

3. Изарин А.В. Физическая культура как основа здорового способа жизни сегодня...и в 21 веке // Теория и практика физической культуры. – М.1991. – С.5-10
4. Кузьменко В.Ю. Рухова активність у системі здорового способу життя підлітків // Теорія і практика фізичного виховання: Науково-методичний журнал. – 2001. - №1-2 – С.76-82
5. Мильнер Э.Г. Влияние оздоровительной физической культуры на организм человека // Формула жизни.- М.1991. С.112

І.І.ЧУБУЧНА

РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ ПІДЛІТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

У статті розглядаються причини та шляхи попередження підліткової вагітності та підтримки сім'ї за умов ранньої вагітності сімейним лікарем.

В статье рассматриваются причины и пути профилактики подростковой беременности, а также поддержки семьи при ранней беременности семейным врачом.

This article shows us different causes and ways of prevention the teenager's pregnancy and also what support is needed by the family in the period of the early pregnancy which family doctor can give.

Поряд із загальним постарінням української нації в силу ряду об'єктивних та суб'єктивних причин на сьогоднішній день однією з важливих проблем є дуалістичний підхід відтворення населення – по-перше, свідоме обмеження числа народжуваних дітей або навіть їх відсутність (без медичних причин) з метою “повної самореалізації особистості” (хоча про повну реалізацію, і в першу чергу жінки, можна говорити лише після її материнства) і, по друге – зростання «раннього» материнства, в тому числі підліткової вагітності, яка з багатьох точок зору є неповноцінною. Ця проблема є значно глибшою, ніж просто соціоморальна, адже за нею завжди стоїть здоров'я неповнолітньої мами та її дитини.

З погляду лікаря, підліткова вагітність повинна трактуватися не як свідомство розпусти дівчинки, тобто як виняток із загальносуспільної поведінки, а як ненавмисний наслідок ранніх сексуальних стосунків. Як вберегти дівчинку від таких наслідків і хто повинен цим займатися – батьки, школа, лікарі, суспільство? Питання небуденне, якщо згадати статистику по Україні сиріт при живих батьках, серед яких вагомий відсоток займають небажані діти неповнолітніх матерів.

Мабуть питання підліткової вагітності в однаковій мірі повинно стосуватися всіх, хто причетний до статевого виховання, проте вагома роль у вирішенні цієї проблеми, з нашої точки зору, належить сімейному лікарю, адже саме він найкраще знає, або принаймні повинен знати сім'ю, де виховується дівчинка-підліток, щоб запобігти ранній вагітності [1]. З цією метою варто виділити основні групи ризику ранньої вагітності: 1. Дівчатка, які починають сексуальне життя в якості експериментів з приятелем-однолітком раніше, ніж усвідомлені про можливі наслідки і можуть їм запобігти. 2. Пасивні та недосвідчені дівчатка, які не вміють встояти перед вимогливим партнером, який за звичай старший за них. 3. Дівчатка з емоційними проблемами, які переживають нестачу тепла та розуміння у сім'ї, для яких сексуальне життя стає засобом досягнення емоційного комфорту [2]. Саме ця остання група є найбільш небезпечною щодо ризику ранньої вагітності, оскільки дівчатка вступають у сексуальні відносини свідомо, проте будучи ще соціально незрілими до материнства, до відповідальності за нове життя. Саме вони часто відмовляються від новонароджених або роблять аборти, які потім закінчуються безпліддям, а також поповнюють ряди професійних повій.

Більшість дослідників вважають, що вирішальним фактором зниження ризику небажаної або неочікуваної вагітності є знайомство підлітків з контрацепцією, хоча інші автори висловлюють заперечення, що таке знайомство призведе лише до вседозволеності. Проте обидві висловлені протилежні думки не враховують того, що максимальний ризик небажаної вагітності пов'язаний з початком статевого життя, коли навіть ті, хто знає про контрацепцію, не можуть у повній мірі використати ці знання через брак досвіду – невідповідності до «близькості», новизни ситуації, відсутності досвіду поведінки в даній ситуації, сором'язливості тощо. Пізніше, з набуттям досвіду, цей ризик суттєво знижується. То ж чи варто знайомити підлітків із засобами контрацепції? Результати багатьох досліджень свідчать про позитивну відповідь на це запитання. І саме сімейному лікарю при відвідинах родини з різного приводу найзручніше це зробити, оскільки лікар підлітками трактується як старша особа, з якою можна більш-менш відверто порозмовляти про теми, які можуть замовчуватися батьками через їх невідповідність до таких розмов та сором'язливість перед власними дітьми. А щодо вчителів, то їх авторитет серед підлітків саме у цих питаннях є не надто

високим. Знайомство підлітків з питаннями контрацепції відбувається незалежно від бажання дорослих і тому краще, коли діти дістають достовірні відомості, ніж будуть керуватися отриманою з випадкових джерел спотвореною або просто невірною інформацією. Підлітки повинні знати також, що ні один із існуючих засобів контрацепції не є абсолютно надійним і тому значна частка зусиль повинна бути скерованою на виховання у них регулюючих мотивів і перш за все – почуття відповідальності, про що вже згадувалося вище. У цьому аспекті важливе місце повинен відігравати навчальний заклад, наприклад школа чи гімназія, де є уроки етики, на яких повинні розглядатися питання статевої відносин [3, 4].

Така первинна профілактика не завжди буває ефективною, і час від часу сімейний лікар зіштовхується з підлітковою вагітністю як з фактом, коли перед ним постають завдання вторинної профілактики. У вирішенні їх лікар може і повинен бути авторитетним консультантом, вміти надати психотерапевтичну допомогу вагітній та її сім'ї, але ні в якому випадку не повинен підміняти їх у вирішенні проблем, які виникли.

До медичного засвідчення вагітності юна жінка та її родина не залишають надії, не зважаючи на очевидність ситуації, що це помилка, непорозуміння і що “все обійдеться”. Вони вже знають, але ще не хочуть вірити в це. Звертання і матері, і доньки до лікаря-гінеколога робиться з великими труднощами і саме тут може допомогти сімейний лікар, який добре знає родину, має довірливі стосунки зі всіма її членами і може взяти на себе питання організації консультації лікарем-спеціалістом. При спілкуванні навіть з родинним лікарем обидві жінки бувають напруженими, схвилюваними, переживаючи одночасно і відчай, і надію на “чудо” і є надзвичайно раними щодо дій та відношення лікаря.

Труднощі у спілкуванні з мамою та донькою полягають також і в тому, що їх сподівання по відношенню до лікаря є різними. Юна жінка потребує такого ж розуміння і поваги, як і доросла вагітна. Мама ж відчуває потребу бути незамінним учасником всього, що відбувається і прагне керувати донькою. Обидва типи поведінки є природними і тому лікар не може прийняти ту чи іншу сторону, а повинен забезпечити необхідну підтримку для обох. Готових рецептів для вказаної ситуації не існує, і багато що залежить від досвіду лікаря, його відчуття ситуації і вміння знайти відповідний тон та слова, викласти вагомі аргументи. Підозра чи підтвердження вагітності повинно бути емоційно нейтральним, але не формальним, неприпустимим є моралізування, адже до лікаря звернулися за допомогою, а не за оцінками ситуації, тим більше негативними. Родина в такий час знаходиться в глибокій психологічній кризі, за якою обов'язково наступить фаза прийняття рішення, яке часто супроводжується пошуком і покаранням винного (батька дитини). Це може призвести до вимушених шлюбів, які за звичай є нетривкими, але навіть сімейний лікар не повинен брати на себе вирішення цього питання. Він може лише обговорювати доцільності переривання чи збереження вагітності, висловлюючи всі “за” і “проти” в межах своєї професійної компетенції. І тому завданням сімейного лікаря є підтримка вагітної та родини на тому шляху, який вони обрали для себе самі. Так, якщо прийнято рішення про переривання вагітності чи воно обумовлено медичними протипоказами до пологів, неприпустимі заяви лікаря про шкідливість абортів.

Якщо ж прийнято рішення про збереження вагітності, часто настає фаза заспокоєння і нестійкої рівноваги, коли акценти зміщені на підготовку до майбутнього материнства. Добре було б, коли сімейний лікар зміг допомогти емоційному зближенню матері та доньки, яких можна обох залучати до занять у спеціалізованих групах майбутніх мам, бо старше покоління може сприймати сучасні рекомендації як непотрібні новації.

Саме через родинного лікаря як нейтральну особу було б добре налагодити контакт з навчальним закладом, де навчалася майбутня мама, для того, щоб допомогти їй у продовженні освіти чи набуття спеціальності.

Після народження дитини увага сімейного лікаря повинна концентруватися на здоров'ї новонародженого та відновленні здоров'я юної матері, паралельно виробляючи та закріплюючи у неї почуття материнства, а також психологічній допомозі молодій бабусі, яка відчуває труднощі “вживання” у нову роль та нове коло обов'язків, які іноді суперечать її життєвим планам та перспективам.

Література

1. О. Мулька. Довідник сімейного лікаря. – Львів: Медична газета України, 1997. – 182 с.
2. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Половое воспитание детей: Медико-психологические аспекты. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – Л.: Медицина, 1988. – 160 с.
3. Лагетко В.В. Філософська проблема статі / Галицький лікарський вісник. – 2000. – Т.7., № 1. – С.97-99.
4. І.К.Медчук. Гігієна дітей і підлітків. Навчально-методичний посібник. – Львів: Глобус, 1999. – 208 с.