

# РОЖДЕНИЕ БУДУЩЕГО

## РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МОЛОДЕЖИ И ПУТИ ЕГО ФОРМИРОВАНИЯ



**Марина СУРМАЧ,**  
кандидат  
медицинских наук

Серьезные меры со стороны государства и системы здравоохранения республики сегодня принимаются для поддержания здоровья нации. Тем не менее, проблема формирования репродуктивного потенциала молодежи в нашей стране по-прежнему остается остро актуальной. Во многом это объясняется ее многокомпонентностью, необходимостью комплексного подхода, учитывающего такие важные факторы, как демографическая ситуация, социальное поведение и здоровье человека. В целом проблему репродуктивного потенциала молодежи необходимо решать в медицинском и социологическом аспектах.

### ОТ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ К ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Президент Республики Беларусь А.Г. Лукашенко подчеркивает: «Сохранение, поддержание здоровья молодежи сегодня – это гарантия медико-социального благополучия общества в будущем» [1]. Как проявление потенциала здоровья отдельного человека: совокупности способностей адекватно реагировать на воздействие внешних факторов и поддерживать баланс здоровья, может быть рассмотрено понятие «репродуктивный потенциал».

Оно включает также биологическую способность человека к воспроизводству, преломленную через призму его социальной сущности, выраженную в репродуктивных установках на определенное количество детей в семье, реализуемых в соответствующем поведении. Результатом наиболее благоприятного исхода станет рождение желанных и здоровых детей, неблагоприятного – бесплодие.

Репродуктивный потенциал – понятие многогранное, потому исследовать его

нужно на нескольких уровнях: от индивидуального до общественного. Анализ концептуальных и методологических подходов к решению данной проблемы позволил выделить две точки зрения.

Первую позицию можно обозначить как «биологическую». В данном случае под репродуктивным потенциалом понимается способность человеческой популяции к воспроизводству. Принято считать, что он реализован полностью, если беременность завершилась родами. Аборт рассматривается как наиболее значимый снижающий фактор. Позиция привлекает методологической простотой, однако все же она не лишена недостатков, так как не учитывает, что в современных социальных условиях нередко встречаются случаи, когда мало осознанная беременность заканчивается абортom или когда беременность не наступает по медицинским показаниям (диагноз – бездетность).

Вторую позицию назовем «социальной». Она основывается на том, что репродуктивный потенциал населения характеризуется комплексом медицинских и социологических показателей, оценивающих состояние заболеваемости и инвалидности населения детородного возраста (в том числе подростков и молодежи), условия формирования репродуктивного здоровья (в том числе наличие и рас-

Работа выполнена при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований.

пространенность потенциально опасных для здоровья факторов), демографические установки и поведение. Социальная позиция оказывается более сложной в методологическом плане, но именно она позволяет учесть такие факторы, как социальные установки и условия. К слову, доказано, что состояние репродуктивного здоровья в большей степени обусловлено поведением и образом жизни, нежели генетическими и экологическими факторами и деятельностью системы здравоохранения. Анализ социальных факторов, отражающихся на состоянии репродуктивного здоровья, позволяет предположить, как оно будет изменяться в последующем; а анализ демографических установок позволяет примерно оценить дальнейшее изменение репродуктивного поведения. Следовательно, социальная позиция дает возможность не только охарактеризовать репродуктивный потенциал на определенный момент времени, но и прогнозировать его дальнейшее развитие.

Определившись с дефинициями, составим краткую характеристику репродуктивного потенциала молодежи Беларуси. Большинство авторов, занимающихся этой проблематикой, считает, что наиболее значимыми проблемами здоровья молодежи в области воспроизводства являются инфекции, передаваемые половым путем (далее – ИППП), и искусственное прерывание беременности. Статистические сборники «Здравоохранение в Республике Беларусь» свидетельствуют, что число абортс снизилось с 247,0 тыс. в 1990 году до 58,5 тыс. в 2006 году. В то же время на 100 детей, родившихся живыми, приходится более 60 абортов, причем каждый шестой аборт производится у женщины, забеременевшей впервые. С начала 90-х годов регистрируется высокая заболеваемость населения ИППП, «омоложение» контингента заболевших и рост распространения инфекций (накопление). Во многом этому способствует несвоевременное обращение за медицинской помощью и самолечение.

Изучив сведения медицинской документации беременных и рожениц в возрасте 15–24 лет, проживающих в Беларуси, беременность которых завершилась рождением ребенка в 2005–2006 годах (2022 женщины), мы выяснили следующие данные. Соматический статус (состояние всех органов и систем, кроме репродуктивной) оказался не осложненным только у 17,8 % женщин. Патология одновременно нескольких органов и систем присутствовала у 50,1 %. Заболевания половых органов отмечены у 19,3 % беременных молодого возраста. Почти каждая десятая женщина до зачатия ребенка перенесла заболевание из группы ИППП. Угроза прерывания беременности являлась наиболее распространенным акушерским осложнением: она отмечена более чем у половины беременных женщин из данной возрастной группы. Отягощенное внутриутробное состояние плода (плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия) наблюдалось более чем у 28 % будущих матерей. Более половины женщин было госпитализировано во время беременности. Около 20 % завершило беременность операцией кесарева сечения. При этом только 37 % новорожденных было отнесено к первой группе здоровья.

По официальным результатам углубленного осмотра детей, при достижении ими подросткового возраста доля имеющих первую группу здоровья снижается до 1/5 от общей численности подростков.

Согласно статистическим данным, в Беларуси растет количество ВИЧ-инфицированных, заразившихся в результате сексуальных контактов (2005 год – 57,2 %, 2007 – 66,8, за пять месяцев 2008 года – 72 %). Ежегодно увеличивается доля ВИЧ-инфицированных женщин и рожденных ими детей. На 1 июня 2008 года зарегистрировано 1155 детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

Проведенный нами опрос 1368 женщин, которые забеременели в возрасте до 25 лет (исход беременности был разным), дал следующие результаты:

## **СУРМАЧ**

### **Марина Юрьевна.**

Окончила Гродненский государственный медицинский институт по специальности «Лечебно-профилактическое дело», клиническую ординатуру по акушерству и гинекологии. С 2003 года – ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Гродненского государственного медицинского института. Кандидат медицинских наук (2007 г.).

Член Исследовательского комитета «Социология здоровья и здравоохранения» Российского общества социологов.

В настоящее время – руководитель научной темы «Самосохранительное поведение молодежи Беларуси как регулятор позитивного изменения репродуктивного потенциала» (2007–2009 гг.), получившей финансовую поддержку Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований.

Автор более 90 опубликованных работ, в числе которых три самостоятельных рецензируемых издания: «Ожидание материнства» (2004 г.); «Менеджмент в здравоохранении» (совместно с Е.М. Тищенко, 2007 г.); «Медицинские и социологические аспекты репродуктивного здоровья молодежи» (2008 г.).

- наличие у женщины интимных отношений до заключения брака оценивают положительно более 52 %, допускают возможность подобного рода связей у своего партнера 58,6 % женщин. Отношение к «гражданскому» (незарегистрированному) браку у 2/3 респондентов положительное;
- 44,1 % женщин впервые вступили в интимные отношения в 17–18 лет. До достижения ими 15-летия начали половую жизнь около 5,5 % опрошенных, в 15–16 лет – 27,6 %. Только 1/4 первых половых контактов у женщин в возрасте до 25 лет можно отнести к категории «безопасного секса» (с использованием презерватива), 2/3 сопряжено с возможностью заражения ИППП или ВИЧ, 1/3 дополнительно сопровождается высокой вероятностью наступления беременности;
- 33,8 % первых беременностей у молодых женщин окончилось искусственным прерыванием по желанию женщины. Беседа с этими пациентками показала, что более чем в половине случаев они недостаточно серьезно оценивают состояние собственного здоровья и меры, необходимые для его укрепления;
- 61,2 % первых беременностей, наступивших у опрошенных 1368 молодых женщин, окончилось рождением ребенка либо продолжалось на момент опроса с ожидаемым положительным исходом. Почти 22 % первенцев вынашивалось в условиях, когда беременность оценивалась женщиной как «несвоевременная» и даже как «нежелательная». Около 13,4 % будущих матерей моложе 25 лет вступило в брак во время беременности. Каждая шестая женщина, ожидающая рождения первенца, отмечала, что курит во время беременности. Каждая пятая являлась пассивным курильщиком. Каждая четвертая один раз в месяц и чаще употребляла алкогольные напитки.

Большинство стран мира обеспокоены проблемой психического здоровья своих граждан. Не обошла стороной эта проблема и Беларусь. С 1995 по 2006 год, по официальным данным, контингент зарегистрированных больных хроническим алкоголизмом и алкогольным психозом

в республике увеличился на 56,5 %, наркоманией – с 14,8 до 66,2 % на 100 тыс. населения. В последние годы эта проблема «молодеет»: в структуре первичной заболеваемости населения расстройства поведения и психические расстройства занимают 8-е место, а у 15–17-летних подростков – 4–5-е.

Исходя из приведенной выше статистики, можно сделать вывод, что здоровье молодежи и ее поведение по отношению к нему оставляют желать лучшего. Какова же ситуация с рождаемостью?

С 2003 года в Беларуси регистрируется рост рождаемости (в 2003 году – на 9,0 % на 1000 человек, 2004 – на 9,1, 2005 – на 9,3, 2006 – на 9,9 %). В то же время возрастная структура населения отражает «демографический взрыв» середины 80-х. Мы проанализировали данные социологического опроса 2666 женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет. Оказалось, что планируемое молодыми людьми количество детей в семье соответствует рождению 164–168 детей на 200 родителей. Установка на идеальное количество детей в семье («Если бы Ваша семья была материально обеспечена и здорова, скольких, в идеале, детей Вы хотели бы иметь?») равна  $2,24 \pm 0,01$  ребенка.

Как правило, количество рожденных детей оказывается меньше не только количества планируемых детей по идеальным репродуктивным установкам, но и количества ожидаемых детей в семье. С точки зрения медицины оптимальной для репродуктивного здоровья является установка на рождение в браке троих детей, с наступлением первой беременности в первые два года брака и ее исходом в виде родов и интергенетическим интервалом в 2–4 года. С точки зрения демографии благоприятной будет установка на рождение троих и более детей. Следовательно, уровень рождаемости, вытекающий из установок молодежи на идеальное число детей в семье (225 детей на 100 пар), недостаточен для обеспечения гарантии демографической безопасности.



## ВКЛАД СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Началом реализации не только узко медицинских, но и социальных функций здравоохранения в отношении репродуктивного здоровья можно по праву считать 70-е годы, когда женские консультации приступили к деятельности по предупреждению аборт. Одновременно с этим стала проводиться работа по выявлению и лечению бесплодия и других гинекологических заболеваний в детском возрасте. В 80-е годы создаются консультации «Брак и семья». В 90-е годы к решению проблем репродуктивного здоровья подключаются органы государственной власти в регионах. Предпринята попытка повысить доступность качественной специализированной помощи по дифференцированному ведению беременности и родов независимо от места проживания женщины за счет организации работы разноуровневых перинатальных центров. В последнее десятилетие создана головная организация республики в области акушерства, гинекологии, неонатологии, педиатрии и медицинской генетики – Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя». Открыт Республиканский детский кардиохирургический центр, строительство которого велось по поручению Президента Республики Беларусь. Создана система дородового скрининга пороков развития и наследственных заболеваний плода. Проводится ранняя диагностика и лечение нарушений обмена веществ у новорожденных.

Все эти мероприятия позволили белорусским медикам значительно снизить младенческую смертность: в 2006 году в Беларуси она составила 6,1 % на 1000 новорожденных, что является одним из самых низких уровней среди стран СНГ. Показатель материнской смертности в 2006 году составил 11,4 % на 100 тыс. живорожденных детей, что приближается к значениям стран Центральной Европы. Правда, отношение молодежи к своему здоровью пока не удалось изменить,

хотя и в этом направлении проводится работа. В 1989 году существовавшая ранее служба санитарного просвещения была реорганизована в службу формирования здорового образа жизни (далее – ЗОЖ), а дома санитарного просвещения – в Центры здоровья. Всего в Беларуси функционировало 18 таких центров. Особенностью их работы являлось активное взаимодействие с организациями здравоохранения, с одной стороны, и с системой образования, средствами массовой информации, молодежными организациями, с другой. Одновременно были созданы кабинеты формирования ЗОЖ при поликлиниках и больницах; вопросы пропаганды ЗОЖ были включены в программы циклов по-



Занятия по альпинизму  
в брестской средней  
школе № 16

вышения квалификации и усовершенствования врачей всех специальностей; курс основ здорового образа жизни был введен в программы обучения студентов и учащихся медицинских учреждений, а в номенклатуре медицинских специальностей появились специальности врачей-валеолог и фельдшер-валеолог.

В последнее десятилетие охрана репродуктивного здоровья в Беларуси получила особую целевую государственную поддержку.

Служба формирования здорового образа жизни, напротив, была сокращена



и лишена относительной самостоятельности. С января 2003 года государственные учреждения «Областные центры гигиены и эпидемиологии» были реорганизованы путем присоединения к ним в качестве структурных подразделений «Областных центров здоровья» и «Областных центров профилактики СПИД» с лишением последних статуса юридического лица, и переименованы в «Областные центры гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» (ЦГЭиОЗ). Городские (за исключением Минского) и районные Центры здоровья были сокращены. В настоящее время решение задач охраны репродуктивного здоровья и формирования ЗОЖ возложено на амбулаторно-поликлинические учреждения и прежде всего на женские консультации. Охрана репродуктивного здоровья и формирование здорового образа жизни мужчин – удел территориальных поликлиник: участковой терапевтической службы, врачей-специалистов (урологов).

Следует констатировать, что деятельность системы здравоохранения ориентирована пока не на социальный, а на медицинский результат. Работа по формированию ЗОЖ, как и другие социальные функции большинства учреждений здравоохранения, не является основной

в весьма многоплановом перечне их задач. В наиболее общем смысле социальный результат деятельности здравоохранения оценивается по степени удовлетворенности потребителей услугами медицинского назначения (к слову, социологические данные свидетельствуют о высокой доле неудовлетворительных оценок). Важность социального результата в этом плане подчеркивает и Президент Республики Беларусь А.Г. Лукашенко: «...все эти усилия станут совершенно напрасными, если медицинская помощь не будет удовлетворять потребности людей, если не будут обеспечены ее максимальное приближение к населению и доступность» [2].

Повышению удовлетворенности пациентов может значительно способствовать изменение организационной культуры медиков как системы поведенческих норм, общеорганизационных правил и ценностей, которыми отличаются работники каждой конкретной организации здравоохранения, в направлении учета реальных нужд населения; повышение эффективности коммуникационного процесса между системой здравоохранения и населением, медицинским работником и пациентом. Однако эта задача относится скорее к числу ведомственных, поэтому ее решения не достаточно для оптимизации состояния репродуктивного потенциала молодежи, которое, как уже упоминалось, требует комплексного подхода.

Перспективной и очень востребованной является такая медико-организационная форма работы, как формируемая при поддержке детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) служба, «дружественная к подросткам». На базе организаций здравоохранения ряда крупных городов либо в качестве самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждений создаются консультативно-диагностические центры, где ведется консультативный прием педиатра, гинеколога, валеолога, психолога, андролога. Большое внимание уделяется социальным проблемам здоровья подростков, взаимодействию

с учреждениями образования, развитию волонтерского движения. Центры здоровья подростков – часть программы ВОЗ и ЮНИСЕФ «Здоровье и развитие молодежи», начатой в 1998 году в России и на Украине, в 2003 году – в Беларуси (совместно с правительством республики).

## ВОСПРОИЗВОДСТВО – КРИТЕРИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ПРОГРЕССА

**Д**ля решения проблемы репродуктивного потенциала молодежи представляется необходимой реализация следующих медико-социальных мер.

Во-первых, «оздоровление» демографической ситуации и института семьи, то есть повышение престижа модели многолетней семьи; актуализация значимости официально зарегистрированного брака; снижение доли семей, возникших по причине наступления беременности; формирование ответственного отношения к планированию зачатия ребенка, рождению и воспитанию ребенка как у будущих матерей, так и будущих отцов (даже в большей степени); создание установок гендерного партнерства и семейной толерантности.

Во-вторых, необходим комплекс конкретных мер по улучшению здоровья молодежи. Решение этой задачи возможно только при выполнении первой задачи. Молодежь должна понимать значение собственного здоровья как важнейшей ценности (не только индивидуальной, но и государственной!) и осознавать ключевую роль своего поведения в его формировании. Важным также представляется наличие условий для реализации установок на сохранение собственного здоровья, а именно: расширение доступа молодежи (критический возраст – 15–16 лет) к информации о планировании беременности, безопасном сексуальном поведении, получении тех или иных услуг медицинского назначения в сфере репродуктивного здоровья. На наш взгляд, необходимо обеспечить создание и поддержку социальных норм девственности

до брака: такие молодые люди не должны чувствовать себя «белыми воронами» в молодежном микросоциуме.

Репродуктивный потенциал молодежи объединяет имеющиеся у общества ресурсы демографического развития, которые являются базой дальнейшего формирования социального благополучия. Не ограничиваясь количественными параметрами воспроизводства, он охватывает и его качественную сторону, отличающую воспроизводство разумной человеческой популяции. Поэтому его можно рассматривать как важнейший критерий общественного прогресса. Социальная роль системы здравоохранения в современных условиях – не только в решении внутренних задач, но и в координации усилий всего общества в направлении формирования и оптимальной реализации репродуктивного потенциала молодежи как категории общественного прогресса.

Для реализации этой роли (третье направление в числе комплекса предлагаемых мер) необходимо, во-первых, понимание и поддержка приоритета социального результата деятельности системы профессионалами здравоохранения всех уровней; во-вторых, осознание необходимости подключения общества и его институтов к решению задач охраны здоровья, то есть создания в республике общественного здравоохранения. Первое требует повышения социологической культуры медиков. Второе – роста медицинской культуры общества, а учитывая важнейшую роль семьи как основного института социализации, прежде всего роста культуры семьи. И то, и другое взаимосвязано и взаимообусловлено.

Самым важным шагом на пути решения проблемы репродуктивного потенциала молодежи стала разработка и реализация Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 годы, которая явилась ярким примером реальных действий всех социальных институтов в направлении создания общественного здравоохранения. ■

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лукашенко, А.Г. Здоровье государства – это благополучие человека, согласие в обществе, целеустремленность нации. Послание Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко белорусскому народу и Национальному собранию / А.Г. Лукашенко // Сов. Белоруссия. – 30.04.2008. – № 82.
2. Там же.