовать систему мониторинга контрацептивного поведения женщин (всего населения в целом).*

*Структура используемых средств контрацепции студентами, женщинами и мужчинами активного репродуктивного возраста свидетельствует о необходимости расширения федеральных и региональных информационных программ средств массовой информации по сексуальной культуре и планированию семьи. При этом необходимо создать надежную, доступную для населения информационную базу о всех современных методах контрацепции.*

*Повышение роли медицинских и социальных работников, специалистов негосударственных структур в области планирования семьи, совершенствование системы их подготовки будет способствовать снижению числа абортов и летальности от них.*

*В настоящее время более 50% врачей не считают свою подготовку в этой области достаточной.*

*На основании особенностей репродуктивного поведения населения в современных условиях России предложена структура службы планирования семьи, которая должна совершенствоваться и дополняться с учетом развития системы охраны репродуктивного здоровья и соответствующих служб.*

**Использованная литература**

1. Анохин Л.В. Коновалов О.Е. Бесплодие в браке (медико-социальные аспекты.) – Рязань, 1995.
2. Армстронг С. // Здоровье мира. –1999.– №11.– С.3-5
3. Баранец Л.А. Социально-гигиеническая характеристика детей, рожденных вне брака, по материалам крупного промышленного центра (г. Ростов-на-Дону): Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 1997.
4. Бедный М.С. Демографические факторы здоровья. – М., 1998.
5. Беременность и аборт у подростков: Доклады совещания ВОЗ. – М., 1997.
6. Вишневский А.Г. Демографическая революция. – М., 1999.
7. Игнатьева Р. К. и др. // Вопросы охраны материнства . – 2000.–№7. – С.61-65.
8. Шевелева А.А. Медико-социальные основы подготовки молодежи к семейной жизни на этапе создания семьи: Автореф. дис. …канд. мед. наук. – М., 1999. – С.19 .
9. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. – М., 1995.– С. 92-103.
10. Медведев А.С. и др.// **Вестник** Ивановской медицинской академии. Организационная модель управления репродуктивным поведением супругов на этапе создания семьи в первом и повторном браке. –1996. –№1. – С.14-17.

1. В.И. Кулаков, Е.М. Вихляев и др. [↑](#footnote-ref-1)
2. Ивановская государственная медицинская академия. [↑](#footnote-ref-2)