***«Бесплодие как социальная и медицинская проблема».***

ПЛАН

1.Бесплодный брак.

2. Женское и мужское бесплодие.

3.Аборт как социальное явление.

4.Роль социальных работников в профилактике бесплодия.

**Актуальность выбранной темы состоит в необходимости повышения рождаемости в Российской Федерации для преодоления сложной демографической ситуации**

**Объектом является бесплодие.**

**Предметом:** роль социальных работников в профилактике бесплодия**.**

**Целью контрольной работы является изучение причин бесплодия у мужчин и женщин и роли социальных работников в профилактике бесплодия.**

***Бесплодный брак.***

**Бесплодие** - неспособность лиц трудоспособного возраста к воспроизведению потомства. Брак считается бесплодным, если беременность у женщины не наступает в течение года регулярной половой жизни без использования средств и методов контрацепции. Бесплодие может быть мужским и женским. Мужской фактор составляет в бездетном браке 40-60%.

Следовательно, диагноз бесплодия у женщины может быть поставлен только после исключения бесплодия у мужчины (при положительных пробах, подтверждающих совместимость спермы и шейки матки).

Женское бесплодие может быть первичным (при отсутствии беременности в анамнезе) и вторичным (при наличии беременности в анамнезе). Различают относительное и абсолютное женское бесплодие. **Относительное** – вероятность беременности не исключен. **Абсолютное –** беременность не возможна. По классификации ВОЗ выделяют основные группы причин бесплодия:

* нарушение овуляции 40%
* трубные факторы, связанные с патологией маточных труб 30%
* гинекологические воспалительные и инфекционные заболевания 25%
* необъяснимое бесплодие 5%

Первичная заболеваемость бесплодием, по данным официальной статистики, составила в 1998г. 134,3 на 100 000 женщин. Всего по поводу бесплодия за год обратилось 47 322 женщины. Это замужние женщины желающие иметь детей и обратившиеся в медицинское учреждение, следовательно, реальный уровень бесплодия значительно выше. По данным специальных исследований, число бесплодных браков России составляет 19%, по данным международных экспертов 24-25%. Таким образом, каждая пятая супружеская пара не может иметь детей.

Причины бесплодия имеют социальную обусловленность, являясь следствием абортов, перенесенных венерических, гинекологических заболеваний, неудачных родов. Зачастую бесплодие формируется еще в детском возрасте. Профилактика бесплодия должна быть направлена на сокращение гинекологической заболеваемости женщин, предотвращение абортов, формирования здорового образа жизни и оптимального сексуального поведения.

 Бесплодие является важной медико-социальной проблемой, так как приводит к снижению рождаемости. Решив проблему бесплодия, было бы значительно улучшить показатели воспроизводства населения. Бесплодие является важной социально-психологической проблемой, так как приводит к социально-психологическому дискомфорту супругов, конфликтным ситуациям в семье, росту числа разводов.

 Социальное и психологическое неблагополучие проявляется снижением интереса к происходящим событиям, развитию комплекса неполноценности, снижению общей активности и работоспособности. В браке могут наблюдаться огрубление нравов, антисоциальное поведение (внебрачные связи, алкоголизм), усугубление эгоистических черт характера, нарушение психоэмоциональной сферы и сексуальные расстройства у супругов. Длительное бесплодие создает большую нервно- психическую напряженность и приводит к разводам. 70% бесплодных браков расторгается.\*

Диагностика бесплодия осуществляется женскими консультациями, службой планирования семьи. А в отдельных случаях требуется стационарное лечение в гинекологических отделениях.

***Аборт.***

По оценке экспертов, ежегодно в мире производится от 36 до 53 млн. абортов, т.е. каждый год около 4% женщин фертильного возраста подвергаются этой операции. В России аборт остается одним из способов регулирования рождаемости. В 1998г. было произведено 1 293 053 аборта, что составляет 61 на 1000 женщин. Если в конце 80-х 1\3 всех в мире, то с начала 90-х г. благодаря развитию службы планирования семьи частота абортов постепенно снижается. Однако в России по сравнению с другими странами все еще остаются высокими.

 В большинстве стран мира аборты разрешены законом. Лишь для 25% женщин мира воспроизводство легального аорта недоступно (в основном это жительницы с выраженным клерикальным влиянием или небольшой численностью населения). Во всех европейских странах, за исключением Ирландской Республики, Северной Ирландии и Мальты, разрешено искусственное прерывание беременности. В разных странах действуют различные законы, определяющие порядок прерывания беременности.

* Л.В. Анохин и О.Е. Коновалов

1.Законы, разрешающие аборт по желанию женщины. В большинстве европейских стран аборт может быть произведен в сроках до12 недель беременности, в Голландии до 24 недель, в Швеции до 18 недель. Возраст, в котором девушка может самостоятельно принять решение об аборте:

Великобритания и Швеция - после 16 лет

Дании и Испании – после 18 лет

Австрии – после 14 лет.

 В ряде стран (Италия, Бельгия, Франция) женщине предоставляют в обязательном порядке 5-7 дней для размышления и принятия взвешенного решения. Эти законы действуют в странах, где проживает 41% населения земли.

2. Законы, разрешающие производство аборта по социальным показаниям. Около 25% женщин в мире имеют право на аборт по социальным показаниям.

3. Законы, ограничивающие право на аборт. В ряде стран аборт разрешен лишь в случае угрозы физическому или психическому здоровью женщины: врожденные уродства, изнасилование. Около 12% населения Земли проживают в условиях ограничения права на аборт.

4. Законы, запрещающие производить аборт при любых обстоятельствах.

В законодательстве СССР по абортам можно выделить три этапа:

1. этап (1920-1936г.)- легализация аборта.
2. этап (1936-1955г.)- запрещение аборта.
3. этап (1955 по наше время)- разрешение аборта.

В настоящее время в России любая женщина имеет право произвести аборт при сроке беременности до 12 недель. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям проводится с согласия женщины независимо от срока беременности. Перечень медицинских показаний определен Приказом МЗ №242 от 12.12.96, искусственное прерывание беременности в срок до 22 недель беременности может быть произведен с согласия женщины по социальным показаниям.\*

Система запретов, в том числе и абортов, не приводит к желаемым результатам. Запрет абортов и отсутствие программ планирования семьи приводят к росту числа криминальных абортов. Подростки с помощью криминального аборта прерывают свою первую беременность. В то же время в развивающихся странах более половины случаев материнской смертности приходится на долю криминальных абортов.

Но даже легальный аборт оказывает серьезное негативное воздействие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*«Организация работы женской консультации»

на организм женщины.

 **Аборт является причиной вторичного бесплодия в 41 % случаев.**

После аборта частота самопроизвольных выкидышей возрастает в 8-10 раз.

Около 60%первородящих женщин в возрасте старше 30 лет страдают невынашиванием беременности, вызванным первыми абортами. У молодых женщин, прерывающих первую беременность абортом, риск развития рака молочной железы возрастает в 2-2,5 раза.

***Роль социальных работников в профилактике бесплодия.***

В рамках компетенции социальных служб возможно оказание населению специализированной медико–психологической консультации по вопросам регулирования деторождения. **Планирование семьи** – это свобода в решении вопроса о числе детей, сроках их рождения, рождение только желанных детей от готовых к семье родителей.

Планирование семьи:

* помогает женщине регулировать наступление беременности в оптимальные сроки для сохранения здоровья ребенка, уменьшить риск бесплодия; снизить риск заражения заболеваниями, передающимися половым путем;
* дает возможность избежать зачатия в период кормления ребенка грудью, уменьшая количество конфликтов между супругами;
* гарантирует рождение здорового ребенка в случае неблагоприятного прогноза для потомства;
* способствует решению о том, когда и сколько детей может иметь данная конкретная семья;
* повышает ответственность супругов перед будущими детьми, культивирует дисциплинированность, помогает избежать семейных конфликтов.
* Предоставляет возможность вести половую жизнь, не опасаясь нежелательной беременности, не подвергая себя стрессам беспрепятственно продолжать учебу, осваивать профессию, строить карьеру;

Дает возможность мужьям созреть и подготовиться к будущему отцовству, помогает отцам обеспечивать свою семью материально.

Регулирование деторождений осуществляется тремя способами:

1. Контрацепция
2. стерилизация
3. аборт

КОНТРАЦЕПЦИЯ.

В экономически развитых странах Запада более 70% супружеских пар используют контрацептивы. Около 400 миллионов женщин развитых стран используют различные методы контрацепции для предупреждения нежелательной беременности. За 30 лет работы службы планирования семьи в мире удалось избежать более 400 млн. деторождений.

 В России удельный вес супружеских пар, предохраняющихся от нежелательной беременности, ниже, чем в экономически развитых странах Европы, однако официальной статистики нет. Статистический учет ведется лишь по числу внутриматочных спиралей и гормональной контрацепции. Так, в 1998 году состояло под наблюдением 17,3% женщин фертильного возраста, имеющих внутриматочные спирали, и 7,2% использующих гормональную контрацепцию. Следует отметить, что если число женщин, имеющих спирали, с 1990 года существенно не изменилось, то число женщин, использующих гормональную контрацепцию, возросло в 4,3 раза. Специальные исследования показывают, что в России примерно 50-55% супружеских пар регулярно предохраняются от беременности.

На частоту применения контрацепции в тех или иных странах влияют:

* социальные факторы (в частности, отношение к контрацепции правительства страны, экономическое положение)
* культурологические факторы (в частности традиции)
* средства массовой информации (реклама контрацептивов)
* отношение к религии
* законодательные ограничения (ограничение видов контрацепции, которые могут использоваться)

При решении выбора того или иного контрацептива необходимо учитывать следующие положения:

* любой метод предохранения лучше отсутствия предохранения вообще;
* наиболее приемлемый метод- тот, который устраивает обоих партнеров;

Основными требованиями к способам предохранения:

* надежность метода;
* доступность;
* гигиеничность;
* минимальное воздействие на полового партнера;
* простота в применении;
* безопасность;
* быстрое восстановление фертильности

 Таким образом, предоставление женщинам права на охрану репродуктивного здоровья включают планирование семьи, является основополагающим условием их полноценной жизни и осуществления равенства полов. Реализация этого права возможна, только при развитии службы планирования, расширении и внедрении программ «Безопасное материнство», улучшении полового и гигиенического образования, обеспечении контрацептивами населения, в первую очередь молодежи. Только такой подход поможет решить проблему абортов и ЗППП.

СТЕРИЛИЗАЦИЯ.

В целях охраны здоровья женщин, снижения числа абортов и смертности от них с 1990 года в России разрешена хирургическая стерилизация женщин и мужчин. Она производится по желанию пациента при наличии соответствующих показаний и противопоказаний для хирургической стерилизации. Из социальных существует всего три показателя:

1. возраст старше 40 лет;
2. наличие 3 и более детей
3. возраст старше 30 лет при наличии 2 детей

Однако стерилизацию нельзя расценивать как оптимальный способ предохранения от беременности, она не пользуется высокой популярностью у населения.

Литература:

1. В. К. Юрьев, Г.И. Куценко «Общественное здоровье и здравоохранение»

Издательство «Петрополис» Санкт- Петербург» 2000 г.

2. Журнал «Социс» № 12 2003г.