**Оглавление**

Введение

Глава 1. Подростковое материнство как социокультурный феномен

1.1. Исторический и социально-культурный контекст юного материнства

1.2 Женский опыт сексуальных отношений, материнства и супружества несовершеннолетних

1.3. Социальный портрет юной матери

1.4. Правовые основы несовершеннолетнего родительства в Российской Федерации

Глава 2. Медико-социальные и психологические аспекты юного материнства

2.1. Состояние репродуктивного здоровья подростков

2.2. Психологические особенности ранней беременности и их влияние на развитие репродуктивного поведения

Глава 3. Исследование «Сравнительный анализ форм социальной поддержки юных матерей за рубежом и в Российской Федерации»

3.1. Проблемы подростковой беременности в практике социальной работы за рубежом

3.2. Социальная работа с несовершеннолетними родителями в России и в Санкт-Петербурге

Выводы

Рекомендации

Заключение

Список литературы

**Введение**

Во всем мире, несмотря на свободный доступ к современным средствам контрацепции идет омоложение ранней беременности, когда возраст роженицы едва достигает 15-16 лет, и статистику случаев беременности среди несовершеннолетних девушек уменьшить не удается. Сегодня в мире становятся роженицами более 15 миллионов подростков, а еще 5 миллионов вынуждены прибегать к прерыванию беременности [1]. В настоящее время юные матери составляют одну из молодежных групп риска, и в отличие от прошлого, они все больше отчуждаются от родительской семьи, школы, макро- и микросреды в целом.

В сегодняшней России также наблюдается снижение возраста "взросления". Исследования последнего десятилетия свидетельствуют о том, что возраст начала сексуальной жизни подростков снижается, причем интенсивнее среди девушек [10]. В рамках либерального дискурса это явление оценивается как положительное - стирается двойной стандарт поведения и в этой сфере отношений. Но раннее начало сексуальной жизни российских подростков происходит в достаточно специфических условиях, в числе которых - низкая контрацептивная культура, незначительное число специальных медицинских, консультативных, психологических служб и программ сексуального просвещения для подростков, отсутствие специальной подготовки педагогов. Результатом этого являются, в частности, незапланированные беременности у несовершеннолетних, исходы которых всегда проблематичны: аборты у нерожавших; раннее материнство; стимулированные ранние браки; оставление ребенка на время в Доме малютки; отказ от ребенка. Эксперты ООН выделяют как наиболее актуальные в этом отношении аборты и сложности выживания для несовершеннолетних матерей [10].

В России каждый десятый ребенок рождается у матери моложе 20 лет; ежегодно около 1,5 тыс. детей рождается у 15-летних матерей, 9 тыс. – у 16-летних и 30 тыс. – у 17-летних, что в общем числе родившихся составляет в среднем 2,3%. Коэффициент рождаемости у 15-19-летних наших современниц в 2,5 раза выше, чем тридцать лет назад. Вклад матерей 15-19 лет в коэффициент рождаемости составляет 14-15%, что некоторыми оппонентами расценивается положительным явлением. Ежегодно каждый десятый новорожденный ребенок в России появляется на свет у матери моложе 15 лет, чаще всего вне юридического брака.

Таким образом, юное материнство становится одной из актуальных социальных проблем [2], устойчивый интерес к которой наблюдается у специалистов во всем мире, т.к. эта категория матерей в силу неблагоприятных медицинских, психологических, социальных последствий беременности и деторождения без соответствующей поддержки практически фатально становится группой особого риска по отклоняющемуся материнскому поведению.

В теории репродуктивных прав выделяются три дискурса:

- дискурс человеческих ресурсов;

- мальтузианский дискурс, направленный на оправдание сокращения численности населения на планете, регулирование рождаемости и, соответственно, всех демографических процессов;

- евгенический дискурс, предусматривающий изучение процессов, направленных на улучшение качества населения на планете.

Каждому дискурсу соответствует совершенно определенная государственная политика, которая выражается в принятии государством законов, либо поощряющих, либо наказывающих за рождение детей. Все эти законы имеют вы гендерный характер, т.к. все адресованы к женщинам, чаще матерям, как уже состоявшимся, так и потенциальным. Общий анализ программных документов («Безопасное материнство», «Планирование семьи», «Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России за период 2000-2004 г.г. и план мероприятий по ее реализации»), принятых с 1991 года отражает факт «позитивной дискриминации», характеризующейся сдвигом в сторону внимания к женскому здоровью. Возникает парадокс – с одной стороны государство проявляет заинтересованность в рождении детей. С другой стороны, возникает перекос в правовом регулировании отношений репродуктивного поведения в сторону закрепления только одного из репродуктивных прав индивидов – права на материнство, а не репродуктивного здоровья как социальной ценности.

Специфической особенностью подавляющего большинства исследований подросткового материнства является ретроспективный анализ факторов-предикторов этого феномена и разработка предложений по его профилактике, которые сводятся, в основном, к требованиям повышения контрацептивной грамотности подростков. Сам же феномен в его актуальном аспекте – условия и возможности реализации материнской роли несовершеннолетними женщинами, - остается вне поля зрения ученых.

Социальная роль матери для несовершеннолетних воспринимается общественностью скорее как девиация, экстремальная ситуация, вызванная акселерацией и сексуальной революцией. Подобная практика вступает в диссонанс с социальной реальностью, повседневными практиками, потому что когда дело доходит до свершившегося факта рождения ребенка несовершеннолетней, то обнаруживается, что она незащищена как социально, так и юридически.

Цель дипломной работы: анализ феномена юного материнства и практик социальной поддержки несовершеннолетних матерей в Санкт-Петербурге.

Задачи:

- изучение исторического и социально-культурного контекста юного материнства;

- изучение медико-социальных и психологических составляющих юного материнства;

- изучение правовых и социально-статусных позиций несовершеннолетних матерей в российском обществе;

- изучение существующих направлений в организации социальной работы с юными матерями в Санкт-Петербурге.

Объект исследования: несовершеннолетние матери.

Предмет исследования: условия и возможности реализации материнской роли несовершеннолетними женщинами.

Методы исследования:

- анализ литературы по проблемам репродуктивного поведения молодежи и подросткового материнства;

- анализ нормативных документов Семейного кодекса Российской Федерации;

- анализ и обобщение опыта организации социальной работы в сфере подросткового родительства в России и за рубежом;

- экспертный опрос специалистов по подростковой репродукции Центра «Ювента».

**Глава 1. Подростковое материнство как социокультурный феномен**

**1.1 Исторический и социально-культурный контекст юного материнства**

Довольно распространенное мнение о том, что подростковое материнство – явление последних нескольких десятилетий - не верно, чему имеется множество исторических свидетельств.

Явление раннего материнства существует уже много столетий. Так как рождение и воспитание детей составляли социальную и духовную сущность брака, его главное значение, раннее материнство связывали со временем вступления в брак. А для европейской части России ранние браки издавна считались типичным и всеобщим явлением. По свидетельству Николая Костомарова, в 16-17 веках «русские женились очень рано. Бывало, что жених имел от 12 до 13 лет. Редко случалось, чтобы русский оставался неженатым…». Однако против слишком ранних браков возражало и государство, и, главным образом, церковь. В 1410 году митрополит Фотий в послании новгородскому архиепископу строго запрещал венчать «девичок меньше двунадцати лет». Позже, по указу Екатерины II всем сословиям запрещалось венчать мужчин моложе 15, а женщин – моложе 13 лет. За нарушение этого указа брак расторгался, а священник лишался сана.

В Елатомском уезде Тамбовской губернии женили подростков, когда девочка еще играла в куклы. Постепенно ее и такого же малолетнего жениха приучали видеть друг друга и играть вместе, а в 15 лет сводили для брачной жизни. Подобные браки были и на Севере: бабушки в середине ХIХ века вспоминали, как на другой день после свадьбы, они бегали домой за куклами.

Особое отношение к ранним бракам было в старообрядческой среде. По данным выборочных медицинских обследований, в 80-х годах ХIХ века в одном из уездов Ярославской губернии 4% крестьянских женщин выходили замуж до начала созревания, в Тульской губернии таких было свыше 20%.

Ранние браки существовали на многих территориях России до конца ХIХ – начала ХХ века. Кое-где они существовали в скрытой форме. Отцы сосватывали своих детей-подростков в 12-15 лет, в 14-16 лет объявляли их женихом и невестой, а в 16-17 лет венчали. На юге и западе России иногда устраивали свадьбу 12-14-летних подростков со всеми необходимыми обрядами, кроме брачной ночи, и до наступления совершеннолетия «молодые» жили порознь в доме своих родителей.

В подавляющем большинстве случаев молодые женщины рожали первенца через девять месяцев после вступления в брак.

Сейчас понятия «ранее материнство» и «подростковое материнство» тождественны. И связано это с тем, что некоторые исследователи связывают появление понятия «подросток» с формированием индустриального общества.

В ХVIII веке в Европе считалось, что дети 13-16 лет уже готовы к вступлению во взрослую жизнь и могут обеспечить себя и свою семью. Но индустриальная революция в начале ХХ века породила новые технологии, освоение которых требовало более длительного обучения. Именно в это время в развитых западных странах вводится система обязательного образования, и одновременно с этим начинают принимать законы об ограничении детского труда. Все это приводит к появлению массовой группы населения – учащихся. В это же время социальные и культурные процессы приводят к тому, что период между наступлением половой и экономической зрелости увеличивается. По физическому и эмоциональному развитию подростки уже соотносятся с взрослыми, но экономически они остаются полностью зависимыми от семьи или от других взрослых.

Наблюдатели полагают, что традиционный уклад и бедность вынуждают девушек-подростков выходить замуж в раннем возрасте. Если в свое время раннее вступление в брак было характерной особенностью для сельской местности, то сегодня подобные случаи можно встретить и в городах. Статистику ранних браков вести крайне трудно, так как в большинстве случаев 15-16-летние невесты не регистрируются в ЗАГСе, а выполнение обряда бракосочетания берет на себя духовенство.

Ранний брак - это брак, заключенный до наступления брачного возраста по специальному разрешению административных органов. Основанием для получения подобного разрешения в подавляющем большинстве случаев является беременность. Процедура снижения брачного возраста предусматривает разрешение родителей несовершеннолетнего на вступление в брак. Демографические исследования убедительно свидетельствуют, что наименее устойчивыми являются браки, заключенные в раннем возрасте и стимулированные добрачным зачатием, которая вносит в такой союз элемент вынужденности. Достаточно жестко режим принуждения действует в случаях беременности несовершеннолетней. Тогда замужество является необходимой данью нормам морали. До недавнего времени в судах довольно часто рассматривались иски родителей несовершеннолетних к отцам будущего ребенка с требованием заключения брака. С 2001 года наблюдается более дифференцированный подход к этим проблемам, и юный возраст беременной не всегда рассматривается как обязательное условие вступления в брак.

Одна из причин ранних браков состоит в том, чтобы избавиться от опеки родителей. Подростки стремятся уйти из семей, где основой психологического климата является жесткая половозрастная субординация, где родители не считаются с индивидуальными особенностями своих детей, где в порядке вещей тотальный контроль и унижение человеческого достоинства, отсутствуют взаимопонимание и эмоциональная привязанность. Выросшие дети уходят от тяжелого климата в семье, от постоянных родительских распрей или от вечной войны между родителями. До сих пор существует тенденция регистрации брака для того, чтобы получить право на интимную жизнь. И нередко самым простым выходом кажется ранний брак, причем в силу наших традиций чаще это делают девушки, потому что, как правило, жена уходит жить к мужу.

Для малолетних невест замужество неизменно означает раннюю беременность. Ранние браки, особенно для девочек, могут быть эмоционально и физически вредны. Выходя замуж в 15-16 лет, девушка еще не готова к половой жизни, к материнству, не сложилась психика, характер, несмотря на то, что девушка может выглядеть взрослой. Поэтому семейная жизнь превращается для нее в сплошной стресс, и вследствие этого она может либо родить ребенка неполноценным, либо потерять его.

По мнению социологов, ранние браки лишают девушек одного из основных прав - права на образование, которое необходимо для полноценного вступления во взрослую жизнь.

Весной 2002 г. некоторыми депутатами Государственной Думы была выдвинута инициатива об изменении ст.13 СК [41] и установлении нижнего возрастного предела вступления в брак в 14 лет («при наличии особых причин – рождения ребенка или беременности…с согласия родителей»). Обосновывалось это тем, что в ряде регионов снижение допускалось до 14 лет, а в каких-то - нижний предел вовсе отсутствовал. В данном случае не учитывается гендерный аспект проблемы - последствия раннего брака для мужчин и женщин. Однако большинство депутатов (83%) высказались против такой возрастной границы. Основные аргументы: «в 14 лет подростки не созрели ни психически, ни социально», «не способны содержать семью материально», «непрочность ранних браков», «необходимость такого предела для отдельных этнических культур не должна распространятся на всю Федерацию», и последняя группа «категорически не согласных».

Представляется, что минимальный возраст вступления в брак логичнее ограничить хотя бы 15-ю годами. Такой возраст будет увязан и с репродуктивным правом девочек, и со ст. 63 ТК РФ, согласно которой «в случае получения основного общего образования либо оставления в соответствии с федеральным законом общеобразовательного учреждения трудовой договор могут заключать лица, достигшие возраста 15 лет», что позволяет потенциальным молодым супругам легально зарабатывать и поддерживать брак с финансовой точки зрения [17]. Более обоснованным будет выглядеть и соответствующее изменение возраста «сексуальной доступности» подростков.

Юная девушка, став матерью, меняет многие позиции своей статусной системы. Рождение ребенка всегда сопровождается серьезными материальными затратами и возникает вопрос, где взять эти средства. Наконец, несовершеннолетняя мама, как правило, является учащейся среднего учебного заведения. И снова проблема, продолжить учебу или идти зарабатывать деньги. Если продолжить, то где? Скорее всего, в специальном учебном заведении с вечерней формой обучения, в школе рабочей молодежи. Если работать, то где, так как без квалификации такая работница мало кому нужна. Как свидетельствует статистика, наблюдается тенденция к нисходящей социальной мобильности, когда все статусные позиции юной женщины ухудшаются.

Меняется ли статусная позиция или социальная роль мужчины, ставшего отцом ребенка? Какими становятся взаимоотношения мужчины и женщины после известия о беременности и предстоящих родов? Юное материнство зачастую приводит к ситуации гендерного неравенства, когда статус юной женщины ухудшается, в то время как статус мужчины часто остается неизменным. Ситуация правовой безответственности и безнаказанности способствует воспроизводству подобных ситуаций, и соответственно росту неполных семей, одинокому материнству. В государственной политике укрепления репродуктивного здоровья преобладает скорее «женский взгляд», а не гендерный подход к решению проблемы. Нет программ, касающихся непосредственно репродуктивного здоровья мужчин, что снижает их заинтересованность в решении проблемы. А если принять во внимание, что основной пакет документов на законодательном уровне принимается мужчинами, то этот фактор становится решающим. Гендерный подход предполагает как равное участие мужчин и женщин в создании программ репродуктивного здоровья, так и учет всех социальных и демографических факторов народонаселения.

Юное материнство как социальный феномен имеет гендерный характер. Гендерная стратификация юных матерей может рассматриваться и как оппозиция «мужского к женскому», так и изучаться внутри социальной группы. Социальная категория несовершеннолетних матерей может быть разделена на две обобщенные социальные группы по критерию наличия или отсутствия родительской семьи. Иными словами, есть группы женщин, чья социализация прошла в родительской семье и вне её. На эти группы воздействовали разные институты и агенты социализации, что выразилось в формировании разных ценностных ориентаций, взаимоотношений с социальной средой, ролевом поведении юной матери, её жизненных стратегиях.

**1.2 Женский опыт сексуальных отношений, материнства и супружества несовершеннолетних**

За более чем десятилетний период поменялись многие прежде унифицированные нормы и практики. Социальное конструирование возраста явно просматривается на изменении понятий "ребенок" и "подросток" в постсоветский период. Причем, этот процесс связан не только с акселерацией. В стабильных относительно, благополучных обществах, например, США этот социальный возраст подростка значительно выше, нежели в развивающихся бедных странах. В сегодняшней России можно наблюдать снижение возраста «взросления», что исторически достаточно закономерно - в сложные периоды социально-экономического развития ожидается, что дети «взрослеют» раньше. С одной стороны, это положительное явление. С другой стороны, из общественного мнения часто выпадает то обстоятельство, что раннему социальному взросления должно сопутствовать просвещение подростков по многим вопросам, включая развитие их правового сознания, а также создание системы служб помощи для их адаптации к взрослой жизни.

Исследования последнего десятилетия свидетельствуют о том, что возраст начала сексуальной жизни подростков снижается, причем интенсивнее среди девушек [10]. По данным репрезентативного опроса, проведенного в РФ в конце 2001 г. (RLMS), средний возраст первого сексуального контакта для поколения 41-49 летних женщин составил 20,2 лет, мужчин - 19 лет; 31-40летних – соответственно 19,3 и 18,4; 21-30 летних - 17,8 и 17,1; 14-20 летних – 16,2 и 15,6 [58].

Результаты исследования повседневных репродуктивных практик несовершеннолетних показали следующее [15].

Сценарии первого сексуального контакта. Известно, что половое созревание девочек начинается в среднем на два года раньше в сравнении с мальчиками, хотя внутри половые вариации очень широки. Это позволяет выделить рано и поздно созревающих мальчиков и девочек. Исследования, проведенные за рубежом показали, что «степень созревания» и соответствующий уровень гормонов влияет на мотивацию первого сексуального опыта у мальчиков, у девочек же главными являются социальные причины: социальный контроль, поведение подруг, отношение к партнеру [57]. Хотя, возможно, преодоление гендерных стереотипов влияет на такую закономерность. Российских данных по этому вопросу крайне мало. С.И. Голод отмечает, что произошли изменения в отношении объекта первой сексуальной близости у женщин: «во главе по-прежнему «друг» (44%), далее высветилась новая фигура – «мужчина значительно старше по возрасту и с иными интересами (33%), «жених» же разделил судьбу «мужа» - он оказался вытесненным на задворки» [12].

Можно говорить, по крайней мере, о четырех типах сценариев вступления в первый сексуальный контакт несовершеннолетних девушек по основанию добровольности и инициативы.

Первый включают насилие или принуждение к сексу со стороны партнера. Специалисты различают эти термины [59], но в данной типологии они употребляются как взаимозаменяемые. К сожалению, для многих мальчиков – подростков и даже взрослых мужчин формирование мужской идентичности связано с унижением и подавлением девушек. По данным зарубежных исследований, чем ниже возраст девушки при первом контакте, тем более вероятно, что он был нежелательным [56]. Менее благополучные в социальном отношении девушки чаще подвергались насилию, особенно в небольших городах, где патриархатные нормы достаточно сильны, а социальный контроль и нравственные регуляторы уже не эффективны.

Виктимный сценарий – девушки становятся жертвой насилия, поскольку заранее к этому предрасположены. Росли в социально неблагополучных семьях, часто без отцов и социально неуспешной матерью, самооценка занижена. По имеющимся данным, такой сценарий чаще актуализируется после принятия алкоголя или наркотиков. Только в 14% случаев насилия девушки никогда не знали мужчину – случайное насилие. В остальных – они были знакомы, хотя бы в течение одного вечера, а часто и длительное время.

Понятно, что подобные опыты оставляют психологическую травму и не способствуют формированию здоровой женской сексуальности. Однако, ряд факторов, среди которых и незнание своих прав, и дистанцированные отношения с родителями, и отсутствие в ближайшем окружении взрослых, которым можно было бы доверить свои проблемы, не позволяет предать эти опыты огласке и тем более установить их в судебном порядке.

Пассивный сценарий – девушка уступает партнеру для того, чтобы не потерять его или не испортить отношения. Она может считать, что «влюблена». По сути, часто эксплуатируется просто желание нравиться, повысить свою самооценку. Даже, если пылкой влюбленности нет, норма, которой придерживаются ее сверстники, диктует необходимость «иметь парня» - любой ценой.

Инновационный сценарий. Девушка сознательно инициирует сексуальные отношения. Она думает, что время уже пришло, т.е. все равно это случится. Она рационально сама определяет партнера для таких отношений и сама проявляет инициативу.

Официальная позиция по соответствующим вопросам сегодня пока складывается в основном в рамках изменения законодательства по вопросам, касающимся несовершеннолетних. Согласно последней (1998 г.) редакции ст.134 Уголовного Кодекса РФ уменьшен возраста подростков (до 14 лет), сексуальные отношения с которыми лиц, достигших восемнадцатилетнего возраста, наказываются ограничением или лишением свободы (Вступление в сексуальные отношения с подростками старше 14 лет строго наказуемо только в том случае, если оно квалифицировано как изнасилование (ст.131) [13]. Понятно, что доказательство изнасилования - достаточно сложная процедура. Потерпевшие практически не обращаются в специальные органы, для того, чтобы наказать преступника по многим причинам. Поэтому увеличение возраста "сексуальной доступности", вероятно, не приведет к увеличению числа наказанных, а только лишь зафиксирует в сознании некие границы сексуальной дозволенности и в отношении девушек и юношей.

Предохранение от беременности.

По данным RLMS, среди возрастной группы 14-20 лет 48% юношей и 35% девушек употребляли спиртные напитки во время последнего занятия сексом и большинство не применяли контрацепцию [57]. Только 7% девушек в первый раз предохранялись с помощью презерватива. Большинство девушек надеется на старших по возрасту партнеров, которые в лучшем случае практикуют прерванный половой акт. В результате около 15% девушек беременели во время первого сексуального контакта, причем у изнасилованных девушек эта вероятность значительно выше, что связывается медиками со стрессовой ситуацией. Познания же самих респонденток в этой области очень ограничены либо они вообще не думали о том, что это с ними произойдет.

Аборты. Право на анонимный аборт без согласия родителей после исполнения 15 лет девушки получили в 1993 г. (закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»). Согласно данным статистики, число абортов с середины 90-х годов постепенно снижается, в том числе и в возрастной группе 15-19лет [1]. Но, вероятно, говорить о резком снижении числа абортов, в частности, среди несовершеннолетних пока явно рано, т.к. сохранились и аборты «по знакомству», официально бесплатные, а в реальности в обмен на подарок или деньги. Многие из них делают их в коммерческих учреждениях, но по понятным причинам эти случаи просто не фиксируются. Девушки стесняются прийти на прием к врачу в женскую консультацию, поскольку все равно опасаются нарушения анонимности. Но если они туда все-таки обращаются, то рассчитывать, конечно, на хорошие и безопасные условия не всегда оказывается возможным.

Часто после такой операции наступает посттравматический стресс, депрессии и понятно, что даже посторонний человек в лице социального работника, психолога мог бы быть в этой ситуации очень кстати. Однако, пока девушки в лучшем случае сталкиваются с сочувствием врача-гинеколога, чаще с безразличием. В худшем случае – с осуждением, когда стресс усугубляется оскорблениями или плохим обращением со стороны персонала, транслирующего худшие образцы советских практик с беременными и роженицами.

Рождаемость среди несовершеннолетних – «дети рожают детей». Рост числа рождений среди юных женщин (15-19 лет) наблюдался уже с конца 60-х годов и остановился в 1990 г. в связи с общей тенденцией снижения рождаемости. В любом случае, хотя число детей, рожденных несовершеннолетними не так велико, эту категорию необходимо учитывать при разработке программ социальной политики. Наиболее высокие показатели подобной рождаемости в Чукотском округе (20,0 на тыс. женщин 15-17 лет в 2000 г.), Читинской области (19.0), Краснодарском крае (14.9). Наименьшие - в Ингушетии (1.2), Санкт-Петербурге (4.4), Дагестане (4.6) [16]. Среди возрастной группы 15-17 лет самый высокий показатель внебрачной рождаемости и составляет - 58% от всех рождений в этой возрастной группе, что значительно превышает общий показатель – 29%. В Москве, например, в 2000 г. среди юных матерей в 42% случаев был зарегистрирован брак с отцом ребенка, в 23% - ребенок зарегистрирован по совместному заявлению матери и отца, в 35% - отец не зарегистрирован [16]. Таким образом, рождение ребенка в несовершеннолетнем возрасте и брак – события чаще не совпадающие, к тому же и удельный вес браков среди несовершеннолетних снижается.

Какие опыты несовершеннолетних женщин стоят за данными цифрами? Если еще несколько десятилетий лет назад считалось, рождаемость среди несовершеннолетних чаще всего встречается в среде «рабочих и неквалифицированных служащих» [14]. Сейчас матерями становятся в несовершеннолетнем возрасте и девушки из статусных и обеспеченных в материальном отношении семей.

Принятие решения о рождении ребенка.

*Медицинские соображения.* Некоторые из девушек уже делали аборты и в результате имели заболевания, создающие риск невозможности забеременеть еще раз.

Беременность обнаружилась довольно поздно, и мама согласилась на роды.

*Нежелание делать аборт.* Такое решение является совместным, и отделить мотивацию девушки от решения ее матери довольно сложно. Отец ребенка в таких ситуациях предлагает сделать аборт, готов его оплатить, но рождение ребенка никак не входит в его планы.

*«Обещал жениться».* Девушка влюбляется, а старший по возрасту партнер, часто он уже женат и даже имеет детей, поддерживает ее иллюзию будущего брака. Она «ему доверяет», что подразумевает, что если она забеременеет, то он жениться. Но, как говорят мужчины, «обещать жениться еще не значит жениться». В лучшем случае он предлагает сделать аборт, в худшем – всячески избегает продолжения отношений. Если у девушки есть возможность поделиться с родителями – они часто предлагают оставить ребенка. Девушки, похоже, заранее знают реакцию родителей и ставят их в известность в случае положительной реакции. Часто они хотят этого ребенка, так как все еще надеются, что смогут вернуть «свою любовь».

*«Обещал и женился».* Если брак был зарегистрирован в период беременности, то через некоторое время он либо распался и девушка не поддерживает никаких контактов с отцом ребенка, либо отношения бесперспективны. Неважно, в какой семье проживают юные супруги – жены или мужа, отношения не складываются. Даже у тех кто, смог снять жилье, брачные отношения не сложились. Добрачная беременность всегда считалась фактором «риска» [54]. Рождение ребенка даже в успешном браке является «нормативным» стрессором, который удается преодолеть далеко не всем супругам, а тем более - несовершеннолетним. Освоить роль супруги, матери, оставаясь при этом в сущности еще ребенком, крайне сложно. Да и мужья-отцы предпочитают более необременительный образ жизни. Регистрация брака с отцом ребенка часто создает для девушки дополнительные проблемы, подтверждая имидж «замужней» она часто ограничивает собственное социальное и личностное развитие.

*Благополучный брак.* Лишь около 3% несовершеннолетних матерей проживают с мужем, отцом ребенка отдельно от родителей и вполне довольны отношениями. Мужья несколько старше жен и пока полностью материально содержат семью, а бабушки -приходящие помогают с обеих сторон. Такие ситуации могут и в дальнейшем развиваться благоприятно, если мужья не станут психологически эксплуатировать экономическую зависимость юной супруги и предоставят ей возможности для социальной самореализации.

В большинстве случаев основным источником благополучного ухода за ребенком и материальной поддержки являются родительские семьи (чаще мать и бабушка, мать и отчим, нежели мать и отец). Такой феномен «бабушек-матерей» достаточно распространен в российской культуре.

Проблемы проживания в родительской семье фактически возникают в ситуации социального неблагополучия – многодетность, пьянство, бедность, низкий культурный уровень, конфликты и постоянные упреки создают для юной матери проблемы выживания с ребенком. Отношения с матерями в таких семьях можно квалифицировать как крайне напряженные. Именно эта категория юных матерей нуждается в специальных программах помощи - психологической, юридической, получении элементарных практических умений для трудоустройства, образования, а в идеале и во временных приютах.

Можно утверждать, что само по себе несовершеннолетнее материнство не может исключительно квалифицироваться как проблема. Не возраст, а маргинальность социальной среды не позволяет молодой маме социально адаптироваться и выработать для себя, а значит и для будущего ребенка положительный жизненный сценарий. Вероятность, успешного брака в этом возрасте крайне низка, но если юная мать преодолевает трудности первых лет, она вполне может адаптироваться в будущем.

**1.3 Социальный портрет юной матери**

Исследования репродуктивного поведения молодежи [39] показывают, что при равных условиях снижения возраста сексуального дебюта для юноши первый сексуальный опыт – это приобретение для девушки – это, во все времена, - потеря. Мамы часто намекают выросшим сыновьям на необходимость соблюдать осторожность в сексуальных контактах, кладут на видно место литературу по сексологии и как бы случайно – презервативы. Однако подобная забота о дочерях практически никогда не встречается.

Анализ демографической и социальной структуры несовершеннолетних пациенток женских консультаций показывает, что определить какой-то один социальный слой, из которого рекрутируются юные мамы, невозможно. Семьи, как правило, немногочисленны. Интересным является тот факт, что в больших семьях, состоящих из 6 и более человек, в которых проживают представители старшего поколения, бабушки и дедушки, несовершеннолетние матери встречаются довольно редко. Если в семьях есть представители старшего поколения, то они, как правило, занимаются воспитанием внуков и являясь в этом отношении более консервативными, они менее терпимы к добрачным половым связям.

Юными мамами чаще становятся единственные или старшие дочери в семье. С появлением последующих детей им уделяется все меньше внимания, они вынуждены ухаживать за младшими членами семьи, приобретать взрослые навыки, что в конечном счете делает их в социальном плане старше своих сверстников. Среди самых младших дочерей в семьях несовершеннолетние матери встречаются очень редко - в 4,3% случаев.

Несовершеннолетние матери, как правило, учатся в школе, в редких случаях в училище или техникуме. На момент рождения ребенка они, как правило, не имеют общего среднего образования, так как во время беременности были вынуждены оставить учебное заведение. Большинство девушек довольно спокойно относятся к факту своей беременности, не испытывают ни шока, ни страха. Они спокойно перекладывают все проблемы, связанные с рождением ребенка, на своих родителей, будучи уверенными, что те будут помогать. Отцы детей, родившихся у юных матерей, в большинстве случаев участвуют в воспитании ребенка, либо сразу отказываются от него, либо даже не знают о его существовании. Юные мамы проживают со своими родителями и полностью находятся на их иждивении, т.к. сами не имеют средств существования. Моральная и материальная ответственность за ребенка ложится на родителей девушки. В связи с этим нет ничего удивительного, что большинство девушек ответили, что их жизнь складывается удачно, и на данном этапе трудностей они не испытывают.

Социальный портрет несовершеннолетней матери не содержит каких-либо специфических особенностей. В общем, это обыкновенные девушки из вполне нормальных семей, они не употребляют алкоголь и наркотические вещества и почти не курят. Однако причиной ранней беременности стало, прежде всего, отсутствие ответственного отношения к своему здоровью, включая половое воздержание, неумение сказать «нет», а так же полная контрацептивная безграмотность.

Причины распространения подросткового материнства можно определять в двух направлениях: это макросоциальная и микросоциальная среда, в которых происходит социализация и развитие человека.

Подростки не готовы к материнству в силу их биологической, а также психологической и социальной незрелости.

С рождением ребенка юные матери оказываются в ситуации полной и длительной психологической и социально-экономической зависимости от родителей; вынужденной изоляции от сверстников и привычного круга общения; с сомнительной перспективой относительно будущей семейной жизни, возможностей образования и профессионального выбора, обеспечивающих удовлетворительные материально-бытовые условия. Вследствие множества кажущихся неразрешимыми проблем юные матери имеют низкое качество жизни, меньшие социально-экономические перспективы, а их дети отличаются низкими показателями здоровья.

Девочка-подросток почти обречена начинать свою «материнскую карьеру» с низкой самооценкой и слабыми личностными ресурсами для нормальной адаптации к драматическим изменениям в своем физическом и социальном статусе. Американские психологи Линдеман, Шиллер и Эбернети провели интересное исследование, в ходе которого сравнивались личностные характеристики девочек подросткового возраста, оказавшихся беременными, со сверстницами, которые этого избежали. Для беременных школьниц по сравнению с контрольной группой оказались характерными сниженная самооценка, ощущения тревоги и неполноценности, конфликты с членами семьи и склонность к «оборонительной позиции» по отношению к окружению. Авторы исследования осторожно подчеркивают, что им в точности неизвестно, порождены ли эти особенности незапланированной беременностью или они были присущи этим девочкам до ее наступления (а может быть - они ей способствовали?!). Так или иначе, такое психологическое состояние не может быть признано нормальным для формирования благоприятных отношений между юной мамой и ее ребенком. В сочетании с материальными трудностями, конфликтом с родителями и возможным разрывом с отцом первенца оно может в результате породить агрессивную, критичную, раздражительную, нетерпеливую мать, склонную к эмоциональным срывам по отношению к первенцу - «виновнику» всех ее неприятностей.

Гораздо меньше, чем проблема подросткового материнства, изучена проблема «подросткового отцовства». Хотя многие из юных отцов не уклоняются от ответственности за случившееся, заключают брак со своей подругой или хотя бы материально помогают ей, ситуация сама по себе чревата рядом серьезных психологических проблем. Неожиданно ставший отцом подросток испытывает смешанные чувства гордости, тревоги и вины. Он непосредственно сталкивается с тем фактом, что его сексуальное поведение породило серьезный жизненный конфликт и, вероятно, причинило боль близкому существу. Он сталкивается с необходимостью принимать серьезное решение, касающееся его подруги и его самого, решение, к которому он, скорее всего, не готов. Характерно, что рождение ребенка у матери-подростка весьма часто разрушает ее отношения с отцом этого ребенка. За тот период, когда в одной из клиник произошли роды у 180 матерей-подростков, клинику посетили лишь 30 новоиспеченных отцов. Чуть более двадцати процентов этих девушек вступили в последующем в брак, продержавшийся более двух лет, а 54% юных отцов вообще никак не проявили себя

Система ценностей юных матерей в силу психологической и социальной незрелости еще не сложилась и для них материнство не представляет отдельную ценность.

Помимо физической нагрузки незрелая юная мать, как правило, испытывает и глубокие эмоциональные переживания. Боясь отрицательной реакции со стороны родителей, близких, друзей, почти 40% девушек скрывают беременность, сохраняя ее, не обращаясь к гинекологам. Почти для трети юных матерей их материнство является столь нежеланным, что они во время беременности совершают криминальные попытки к ее прерыванию. Беременность девочек-подростков является причиной тяжелых конфликтов в семье. Почти треть родителей отрицательно относятся к подростковой беременности вообще и к беременности своих юных дочерей – в частности. Многие из них настаивали на прерывании беременности, ссылаясь на то, что ребенку в таком возрасте надо получать образование, а не воспитывать детей.

На решение юной матери о сохранении беременности ведущее влияние оказывают такие факторы, как семейное положение, образовательный уровень, наличие работы, жилищно-бытовые условия, психологическая и экономическая поддержка со стороны родителей, а также отношение общества к подростковому материнству.

**1.4 Правовые основы несовершеннолетнего родительства в Российской Федерации**

*Искусственное прерывание беременности несовершеннолетней.*

Этот вопрос является немаловажным и весьма часто поднимаемым. Каждая женщина вне зависимости от возраста имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. При этом, в соответствии с Основами законодательства о здравоохранении РФ (ст. 36) , отец ребенка правом на участие в этом решении не обладает, и фактически врачи его мнения не спрашивают, хотя СК (ст. 31) и предоставляет родителям равные права.

Необходимым предварительным условием проведения операции по искусственному прерыванию беременности является добровольное согласие женщины, основанное на информации о состоянии ее здоровья, сроке беременности, возможных последствиях ее прерывания и т.п., предоставленной медицинскими работниками. Вместе с тем, степень самостоятельности решения о проведении аборта зависит от возраста несовершеннолетней беременной.

Для проведения данной операции в отношении несовершеннолетней, не достигшей 15 лет, необходимо заручиться согласием ее законных представителей после сообщения им сведений о состоянии ее здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболеваний, риске, связанном с проведением аборта, и т.п. информации (ст. 32 Основ законодательства о здравоохранении РФ). Таким образом, несовершеннолетняя моложе 15 лет должна будет сохранять беременность даже против воли, если ее родители согласия на аборт не дадут.

При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум врачей, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач, который обязан впоследствии уведомить об этом должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.

В жизни бывают ситуации, когда по медицинским показаниям существует настоятельная необходимость в прерывании ранней беременности, несмотря на желание сохранить ребенка. В случае если сама беременная или ее законные представители отказываются от медицинского вмешательства, несовершеннолетней беременной (а если ей нет 15 лет, также ее родителям) в доступной форме должны быть разъяснены возможные неблагоприятные последствия ранней беременности и связанный с отказом от прерывания беременности риск для жизни и здоровья, если такой существует. Отказ от медицинского вмешательства в этом случае оформляется записью в медицинской документации с указанием возможных последствий и подписывается несовершеннолетней либо ее законным представителем, а также медицинским работником.

Бывает и так, что родители (или иные законные представители) несовершеннолетней беременной настаивают на проведении операции по искусственному прерыванию беременности вопреки ее воле. Основополагающим в разрешении этой коллизии выступает конституционный принцип физической неприкосновенности личности (ст. 22 Конституции РФ), в соответствии с ним любая женщина имеет право принимать самостоятельные решения по поводу действий в отношении своего тела.

В соответствии с указанной нормой Конституции РФ, ст. 34 Основ законодательства о здравоохранении РФ закрепляет право гражданина отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. Исходя из смысла Основ законодательства о здравоохранении, согласие родителей на аборт может являться основанием для принудительного хирургического вмешательства исключительно в тех случаях, когда медицинская помощь необходима для спасения жизни несовершеннолетней беременной девочки.

Несовершеннолетняя в возрасте 15 лет и старше решает вопрос о прерывании беременности вполне самостоятельно на общих основаниях.

Родительские права несовершеннолетних.

Впервые права и обязанности несовершеннолетних родителей были специально оговорены в Семейном кодексе (СК) Российской Федерации, принятом в 1996 г. (ст.62). Помимо этой статьи, права и обязанности несовершеннолетних родителей определяются рядом других нормативных актов.

*Возникновение и осуществление родительских прав.*

Права и обязанности родителей возникают в результате установления происхождения их ребенка. При этом в свидетельство о рождении, выдаваемое органами ЗАГС, вносится запись о родителях. Вне зависимости от возраста матери малыша, в свидетельстве о рождении ребенка делается запись, удостоверяющая факт ее материнства. Запись об отце (в том числе несовершеннолетнем) заносится в свидетельство о рождении на основании заявления в органы ЗАГС, сделанного им совместно с матерью (п.4 ст.48 СК). Никаких возрастных ограничений в российском праве на этот счет не существует. Не требуется на это и согласия законных представителей несовершеннолетних (родителей или лиц, их заменяющих: опекунов, попечителей, представителей детских учреждений).

В случае если добровольное установление отцовства по каким-то причинам не может быть осуществлено, несовершеннолетняя мать имеет право обратиться в суд с иском об установлении отцовства. Такой иск вправе предъявить и несовершеннолетний отец в случаях, предусмотренных п.4 ст. 48 СК. При этом истцами в суде могут выступать несовершеннолетние родители, достигшие 14 лет. Если несовершеннолетнему родителю нет 14 лет, истцами по делам об установлении отцовства выступают его родители в соответствии со ст. 64 СК. Отцовство может устанавливаться и в отношении несовершеннолетнего, однако лишь в том случае, если ему уже исполнилось 14 лет.

Объем прав несовершеннолетних родителей в отношении своего ребенка и других, связанных с ними прав зависит, во-первых, от возраста родителей и, во-вторых, от того, состоят ли они в браке между собой.

Вне зависимости от возраста, несовершеннолетние родители имеют право на совместное проживание со своим ребенком и участие в его воспитании (п. 1 ст. 62). Конвенция ООН о правах ребенка, подписанная СССР в 1990 г. и действительная для России, говорит о недопустимости разлучения ребенка с родителями вопреки желанию последних, если это не вызывается необходимостью защиты прав и интересов ребенка (п.1 ст. 9).

Со времени вступления в брак несовершеннолетние граждане признаются полностью дееспособными, и несовершеннолетние родители любого возраста, если они состоят в браке, осуществляют родительские права самостоятельно. При наличии уважительных причин органы местного самоуправления по месту жительства несовершеннолетних, желающих вступить в брак, вправе разрешить им вступить в брак, если они достигли 16 лет (ст. 13 СК). Субъекты РФ имеют право устанавливать порядок и условия, при наличии которых вступление в брак может быть разрешено и лицам моложе 16 лет. Так, например, Закон Московской области от 29 мая 1996 г. «О порядке и условиях вступления в брак на территории Московской области лиц, не достигших возраста шестнадцати лет» разрешает вступление в брак лицам, достигшим 14 лет, в виде исключения, при наличии особых обстоятельств (беременность, рождение ребенка у лиц, желающих вступить в брак, непосредственная угроза жизни одной из сторон).

Иначе обстоит дело, когда брака нет и несовершеннолетние родители не являются полностью дееспособным. В таких случаях п. 2 ст. 62 СК определяет возрастные критерии их самостоятельности в осуществлении родительских прав. Несовершеннолетние родители вправе самостоятельно осуществлять свои родительские права по достижении ими возраста 16 лет, а до этого времени ребенку может быть назначен опекун (обычно это происходит, если родители не состоят в браке между собой), который будет осуществлять воспитание совместно с несовершеннолетними родителями.

Смысл установления опеки состоит в том, что в силу неполноты или отсутствия дееспособности и по иным причинам несовершеннолетний родитель без помощи взрослых защитить права и интересы своего ребенка не в состоянии. Чаще всего роль опекуна берет на себя кто-либо из членов семьи. В соответствии с п. 3 ст. 35 Гражданского кодекса РФ (ГК), опекуном человек может быть назначен только с его согласия; при этом учитываются нравственные и иные личные качества рассматриваемой кандидатуры, способность к выполнению обязанностей опекуна и т.п. При невозможности по тем или иным причинам удовлетворить просьбу лица, претендующего на роль опекуна, о назначении его таковым, а также при отсутствии претендентов, защита прав и интересов ребенка несовершеннолетних родителей возлагается на органы опеки и попечительства в соответствии с п. 2 ст. 123 СК.

Разногласия, возникающие между несовершеннолетней матерью и её родителями ребенка, разрешаются органами опеки и попечительства, которые в таких случаях дают рекомендации, обязательные для исполнения. В частности, никто не может лишить юную мать права на жилище. Более того, отказав девушке от дома, родители ставят её в опасную для жизни или здоровья ситуацию, а это уголовно наказуемое деяние (статья 125 Уголовного кодекса РФ). Если юной матери уже исполнилось 14 лет она может сама отстаивать свои права в суде. Если ей еще нет 14 лет или она считает обращение в суд преждевременным, есть возможность получить помощь в органах опеки и попечительства. Её проблему по закону должны решить в течение трех дней. В крайнем случае, ей будет назначен опекун или попечитель, у которого она сможет жить.

Если девушка не получила статус дееспособности, вступив в брак, родители по-прежнему должны содержать её до совершеннолетия. Если же они уклоняются от выполнения своих обязанностей, по достижении 14 лет она может обратиться с иском в суд о взыскании с них алиментов на свое содержание. Если возраст меньше 14 лет, её интересы будут защищать органы опеки и попечительства. Более того, родители обязаны содержать и её ребенка. Статья 94 Семейного кодекса РФ гласит: "Несовершеннолетние нуждающиеся в помощи внуки в случае невозможности получения содержания от своих родителей (например, из-за отсутствия у них источников дохода) имеют право на получение в судебном порядке алиментов от своих дедушки и бабушки, обладающих необходимыми для этого средствами".

Согласно гражданскому законодательству, несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет вправе самостоятельно, без согласия родителей, усыновителей и попечителя распоряжаться своим заработком, стипендией и иными доходами (п. 2 ст. 26 ГК). Следовательно, несовершеннолетним родителям указанного возраста могут быть назначены и полагающиеся им пособия как гражданам, имеющим детей, и они вправе этими пособиями самостоятельно распоряжаться. Если будущая мать встанет на учет в женской консультации до двенадцати недель беременности, она получит первое единовременное пособие - 50 процентов минимальной зарплаты. Еще одно единовременное пособие (сумма его в разных регионах различна) женщина получает в связи с рождением ребенка. Положено также и ежемесячное пособие, которое мать будет получать через отдел социального обеспечения до 16-летия своего ребенка.

Чтобы юная мать могла продолжать образование отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет может взять бабушка новорожденного или любой другой член семьи. Когда родители берут на себя ответственность за образование дочери, по их заявлению она может перейти на семейное обучение и в школу приходить только для аттестации. Средства, которые государство выделяет на неё школе, переходят её родителям. За девушкой остается право на бесплатные завтраки или денежную компенсацию за них, учебники и консультации педагогов. Беременность и рождение ребенка не являются основанием для лишения несовершеннолетней права на образование.

*Помещение детей несовершеннолетних родителей в детский дом.*

Несовершеннолетние родители, как и все родители, не имеющие возможности воспитывать своего ребенка по состоянию здоровья либо в связи с длительным отъездом и т.д., а также одинокие матери (отцы) могут ходатайствовать о принятии своего малыша в Дом ребенка (п. 1 Инструкции о порядке приема детей в Дом ребенка и выписке из него) по заявлению родителей (одного родителя). При временном устройстве в Дом ребенка детей, имеющих родителей, органы здравоохранения или по их поручению администрация Дома ребенка составляют соглашение о сроке пребывания ребенка. В соглашении оговариваются также участие родителей (одинокой матери) в уходе за ребенком и его воспитании.

*Лишение несовершеннолетних родительских прав.*

Незапланированная ранняя беременность иногда приводит к тому, что несовершеннолетняя мать отказывается от ребенка, порой еще в родильном доме. Российское законодательство не предусматривает никаких ограничений для принятия такого рода решения, в том числе возрастных. При этом несовершеннолетняя мать лишается родительских прав.

Лишение родительских прав производится в судебном порядке. Основанием для лишения родительских прав является отказ родителей без уважительных причин взять ребенка из родильного дома (отделения) либо из иного лечебного, воспитательного учреждения, учреждения социальной защиты населения или из других аналогичных учреждений, либо уклонение от выполнения обязанностей родителей (ст. 69 СК).

Вместе с тем, лишение несовершеннолетней матери родительских прав не препятствует отцу ребенка, в том числе несовершеннолетнему, взять его на воспитание.

*Усыновление (удочерение) детей несовершеннолетних родителей*.

Для усыновления ребенка необходимо согласие его родителей. Последние при этом теряют родительские права в отношении своего ребенка. При усыновлении ребенка несовершеннолетних родителей, не достигших возраста 16 лет, необходимо также согласие их законных представителей (родителей, опекунов), либо органа опеки и попечительства (ст. 129 СК). При отказе законных представителей дать согласие на усыновление ребенка оно не может быть произведено даже при наличии согласия несовершеннолетнего родителя. Вместе с тем, согласие законных представителей не может заменить собой согласия несовершеннолетнего родителя. Однако если несовершеннолетние родители состоят в браке между собой, они самостоятельно дают согласие на усыновление их ребенка другими лицами.

Таким образом, будучи родителями, несовершеннолетние имеют родительские права, предусмотренные СК и другими актами российского законодательства по вопросам охраны семьи. На несовершеннолетних родителей в полной мере распространяются также правила, касающиеся защиты родительских прав, лишения родительских прав, восстановления в родительских правах, ограничения родительских прав и отобрания ребенка у родителей при непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью.

**Глава 2. Медико-социальные и психологические аспекты юного материнства**

**2.1 Состояние репродуктивного здоровья подростков**

На Всероссийской конференции детских и подростковых гинекологов “Сохранение репродуктивного потенциала подростков“ было выражено общее мнение врачей о том, что необходимо создание единой обязательной федеральной программы полового воспитания российских школьников, в которой были бы освещены не только собственно вопросы полового воспитания, но и принципы здорового образа жизни, вопросы личной гигиены. Первый опыт внедрения таких программ в Российских школах был неудачным, и Приказом Министерства образования России от 22.041997 N 781 программы полового воспитания российских школьников были приостановлены. При этом пострадало и гигиеническое воспитание. Педагоги ЮАР первые обратили внимание на то, что если какое-то поколение школьников хотя бы на 1 год выпадает из системы гигиенического и полового воспитания, то оно выходит во взрослую жизнь невежественным, со сниженным качеством здоровья. Поэтому ни у медиков, ни у педагогов нет сомнений относительно необходимости возобновить подобную программу с учетом прошлого негативного опыта.

В письме заместителя Министра образования Елены Чепурных от 12.05.2000 года, подчеркивается:

“Министерство считает формирование здорового образа жизни детей и подростков, подготовку их к будущей семейной жизни одним из важных направлений воспитательной работы как образовательных учреждений, так и родителей. Министерство приступило к разработке Федеральной междисциплинарной программы обучения здоровью в школе, в которой будут рассмотрены такие аспекты здоровья детей и подростков, как профилактика вредных привычек и социально-обусловленных заболеваний, душевное здоровье, формирование навыков правильного питания, личной гигиены, норм поведения“.

“Среди бесчисленного множества факторов, формирующих репродуктивный потенциал у молодого человека, особое внимание привлекает группа социальных факторов: качество медицинских услуг, уровень общей, и, в частности, гигиенической культуры. Гигиеническая культура, в свою очередь, зависит от навыков, приобретенных в семье, знаний, полученных в школе, и от усилий врачей. Приходится считаться и с другими обстоятельствами, но три названия - семья, школа и медики - являются ведущими“, - это фрагмент выступления главного детского гинеколога РФ Юрия Гуркина на Всероссийской конференции, посвященной репродуктивному здоровью подростков, прошедшей весной этого года в Петербурге. На конференции была представлена программа гигиенического воспитания “О тебе“, прошедшая успешную апробацию в 165 городах России.

Статистика, представленная в отчетах главных специалистов и внештатных детских гинекологов субъектов РФ, свидетельствует о наличии неблагоприятных тенденций в состоянии репродуктивного здоровья девочек в большинстве регионов страны. Вместе с тем, не вызывает сомнения, что детей и подростков можно назвать поколением надежды вырастить здоровый народ. Как известно, репродуктивное здоровье мужчины и женщины во многом зависит от особенностей течения периода детства и полового созревания, соматического здоровья детей, их образа жизни. В России в настоящее время около 9,3 млн. девочек-подростков. Через несколько лет, перейдя в когорту женщин репродуктивного возраста, они будут нести основную нагрузку в воспроизводстве населения. Однако, сегодня их состояние, по результатам диспансеризации детского населения страны в 2002 году, характеризуется замедлением темпов физического развития, значительным увеличением доли заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением.

Доля абсолютно здоровых девочек от 0 до 18 лет не превышает 6-7%. Общая заболеваемость детей до 14 лет в целом по России увеличилась за последнее пятилетие на 21,6%, а подростков 15-17 лет – на 32,2%. В настоящее время до 60% детей подросткового возраста страдают хроническими заболеваниями. По данным выборочных исследований у каждого ребенка в 10-14 лет в среднем диагностируется 2-3, а в возрасте 15-18 лет- 4-5 хронических заболеваний. Важно отметить, что негативные тенденции коснулись практически всех классов болезней. Наибольшую тревогу вызывает прирост болезней эндокринной системы (в 2 раза) и пороков развития матки и яичников у девочек (почти в 10 раз). По выборочным данным, частота гинекологической патологии в популяции подростков (данные профилактических осмотров) увеличилась в среднем с 8% в 1995 до 14,3% в 2001 году. Причем, показатели заболеваемости у девочек-подростков на 10-15% выше, чем у юношей. Следует отметить, что если у девочек дошкольного и раннего школьного возраста наибольшее число обращений к детскому гинекологу обусловлено воспалением нижних половых путей (35-70%), то у старшеклассниц в структуре гинекологических заболеваний преобладают нарушения менструального цикла (20-54%) с потерей трудоспособности (резко болезненные менструации, сопровождаемые выраженными вегетативными реакциями, и маточные кровотечения). Не менее редкой патологией является гипоменструальный синдром, вплоть до аменореи (16-21%), в сочетании с гиперандрогенными проявлениями и метаболическими нарушениями. По данным официальной статистики МЗ РФ за 2001 год, расстройства менструаций зарегистрированы у 153548 подростков. Причем лишь 1 из 10 больных самостоятельно обращаются к детскому и подростковому гинекологу. Результат – уже в первые годы активного репродуктивного периода жизни у каждой третьей женщины имеются отклонения репродуктивного здоровья.

Указанные закономерности сохраняются на протяжении последних 10 лет и прослеживается во всех регионах РФ. Наибольшую тревогу вызывает высокая пораженность гинекологическими заболеваниями девочек Еврейской АО (66276,54), Республики Алтай (40386,97), Республики Адыгея (36268,43), Волгоградской области (35337,85), Рязанской области (25997,35), Алтайского края (25489,37), Амурской области (22663,27), Республики Саха (21463,72), Брянской (21,456,92), Курганской (20874,23) и Псковской (20000,00) областей. Приведенные регионы располагаются в явно различных климатогеографических зонах, что не позволяет обосновать неблагополучие гинекологического здоровья детей только влиянием природных факторов. Создается, впечатление о зависимости величины показателей от уровня подготовки специалистов и от организованности службы охраны здоровья девочек в каждом отдельно взятом регионе.

Вместе с тем нельзя не учитывать значимость антропогенных и эпидемиологических факторов, образа жизни и условий проживания. Последние вызывают особую тревогу. Группу наибольшего риска составляют дети, чуждые навыкам здорового образа жизни, имеющие социально обусловленные вредные привычки, в первую очередь, пристрастие к алкоголю, наркотическим и токсическим веществам. Статистические данные МЗ РФ от 2001 года свидетельствуют, что алкоголь пробовали 70% подростков, а синдром зависимости от алкоголизма в разных стадиях заболевания имеют 499 девочек до 18 лет. Уровень наркомании среди подростков за 10 лет возрос в 13 раз.

В настоящее время имеет место определенная деформация социального портрета современного подростка. Это связано с недостаточным вниманием государства и общества к проблемам здоровья детей и подростков, со слабой информированностью родителей о вредных привычках и о сексуальной активности их детей, а также с неконтролируемой пропагандой в Масмедиа символов «нездорового» образа жизни (табак, пиво, алкоголь, порнография, однополый секс и пр.).

На этом фоне не меньшее беспокойство вызывает ослабление установок подростков на создание семьи и деторождение, что является результатом отсутствия должного воспитания с детства. Неосведомленность об основах анатомии и физиологии репродуктивной системы человека и вытекающее из этого недоразвитие осознания образа женщины – продолжательницы рода, имеет место не только у самой девушки, но и у ближайшего ее окружения. Результат – случайная беременность, аборты, сексуальная эксплуатация, малодетность, заниженный уровень «чадолюбия».

Отсутствие данных о сексуальной жизни подростков на национальном уровне не позволяет представить полную картину сексуального поведения подростков в России. Тем не менее, данные выборочных исследований свидетельствуют о значительном возрастании доли подростков, имеющих опыт сексуальных контактов. К середине 1990-х годов возраст приобретения сексуального опыта в России стал сопоставимым с показателями западных стран. Наиболее надежные исследования показывают, что средний возраст сексуального дебюта составляет 17,5 лет для девушек и 16,5 лет для юношей. Несмотря на активную работу врачей, педагогов, религиозных деятелей и прочих специалистов, пропагандирующих гигиенические и сексуальные нормы поведения, здоровый образ жизни и методы планирования семьи, почти каждая десятая жительница России начинает сексуальную жизнь в возрасте до 14 лет. К 18 годам доля имеющих сексуальный опыт достигает приблизительно 70-80 процентов для мужчин и более 50 процентов для женщин.

Отрицательной и превалирующей стороной проблемы беременности у юных женщин остаются аборты и их осложнения. Общее количество абортов среди подростков России в последние пять лет несколько снизилось от 252282 в 1996 году до 190264 в 2001 году. Однако доля абортов, произведенных юным женщинам, из года в год остается стабильной. По данным официальной статистики МЗ РФ, в 2001 году частота абортов у подростков составила 10,2%. Более того, каждый второй аборт у юных женщин (52,8%) был сделан при первой беременности. Этот показатель является одним из самых высоких среди экономически развитых стран. В 2001 году в 299 случаях беременность у подростков была прервана криминально, что составило 12,3% из числа всех криминальных прерываний беременности у жительниц России. В указанном количестве не учтены случаи криминального прерывания беременность с помощью частных лиц, либо посредством употребления недопустимых доз и типов лекарственных препаратов. Следует отметить, что частота осложнений после абортов у подростков в 2-2,5 раза выше, а материнская смертность в 5-8 раз выше, чем у женщин репродуктивного возраста. Среди умерших после прерывания беременности матерей в 2001 подростки составили 11,3%.

Если учесть, что более 50% абортов влекут за собой ранние или поздние осложнения, то при отсутствии действенных мер имеет место реальная угроза потери здоровья будущего населения страны.

Ситуация усугубляется, а во многом и определяется отсутствием элементарных гигиенических знаний и информированности населения, прежде всего молодёжи, о физиологии и патологии репродуктивной системы, а так же об основах профилактики нарушений функции репродуктивной системы в периоде детства и полового созревания.

Спонтанные, случайные половые контакты, часто в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, на фоне безграмотности или халатного отношения к интимной гигиене оказываются основной причиной возрастания у подростков частоты инфекций, передаваемых половым путем. В последние годы отмечается увеличение заболеваемости сифилисом, гонореей, хламидиозом, вирусными инфекциями. Фактически в последние годы в России возникла эпидемия этих болезней. Рост венерической заболеваемости в наибольшей степени затронул младшие возрастные группы. В последнее 10 лет число детей и подростков, заболевших сифилисом, увеличилось почти в 60 раз. Впервые стал регистрироваться сифилис у детей 10-12 лет, а доля врождённого сифилиса в настоящее время составляет четвертую часть от всех форм заболевания. Быстрыми темпами растет в последние годы число ВИЧ-инфицированных людей. В начале 2001 года общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции достигло 86 тысяч и 75% новых случаев заражения составила молодежь от 15 до 29 лет.

Не вызывает сомнения, что изменение ситуации возможно только путем совершенствования специализированной образовательной и лечебной помощи детям и подросткам.

По-прежнему среди детей и подростков регистрируются инфекции, передаваемые половым путем и СПИД. Всего зарегистрировано ВИЧ инфицированных детей до 14 лет - 516, подростков 15-17 лет- 1637, в том числе, с диагнозом, установленным впервые, соответственно 322 и 1357(1999г.)

Четко прослеживается взаимосвязь между наличием вредных привычек и ранним началом сексуальной жизни.

По данным Научного Центра здоровья детей РАМН Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН отмечается рост нарушений состояния репродуктивного здоровья, что ведет к снижению рождаемости и негативно влияет на здоровье будущего поколения. Возрастает распространенность гинекологической патологии среди девушек, частота которой в настоящее время превышает 130 на 1000.

Роды в подростковом возрасте отличаются более частым развитием различных осложнений: аномалий родовой деятельности, несвоевременным излитием околоплодных вод, кровотечениями в родах и раннем послеродовом периоде, травматизмом мягких родовых путей, послеродовыми заболеваниями.

Повышенный процент осложнений в родах у несовершеннолетних первородящих связан с отсутствием биологической готовности организма к родам, и может быть обусловлен функциональной “незрелостью” плаценты, вследствие которой не наступает должной гормональной перестройки перед родами, необходимой для создания родовой доминанты. Кроме возрастных особенностей имеет значение отягощенный соматический и гинекологический анамнез, осложненное течение беременности, а также неблагоприятные социально-гигиенические факторы, влияющие на течение беременности и родов. Возникающие во время родов осложнения требуют от материнского организма мобилизации всех внутренних резервов для компенсации возникающих патологических состояний, а компенсаторные возможности подростков снижены вследствие функциональной незрелости организма.

Поскольку у несовершеннолетних женщин чаще отмечаются аномалии родовой деятельности и другие акушерские и перинатальные осложнения, госпитализация на роды должна проводиться в плановом порядке в срок 36-37 недель беременности. Во время предродовой госпитализации проводится углубленное обследование состояния организма женщины, готовности к родам, состояния фетоплацентарного комплекса.

На основании полученных данных с учетом имеющихся осложнений течения беременности разрабатывается индивидуальный план ведения родов.

В связи с большой частотой аномалий родовой деятельности у несовершеннолетних, в целях их профилактики большое значение имеет своевременная диагностика начала родов у данной группы первородящих. В этой связи важно при проведении дородовой подготовки информировать женщин о субъективных ощущениях, которые могут сопровождать начало родовой деятельности, и о тех действиях, которые следует предпринять для скорейшей госпитализации.

Ввиду часто возникающей у несовершеннолетних интранатальной гипоксии плода, необходим тщательный контроль за его состоянием в родах, желательно обеспечение мониторного наблюдения. Всем несовершеннолетним роженицам необходимо в обязательном порядке проводить соответствующие мероприятия по улучшению маточно-плацентарного кровообращения. В активной фазе родов, учитывая возрастные особенности юной первородящей, ригидность тканей и лабильность нервной системы, для профилактики аномалий родовой деятельности в обязательном порядке проводится медикаментозное обезболивание родов и применяется комплекс лекарственных средств: седативных, анальгетиков, спазмолитиков.

Необходимость обезболивания родов у юных рожениц не подлежит сомнению. Ориентироваться при решении вопроса о применении обезболивания следует на субъективные ощущения женщины, которые зависят от ряда причин: особенностей личности роженицы, ее культуры, воспитания, информированности о ходе течения родового процесса, настроя женщины, ее взаимоотношений с медперсоналом и т.д. В раннем послеродовом периоде, организм как никогда нуждается в полном физическом и эмоциональном покое. Любые болевые ощущения, испытываемые женщиной в этот период, являются дополнительным стрессовым фактором, совершенно неоправданны и крайне вредны, осложняют процесс компенсации затраченных сил и послеродовой адаптации.

Задачи психопрофилактической работы:

- внушение беременной мысли о благоприятном исходе родов и рождении здорового, полноценного ребенка;

- ознакомление с эмоционально-психологическими аспектами родов и послеродового периода;

- развитие необходимых для материнства женских качеств;

- обучение навыкам ухода за ребенком, включая общий массаж и гимнастику;

- подготовка будущей юной матери к грудному вскармливанию;

- восстановление организма матери после родов;

- обсуждение психологических трудностей послеродового периода;

- осознание несовершеннолетними беременными специфических забот, конфликтов и проблем юного материнства и подготовка к ним;

- подведение юной женщины к решению самостоятельного воспитания ребенка;

- психологическая помощь молодой матери;

- адаптация всей семьи в новых условиях;

- информация о социальных источниках поддержки юных родителей.

Основная задача этапа подготовки несовершеннолетних - снятие страха и напряженности в связи с предстоящими родами. Юные роженицы требуют оказания психологической поддержки на всех этапах родового процесса, особого подхода, и внимательного отношения врача, акушерки и всего медицинского персонала. Необходимо считаться с нестандартностью жизненной ситуации, особенностью психоэмоционального статуса несовершеннолетних, легкой истощаемостью гомеостатических механизмов и постоянным высоким риском возникновения осложнений для матери и плода в родах, требующим готовности к оказанию экстренной помощи.

Но помимо только медицинских проблем подростковое материнство несет еще и социальные проблемы как для общества в целом, так и для самих несовершеннолетних родителей.

Проблемы, с которыми сталкиваются подростки во время беременности:

- негативное восприятие их положения в обществе,

- социальное давление либо игнорирование,

- испытываемые ими чувства вины, неуверенности и страха, одиночества, изоляции,

- трудности принятия новой социальной роли;

- основные виды мотивации рождения ребенка.

**2.2 Психологические особенности ранней беременности и их влияние на развитие репродуктивного поведения**

Беременность у девочек-подростков (13-17 лет) с психологической точки зрения деструктивно влияет на развитие эмоционально-волевой сферы, ценностно-смысловых ориентаций, формирование полового и материнского поведения. Это относится как к «неблагополучным», так и к «благополучным» (по факторам желанности и «законности») беременностям подростков. Репродуктивная сфера включает два компонента: поведение половое и материнское. Потребности, обеспечивающие реализацию репродуктивного поведения, называются «витальными для вида»: индивид без их удовлетворения может существовать, а вид – нет. Стремление удовлетворять потребности репродуктивной сферы обеспечивается мощными мотивационными механизмами, имеющими сложное развитие в онтогенезе. Особенностью «биологического проекта» репродуктивной сферы является несвязанность обоих её блоков в субъективной представленности. Поэтому и логика развития этих форм поведения в онтогенезе самостоятельна.

Опредмечивание мотивационных основ отношения к ребенку обеспечивается реакцией на ключевые «младенческие» признаки, в результате чего младенец приобретает самостоятельную ценность. При разделенности в субъективной представленности материнской и половой сфер отношение к ребенку не подвергается влиянию со стороны полового поведения.

С возникновением сознания и общества положение меняется. Во-первых, социально-культурные ценности полноправно участвуют в развитии материнского и полового поведения. Во-вторых, происходит объединение родительского и полового поведения в единый комплекс. Однако их биологическая разделенность в субъективной сфере провоцирует различную степень дисгармонии получившегося образования. Связывание в сознании образа родившегося ребенка с причиной его появления переводит целостное отношение к младенцу из безусловного в обусловленное, зависимое от полового поведения. С этой точки зрения объясняются различия в отношении общества к законно-незаконнорожденным детям, оправдание абортов при беременностях вследствие изнасилования даже ярыми противниками абортов. Утрата ребенком абсолютной ценности может рассматриваться как одна из причин отказа женщины от новорожденного.

Наиболее проблемной является ранняя беременность, отягощенная факторами как нежелательности, так и «незаконности». Именно в этом возрасте фактор «незаконности» может стать определяющим, так как он связан с незавершенной сепарацией от родителей и незрелостью эмоционально-волевой сферы и ценностно-смысловых ориентаций личности.

Можно выделить два аспекта проблемы ранней беременности, касающихся особенностей онтогенетического развития репродуктивной сферы.

1. Незавершенность расхождения мотивационных основ полового и родительского поведения, которое должно произойти в этом возрасте. К началу полового созревания формирование мотивационных основ материнского поведения в основном заканчивается. Это происходит в процессе взаимодействия с собственной матерью в пренатальном и раннем постнатальном периоде онтогенеза, в рамках игровой деятельности и т.д. В половом поведении в пубертатном возрасте происходит активное завершение формирования мотивационных основ.

Беременность в пубертатном периоде предопределяет грубое нарушение в развитии не только материнского поведения, но и многих личностных образований. Это подтверждается и случаями «благополучных» исходов ранней беременности:

- когда родители роженицы соглашаются взять ребенка

- когда роженица состоит в браке.

Во всех подобных случаях наблюдаются осложнения в психологическом состоянии юной матери и в развитии эмоционального контакта с ребенком. У беременных 15-16 лет, состоящих в браке, отмечается тревожность, неуверенность в успешности выполнения материнской роли, ориентация на обязательную помощь старших, причем свои действия рассматриваются, скорее, как помощь более опытным родственницам в уходе за ребенком. На мужа возлагаются надежды по обеспечению защиты, поддержки, организации всех сторон жизнедеятельности. Это препятствует развитию материнской интуиции, уверенности в собственной компетентности относительно интерпретации поведения ребенка, рефлексии своих чувств. Последнее является одним из существенных факторов развития эмоционального компонента материнского поведения. Кроме того, выражен конфликт между актуальным процессом становления собственных ценностно-смысловых ориентаций, характерным для этого возраста, и необходимостью осознать завершенность прошедшего жизненного этапа, перехода в новое качество.

Подобные особенности развития материнского поведения и динамики эмоционального состояния во время беременности отмечены у будущих матерей, личность которых имеет черты инфантильности, незрелости эмоционально-волевой сферы и т.п., то есть психологически «еще не ставших взрослыми» к моменту беременности.

**Глава 3. Исследование «Сравнительный анализ форм социальной поддержки юных матерей за рубежом и в Российской Федерации»**

**3.1 Проблемы подростковой беременности в практике социальной работы за рубежом**

Подростковая беременность: опыт США [53].

С 60-х годов ХХ века подростковая беременность стала восприниматься в США как важнейшая социальная проблема. Причины, объясняющие такое отношение к ней, слишком сложны, чтобы можно было просто сказать, что в настоящее время беременеет значительно большее число девушек, чем это имело место в прошлом. Фактически коэффициент рождаемости для подросткового возраста от15 до 19 лет в этот период снизился, хотя количество родов у матерей подросткового возраста увеличилось. Объяснение этим противоречивым данным состоит в том, что увеличилось подростковое население, к которому относится этот коэффициент.

Интерес к этому явлению объясняется несколькими причинами:

1) коэффициент рождаемости у женщин неподросткового возраста значительно снизился, тогда как для подростков это снижение не столь значительно;

2) снижение коэффициента рождаемости у женщин подросткового возраста наблюдается в группе старших подростков (18-19 лет), при одновременном увеличении этого коэффициента для более молодых подростков (15-17 лет);

3) количество внебрачных беременностей среди девушек увеличилось;

4) наибольшее увеличение внебрачных беременностей наблюдалось у белых подростков, хотя коэффициент рождаемости выше для черных;

5) увеличены государственные средства на решение проблемы молодых матерей подросткового возраста и их детей.

Рост числа родов у незамужних подростков был наиболее драматичным в среде 15-17-летних, коэффициент рождаемости у которых в 2 раза выше, чем у всех женщин. Коэффициент рождаемости у незамужних подростков устойчиво возрастал и за двадцать лет увеличился вдвое. Общее количество родов снижалось в подростковых семьях и увеличивалось у одиноких-девушек подростков.

*Раннее сексуальное поведение.*

Показатель добрачной сексуальной активности подростков увеличился. Рост сексуальной активности все чаще наблюдается в среде подростков младшего возраста. Хотя внебрачный секс существовал всегда, его широкое распространение и позволительность, особенно среди женщин, в последние годы резко возросли. Стали более свободными общественные нормы и нравы, которые обусловливают отношение к сексу и соответствующее поведение. В результате этой сексуальной революции резко увеличилось количество женщин, практикующих внебрачный секс в юношеском возрасте. С середины 60-х и до начала 80-х годов все более распространенным становится одобрительное отношение к внебрачным половым контактам. В этот период возросла сексуальная активность всех возрастных групп, и, в частности, активность подростков-девушек. Наиболее значительная активизация сексуального поведения имела место в более молодых группах (13-15 лет), что указывает на сохраняющуюся тенденцию к сексу в более раннем возрасте.

Отмечается устойчивая тенденция к раннему биологическому созреванию, что является еще одним индикатором ранней сексуальной активности. Рано созревающие женщины раньше начинают половую жизнь. Эта тенденция ведет к уменьшению возраста, в котором подростки женского пола вступают в период сексуальной активности, а тем самым увеличивается время риска внебрачной беременности.

Будущая социальная ориентация подростков оказывает некоторое воздействие на их склонность к внебрачному сексу. Девушки, готовящиеся получить высшее образование, ориентирующиеся на карьеру или просто смотрящие в будущее с уверенностью, менее стремятся к половым отношениям в раннем возрасте. То же можно сказать о девушках из интеллигентных семей.

Ранняя сексуальная активность зависит от того, как девушка-подросток осознает себя, от её самооценки. Опять-таки это может быть показатель в ряду других факторов, таких, как целевая ориентация и социальное происхождение. Тем не менее, чем выше самооценка девушки-подростка, тем меньше вероятность её ранней сексуальной активности и беременности. Еще одним фактором, имеющим отношение к подростковой самооценке и планам на будущее, является внешняя активность. Вероятность ранней сексуальной активности значительно больше у подростков, которые не участвуют в социальных группах и пр.

Ранняя сексуальная активность девушек-подростков зависит также от семейных условий. Плохие взаимоотношения с родителями или родителем, разведенные семьи или родители-одиночки создают предпосылки для ранней сексуальной активности. Забеременевшие девушки-подростки в большинстве случаев имеют матерей, которые сами становились матерями в подростковом возрасте. Сексуально активные девушки-подростки чаще имеют сестер, которые также были сексуально активными или беременели в подростковом возрасте. Наконец, сексуально активный подросток чаще всего происходит из низших слоев - установлена обратная зависимость между социально-экономическим положением личности родителя подростка и распространенностью ранних половых отношений – чем ниже социально-экономическое положение родителей, тем выше уровень раннего секса. Подростки, являющиеся выходцами из неквалифицированных рабочих и познавшие нищету, более подвержены раннему сексу, особенно если они попали в городскую среду из сельской местности.

Кроме того, считается, что огромное влияние на сексуальное поведение подростка имеет общий эмоциональный климат в семье. Подростки из семей, в которых имеют место плохие или неадекватные отношения с родителями, чаще включается в половую жизнь в раннем возрасте. Девушки-подростки, занимающиеся внебрачным сексом, чаще ощущают недостаток любви и поддержки со стороны своих родителей и могут ожидать удовлетворения этих потребностей от партнеров-мужчин. Хотя плохие отношения с родителями накладывают отпечаток на склонность подростков к ранней половой жизни, не обнаружено ни одного свидетельства того, что хорошие взаимоотношения между родителями и детьми сдерживают сексуальную активность подростков.

Считается, что самыми прочными узами дочь привязана к матери, взаимоотношения же дочери и отца редко привлекают внимание исследователей. Исследования сексуально активных или беременных подростков дают противоречивые описания отцов подростков. В более ранних исследованиях отцы предстают слабыми и пассивными, а в поздних – доминирующими, плохо обращающимися с детьми и отказывающимися от детей. Девушки-подростки, рано вступившие в половую жизнь, обычно имеют матерей, не слишком выражающих свои чувства и не способных установить строгую и постоянную дисциплину.

Весьма значительным фактором, оказывающим влияние на поведение подростков, является группа сверстников. Установки и нормы группы обычно перенимаются индивидом. Во многих случаях ценности и нормы такой группы превалируют над соответствующими настроениями в семье. Это особенно касается сексуальных установок и поведения. Если девочка входит в группу сверстников с либеральными сексуальными установками и поведением, то обычно придерживается таких же взглядов. Таким образом, сексуально активная девушка-подросток обычно находится среди других сексуально активных девушек. Степень вины девушки за свое сексуальное поведение определяется не только её собственными нормами, но и в значительной степени ценностями и нормами группы сверстниц.

Если даже подросток сам по себе не готов к сексуальной связи, то он может просто подчиниться морали и психологическому давлению группы.

Сексуальное поведение все больше рассматривается как личный выбор, и сверстники обычно проявляют большую терпимость по отношению к внебрачным связям. Многие американские исследователи молодежных и подростковых субкультур утверждают, что воздержание больше не является нормой поведения среди подросткового населения, и позволительность ранней половой жизни все более становится принятой нормой, причем предполагается, что девушка вступает в сексуальные отношения, поскольку любит своего партнера-мужчину.

Точка зрения, согласно которой подростки подвержены промискуитету (беспорядочным половым связям), не подтверждается исследованиями 80-х гг. ХХ века. Согласно результатам этих исследований, беспорядочная половая жизнь и постоянная смена партнеров характерны только для 30% девушек. Остальные, как правило, имеют только одного партнера. Большинство сексуально активных подростков вступают в стабильные и интенсивные взаимоотношения только с одним партнером.

*Последствия раннего деторождения.*

Различные последствия раннего деторождения затрагивают как молодую мать, так и её ребенка. Девушка-подросток, переживающая раннюю беременность, значительно больше рискует не закончить школу или не получить высшее образование. Этот недостаток образования, а значит, и навыков, пользующихся рыночным спросом, делают мать-подростка потенциально безработной, или нанятой на малооплачиваемую неквалифицированную работу, которая дает ей – если вообще дает – мало средств и возможностей. Часто, будучи безработной или работая за низкую зарплату, несовершеннолетняя мать вынуждена обращаться за государственной помощью. Если она замужем, то риск развода весьма высок. Вероятнее всего, она переживет больше беременностей, чем средняя женщина, поскольку она раньше вступила в семейные отношения. Её ребенок, скорее всего, будет расти в бедности, вряд ли сможет получить хорошее образование; такой ребенок, если это девочка, часто становится матерью так же рано, как и её мать. Несовершеннолетняя девушка, став матерью, чаще всего не имеет родительских навыков, поэтому будет плохо обращаться со своим ребенком – и физически и эмоционально.

Матери подросткового возраста и их дети находятся в группе риска и в медицинском отношении. Молодые матери чаще испытывают проблемы при беременности, такие, как токсикоз, анемия, выкидыши, мертворождения, а также преждевременные роды. Среди матерей подросткового возраста более высок процент детской и материнской смертности, а рожденные дети имеют небольшой вес. Низкий вес новорожденного и некоторые другие показатели являются главной причиной более серьезных и долговременных проблем, таких, как умственная отсталость, церебральный паралич, эпилепсия и неврологические заболевания. Многие из этих осложнений можно предотвратить, обеспечив квалифицированную медицинскую помощь и хорошее питание, начиная с раннего периода беременности, хотя это не столь реально для матерей 15 лет и моложе. И даже при соответствующей медицинской помощи плохое питание, позднее распознавание беременности и плохое общее состояние здоровья большинства подростков затрудняют доведение беременности до положительного исхода.

От беременности значительно страдает образование матерей подросткового возраста - к 29 годам только 50% женщин, переживших беременность в школьные годы, смогли получить диплом о высшем образовании против 96% женщин, отложивших роды до 20-летнего возраста. Как уже говорилось, замужние матери подросткового возраста чаще всего оставляют школу. Потерпев неудачу с образованием, матери-подростки, не имеющие высшего образования, почти в 2 раза чаще живут с родителями и получают государственное пособие.

*Разрешение беременности.*

Примерно половина беременностей женщин моложе 20-летнего возраста заканчиваются рождением живого ребенка. Из них примерно пятую часть составляют внебрачные роды. Разрешение беременности зависит от возраста и социального происхождения матери. Доля искусственно прерванных беременностей снижается с возрастом. Выкидыши чаще происходит у женщин, не имеющих возможности хорошо питаться и не наблюдаемых в ходе беременности.

Большинство юных матерей стараются не отдавать своих детей на усыновление - 9 из 10 незамужних матерей подросткового возраста решают самостоятельно воспитывать ребенка, что требует заботы о них со стороны родственников и общества. При этом важны различные факторы, включая семейную поддержку, отношение к ребенку его отца, поддержку по Программе помощи семьям с зависимыми детьми и другим государственным программам, а также снятие чувства позорности рождения внебрачного ребенка.

*Планирование семьи.*

Закон о Службе семьи был составлен в 1970 году и повторно утвержден в 1981 г. Задача состояла в создании национальной программы планирования семьи, предусматривающей, в частности, доступ малообеспеченных мужчин и женщин к эффективным противозачаточным средствам. Подростки предпочитают пользоваться услугами клиник планирования семьи в большей мере, чем услугами частных врачей. Это объясняется низкой стоимостью обслуживания в клинике, дополнительными услугами, напр., сексуальным просвещением, большей уверенностью в конфиденциальности, более гибким временем приема и субсидированным обслуживанием. Хотя влияние работы таких клиник на подростковую рождаемость неясно, но несколько исследований поддерживают гипотезу, что именно наличием этих служб объясняется снижение родов среди малообеспеченных женщин подросткового возраста.

Ключевыми проблемами, с которыми сталкиваются клиники планирования семьи, является вопрос о согласии родителей и информация о противозачаточном обслуживании. Существуют различные точки зрения – в и в пользу права подростков на секретность, и в пользу родителей, желающих иметь информацию о действиях своих детей. Некоторые считают, что родители должны быть извещены только в случае беременности, тогда как, по мнению других, родители должны быть оповещены, если подросток обращается за любым средством предупреждения беременности.

*Восприятие будущего.*

Много написано о зависимости между беременностью подростков и нерадужными ожиданиями или отсутствием перспектив. В этом отношении имеет смысл работать с подростками, внушая им желательность решения проблем образования, способствующего возможности обеспечения в будущем хорошей работой. Осознание целевой ориентации может быть полезным для отнесения на более поздние сроки начало сексуальной активности или расширения практики использования противозачаточных средств. Должны быть исследованы возможности женщин на рынке труда, поскольку они оказывают воздействие на образ жизни женщин, а следовательно, и на их решение рано рожать детей.

*Взаимоотношения в семье.*

Для будущего юных женщин большое значение имеют взаимоотношения в семье. Характер общения, установившегося в семье, может препятствовать раннему деторождению. Это означает, что программы должны быть сосредоточены на упрочении взаимоотношений в семье, как на одном из сдерживающих факторов. В семьях, в которых поддерживаются нормальные взаимоотношения, ребенку внушают большие надежды и обеспечивают условия образования и работы, что снижает вероятность ранней беременности дочерей.

*Программы и услуги.*

Незамужние матери-подростки имеют право на помощь по Программе помощи семьям с зависимыми детьми. Эти матери имеют также право на медицинскую помощь в рамках программы «Медикейд». Политика в отношении медицинской помощи, однако, во всех штатах различна, и не все штаты одинаково широко обслуживают матерей подросткового возраста.

Существует множество программ для оказания помощи матерям подросткового возраста. Министерство здравоохранения и социального обеспечения приняло от 100 до 1500 программ. Другие различные правительственные агентства и агентства штатов также предусматривают программы, разработанные для беременных девушек-подростков, подростков-родителей или сексуально активных подростков. Многие школьные, медицинские и частные родильные службы также предусматривают программы, предназначенные для беременных женщин подросткового возраста или тех женщин, которые подвергаются наибольшему риску беременности. Однако, как и многие другие службы, предназначенные для обслуживания групп населения, требующих особого внимания, эти службы разбросаны по многим родильным домам и часто испытывают недостаток денежных средств. Хотя программы социального обслуживания весьма многочисленны, необходимость в интегрированной и комплексной системе обслуживания несовершеннолетних рожениц сохраняется. В 1978 году Министерство здравоохранения и социального обеспечения создало Отдел по проблемам подростковой беременности. Программы, обеспеченные средствами под этот проект, были разработаны для предоставления всестороннего обслуживания, включающего медицинские, образовательные, родительские, справочные, консультативные службы и службы планирования семьи, предназначение которых – помочь девушкам-подросткам в разрешении проблем, связанных с ранней беременностью. Во всех этих программах социальные работники, такие как медики, администраторы, программисты и специалисты по анализу, политики играли значительную роль.

В США для молодых беременных женщин на базе университетской клиники уже более 30 лет существует кризисная женская клиника Цель деятельности – оказание психологической и моральной помощи юным беременным. Находясь в клинике, будущие мамы проходят курс специальной подготовки, обучаются эффективным формам поведения, уходу за будущим ребенком.

Программы профилактики подросткового материнства.

В Америке существуют две концепции сексуального просвещения: "Обучение контрацепции" и "Обучение воздержанию" [44].

Соотношение финансирования программ планирования семьи и беременностей и абортов у девушек 15-19 лет в США четко показывает: чем больше денег вкладывается в программы "Обучение контрацепции", тем больше число подростковых беременностей и абортов.

В 1996 году Конгресс США постановил (публичный закон PL 104-193, известный как "Социальная реформа"):

- брак - основа процветающего общества;

- брак - необходимый институт благополучного общества, в котором поддерживаются интересы детей;

- поддержка ответственного отцовства и материнства - основа успешного воспитания и развития детей".

Законом вместо программ "Обучение контрацепции" вводится программа "Обучение воздержанию", на реализацию которой ежегодно (в 1998 - 2002 годах) выделяется по 50 миллионов долларов. Деньги распределяет Бюро здоровья матери и ребенка по заявкам штатов. На каждые 4 доллара, поступившие от Федерального правительства, штаты дополнительно выделяют 3 доллара. Деньги используются на реализацию программ "Обучение воздержанию", а также, по усмотрению штата, на руководство, консультирование и обследование взрослых с целью содействия половому воздержанию, фокусируя работу на группах с высоким риском рождения детей вне брака.

"Термин "обучение воздержанию" означает образовательную или мотивационную программу, которая имеет исключительной целью:

- раскрытие тех положительных сторон жизни (социальных, психологических и связанных со здоровьем), которые могут быть реализованы благодаря половому воздержанию;

- учит половому воздержанию вне брака как ожидаемому эталону поведения школьников разного возраста;

- учит, что половое воздержание - единственно верный способ избежать нежелательной беременности, передающихся половым путем заболеваний и других, связанных со здоровьем проблем;

- учит, что стандартом полового поведения человека являются постоянные моногамные отношения верных друг другу людей, рассматриваемые в тесной взаимосвязи с браком;

- учит, что половая активность вне брака, обычно имеет отрицательные психологические и физические последствия;

- учит, что рождение детей вне брака обычно имеет вредные последствия для самих детей, их родителей и общества;

- учит молодых людей, как отвергать сексуальные предложения, а также какую роль в сексуальных притязаниях играют алкоголь и наркотики;

- учит важности достижения самостоятельности (самодостаточности) до начала половой активности".

Задачами программ "Обучение воздержанию" являются:

1. Снижение подростковой беременности, особенно среди девушек 15-17 лет: не более 50 беременностей на 1000 девушек в возрасте 15-17 лет. Исследования показывают, что подростковая беременность и воспитание ребенка оказывают отрицательное влияние на достижение подростками социальной и экономической независимости. Программы обучения только воздержанию - путь научить молодых людей принимать решения и развить их способность к этому, что, в свою очередь, позволит уменьшить число нежелательных беременностей.

2. Уменьшение числа сексуально активных подростков: не более 15% сексуально активных подростков в возрасте 15 лет, не более 40% сексуально активных подростков в возрасте 17 лет. Имеется ряд указаний, что раннее начало подростками половой жизни может иметь отрицательное влияние на их социальное и психологическое развитие. Программы обучения только воздержанию являются способом подготовки молодых людей к принятию решения отложить начало половой жизни на более поздний срок и создания в обществе условий, которые поддерживали бы такое решение.

3. Уменьшение числа заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП). Возможность избежать заболеваний, передающихся половым путем, а также доступность и качество медицинской помощи при ЗППП - важные факторы предупреждения распространения болезней и их осложнений. Большинство ЗППП приходится на возраст 15-29 лет. Методы первичной и вторичной профилактики являются эффективными для безотлагательного уменьшения числа ЗППП. Программы обучения только воздержанию - один из способов подготовки молодых людей к предупреждению ранних сексуальных отношений и заболеваний, передающихся половым путем.

4. Уменьшение числа рождений внебрачных детей среди девушек 15-17 лет. Департамент здравоохранения и социальной помощи США сделал приоритетной целью своего стратегического плана 1997 года снижение подростковой беременности (как основной угрозы здоровой и полноценной жизни). Подростковое родительство связывается с невозможностью юных матерей закончить среднюю школу и с началом их знакомства с бедностью." Департамент здравоохранения и социальной помощи США установил для штатов с количеством абортов ниже показателей 1995 года премии: пять по 20 миллионов долларов - штатам с наименьшими показателями внебрачных родов, а премию в 25 миллионов долларов - штату с самым низким числом внебрачных родов.

Некоторые результаты реализации программ воздержания. После введения программы "Сексуальность, обязательство и семья (Sexuality, Commitment, and Family)" в средней школе San Marcos (Калифорния) число беременностей уменьшилось за 2 года в 7,5 раза. В Вашингтонском отделении "Лучших друзей (Best Friends)" в ходе реализации программы "Откладывание сексуального вовлечения (Postponing Sexual Involvement)" только одна из 400 девушек забеременела, с тех пор как начиналась программа.

В соответствии с отчетом "Роль ответственности и знаний в снижении рождения детей вне брака у подростков" Департамента образования США: "более низкие шансы столкнуться с родами в подростковом возрасте имеют девушки с сильным самоконтролем, решительно настроенные на получение образования и имеющие родителей, беспокоящихся за них и ожидающих от своих дочерей успехов в учебе" (S.L. Hanson, D.E. Myers, A.L. Ginsburg, 1987). Кроме того, девушки хотят получить помощь в обучении умению сказать "нет" в ответ на сексуальные предложения - как сказать "нет", не оскорбив чувств другого человека" (M. Howard, J.B. McCabe, 1990).

Таким образом, программы обучения только воздержанию отстаивают воздержание как способ контроля подростками своей сексуальности. Возрос интерес к половому воздержанию и у многих разработчиков программ контрацепции, которые преподносятся как "базирующиеся на воздержании", "плюс воздержание" или "всесторонние" из-за того, что в них упоминают воздержание как один из нескольких вариантов выбора. Такие программы, тем не менее, вводят в заблуждение подростков и значительно подрывают веру в эффектность воздержания. Общими характеристиками таких "всесторонних" или "базирующихся на воздержании" программ являются:

1) убежденность авторов, что подростки неизбежно становятся сексуально активными;

2) пропаганда контрацепции и абортов, негласно разрешающая и одобряющая половую активность подростков;

3) откровенное лукавство: подростка вынуждают делать выбор между отказом от удовольствия (воздержание) и удовольствием (контрацепция), заранее зная, что в силу незрелости подростка выбор будет сделан в пользу контрацепции.

Опыт Скандинавских стран.

В Швеции существует женский кризисный центр, работа которого направлена на снятие стрессовых состояний, которые характерны в период беременности для таких мам, формирование объективной оценки причин и характера кризиса, поиск оптимальных путей выхода из сложившейся ситуации. Центр существует как изолированная, полузасекреченная организация, в которой юные мамы чувствуют себя в безопасности.

Чрезвычайно распространенной и весьма эффективной формой помощи юным беременным из социально неблагополучных слоев общества является движение "поддерживающих семей". Деятельность его заключается в том, что благополучные семьи берут под опеку и оказывают всестороннюю помощь одиноким и молодым беременным - становятся на время не только источником дополнительных материальных средств, но и моральной поддержкой для будущих мам.

В Финляндии существует центр, называемый Первичный дом Хельсинки, в котором существует три отделения по оказанию помощи беременным (отделение "Треугольник" или еще его называют "Три ангела", отделение "Baby blues" и "Семейный дом").

В отделении "Треугольник" ("Три ангела") проживают несовершеннолетние мамы, мамы с нарушениями психического здоровья, мигранты. Работа воспитателей начинается с побудки клиентов и совместного завтрака, т.к. у большинства клиентов нет привычки к режиму. Для воспитателей это необходимая часть работы - научить принимать пищу в определенное время и всем вместе, красиво сервировать стол. Например, некоторые из клиентов не хотят есть, а некоторые едят только вкусное или сладкое. Это связано с состоянием клиентов, с их проблемами, и с этим нужно работать.

Клиенты находятся в отделении как минимум 6 месяцев. У каждой проживающей мамы свой воспитатель. Она сопровождает маму при родах, ходит с ней в женскую консультацию. Всего в отделении 6 воспитателей (утренних и вечерних).

В Первичном доме есть кружок рукоделия, где матери могут сшить или связать одежду для детей, т.к. специалисты там считают искусство рукоделия одним из самых эффективных способов реабилитации клиента.

Один раз в неделю также проводится художественная терапия.

Если мама учится в каком-либо учебном заведении, то ей предоставляется возможность продолжать учебу, проживая в Первичном доме. В это время о ребенке заботится воспитатель.

Если мама не справляется со своими обязанностями, то ребенку подбирается приемная семья с сохранением родительских прав. Мать или, если есть то и отец, могут посещать ребенка в этой семье и при желании они в последствии даже могут его вернуть обратно.

Там каждая мама получает так называемые "суточные" пособия - раз в месяц 200 евро в течение 10 месяцев со дня рождения ребенка, плюс 100 евро в месяц до достижения ребенком 17 лет.

Каждый месяц проводится совещание с матерью, если есть отец, то с семьей, на котором присутствует воспитатель и социальный работник. Обсуждается совместный план на месяц, достигается определенная договоренность с мамой или с обоими родителями по поводу их поведения или общения с ребенком. Также идет обсуждение, на сколько мать или семья удовлетворяет потребности ребенка.

В основном там мамы не очень близко общаются друг с другом, гораздо ближе с воспитателем. В общении соблюдается такое важное правило, как в присутствии одной клиентки не говорить о проблеме другой, и особенно никакой критики.

Очень строго соблюдается правило частного пространства (ни кто не может зайти в комнату клиента без его личного согласия).

В отделении 2 раза в неделю по утрам работает телефон доверия для мам.

Срок пребывания здесь от 2 недель до 3 месяцев. Встречи с социальным работником проводятся раз в 2 недели. Иногда на этих встречах присутствует и психиатр, т.к. в отделении могут находиться женщины с психическими нарушениями.

Воспитатель помогает составить индивидуальный режим для мамы и ребенка, оказывает наблюдение за мамой, постоянно разговаривает с ней, особенно когда ей плохо, также помогает ей в приготовлении пищи, проведении уборки.

Важно то, что при семейных собраниях присутствует ребенок.

Главный терапевтический метод в этом отделении - видеосъемка игры мамы и ребенка с дальнейшим совместным просмотром и указанием на ошибки. Также еще один основной метод- это групповые занятия, обращение к матери от имени ребенка.

Третье отделение - "Семейный дом". Там живут семьи, которые нуждаются в поддержке. В основном это клиенты либо с наркологической зависимостью, либо имеют нарушения в психическом здоровье. Срок проживания - от 6 месяцев до 2 лет. Здесь работают 4 воспитателя и социальный работник. Проводятся музыкальные занятия, есть кулинарный кружок. Специалисты здесь обязательно проводят проверку крови. Главный метод в этом отделении показать семье, что существуют другие возможности жизни, оказать помощь в развитии взаимного контакта между родителями и детьми.

Также существует еще отделение родильного дома "Гнездо аиста", где предоставляется мамам возможность посетить двухнедельные занятия перед родами. Для мам есть возможность выбирать различные способы родов, созданы условия для облегчения боли во время схваток.

В Украине существует организация, которая помогает родителям и детям достичь взаимопонимания в столь деликатном вопросе. Около шести лет назад в Киеве появились первые школы консультантов по вопросам репродуктивного здоровья. Они были созданы по инициативе Украинской и Киевской ассоциаций планирования семьи с целью предоставить подросткам всю необходимую информацию по вопросам контрацепции, а главное - обучить их здоровому образу жизни. Программы обучения здесь рассчитаны на людей разных возрастов. Например, в 13-15 лет девочек более всего интересуют вопросы взаимоотношения полов, а в 17-21 многие уже готовятся к замужеству, осознанному материнству. Группы в составе 25 человек получают около 90 часов разнообразной информации в зависимости от возраста и интересов. В последнее время специалисты отмечают новую позитивную тенденцию: все чаще вместе с дочками на занятия приходят и их мамы. Они хотят научиться разговаривать с собственными детьми на эти деликатные темы. А значит, можно надеяться, что в будущем этим семьям удастся избежать многих проблем.

**3.2 Социальная работа с несовершеннолетними родителями в России и Санкт-Петербурге**

Существующие службы социальной защиты населения, здравоохранения, образования не занимаются оказанием помощи юным беременным или несовершеннолетним матерям. Помощь юным матерям на федеральном уровне не предусмотрена из-за отсутствия трудового стажа. Хотя многие из них работали и после 9 класса и во время беременности, но без трудовых книжек, например, продавщицей на рынке. Пособие по уходу за ребенком такая категория матерей получить, как правило, не может – они еще не имеют трудового стажа и обычно не учатся [49]. Это не исключают адресной помощи нуждающимся в связи со сложными обстоятельствами в жизни. Но эти вопросы решаются на региональном уровне, и такая помощь оказывается из средств местных бюджетов. Хотя и здесь возникают проблемы. Маловероятно, что такая мать проживает с ребенком одна. А социальная помощь выделяется домохозяйству вне зависимости от числа проживающих в нем семей.

Несовершеннолетние родители не являются объектом особого внимания со стороны органов опеки и попечительства, поскольку последние работают с детьми, которые остались без опеки. Несовершеннолетняя мать попадает в поле зрения этих органов только в случае обнаружения фактов ненадлежащего ухода за ребенком. То есть права и обязанности у них те же, что и у совершеннолетних родителей.

Несовершеннолетние отцы и их родители чаще всего не принимают участия в воспитании ребенка. Если отец ребенка (или его родители) отказывается помогать материально, то можно подать в суд на установление отцовства. Если молодой человек отказывается пройти генетическую экспертизу, то он автоматически признается отцом. Экспертиза стоит порядка 300$. Ее должен оплачивать подающий заявление на установление отцовства. Для сравнения, - в Финляндии эту процедуру оплачивает государство.

В отсутствии государственной поддержки юных матерей эту задачу пытаются решать общественные благотворительные организации - "Службы помощи несовершеннолетним женщинам", в которые входят психолог, педагог, врач, юрист, специалист по социальной работе, проводят консультации и беседы с девочками-подростками, стоящими перед выбором: материнство или отказ от него, и их родителями. В некоторых родильных домах специалисты изучают аномальное материнское поведение, помогают изменить психическое состояние юной женщины, чтобы она могла сделать более сознательный выбор.

Понятно, что деятельность небольших благотворительных организаций не может охватить всех нуждающихся: требуется целая система помощи. Сотрудники московской "Службы помощи несовершеннолетним женщинам" разработали проект специализированного реабилитационного учреждения, включающего консультативный центр и приют для юных беременных и матерей с детьми. Согласно проекту, консультативный центр должен иметь медицинский кабинет, кабинет психолога, юридическую службу. Предусматривается создание школы молодых родителей (и их родителей). Приют должен содержать учебно-производственное подразделение, где юные мамы через занятие красивой, доставляющей эстетическое удовольствие работой, смогут обрести душевное равновесие, уважение к себе, ощущение своей необходимости другим людям и, прежде всего, своему ребенку. Для подопечных приюта планируется проводить курсы музыко-терапии с использованием активного музицирования, хорового пения. По мнению, авторов проекта, музыка является не просто обязательной частью, но стержнем, несущей конструкцией программы социальной реабилитации.

В Алтайском крае существует общественная организация "Центр социальной поддержки и защиты граждан "Милосердие", которая начала свою деятельность семь лет назад. Сегодня она является практически единственной в Сибири структурой, на базе которой создан Центр "Юные матери" - информационно - консультативная служба для несовершеннолетних матерей и их детей. За время деятельности Центра была разработана программа адаптации матерей-подростков к современным экономическим условиям, готовятся рекомендации по созданию подобных Центров на базе государственных структур и общественных организаций. Для предоставления в органы законодательной власти Алтайского края подготавливается проект нормативных документов, который будет регулировать права несовершеннолетних матерей.

В результате проводимых в Центре исследований были выявлены сложности, стоящие перед юными мамами, и рекомендованы пути их решения. Постоянная и планомерная взаимосвязь с юными мамами позволила найти наиболее приемлемые для них формы работы. В Центре несовершеннолетних мам бесплатно консультируют юристы, психологи, диетолог. Систематически ведут прием гинекологи, педиатры, массажисты, узкие специалисты. На базе Центра работает пункт приема вещей для дальнейшей раздачи их особо нуждающимся несовершеннолетним, имеющим детей.

В Центре юные мамы получают также материальную помощь (за последние три месяца финансовые средства получили 89 несовершеннолетних мам, проживающих в Алтайском крае). Особо нуждающимся предоставляются коляски и кроватки. Для закупа необходимых вещей Центром систематически проводятся акции по сбору пожертвований, в которых принимают участие частные лица и предприниматели города. На основе программ, разработанных сотрудниками Центра, два студента - будущие социальные работники написали дипломы по теме "Формы и методы работы с несовершеннолетними матерями".

Сегодня в Центре «Милосердие», собраны анкеты более 800 несовершеннолетних мам, которым была оказана посильная помощь. Но самую большую гордость у Центра вызывает тот факт, что ни одна из девочек не оставила своего ребенка на попечение государства. Они разные. Кто-то с трудом приучает себя к мысли, что для нее началась новая жизнь, с ответственностью за своего малыша – частичку ее самой. Кто-то считает, что именно его, родного человечка, и не хватало всю их жизнь для полного счастья. Третьи, пережив радость материнства, подумывают о следующем ребенке. Но, несмотря на их различие, все они – легкоранимые подростки, очень восприимчивые к тому, что происходит вокруг. Мы все должны помнить об этом. Ведь осуждение и злоба окружающих навряд ли помогут девочкам воспитать своего малыша здоровым во всех отношениях.

В городе Магнитогорске на базе роддома N 1 уже несколько лет работает центр репродуктивного здоровья детей и подростков, основными клиентами которого является молодежь колледжей и ПТУ. Ребята были предоставлены сами себе: приезжали из деревень, ранняя самостоятельная жизнь приводила к печальным последствиям. Сотрудники Центра добились, чтобы медосмотры и лекции о контрацепции стали для них нормой.

Наравне с программой "Здоровый ребенок" в городе действует программа "Безопасный аборт". Благодаря ей количество криминальных абортов снизилось более чем в три раза, а доля щадящих мини-абортов заметно выросла. Однако само соотношение количества родов и абортов остается угрожающим - в Магнитогорске фактически каждый второй зачатый ребенок не появляется на свет. В центре психолого-педагогической помощи населению уверены: тех, кто решился на раннее материнство, проблемы не отпускают на протяжении многих лет.

Организация социальной поддержки юных матерей в Санкт-Петербурге.

Кризисный центр «Маленькая мама».

Что же делать, если беременность наступила и девочка оказалась в сложной ситуации? Хорошо, если родители и отец ребенка не отказываются от нее и собираются воспитывать этого ребенка вместе. Что делать девочке, которой не к кому обратиться за помощью?

Десять лет назад в нашем городе на Трамвайном проспекте, 15/4 был открыт центр социальной помощи для девушек «Маленькая мама». Этой организации в течение 10-ти лет оказывают содействие финские общественные организации, а также Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), социальные службы "Бетани" и Совет министров северных стран. "Маленькая мама" - петербургский филиал организации «Первичный дом», которая существует в Хельсинки. В центр принимаются девушки, которые ожидают или уже родили ребенка, попавшие в сложную жизненную ситуацию. Кризисный центр создан для того, чтобы помочь девушкам с решением тех проблем, которые возникают у них сразу после родов. Это и медицинский аспект, который включает в себя гигиенические моменты, обучение уходу за ребенком, обучение по приготовлению пищи и уборке помещений, лечение осложнений родов и послеродового периода, которые наиболее часто встречаются у юных матерей.

Не менее важен и вопрос образования – девушки подчас не заканчивают и девяти классов. Поэтому важной задачей центра является решение вопроса о дальнейшем образовании такой девочки – это либо школа, либо, и это гораздо чаще, - различные курсы, которые дают девочке возможность получить профессию и суметь в будущем содержать себя и своего ребенка. Если же выбор делается в пользу школы, то работники приюта тщательно следят за тем, чтобы их подопечные имели возможность благополучно окончить среднюю школу. Атмосфера в приюте "Маленькая мама" создана таким образом, чтобы девочкам было близко и доступно понятие нормальной человеческой жизни. То есть другая, отличная от знакомого им неблагополучия, жизнь.

В "Маленькой маме" при поддержке международных организаций реализуются проекты и программы "Право ребенка на семью" и "Служба социально-психологической поддержки несовершеннолетних беременных и юных матерей".

Совместный русско-финский проект работы с несовершеннолетними матерями.

Ответственная организация: Ассоциация домов матери и ребенка и приютов Финляндии;

Дом матери и ребенка Хельсинки Основные партнеры: ГУ «Центр кризисной помощи женщинам», отделение «Маленькая мама»

Участники:

Корчаковский центр «Реальный путь», специалисты по охране прав ребенка шести муниципальных образований Санкт-Петербурга, которые в «Маленькую маму» направляют клиентов; специалисты двух молодежных, одной женской консультации и консультационного центра «Ювента»; специалисты по социальной работе, психологи и социальные педагоги четырех социально-реабилитационных центров, двух профессиональных училищ и Центра выпускников детских домов; сотрудники четырех НГО, оказывающих социальную поддержку данной целевой группе.

Продолжительность проекта: первый этап - 2000—2002 гг., второй этап – 2003 -2005 гг.

Финансирование: МИД Финляндии (с 2002 г.), грант Информационного бюро Совета Министров Северных Стран (2001 г.), грант Фонда «7 марта» (2000 г.), самофинансирование организаций.

Цель проекта:

профилактика отказов от детей, через содействие сохранению биологической семьи и социальную адаптацию несовершеннолетних матерей с новорожденными.

Задачи проекта — развитие службы долговременной социально-психологической помощи для подопечных Центра социальной реабилитации «Маленькая мама» как первого в России учреждения по типу дома матери и ребенка. Обмен опытом между сотрудниками «Маленькой мамы» и Дома матери и ребенка Хельсинки. Развитие «Маленькой мамы» как центра компетенции по раннему заимодействию между матерью и ребенком и по социально-психологической поддержке несовершеннолетних матерей с детьми.

Результаты:

Приют «Маленькая мама» был открыт в 1998 г. в составе социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних «Воспитательный дом» и имел статус филиала. Перед его открытием, а также и длительное время после, администрации «Воспитательного дома» пришлось доказывать на разных уровнях необходимость открытия такого центра для несовершеннолетних девушек, решивших сохранить беременность и родить ребенка. В этом им помогло изучение зарубежного опыта, в частности, финского. В 2003 году завершилась организационная перестройка – «Маленькая мама» стала структурным подразделением Кризисного центра помощи семье и детям», чему частично способствовало сотрудничество с Домом матери и ребенка Хельсинки.

В «Маленькой маме» используются сегодня новые методы работы с несовершеннолетними матерями, например, видеонаблюдение с последующим анализом, творческие методы реабилитации. Удалось доказать органам Госсанэпиднадзора необходимость подготовки девушек к самостоятельной жизни через обучение социально-бытовым навыкам: теперь подопечные в вечернее время, в выходные и праздничные дни готовят пищу сами, под руководством педагогов. Создана мастерская по обучению воспитанниц прикладным ремеслам – вышивке, флористике, лепке из теста, основам кройки и шитья, вязанию, изготовлению сувениров. В 2003 году в штатное расписание отделения введена должность инструктора по труду. После ухода из учреждения с клиентами заключается договор о последующем сопровождении. В повседневную практику работы приюта внедряются технологии профилактики профессионального выгорания персонала, супервизия.

В 2002 году к проекту присоединились (через участие в обучающих мероприятиях проекта):

- специалисты по охране прав ребенка 6 муниципальных образований Санкт-Петербурга, которые направляют в «Маленькую маму» своих подопечных;

- специалисты двух молодежных, одной женской консультации и консультационного центра «Ювента»;

- специалисты по социальной работе, психологи и социальные педагоги четырех социально-реабилитационных центров, двух профессиональных училищ и Центра выпускников детских домов;

- сотрудники четырех НГО, оказывающих социальную поддержку данной целевой группе;

- представители двух высших учебных заведений, которые готовят специалистов по социальной работе (СПб госуниверситет и Институт практической психологии).

К проекту проявили интерес исследователи- социологи, которые занимаются проблемами юных беременных (группы риска). Таким образом, создана сеть специалистов, которые помогают комплексно подойти к решению проблем несовершеннолетних матерей.

В 2004 году сотрудники отделения «Маленькая мама» впервые провели внутреннюю оценку данного проекта. В качестве результата сотрудничества были названы:

1. Внедрение экспертной системы обмена между петербургскими и финскими специалистами в области защиты прав несовершеннолетних беременных и юных матерей с младенцами, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;

2. Создание службы социального патронажа для выпускниц «Маленькой мамы»;

3. Создание амбулаторной службы для семей выпускниц «Маленькой мамы», а также для несовершеннолетних и юных беременных и матерей, не проживавших ранее в стационаре Отделения;

4. Развитие межсекторного сотрудничества посредством улучшения взаимодействия государственных и негосударственных учреждений социальной защиты, работающих с данной категорией. Расширение сети партнерских организаций (в Петербурге и в России).

5. Разработка и реализация собственных проектов с петербургскими общественными оргнаизациями (Академия родительской культуры «Наша семья»; «Общество защиты детей и семей»; «Женский проект Санкт-Петербурга» и др.);

6. Повышение квалификации специалистов, работающих в системе социальной защиты семьи и детей, в том числе специалистов «Маленькой мамы»:

- через обучающие семинары проекта;

- через участие в мероприятиях, проводимых партнерами.

Сотрудники «Маленькой мамы» работают в группах супервизии для специалистов социальной сферы, проводимых НГО «Корчаковский центр молодежных программ «Реальный путь». Они принимали участие также в тренингах по проекту«Создание комплексной модели взаимодействия НКО и госструктур по работе с проблемой насилия в семье как основного фактора формирования противоправного поведения детей и подростков», организованных социально-юридической службой «Александра» (НГО);

7. Разработка новых форм и методов социальной работы по защите несовершеннолетних беременных и юных матерей;

8. Разработка и внедрение новых услуг для семей и детей:

- на базе женской консультации №20 Кировского района после участия ее специалистов в семинаре в феврале 2004 г. для воспитанниц «Маленькой мамы» начали проводить обучающие занятия для будущих мам. Сюда входит гимнастика, упражнения для дыхания, уход за новорожденными, даются первичные сведения по развитии младенца, проводится наблюдение за будущими мамами на протяжении всей беременности;

- тренинг «День пап» для клиентов «Маленькой мамы» — о роли мужчины в воспитании ребенка, проводился совместно с Академией родительской культуры «Наша семья»;

- занятия по педагогике и психологии семьи вместе с НГО «Общество защиты детей и семей»;

- занятия с психологом и арт-терапевтом — проект «Портативная студия» вместе с НГО «Женский проект Санкт-Петербурга»;

9. Выстраивание внутренней сети взаимодействия между организациями различных ведомств;

10. Развитие организационной культуры отделения «Маленькая мама»;

11. Разрабатывается программа по созданию социальных квартир для семей выпускниц «Маленькой мамы».

В долгосрочном плане проект оказывает положительное влияние на:

- профилактику отказов от ребенка;

- создание методического центра на базе «Маленькой мамы»;

- развитие сети партнерских организаций, оказывающих поддержку несовершеннолетним;

- увеличение количества и повышение качества оказываемых услуг;

- повышение статуса и имиджа организации как способной вести международные проекты, развивать новые формы деятельности. Деятельность, начатая в проекте, продолжится и после его окончания.

Роль Сети НГО:

• Активная поддержка сотрудничества партнеров, начиная с 1997 г., содействие организации учебных мероприятий;

• Сопровождение проекта, рекомендации по проведению внутренней оценки проекта для «Маленькой мамы». Участие в семинарах и рабочих группах, регулярные консультации руководителей и сотрудников по различным вопросам реализации проекта;

• Помощь в расширении сети участников проекта, информационная поддержка проекта через сетевой бюллетень «Инфолисток» и другие информационные каналы Сети НГО.

Опыт работы психологической службы Центра репродуктивного здоровья подростков «Ювента».

До 90-х годов прошлого века подростки приравнивались к детям, и, соответственно, их проблемами занимались исключительно педиатры. Но постепенно специалисты все больше убеждались, что подростки живут своей собственной жизнью, влюбляются, расстаются, и т.д. И часто у них бывают совсем недетские проблемы. Тема сексуальных отношений в то время была закрытой, контрацептивная культура только начала развиваться, Поэтому возникла идея психологической службы для подростков, где они смогут получить необходимые консультации как по телефону, так и в очной форме. Первый телефон доверия для подростков в нашем городе появился в 1988 году в системе детской психиатрии. В июле 1993 года появился телефон доверия «Ювента», по которому несовершеннолетние жители нашего города могут спросить о том, о чем неудобно спросить у родителей и друзей. Сегодня в городе существуют десятки телефонов доверия для несовершеннолетних. В каждом районе существуют подростковые консультации. Но в вопросах репродуктивной сферы и сексуальных отношений «Ювента» была и остается головным обучающим центром. В европейских же странах телефоны доверия для подростков существуют с 50-х годов прошлого века.

В основном в «Ювенту» обращаются девочки, которые столкнулись с проблемой незапланированной и нежелательной беременности. Молодежь мало образована в плане полового поведения, а это часть общего воспитания, идущего из семьи, которая, чаще всего, не готова разговаривать с ребенком на подобные темы. В первые годы существования центра было колоссальное количество абортов. Сейчас их на порядок меньше - 15 лет работы дают о себе знать, несмотря на то, что в школах по-прежнему нет программ полового воспитания, т.к до сих пор нет единого мнения на тему- стоит ли внедрять такие программы, или нет. Если да, то кто именно должен работать с подростками?

Как уже было сказано, в центр обращаются с уже наступившей беременностью. Задача психологов - помочь девочке принять самостоятельное, взвешенное решение относительно исхода беременности и в случае твердого отказа от рождения ребенка, сделать событие аборта наименее травматичным. Последствия аборта имеют не только физиологическую, но и психологическую природу, сказываются на глубинном психобиологическом уровне и оказывает влияние не только на здоровье женщины, но и на всю ее последующую жизнь. Биологическая сущность этой травмы обусловливает сложность её преодоления и коррекции личностных структур.

Безусловно, сексуальность является важной составляющей жизнедеятельности человека, но регулировать сексуальные отношения должно личностное «Я», его ценность. Но практика показывает, что у 90 процентов девочек, обращающихся в «Ювенту», самооценка занижена, доминирующим чувством у них является чувство вины за случившееся. Важнейшей задачей психологов является снижение интенсивности этого чувства, поскольку оно препятствует формированию и реализации конструктивного подхода к оценке и разрешению сложившейся ситуации. Сложность этой работы определяется личностной «закрытостью» многих девочек, отсутствием у них навыков рефлексии и интереса к собственному «Я».

Поводы обращений в «Ювенту» мало менялись на протяжении 15 лет. Однако изменилось качество этих обращений, их содержание, что, по мнению специалистов Центра обусловлено, с одной стороны, снижением значимости семейных ценностей, с другой – повышением уровня контрацептивной культуры подростков. Объективный результат этих процессов – заметное снижение количества абортов по сравнению с 90-ми годами ХХ века.

Наиболее распространенными сюжетами обращений на телефон доверия являются следующие:

1. Отношения с родителями, отсутствие взаимопонимания с ними, культурные барьеры, обусловленные резким изменением систем ценностей и социальных норм.

2. Отношения подростков между собой:

- «любит- не любит?»

- «мальчик хочет близости, а я не готова. Что делать?»

- взаимоотношения в классе.

3. Подростковые депрессии.

4. Неудовлетворенность своим социальным и материальным статусом, чувство зависти к более обеспеченным, ощущение несправедливости своего « ущербного» состояния.

5. Помощь в преодолении конформистских тенденций - «быть как все».

6. Заниженная самооценка девушек и их готовность к сексуальным отношениям из опасения быть отвергнутой.

7. Мальчики звонят по поводу беременности своих девушек, желая получить совет, что делать в этой ситуации.

Клиентками «Ювенты», в основном, являются 16-17-летние девушки, решившие прервать беременность. В Центр они приходят по направлениям из женских консультаций. В подростковых консультациях работают специалисты, ориентированные на подростковое сознание и реализующие в своей работе «принцип 4-х Д»: доброжелательность, доверие, доступность и добровольность.

На первичном приеме в основном задаются следующие вопросы:

- что привело девочку в «Ювенту»?

- хочет она рожать ребенка или нет?

-каково отношение социума к ее проблеме?

Разрешение на аборт не дается до беседы девочки с психологом. Перед абортом подписывают договор о том, что оповещены о последствиях операции и о возможных негативных последствиях. В день в среднем обращается 7-10 беременных девочек. Мотивы прерывания беременности сводятся, в основном, к нерешенным материальным и жилищным проблемам, общей неуверенности в завтрашнем дне, несвоевременности рождения ребенка из-за возраста девушки, неготовности к материнской роли, желанию получить образование, профессию и работу и страху перед родителями.

Психологи «Ювенты» разработали своеобразную психологическую типологию, отражающую личностный тип будущей несовершеннолетней матери.

В процентном соотношении решаются родить ребенка 5, максимум - 7 процентов девочек, но это совсем не значит, что они готовы к материнству. У них могут быть для этого разные мотивы: на сохранении ребенка настаивает мама, уговаривают подруги, девочка «гордится» своим положением будущей матери, и т.д.

Всех девушек, решивших оставить ребенка, можно разделить на 5 основных типов:

1. «Будущие домохозяйки». Это девочки, которых с детства воспитывали исключительно как жен и матерей. Они чаще всего не амбициозны, не стремятся получить образование и найти работу. Смысл своей жизни они видят в рождении и воспитании детей.

2. Девочки из неблагополучных семей, т.е те, чьи родители лишены родительских прав, или те, которые ушли в семью молодого человека, поскольку там они находят больше понимания и поддержки. Такие девочки хотят создать свою собственную семью, и окружить ребенка любовью и заботой, т.е. всем тем, чего не было в их детстве.

3. Девочки, у которых очень много родственников, и каждый из них советует ей рожать. В таких ситуациях родственники сами решают за будущих родителей, где они будут жить, на какие деньги воспитывать ребенка, где будут работать, и т.д. Здесь можно говорить о большом давлении со стороны ближайшего окружения.

4. Девочки, решившие родить из принципа, из упрямства, например, назло маме, которая категорически против родов, и настаивает на аборте. У таких девочек чаще всего достаточно сильный характер.

5. Девочки, которые хотят любым способом обратить на себя внимание. Она беременеет, и все сразу начинают говорить о ней, мама ходит с ней по врачам. Она – в центре внимания.

Специалисты «Ювенты» опровергают распространенный стереотип общественного мнения относительно того, что юные матери обычно растут в асоциальных или явно неблагополучных семьях. Чаще всего это самые обычные семьи. Родители принимают случившееся как факт. Мамы перестраивают свое отношение к дочерям, все обиды и недопонимания остаются в прошлом. Когда много родных и близких, то все они помогают. Что касается пап, то они обычно отстраняются от решения проблемы, принимая позицию жены. Очень маленький процент пап адекватно реагируют на беременность несовершеннолетней дочери.

Семьи чаще всего согласны поддерживать девочек, особенно, если они могут себе это позволить. Но бывают и конфликты, когда родители заставляют девочек делать аборты. Что касается родственников, то за все время работы психолога в «Ювенте» лишь одна девочка нашла поддержку у родной тети, которая приютила ее после бесконечных скандалов с матерью.

Существует серьезная проблема опасения стигматизации девушки и её семьи со стороны ближайшего социального окружения. Для некоторых родителей боязнь общественного осуждения является фактором формирования непримиримой позиции: они настаивают на прерывании беременности вопреки решению дочери. Особенно характерны такие опасения для родителей старшего возраста. В таком случае психологи начинают работу с родителями, пытаясь помочь им разобраться в том, кто и что для них важнее – отношение социума или собственный ребенок. Ведь если их не поймут соседи и родственники, то это не так уж и важно. Что касается девочек, то они готовы к возможному общественному осуждению, но их позиция такова: в этом нет ничего особенного. Поговорят и успокоятся. Чаще же, у них нет таких опасений. Напротив, многие гордятся тем, что они зачали ребенка раньше других, знают, как это, и какие изменения происходят в их организме. Они считают, что это престижно.

Это культурный аспект проблемы юного материнства, поскольку роль матери является традиционной ипостасью женщины, свидетельством её социальной состоятельности. Этот ролевой репертуар активно подкрепляется средствами массовой информации: анализ так называемой «женской прессы» показывает её практически однозначную направленность на формирование самодостаточности традиционных женских ролей как фактора и условия самореализации женщины. Специалисты по подростковой репродукции допускают, что в условиях ограничения возможностей адекватной самореализации, девочки-подростки воспринимают свое материнство как форму соответствия общественным ожиданиям. Таким образом, определенный элемент фетишизации материнства в российском обществе придает этой роли социозащитный смысл, особенно для тех девушек, чьи жизненные стратегии отличаются неопределенностью. К тому же, в некоторых подростковых субкультурах раннее материнство является основанием для особого уважения и авторитета девушки, а следовательно, повышения её самооценки.

Американская модель работы по профилактике подросткового материнства предусматривает развитие целевой ориентации девушек на решение проблем образования, способствующего возможности обеспечения в будущем хорошей работой. Такая ориентация может быть полезной для отнесения на более поздние сроки начало сексуальной активности или расширения практики использования противозачаточных средств. Исследуются возможности женщин на рынке труда, поскольку они оказывают воздействие на образ жизни женщин, а следовательно, и на их решение рано рожать детей.

Психологическое сопровождение будущих несовершеннолетних матерей осуществляется в «Ювенте» до рождения ребенка. В дальнейшем психологический патронаж прекращается, однако у юной мамы всегда есть возможность обратиться к специалистам по телефону доверия или очно. Типичные сюжеты таких обращений – это явления так называемой «послеродовой депрессии», когда девочка начинает ощущать свою неготовность к материнской роли, зависимость от родителей, исключенность из той жизни, которой живут большинство её сверстниц.

Выводы

Сравнительное исследование методов работы с несовершеннолетними матерями в России и за рубежом выявило принципиальные различия в концептуальных подходах к этой проблеме.

1. В России вопросы подросткового материнства не включены в число направлений государственной социальной политики. Государство не участвует в создании и развитии сетей социальной поддержки несовершеннолетних матерей, оставляя это поле деятельности общественным организациям. В США, начиная с 60-х годов ХХ века, постоянно увеличивается объем государственных средств на решение проблем матерей подросткового возраста и их детей [57]. Существует множество программ для оказания помощи матерям подросткового возраста. Только Министерство здравоохранения и социального обеспечения приняло от 100 до 1500 программ. Другие различные правительственные агентства и агентства штатов также предусматривают программы, разработанные для беременных девушек-подростков, подростков-родителей или сексуально активных подростков.

2. Феномен подросткового материнства не является в России предметом научного интереса и анализа, по крайней мере, его социальной и психологической составляющей. В США специалисты по подростковой репродукции проводят как научные исследования в этой области, так и регулярные мониторинги в подростковой среде, осуществляя тем самым контроль эффективности разнообразных государственных программ, направленных на укрепления репродуктивного здоровья подростков и снижения количества случаев подростковой беременности.

3. В России до сих пор нет образовательных и мотивационных программ, направленных на формирование у подростков навыков контроля своего сексуального поведения. Существующие программы сконцентрированы исключительно на пропаганде контрацепции, легитимизируя по умолчанию раннюю сексуальную активность. Концепция сексуального просвещения, известная в Америке как программа "Обучение воздержанию", была разработана на основании результатов исследований, показавших провоцирующую роль пропаганды контрацепции в развитии подростковой сексуальности.

4. У российских специалистов по подростковой репродукции нет однозначной оценки феномена юного материнства. Признавая негативное влияние ранних родов на организм женщины, социальную и психологическую незрелость несовершеннолетних матерей, их неготовность к эффективному выполнению материнской роли, они воздерживаются от оценки этого явления как фактора, влияющего на социальную судьбу как юной матери, так и её ребенка. Американские специалисты, признавая несомненную актуальность социальной поддержки этой категории женщин, тем не менее, рассматривают этот вид социальной работы как кризисную помощь, поскольку подростковое родительство связывается с невозможностью юных матерей закончить среднюю школу и с началом их знакомства с бедностью.

5. В Санкт-Петербурге отсутствует система работы с данной социальной группой. Специалисты Центра «Ювента» помогают девочкам в принятии взвешенного решения относительно исхода их беременности, осуществляют дородовый гинекологический и психологический патронаж, помогают справиться с эмоциональными расстройствами, преодолеть последствия стресса. На этом их функции заканчиваются.

Приют «Маленькая мама» по сути является убежищем для тех девочек, которые находятся в экстремальной ситуации: их социальные связи утрачены - это сироты, воспитанницы детских домов. Их права нарушаются, а законы в отношении их не соблюдаются. К тому же, юные матери чаще всего юридически некомпетентны и не знают своих прав и обязанностей. Но возможности этого учреждения ограниченны – временное жилье может быть предоставлено сроком на три месяца только семи юным мамам с их маленькими детьми.

Районные отделы опеки и попечительства осуществляют только работу по устройству детей несовершеннолетних родителей в случаях лишения их родительских прав.

Большинство несовершеннолетних матерей проживают вместе с ребенком в семье своих родителей. Как живут такие семьи, какова психологическая атмосфера в них, каковы ролевые и статусные позиции юной матери и её ребенка в родительской семье, что ждет такую семью в перспективе? На эти и многие другие вопросы сегодня ответа нет.

Выводы.

1. В России вопросы подросткового материнства не включены в число направлений государственной социальной политики. Государство не участвует в создании и развитии сетей социальной поддержки несовершеннолетних матерей, оставляя это поле деятельности общественным организациям.

2. Феномен подросткового материнства не является в России предметом научного интереса и анализа, по крайней мере, его социальной и психологической составляющей.

В современной отечественной науке это явление рассматривается в трех аспектах:

- как фактор негативного влияния на организм и личность юной женщины;

- как фактор девиантного материнского поведения, выражающегося в отказе матери от своего ребенка;

- как одно из негативных последствий отсутствия у подростков контрацептивной культуры сексуального поведения.

Сегодня практически нет научных публикаций, посвященных анализу актуальных ситуаций подросткового материнства.

3. В России до сих пор нет образовательных и мотивационных программ, направленных на формирование у подростков навыков контроля своего сексуального поведения. Существующие программы сконцентрированы исключительно на пропаганде контрацепции, легитимизируя по умолчанию раннюю сексуальную активность. Многие специалисты по подростковой репродукции традиционно считают одной из основных причин раннего материнства отсутствие у подростков знаний и навыков использования методов контрацепции. Однако неоднократно звучавшие упоминания о специфических личностных особенностях будущих мам, заставляют сделать вывод о том, что контрацептивная неграмотность – это только сопутствующий фактор. Главная причина, на наш взгляд, заключается в заниженной самооценке этих девочек, их неуверенности в себе, виктимной акцентуации характера, которые определяют качество их социального поведения. Неумение сказать «нет» из страха быть отвергнутой, оказаться «белой вороной» в компании сверстников, как правило, всегда имеет негативные последствия. Поэтому представляется целесообразным сместить фокус внимания образовательных программ с телесной сущности человека на личностную, с пропаганды контрацепции на формирование позитивной «Я-концепции», с обучения «безопасному сексу», на развитие навыков коммуникативной компетентности, конструктивной рефлексии и выстраивания адекватной жизненной стратегии.

Для определенной части девушек, отличающихся низкой самооценкой, рождение ребенка является фактором, существенно повышающим их статус в подростковой среде и, там самым, способствующим росту самооценки. Таким образом, ребенок в данном случае является не целью, а средством, эффект действия которого может быть весьма непродолжительным. Эти девушки не стремятся стать матерью, а хотят лишь получить «средство», повышающее их престиж. Это явление во многом связано с культурной традицией восприятия материнства как единственного способа самореализации женщины и выполнения ею своего долга перед обществом.

4. У российских специалистов по подростковой репродукции нет однозначной оценки феномена юного материнства. Признавая негативное влияние ранних родов на организм и личность женщины, социальную и психологическую незрелость несовершеннолетних матерей, их неготовность к эффективному выполнению материнской роли, они воздерживаются от оценки этого явления как фактора, влияющего на социальную судьбу как юной матери, так и её ребенка. Тем не менее, никто из них не поддерживают точку зрения на подростковое материнство как на потенциал демографического развития страны.

5. В Санкт-Петербурге отсутствует система работы с данной социальной группой. Специалисты Центра «Ювента» помогают девочкам в принятии взвешенного решения относительно исхода их беременности, осуществляют дородовый гинекологический и психологический патронаж, помогают справиться с эмоциональными расстройствами, преодолеть последствия стресса. На этом их функции заканчиваются.

Приют «Маленькая мама» по сути является убежищем для тех девочек, которые находятся в экстремальной ситуации: их социальные связи утрачены - это сироты, воспитанницы детских домов. Их права нарушаются, а законы в отношении их не соблюдаются. Но возможности этого учреждения ограниченны – временное жилье может быть предоставлено сроком на три месяца только семи юным мамам с их маленькими детьми.

Районные отделы опеки и попечительства осуществляют только работу по устройству детей несовершеннолетних родителей в случаях лишения их родительских прав.

Рекомендации.

1. Результаты дипломного исследования свидетельствуют о необходимости разработки и внедрения серии адресных программ социальной поддержки юных матерей и в целом подростковых семей. Такие программы должны быть направлены на решение целого комплекса сложных жизненных ситуаций, основными из которых представляются:

- жилищно-бытовые и/или экономические трудности;

- незавершенность образования и профессионального обучения;

- отсутствие навыков, необходимых для эффективного ухода за ребенком;

- ролевая дезадаптация, обусловленная пограничностью социального статуса несовершеннолетней матери;

- неблагоприятный психологический климат в родительской семье, существование психологических барьеров, препятствующих продуктивному общению членов семьи;

- негативные эмоциональные состояния несовершеннолетних матерей, вызванные страхом будущего.

При разработке таких программ должно быть предусмотрено участие медицинских работников, педагогов, специалистов по социальной работе. Социальная помощь должна осуществляться как на индивидуальном уровне, так и непосредственно в семье юной мамы среди её ближайшего окружения. Интегрированные программы - важная основа развития медико-социальной помощи юным матерям.

2. Создание подростковых центров "Юная мать", основными задачами которых должна стать социальная и психологическая реабилитация юных матерей восстановление нарушенных детско-родительских отношений. Такие центры должны осуществлять:

- социальную, педагогическую, юридическую, психологическую, медицинскую помощь молодым мамам и их семьям;

- помощь в продолжении общего или профессионального образования юных матерей, а также помощь в трудоустройстве:

- различные виды материальной поддержки несовершеннолетних матерей, в том числе, гуманитарную помощь, поступающую от зарубежных партнерских организаций.

- содействие в организации групп взаимопомощи юных матерей.

3. Создание научно-методических отделов в центрах подростковой репродукции, задачами которых должны стать:

- систематическое осуществление статистических, социологических и психологических исследований феномена юного материнства;

- разработка, апробация и внедрение социальных и психокоррекционных технологий, ориентированных на адаптацию юных матерей в социуме и формирование адекватной статусной и личностной идентичности.

4. Внедрение в школах мотивационных и образовательных программ, направленных на формирование у подростков навыков контроля своего сексуального поведения. Большинство осуществляемых в последние годы программ полового воспитания и валеологии представляют собой варианты бихевиористской модели полового образования и фактически направлены на формирование внесупружеских установок на «безопасный секс». Представляется целесообразным:

- введение в программы школьного образования курсов «Психология чувств и эмоций»;

- акцентирование внимания на человеческих отношениях, в том числе на отношениях мужчины и женщины при изучении включенных в школьную программу литературных произведений;

- разработка специального учебного курса, посвященного СМИ и направленного на формирование критического отношения к образцам поведения, культивируемым массовой культурой;

- разработка школьного учебного курса «Семьеведение», включающего темы семьи, семейных отношений, супружества, родительства и родства, как в историческом, так и в актуальном аспекте.

**Заключение**

Проблема юного материнства в последние десятилетия становится все более актуальной. Это связанно с ростом сексуальной активности подростков, ведущим к возрастанию количества непланируемых беременностей и родов у девушек-подростков. Маленьких мам стало больше после так называемой «сексуальной революции», пик которой пришелся у нас на 1994-1995 гг. В настоящий момент это единственная группа женщин, в которой отмечается увеличение рождаемости. Показатель плодовитости женщин моложе 20 лет с каждым годом постоянно увеличивается. Ежегодно регистрируется около 1,5 тысяч рождений у матерей в возрасте 15 лет, 9 тысяч -16 лет, 30 тысяч - в возрасте 17 лет.

Физиологическая и психологическая неготовность юных матерей к вынашиванию беременности сопровождается высоким числом осложнений беременности и родов, рождению недоношенных, больных младенцев. Почти для трети юных матерей их материнство является столь нежеланным, что они во время беременности совершают криминальные попытки к ее прерыванию. Возрастание числа юных матерей приводит к увеличению отказов их от своих детей. До 15% новорожденных, оставленных в родильных домах, - это дети девушек-подростков. Примерно такое же количество младенцев, рожденных юными мамами, временно содержатся в домах ребенка в связи с неспособностью матери выполнять свои материнские обязанности.

Беременность девочек-подростков является причиной тяжелых конфликтов в семье. Почти треть родителей отрицательно относятся к подростковой беременности вообще и к беременности своих юных дочерей – в частности. Многие из них настаивают на прерывании беременности, ссылаясь на то, что девочке в таком возрасте надо получать образование, а не воспитывать детей.

До сих пор матери-подростки не выделяются в отдельную категорию социально незащищенных представителей населения, они никогда не выступали и не выступают в качестве объекта специального внимания с целью поддержки и реабилитации со стороны государственных органов. Если же юная мать решает оставить ребенка, то у неё возникает большое количество проблем – во-первых, это трудности жилищного и материального характера, во-вторых, невозможность совмещения ухода за ребенком с продолжением учебы, в-третьих, серьезные ограничения в возможности трудоустройства в связи с отсутствием специальности и опыта трудовой деятельности. Многих девочки после рождения ребенка не выдерживают такой нагрузки, что в дальнейшем может привести к ранней алкоголизации, наркомании и деформации развития личности.

В зарубежных странах изучению контрацептивного и репродуктивного поведения юных матерей посвящено большое количество исследований, согласно которым семьи юных матерей относятся к крайне неблагополучным и включены в группу медико-социального риска. Юная девушка, став матерью, меняет многие позиции своей статусной системы. Наблюдается тенденция к нисходящей социальной мобильности, когда все статусные позиции юной женщины ухудшаются. Однако по нашему мнению, их нельзя рассматривать как единую неблагополучную совокупность на основании одного только факта рождения ребенка у несовершеннолетней матери.

Можно утверждать, что само по себе несовершеннолетнее материнство не может исключительно квалифицироваться как проблема. Не возраст сам по себе, а маргинальность социальной среды не позволяет молодой маме социально адаптироваться и выработать для себя, а значит и для будущего ребенка положительный жизненный сценарий. Без поддержки государственных и общественных структур молодые мамы не смогут самостоятельно помочь себе в решении многих проблем, которые встают перед ними.

**Список литературы**

1. Аборты в России. Население и общество. Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека ИНП РАН. № 48.2000.
2. Абросимова З.Б., Адамчук Д.В., Баранова Е.В. Сексуальное поведение в подростковой среде//Начальная школа плюс до и после. 2004 № 3
3. Антонова Л. Психологический механизм формирования готовности старших школьников к созданию семьи//Совр. гуманит. исслед. 2006 № 1\*
4. Баженова О.В., Баз Л.Л., Копыл О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка.//Синапс – 1993 № 4
5. Балашов П.П., Гарганов С.В. Расстройства психосоциального поведения девочек- подростков в современных условиях (клинический и социальный аспекты) //Росс.психиатр.журн. 2001 № 2.
6. Батуев А. Психофизиологические основы доминанты материнства//Валеология 2003 № 4
7. Белограй К. Оценочный компонент материнского отношения//Вестн.Кемеровского гос. ун-та 2005 № 2
8. Брутман В., Радионова Т. Нежеланная беременность как фактор риска психической патологии ребенка.//Актуальные вопросы детской неврологии. Томск, 1992.
9. Волкова Е. Кто в Москве занимается проблемами несовершеннолетних матерей: социальному педагогу//Воспитание школьников 2006 № 6
10. Голод С И. XX век и тенденции сексуальных отношений в России. СПб.: Алетея, 1996.
11. Голод С.И. Российские сексуальные стандарты и их трансформации (вторая половина ХХ столетия).//Журн.социологии и социальной антропологии – 2000 № 2.
12. Голод СИ. Сексуальная эмансипация женщин и проблема другого // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. Том 2. № 2.
13. Гурко Т.А. Добрачная беременность как фактор формирования и дестабилизации молодой семьи //Тез.докл. Всесоюз. науч.-практич. конф. в г. Тбилиси "Планирование семьи и национальные традиции".Тбилиси, ноябрь. 1988
14. Гурко Т.А. Родительство в изменяющихся социокультурных условиях //СИ 1997 № 1
15. Гурко Т.А. Сексуальные отношения, материнство и супружество несовершеннолетних// Социс 2002 № 11
16. Демографический ежегодник России: Стат. Сб. / Госкомстат России. М., 2001. 11.
17. Денисенко Н., Дала Зуанна Ж-П. Сексуальное поведение российской молодежи.//СИ 2001 № Кон И.С. Подростковая сексуальность на пороге XXI века. Дубна: Феникс
18. Денисенко Н., Дала Зуанна Ж-П. Сексуальное поведение российской молодежи.//СИ 2001 № 2.
19. Добряков И. Перинатальные аспекты психологии и психотерапии семьи//Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная терапия. – СПб., 2003.
20. Дозорцева Е.Г. Психологические аспекты психосексуального здоровья девочек-подростков //Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. М., 1996.
21. Дозорцева Е. и др. Психосексуальное здоровье девочек-подростков: комплексный мультидисциплинарный подход //Росс.психиатр.журн.2002 №2.
22. Захаров С.В. Рождаемость и планирование семьи // Население России 1997. Пятый ежегодный демографический доклад. М., 1998.
23. Здоровая молодежь – здоровое общество/Под ред. Симбирцевой Л.И. – СПб., 2005.
24. Исупова О. Социальный смысл материнства в современной России. //СИ – 2000 №11.
25. Кампания за достижение равенства между мужчинами и женщинами и улучшение положения женщин. Представительство ООН в Республике Беларусь. Информационный Центр ООН в Москве, 2001.
26. Каткова И.П., Лебединская О.И. Медико-социальные проблемы юного материнства. М., 1992Яковлева Г.В. Охрана прав незамужних женщин. Минск, 1978.
27. Кон И.С. В поисках себя: личность и её самосознание. М., 1994.
28. Кон И.С. Подростковая сексуальность на пороге ХХI века. Социально-педагогический анализ. Дубна, 2001
29. Ляхина Л. Формирование культуры сексуального здоровья//Специалист 2005 № 7
30. Медико-социальные аспекты сексуального и репродуктивного поведения молодежи.//Проблемы соц.гигиены, здравоохранения и история медицины. 1997 №1.
31. Медико-социальные проблемы беременных в юном возрасте.//Пробл.соц.гигиены, здравоохранение и история медицины. – 1997 № 3.
32. Мещерякова С. Психологическая готовность к материнству.//ВП 2000№5.
33. О проблемах рождаемости в современной России: беседа с председателем Комитета Госдумы по охране здоровья населения Т.Яковлевой//Финансовый контроль 2005 № 6
34. Панкратова Н. Социальный и биологический аспекты родительства//СИ – 2006 № 10
35. Поздеева Т. Современные студентки: оценка и формирование самоохранительного репродуктивного поведения//Нижегородский мед. журн. – 2006 № 1.
36. Подростковая сексуальность.//Вестн.психосоц. и коррекцион.работы – 1998 № 1.
37. Подросток – наше будущее//Материалы постоянно действующего семинара – СПб., 2005-2006.
38. Резер Т. Медико-социальные подходы в организации полового воспитания и сексуального образования//СИ – 2003 № 1.
39. Резникова Т. Контрацептивное поведение молодежи//СИ – 2003 № 1; 2.;
40. Сексуальная революция: двойной стандарт.//СИ 2000 № 9
41. Семейный Кодекс Российской Федерации. 4-е издание. М.: Ось-89, 2000.
42. Семья и проблемы юного материнства.//Пробл.соц.гигиены,здравоохранение и история медицины. – 1996 № 2.
43. Смирнова Е. Феноменология родительства в молодых семьях//Психология зрелости и старения 2005 № 1.
44. Сравнительный анализ двух моделей полового просвещения американских школьников//Актуальные проблемы российского образования. Материалы VI Международных Рождественских образовательных чтений. М., 2000.
45. Собкин В.С. и др. Сексуальное поведение в период подростничества: социально-психологические аспекты//Вопр.психического здоровья детей и подростков. 2004 №№ 1, 2.
46. Собкин B.C., Абросимова З.Б., Адамчук Д.В., Баранова Е.В. Проявления девиации в подростковой субкультуре//Вопросы психологии 2004 № 3
47. Социальная поддержка репродукции как фактор национальной безопасности //Национальные интересы: приоритеты и безопасность – 2006 № 4.
48. Тетерский СВ. "Введение в социальную работу". М.:Академический проект, 2002.
49. Федеральный закон РФ от 28.12.01. (№181-ФЗ)
50. Трудовой Кодекс Российской Федерации. М.: Ось-89, 2002
51. Филиппова Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии.//Вопр.психол. – 2001 № 1
52. Филиппова Г.Г. Психологические особенности ранней беременности и их влияние на развитие репродуктивного поведения//Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. М., 1995
53. Челышева Н.А. Семейная деструкция: факторы формирования и пути преодоления//Проблемы социальной работы.СПб., 2003. Энциклопедия социальной работы.: Т. 2. Пер.с англ. М., 1994.
54. Энциклопедия социальной работы.: Т. 2. Пер.с англ. М., 1994.
55. Яковлева Г.В. Охрана прав незамужних женщин. Минск, 1978.
56. Янк К. Опасность ранних сексуальных отношений для психического развития и будущей жизни в браке//Вопр.психол. 2006 № 4
57. Ambert A. Families in the New Millennium. “Allyn and Bacon” 2001
58. Baldwin W.(1981). Adolescent Pregnansy and Childbearing: An Overview. - Seminare in Perinatologi, 5(1), 1-8., Moore K.A., Burt M.R. (1982). Private Crisis, Public Cost: Policy Perspectives on Teenage Childbearing. Wash., D.C.: Urban Institute.
59. Undy J.R. Hormonal and social determinants of adolescence sexual initiation. // Adolescence and Puberty (Eds.Bancroft J. And Reinisch J.) N.Y. Oxford University Press. 1990.
60. Vannappagari V., Ryder R. Monitoring Sexual Behavior in the Russian Federation. Preprint. 2002
61. Websdale N., Shesney-Lind M. Doing Violence to Women // Masculinities and Violence (Ed. L.H. Bowker).SAGE Publ., Inc., 1998.
62. Websdale N., Shesney-Lind M. Doing Violence to Women // In Masculinities and Violence (Ed. L.H.Bowker). SAGE Publ., Inc., 1998
63. http//monax.ru/medicine (Репродуктивное поведение женщины)
64. http//www.actuaries.ru (Конференции/Демографическое развитие и его социально- экономические последствия/О необходимости социальной поддержки юных матерей)
65. http//www.yandex.ru/ (Абрамова Е.А. "Исследование возможности адаптации матерей-подростков в современных условиях". На примере Алтайского края).
66. http//www.yandex.ru/ (Права человека-2000-Санкт-Петербург и Ленинградская область. Материалы семинара: Журналисты против СПИДа// Санкт-Петербургские ведомости. 2000г. 206.)