КУРСОВАЯ РАБОТА

по курсу «Медицинская статистика»

по теме: «Планирование семьи»

**СОДЕРЖАНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ

1. МИРОВОЙ ОПЫТ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

2. ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ В РОССИИ – СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

ПРИЛОЖЕНИЕ

**ВВЕДЕНИЕ**

Актуальность темы работы заключается в том, что в течение последних двух десятилетий проблема репродукции человека находится в центре внимания ученых всего мира.

Ежегодно в мире умирает полмиллиона женщин от причин, связанных с беременностью. Установлено, что половина беременностей, которые привели к материнской смертности, были нежелательны.

Согласно данным ВОЗ и ЮНИСЕФ из каждых 100 известных беременностей у подростков от 24 до 32 беременностей заканчиваются искусственным абортом, из которых половина нелегальные.

Зарубежная практика показывает, что предупреждение искусственных абортов, включая и нелегальные, с помощью современных противозачаточных средств может снизить материнскую смертность на 25-50%. Поэтому в настоящее время планирование семьи рассматривается как один из важнейших элементов охраны здоровья женщины, матери и ребенка, так как служба планирования семьи позволяет сохранять здоровье подростков, осуществлять профилактику нежелательной беременности, бесплодия, венерических заболеваний, СПИДа и обеспечивать оптимальные интервалы между родами с учетом возраста женщины, количества детей в семье и других факторов, т.е. предупреждать слишком ранние, поздние и частые роды. Планирование семьи (ПС) − это комплекс медико-социальных мероприятий, обеспечивающих снижение заболеваемости и сохранение здоровья женщин и детей.

Цель работы заключается в анализе планирования семьи с различных точек зрения: правовой, экономико-социальной и экономической. Задачи, поставленные в работе, вытекают из ее цели и является следующими:

1. Проанализировать основные проблемы, связанные с планированием семьи в развитых странах.

2. Изучить состояние планирование семьи в современной России и основные проблемы в этой области.

3. Проанализировать деятельность специализированных служб, занимающихся планированием семьи.

При написании работы использовалась специализированная литература и различные статистические данные.

**1. МИРОВОЙ ОПЫТ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ**

За рубежом концепция планирования семьи начала реализовываться в практику здравоохранения 40 лет тому назад под руководством Международной федерации планирования семьи (МФПС), штаб-квартира которой находится в Лондоне.

МФПС является самой крупной неправительственной организацией мира, имеющей консультативный статус при ООН, которая координирует и оказывает финансовую поддержку в основном за счет доноров национальным ассоциациям планирования семьи более чем в 134 странах нашей планеты, основной целью которых является обеспечение хорошего здоровья каждому члену семьи.

Эта цель осуществляется путем распространения информации и оказания медицинской помощи по оптимальной регуляции рождаемости с учетом возраста женщины, интервалов между родами, состоянием здоровья семьи и других факторов.

При этом в разных национальных ассоциациях планирования семьи мира возникает необходимость решения различных задач, которые обусловливаются уровнем рождаемости, национальными традициями, репродуктивными установками, характером образования, нравственными, экономическими и культурными особенностями, социальным положением, вероисповеданием и другими факторами.

Установлено, что каждая вторая женщина в мире не хочет больше иметь детей, а прерывание беременности, слишком ранние, частые и поздние роды оказывают вредное влияние на состояние здоровья женщины, и поэтому планирование семьи для рождения только желанных детей следует рассматривать как неотъемлемое право женщины на сохранение своего здоровья, настоящих и будущих детей. В то же время согласно данным Международного обзора плодовитости в Латинской Америке в среднем каждая семья хочет иметь 2-3 ребенка, а фактически имеет 5-6 детей. Аналогичные данные получены в Пакистане, Турции, и др. Среди женщин Колумбии, Египта, Непала, Кении, не желающих больше иметь детей, от 28,0 % до 59,0 % женщин не используют контрацептивные средства.

Имеются данные, что половина материнской смертности в Латинской Америке связана с нелегальными абортами, и что более половины коек в гинекологических больницах занимают женщины с послеабортными осложнениями (ВОЗ, 2005). У женщин, у которых была прервана первая беременность искусственным абортом в возрасте 20-24 года, частота развития рака молочных желез увеличивается в 2 раза. Женщины, которые отказываются от кормления грудью или рано прекращают грудное вскармливание, составляют группу «повышенного риска» для развития рака молочных желез. Поздние первые роды у женщины старше 35 лет создают повышенный риск возникновения не только осложнений во время беременности и родов, но и опухоли молочной железы как у матери, так и у ее дочерей. Материнская смертность в группе женщин в возрасте 40 лет и старше в 5 раз выше по сравнению с женщинами 20-29 лет, а у первородящих в возрасте 40 лет и старше этот показатель в 15 раз выше. Частота синдрома Дауна на 1000 живорожденных увеличивается с 0,71 в группе женщин до 29 лет и до 30 в группе женщин старше 45 лет.

Чрезвычайно остра сегодня проблема репродуктивного здоровья подростков, что связано с ранним началом сексуальных отношений, с безграмотностью подростков в вопросах предохранения от беременности, а также с отсутствием доступных и приемлемых для молодежи консультативных служб по вопросам воспитания и контрацепции.

Результатом этого является рост числа беременностей у подростков, и соответственно − рост числа родов и абортов у несовершеннолетних.

По данным японских авторов 88,5 % опрошенных студентов мужского пола и 84,5 % опрошенных студентов женского пола считают добрачные половые отношения допустимыми, но только одна треть из них объясняет это любовью. Согласно данным – 90 % незамужних подростков прибегают к искусственному аборту и только 11 % замужних подростков производят искусственный аборт. В Японии до сих пор наиболее популярным контрацептивом является кондом (80,0 %), тщательное использование которого позволило снизить число абортов более чем в 2 раза (1.170143-1955г. до 486876-1989г.). В 80-х годах в Японии коэффициент рождаемости среди девочек-подростков составляет 4 на 1000, а в Болгарии 78 на 1000 девушек-подростков. В США коэффициент беременности у подростков 15-19 лет составляет 98 случаев на 1000 женщин. При этом в США коэффициент аборта среди подростков (44) в 2 раза превышает аналогичный показатель (25) в большинстве Европейских стран, а в Японии этот коэффициент составляет 5,9 на 1000 подростков.

Согласно данным ВОЗ (2006) материнская смертность в Японии у подростков в группе 15-19 лет была в 2 раза выше по сравнению с женщинами в 20-24 года (29,5 и 14,4 на 10000 родившихся). Появление нежелательной беременности у подростков рассматривается как следствие ограниченности информации по вопросам планирования семьи и методам регуляции рождаемости, недоступности контрацептивных средств и отсутствием знаний о тяжелых последствиях ранней половой жизни и искусственного аборта.

Несмотря на то, что во многих странах осуществляются программы сексуального воспитания подростков и молодежи, которые входят в программы здорового образа жизни и планирования семьи, тем не менее, имеется пестрая картина числа абортов: на каждые 100 известных беременностей в разных странах у женщин моложе 20 лет.

Лидирующее место занимают Норвегия и Швеция, в которых каждые 4 из 5 четырнадцатилетних подростков (85,7 и 87,3) производят аборт, а в возрасте 15-17 лет к аборту прибегает только половина подростков. К 18-19 годам каждая 3-я беременность прерывается искусственным абортом в Норвегии, Швеции, США, Канаде, а в других странах каждая 5-7 заканчивается абортом. Эти данные можно рассматривать с одной стороны как показатель появления более ответственного родительства в 18-19 лет, а с другой стороны как показатель частых добрачных половых сношений.

Хотя тесная взаимосвязь между репродуктивным (детородным) поведением женщины и состоянием ее здоровья была известна давно, тем не менее, только научно-технический прогресс в области репродукции в 60-х годах позволил действительно внедрить в практику регуляцию рождаемости путем использования высокоэффективных контрацептивных средств в виде оральной контрацепции (ОК) или внутриматочной контрацепции (ВМС). Это дало возможность предупреждать нежелательные беременности, а также беременности у женщин группы «высокого риска» − моложе 20 лет, старше 35 лет, с короткими интервалами между родами и др.

Опыт Болгарии, Венгрии, Чехословакии, Германии и др. показывает эффективность организации центров планирования семьи. Количество абортов в этих странах стало в 2-3 раза меньше родившихся, а охват современными видами контрацепции составляет 50%-60%. Исследования, проведенные с помощью вопросника в Чехословакии, показали, что интерес к контрацепции не проявляется в тех случаях, когда полагают, что для нежелательной беременности существует аборт, который нельзя рассматривать как метод регуляции рождаемости, и прибегать к нему следует только, если отсутствует эффект от контрацепции.

Исходя из того, что широкое применение контрацепции снижает количество абортов, в Японии, например, вышло специальное постановление правительства, согласно которому рекомендовалось отдать предпочтение контрацепции, а не аборту, что привело к увеличению количества женщин, использующих контрацепцию в течение 5 лет, с 19,5 до 52 %.

Более чем в 60 странах мира существует объединение служб охраны материнства и детства со службами планирования семьи на государственном уровне. Особенно в этом ряду стран отметим Китай. В Китае планирование семьи является государственной политикой, для реализации которой существуют министерство здравоохранения, министерство планирования семьи наряду с многочисленными ассоциациями планирования семьи.

**2. ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ В РОССИИ – СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

В нашей стране до последнего времени нередко наблюдается негативное отношение к планированию семьи, которое часто отождествляется только с ограничением рождаемости, что не позволяет медикам, социал-гигиенистам и организаторам здравоохранения использовать международный опыт по планированию семьи для сохранения здоровья семьи. Существовавшее у нас негативное отношение к планированию семьи привело к сложной демографической ситуации в стране, которая характеризуется низким уровнем рождаемости и отсутствием простого воспроизводства на 53 территориях России, большим количеством абортов. При этом на многих территориях Европейского региона России отмечается малодетность (1-2 ребенка). По расчетам демографов, такой уровень рождаемости не обеспечивает простого воспроизводства населения.

Недооценка медицинских аспектов планирования семьи в охране материнства и детства сопровождается и недостаточным вниманием к социальным аспектам, обусловливающих благосостояние всей семьи, в результате чего мы занимаем 35-е место по младенческой смертности, предпоследнее место среди развитых стран по распространенности современных противозачаточных средств, что приводит к тому, что основным методом регуляции рождаемости является искусственный аборт, который согласно положению ООН нельзя рассматривать как метод регуляции рождаемости.

Рождаемость в России начала снижаться еще в конце XIX века и опустилась до очень низкой отметки − ниже уровня простого воспроизводства населения − во второй половине 1960-х годов, раньше, чем в большинстве промышленно развитых стран. То есть внутрисемейное регулирование рождаемости давно стало массовой практикой. При этом никаких программ планирования семьи в советское время не проводилось, соответствующая служба, которая занималась бы информированием, консультированием, медицинской помощью и обеспечением средствами контрацепции, отсутствовала, индустрия контрацепции не развивалась, более того, очернялись достижения западных стран в этой области, где в 1960-1970-е годы происходила настоящая контрацептивная революция. Зато в России была легко доступна процедура прерывания незапланированной беременности. Таким образом, желаемая «малодетность» в России обеспечивалась за счет небезопасного для здоровья искусственного аборта и «народных», малоэффективных методов контрацепции. Задача перехода к более цивилизованному способу регулирования деторождения, когда при помощи надежных и безопасных средств предотвращаются не рождения, а нежелательные зачатия, решалась очень медленно. В результате, имея те же тенденции и уровни рождаемости, что и другие развитые страны, Россия отличалась несопоставимо большим числом абортов (рис. 1, рис. 2).

Рисунок 1. Коэффициент суммарной рождаемости в России, Германии, Испании и Италии**[[1]](#footnote-1)**

Рисунок 2 . Число абортов на 100 родов в России, Германии, Испании и Италии**[[2]](#footnote-2)**

Научные исследования по регуляции рождаемости позволили установить тесную взаимосвязь между репродуктивным поведением женщины и состоянием ее здоровья. При этом если раньше репродуктивный выбор ограничивался только правом на аборт, то сегодня он включает право на контрацепцию, право на беременность и право на стерилизацию. Частые аборты в нашей стране значительно увеличивают частоту воспалительных заболеваний гениталий, бесплодия, эндокринных нарушений и как следствие − различные дисгормональные прогестерондефицитные заболевания, что приводит к малодетности.

Один из аспектов эффективной демографической политики улучшение состояния здоровья женщин. Рассматривая нормальное функциональное состояние репродуктивной системы как один из показателей здоровья женщины, следует предупреждать «поломку» этой системы, ведь только здоровая мать может иметь здорового ребенка и только здоровые дети могут стать здоровыми родителями.

Прерывание первой нежелательной беременности искусственным абортом часто приводит к серьезным последствиям, иногда необратимым. Наиболее серьезные осложнения искусственного аборта − бесплодие, невынашивание, рецидивирующие воспалительные процессы женских половых органов, которые не только вызывают функциональные нарушения в яичниках, но и приводят к доброкачественным и злокачественным заболеваниям молочных желез и половой системы женщины. Установлено, что после аборта увеличивается частота самопроизвольных выкидышей, внематочной беременности и преждевременных родов, чаще возникает слабость родовой деятельности и послеродовых кровотечений.

Частота самопроизвольных выкидышей во 2 триместре после аборта увеличивается в 8-10 раз по сравнению с женщинами, которые только рожали. Есть данные, что у 60 % первородящих женщин в возрасте старше 30 лет бесплодие или невынашивание вызвано абортами (у каждой 3-й из них было 6-8 беременностей). Хотя в настоящее время еще не разработаны методические подходы для оценки «демографических потерь» из-за искусственного аборта, тем не менее, известно, что искусственные аборты являются причиной вторичного бесплодия у женщин в 60-80 %.

После искусственного аборта осложнения при беременности и родах встречаются в 3 раза чаще.

Острой проблемой продолжает оставаться проблема нелегальных абортов, к которым чаще всего прибегают подростки, молодые женщины, не состоящие в браке, а также сельские женщины. Последствия криминальных абортов значительно опаснее, нежели последствия медицинских абортов, производимых в лечебных учреждениях, так как при криминальных абортах зачастую речь идет не только об осложнениях для здоровья, но и об угрозе для жизни. Важно также иметь в виду, что как правило, криминальный аборт проводится с целью прерывания первой беременности.

Установлено, что аборт в анамнезе был у 41 % женщин с бесплодием и почти у половины женщин с внематочной беременностью. Данные ВОЗ показывают, что в первые 2 месяца после аборта неполноценная лютеиновая фаза наблюдается у 38 % женщин, а в контрольной группе − у 8,8 %, в то время как у 75 % женщин овуляция наступает через 20 дней после аборта. Имеются также данные, указывающие на увеличение частоты таких акушерских осложнений, как слабость родовой деятельности и кровотечения в раннем послеродовом периоде.

Периодически, в современном российском обществе возникают дискуссии о запрещении аборта (см. Приложение). В ХХ веке запрет аборта вводили не только в Советском Союзе. Через это прошли и Германия при Гитлере, и Италия при Муссолини. А последняя по времени попытка запрета аборта в Европе была предпринята в 1966 году в Румынии и проводилась, как водится, под патриотическими лозунгами. Была провозглашена цель достичь уровня рождаемости, «соответствующего экономическому прогрессу населения» и способного обеспечить увеличение численности населения страны до 24-25 миллионов к 1990 году.

Сразу после запрещения в 1966 году абортов рождаемость в Румынии действительно возросла почти вдвое. Однако очень скоро снижение рождаемости возобновилось. Был отлажен механизм подпольных абортов, их число стало быстро расти, и в 1980-1983 уже превосходило число родов, что не встречается в западных странах. Рождаемость же к 1983 году вернулась к уровню 1966 года.

В 1980-е годы борьба с «дезертирами» ужесточилась. Все работающие женщины от 16 до 45 лет под угрозой потерять право на медицинское обслуживание, пенсии, социальное страхование, должны были проходить ежегодное медицинское обследование. Были проведены показательные судебные процессы по делам об абортах и т.д.

Эти меры, усилив социальную напряженность в стране, уже не вызвали такого значительного всплеска рождаемости, как в 1967 году. Семейные пары, как и врачи, успели приспособиться к ситуации, сложилась «подпольная индустрия» по прерыванию беременности, часто с печальными последствиями для здоровья женщин. Материнская смертность возросла с 85,9 на сто тысяч живорождений в 1966 году − последнем перед запретом абортов − до 174,8 в 1982 (в 2 раза), при этом 84-89% материнских смертей в восьмидесятые годы были результатом нелегального аборта. Когда в 1990 году аборт был снова легализован, показатель материнской смертности, связанной с абортами, за один год снизился с 147,4 до 57,5 на сто тысяч живорождений.

Население Румынии в 1990 году немного превысило 23 миллиона человек, после чего стало сокращаться. Сейчас Румыния находится в ряду европейских стран с самой низкой рождаемостью и в то же время занимает одно из первых мест в мире по доле беременностей, прерываемых абортом.

Таким образом, запрещение абортов не ведет к какому-то ни было позитивному решению демографических проблем. Корень же данной проблемы видится в том, что Россия, как и ее ближайшие восточноевропейские соседи, так и не смогла решить понятную уже в начале ХХ века задачу перехода к массовому использованию противозачаточных средств, не «устремилась» к их усовершенствованию и распространению, как то рекомендовали русские врачи еще в 1913 году. Потому она и по сей день преуспевает в борьбе за мировое первенство по абортам. Изучение эпидемиологии контрацепции и аборта показало, что у нас в стране отношение к современным методам контрацепции, особенно, гормональной, остается настороженным, в результате чего более половины женщин используют традиционные барьерные противозачаточные средства с локальным действием. Большинство же промышленно развитых стран пережили то, что с полным правом называют «контрацептивной революцией», и теперь американка, немка или японка, как правило, предотвращает нежеланную беременность, а не прерывает ее. Поэтому у них ежегодно производится 10-20 абортов на 1000 женщин в возрасте от 15 до 45 лет, а у нас − 40-50.

К уровню рождаемости все это имеет весьма отдаленное отношение. Проблемы низкой рождаемости − и очень серьезные − существуют и в Германии, и в Японии. Но проблемы аборта, его последствий для физического и психического здоровья женщин, его влияния на моральное состояние общества в этих странах если и не решены, то сведены к минимуму и притом в условиях, когда запрета на аборт не существует.

Выборочные исследования отечественных ученых показывают, что планирование семьи, направленное на снижение числа абортов в России (у каждых 7 из 8 женщин в анамнезе аборт), может снизить частоту бесплодия, невынашивания и гинекологической заболеваемости, составляющей 43,9 %. Планирование семьи направленное на увеличение интергенетических интервалов (длительность их меньше оптимальных у половины женщин), может снизить перинатальную смертность и соматическую заболеваемость, наблюдающуюся у каждой 2-й женщины.

Сегодня возникает необходимость индивидуального подхода врача к выбору противозачаточных средств для предупреждения нежелательной беременности у женщин. Для сохранения здоровья женщин врач женской консультации должен выявлять женщин, составляющих группу «повышенного риска» в отношении развития возможных осложнений при контрацепции, и своевременно проводить соответствующие профилактические и лечебные мероприятия, обеспечивающие сохранение репродуктивной системы и здоровья женщины.

Широкое использование планирования семьи путем внедрения современных методов контрацепции для регуляции рождаемости с учетом возраста женщины и ее репродуктивного анамнеза − неиспользованный резерв дальнейшего снижения гинекологической заболеваемости, сохранения здоровья женщины.

Однако, следует отметить, что число абортов в России велико, но все же снижается. С 1990 по 2004 год число абортов в России сократилось с 4,1 до 1,8 миллиона, или на 56%. А в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет и еще больше − со 114 до 45,5 (рис. 3). Это еще не триумфальное шествие планирования семьи, но все же речь идет о довольно серьезном повороте «от аборта к контрацепции». Исследования показывают, что молодые поколения по сравнению с поколениями своих родителей все больше выбирают иную стратегию регулирования рождаемости.

Рисунок 3. Уровень абортов (левая шкала) и заболеваемость сифилисом (правая шкала), Россия, 1990-2004 годы**[[3]](#footnote-3)**

Здесь следует отметить, что темп снижения уровня абортов был неодинаков на протяжении последних 15 лет: в 1990-е годы (1990-1999) среднегодовой темп снижения коэффициента абортов составил 7%, а с 2000 по 2004 − 4%. На наш взгляд, определенную роль в этом сыграла позиция высшего руководства страны. Первый этап снижения приходится на время действия целевой программы «Планирование семьи» (1993-1998), имевшей статус президентской. По программе закупалось дорогостоящее современное оборудование, около 40% средств программы ежегодно выделялось для закупки гормональных контрацептивов для бесплатного обеспечения ими подростков и групп населения социального риска, разрабатывались и распространялись информационные материалы для специалистов и населения по проблемам охраны репродуктивного здоровья, предотвращения абортов. Однако, начиная с 1998 года, под влиянием обострившейся в обществе дискуссии ее государственное финансирование было прекращено.

Важной проблемой в области планирования семьи является рост числа внебрачных детей. В России неуклонно растет доля детей, родившихся вне брака. Впервые за всю историю сегодня почти 30% российских матерей при рождении ребенка не состоят в зарегистрированном браке. Эта тенденция отмечается во многих странах, в некоторых из них доля родившихся вне брака существенно выше, чем в России, иногда превышает 50%.

Высокая доля внебрачных рождений наблюдалась в России в условиях огромной послевоенной диспропорции полов в репродуктивных возрастах. Но постепенно ситуация нормализовалась, и доля внебрачных рождений уменьшалась. Теперешний же ее рост имеет, по-видимому, иную природу и связан с изменением социальной нормы. Долгое время рождение ребенка вне зарегистрированного брака рассматривалось как отклонение от нормы, а беременность считалась решающим аргументом в пользу регистрации брака. В литературе даже существует специальный термин «стимулированные браки», т.е. браки, заключенные вследствие возникшей беременности. Отмечалось, что такие браки достаточно часто оказывались непрочными.

Сейчас эта норма, видимо, уходит в прошлое, о чем и свидетельствует высокая доля внебрачных рождений. Но еще одно проявление новых норм репродуктивно-матримониального поведения известно значительно меньше. Речь идет о широком распространении внебрачных зачатий, включая и те, которые заканчиваются рождением ребенка в браке.

Число внебрачных зачатий значительно выше числа внебрачных рождений. Часть таких зачатий заканчивается искусственным прерыванием беременности, абортом, и, как известно, число абортов в России весьма велико. Другая часть внебрачных зачатий реализуется уже в браке, который заключается в период между зачатием и рождением ребенка. И только остальные внебрачные зачатия приводят к внебрачным рождениям.

В начале 1990-х годов перемены, затронувшие все стороны российской жизни, вторглись и в область планирования семьи. Впервые развитие планирования семьи было признано приоритетной социальной и медицинской проблемой. Положительную роль сыграло возникновение рыночной экономики, в частности, рынка современных и качественных контрацептивов и частных структур, предоставляющих услуги населению. Разрушилась информационная изоляция страны, в том числе и в этой сфере. После того, как в конце 1980-х годов была рассекречена информация об абортах, началось широкое обсуждение проблемы в научной литературе и средствах массовой информации. Но главное то, что впервые в стране стала создаваться сама служба планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья, в функции которой входит профилактика материнской заболеваемости и смертности, снижение числа абортов путем распространения современных средств контрацепции.

В русле этих преобразований была образована общественная организация – Российская Ассоциация «Планирование семьи» (РАПС). На сегодняшний день организация имеет 44 региональных отделения и реализует свои программы более чем в 160 городах страны.

РАПС поставила перед собой непростые, но очень актуальные для России задачи, среди которых, в частности, разъяснение идеологии планирования семьи и сути репродуктивных прав, просветительская работа среди населения, организация сексуального воспитания и образования молодежи, повышение квалификации медицинских работников, улучшение качества услуг по планированию семьи и, в конечном счете, улучшение репродуктивного здоровья населения. Активная просветительская работа РАПС, особенно среди молодежи, внесла свой вклад и в снижение распространенности инфекций, передаваемых половым путем (рис. 3), не говоря о значительном вкладе организации в становление и развитие гражданского общества в нашей стране.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В современной России тема планирования семьи и сексуального образования не утрачивает своей политической остроты. Термин «планирование семьи» сегодня непопулярен в нашей стране, как, впрочем, и в мире. Противники свободы репродуктивного выбора, а их немало, намеренно искажая суть планирования семьи, связывают его исключительно со снижением рождаемости и сокращением численности населения. К сожалению, их активная пропаганда приносит результаты. В современных условиях требуется определенное мужество, чтобы отстаивать необходимость программ планирования семьи.

Однако, для специалиста очевидно, что планирование семьи является средством достичь желаемого числа детей в оптимальные для родителей сроки и ведет не к снижению рождаемости, а к сокращению абортов. Хорошо налаженная служба планирования семьи может способствовать повышению рождаемости за счет улучшения репродуктивного здоровья населения. По словам Генерального директора РАПС И.И. Гребешевой, «планирование семьи − это, прежде всего, ответственное родительство, это дети по желанию, а не по случаю; это сохранение репродуктивного здоровья». Девиз РАПС, с которым трудно не согласиться, − «каждый ребенок имеет право быть желанным и любимым».

В заключение можно сказать, что основным методом планирования семьи является контрацепция − метод предупреждения нежелательной беременности у здоровой женщины репродуктивного возраста, которая обычно начинается с 18 лет и заканчивается в 45 лет. В течение этого периода у женщины, живущей половой жизнью, ежемесячно при наличии овуляции с 10-го по 16-й день менструального цикла может наступить беременность. Исследования последних лет показывают, что оптимальным сроком для наступления беременности является возраст женщины от 20 до 35 лет, т.е. в 2 раза меньше продолжительности репродуктивного возраста, когда возможно наступление беременности. Установлено, что не только прерывание нежелательной беременности, но и наступление ее у женщин в возрасте до 20 и после 35-40 лет составляет группу повышенного риска в отношении развития различных осложнений, в связи с чем в этих случаях необходимо использование контрацепции. Исследования последних лет показывают, что планирование семьи путем более широкого внедрения противозачаточных средств оказывает благоприятное влияние на здоровье женщины.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Ельцова М.С. Планирование семьи и здоровье женщины. // www.goverment.nnov.ru
2. Российской Ассоциации Планирования семьи – 15 лет. Сборник. – М., 2007.
3. Тольц М.С. Характеристика некоторых компонентов рождаемости в большом городе //Демографический анализ рождаемости / Под ред. Д.И. Валентея. М.: Статистика, 2004.
4. Тольц М.С. Взаимосвязи брачного и репродуктивного поведения // Детность семьи / Под ред. А.И. Антонова. М.: Мысль, 2006.
5. www.demoskope.ru
6. www.gks.ru

**ПРИЛОЖЕНИЕ**

Зигзаги законодательства: запретить, разрешить, запретить, разрешить?

Запретить: "Искусственный выкидыш производится или врачом с целью спасения жизни матери, или самой матерью и другим каким-либо лицом с преступной целью прекратить беременность… По нашему уложению о наказаниях виновный в преступном плодоизгнании подвергается лишению всех прав состояния и ссылке на поселение в отдаленнейших местах Сибири".

*Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона. 1892. Статья "Выкидыш".*

Разрешить (1920): "Путем укрепления социалистического строя и агитации против абортов среди масс трудящегося женского населения, [рабоче-крестьянское правительство] борется с этим злом и, широко осуществляя принципы охраны материнства и младенчества, предвидит постепенное исчезновение этого явления. Но пока моральные пережитки прошлого и тяжелые экономические условия настоящего еще вынуждают часть женщин решаться на эту операцию, Народный комиссариат здравоохранения и Народный комиссариат юстиции, охраняя здоровье женщины и интересы расы от невежественных и корыстных хищников и считая метод репрессий в этой области абсолютно не достигающим цели, постановляет:

1. Допускается бесплатное производство операций по искусственному прерыванию беременности в обстановке советских больниц, где обеспечивается ее максимальная безвредность.

2. Абсолютно запрещается производство этой операции кому бы то ни было, кроме врача.

3. Виновные в производстве этой операции акушерка или бабка лишаются права практики и предаются Народному суду.

4. Врач, произведший операцию плодоизгнания в порядке частной практики с корыстной целью, также предается суду.

*"Об искусственном прерывании беременности". Постановление Народного комиссариата здравоохранения и Народного комиссариата юстиции от 16 ноября 1920 года.*

Снова запретить (1936): "Только в условиях социализма… можно серьезно поставить борьбу с абортами, в том числе и путем запретительных законов… Центральный Исполнительный Комитет и Совет Народных Комиссаров Союза ССР постановляют:

1. В связи с установленной вредностью абортов запретить производство таковых как в больницах и специальных лечебных заведениях, так и на дому у врачей и на частных квартирах беременных. Производство абортов допустить исключительно в тех случаях, когда продолжение беременности представляет угрозу жизни или грозит тяжелым ущербом здоровья беременной женщине, а равно при наличии передающихся по наследству тяжелых заболеваний родителей, и только в обстановке больниц и родильных домов.

*"О запрещении абортов, увеличении материальной помощи женщинам, установлении государственной помощи многосемейным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах.*

*Постановление ЦИК и СНК СССР от 27 июня 1936 года.*

Снова разрешить (1955): …Проводимые Советским государством мероприятия по поощрению материнства и охране детства и непрерывный рост сознательности и культурности женщин, активно участвующих во всех областях народнохозяйственной, культурной и общественной жизни страны, позволяют в настоящее время отказаться от запрещения абортов в законодательном порядке, а предотвращение абортов может быть обеспечено путем дальнейшего расширения государственных мер поощрения материнства и мер воспитательного разъяснительного характера.

Отмена запрещения абортов также даст возможность устранить вред, причиняемый здоровью женщин абортами, производимыми вне лечебных учреждений.

Президиум Верховного Совета СССР в целях предоставления женщине возможности самой решать вопрос о материнстве, а также предупреждения вреда, наносимого здоровью женщин внебольничными абортами, постановил отменить статью 1 Постановления ЦИК СССР и СНК СССР от 27 июня 1936 г. о запрещении абортов.

*"Об отмене запрещения абортов".*

*Указ Президиума Верховного Совета СССР*

*от 23 ноября 1955 года*

"Зародыш является социалистической собственностью всего общества. Рождение ребенка - патриотический долг. Иметь детей отказываются дезертиры, нарушающие закон естественной непрерывности развития".

*Николае Чаушеску*

"Лет через 10, когда демографический обвал станет ясным всем и непосредственно скажется на экономике и оборонных усилиях, возможны самые жесткие меры, включая запрет абортов. Но и теперь я бы этот вопрос не снимал с обсуждения… Да, в этом случае растут "незаконные", так называемые криминальные аборты, влекущие за собой иногда и смертные случаи, но в целом нация оказывается в безусловном выигрыше, получив достаточно долговременный всплеск рождаемости".

*Борис Хорев, 2000 год.*

"Приостановить на 10 лет с момента вступления в силу настоящего Закона проведение хирургических операций, использование медикаментозных, механических, вакуумных и других приспособлений для прерывания беременностей (абортов).

Исключение - для женщин старше 42 лет, больных СПИДом, сифилисом, шизофренией и болезнями, не совместимыми с беременностью и родами".

*Статья 3 проекта Федерального закона "О чрезвычайных мерах по изменению демографической ситуации в Российской Федерации", внесенного в Государственную Думу В. Жириновским в 2000 году.*

1. www.demoskope.ru [↑](#footnote-ref-1)
2. www.demoskope.ru [↑](#footnote-ref-2)
3. www.gks.ru [↑](#footnote-ref-3)