

З.А. Шкіряк-Нижник
Е.І. Непочатова



ДІВЧИНКА-
ДІВЧИНА-
ЖІНКА-
МАТИ

Товариство «Знання» Української РСР

З.А.Шкіряк-Нижник
Е.І.Непочатова



ДІВЧИНКА-
ДІВЧИНА-
ЖІНКА-
МАТИ

Товариство «Знання» Української РСР

**Шкіряк-Нижник З. А.,
Непочатова Е. І.**

**ДІВЧИНКА - ДІВЧИНА -
ЖІНКА - МАТИ**

Для окремої людини і для суспільства життя становить абсолютну, безмірну і незрівнянну цінність, оскільки кожна людина своїми винятковими та індивідуальними якостями незамінна. Здоров'я людини з її фізичним та душевним комфортом є основною передумовою для наповнення щастям та творчістю життя кожної окремої особистості, а, значить, тим самим, і всього суспільства. Сьогодні визнано вже безсумнівним, що здоров'я формується з перших хвилин зародження нового життя, що надзвичайне значення для фізичної і духовної повноцінності та творчої продуктивності дорослої людини відіграє рівень її здоров'я в дитинстві, що готовність виконати одне з найсвятіших та відповідальніших призначень людини — відтворити своє потомство, продовжити свій рід, також закладається з дитячих років.

Боротьба за здоровий гармонійний розвиток дітей та юнацтва не даремно є важливою сферою уваги та діяльності сучасного гуманного суспільства. Без глибокого осмислення кожним її членом ролі охорони репродуктивного здоров'я для забезпечення динамічного та стабільного підвищення рівня здоров'я нації подальший прогрес цивілізації неможливий, бо з хворих і немічних дітей не може вирости продуктивний і творчий народ.

Особливої уваги заслуговує охорона репродуктивного здоров'я дівчинки, бо саме їй випала щаслива доля пізнання материнства, народження продовжувача роду. Ось чому ґрунтовна профілактична робота серед населення тут є особливо необхідною і корисною. Вона дає плідні результати і здатна значно знизити рівень тих порушень в організмі, які потім стають перепоною на шляху материнства. Серед форм спеціалізованої допомоги дівчаткам та дівчатам значне місце займає санітарно-освітня просвітницька робота, що проводиться в колі учнів, батьків, вчителів.

У бесідах з вихователями, педагогами, батьками слід обов'язково підкреслити їх роль в забезпеченні умов для правильного розвитку дитини, починаючи з ясельного віку. Лаконічно, але переконливо слід познайомити аудиторію зацікавлених слухачів з анатомічними та фізіологічними особливостями організму жінки в її різні вікові періоди життя, з необхідними умовами здорової поведінки, особистої гігієни.

Детального висвітлення потребують особливості статевого становлення, треба акцентувати увагу на значній психоемоційній та

соматичній лабільності, вразливості та неврівноваженості дітей та підлітків.

Серйозної уваги заслуговує питання статевого виховання, особливо в період, коли проходить становлення та закріплення функцій репродуктивної системи жіночого організму (10–16 років). В ранньому шкільному віці дівчаток навчають нормам особистої гігієни, з залученням до цього матерів. Рекомендується на початку проводити догляд за зовнішніми статевими органами дівчинки під контролем матерів або вихователів дитячих садків, а далі — самостійно. В 4—5-х класах школярам розповідають про особливості будови їх організму, про суть статевих функцій, зокрема менструацій, про гігієнічні вимоги до здоров'я під час менструацій. Важливим є роз'яснення ролі фізичної культури, рухової активності в правильному формуванні організму, психологічно-емоційної врівноваженості для нормального гормонального фону, ролі способу життя та характеру харчування здорової людини.

Дівчат старших класів знайомлять із суттю дітонародження, із аргументами, що свідчать про шкідливість раннього статевого життя, про можливість захворювання венеричними хворобами та умовами їх запобігання, знайомлять з основними гінекологічними захворюваннями, які значною мірою впливають на благополуччя материнства в майбутньому. Розкривають дивовижну силу прекрасного світу кохання, роль моралі у відносинах закоханих, готують до правильного виховання сексуальної поведінки.

Ця робота повинна вестись в дуже довірливій обстановці ерудованими фахівцями.

ФОРМУВАННЯ І БУДОВА СТАТЕВИХ ОРГАНІВ ДІВЧИНИ

Формування статевих органів дівчинки розпочинається задовго до її народження і проходить складний шлях за весь період дитинства, особливо під час статевого дозрівання.

Організм дитини розвивається з однієї заплідненої статевої клітини. Відразу ж після запліднення статеві клітини починає енергійно поділятися на багато клітинок. Із скупчення цих клітинок у визначеній послідовності починають формуватися органи майбутньої дитини. У перші тижні розвитку зародка формуються серце, легені, мозок, кишечник, хребет і очні яблука. У цей же час, поряд з іншими органами, починається формування і статевих органів.

У зародка жіночої статі цей процес перебігає так: по обидва боки від майбутнього хребта утворюються дві товсті нитки (Мюллерові смуги). На другому місяці вагітності вони починають зливатися одна з одною в середніх та нижніх відділах, формуючи єдиний орган — матку з піхвою. Верхні відділи ниток так і залишаються парними, вони не зливаються разом і утворюють дві маткові (фалопієві) труби (яйцеводи). Найважливіший орган жіночого статевого апарату — статеві залози — (яєчники) з самого початку функціонування зародка утворюються з двох боків від середньої лінії і цей орган завжди буває парним.

Таким чином, коли завершується формування статевого апарату майбутньої дівчинки, він складається із однієї піхви, однієї матки, двох фалопієвих труб і двох яєчників.

Так протікає цей процес за нормальних обставин.

Однак бувають випадки, коли формування і розвиток статевого апарату порушуються, процес злиття Мюллерових смуг не настає і тоді матка та піхва можуть залишатися парними органами. Дівчинка народжується з правильно побудованими, нормальними і сформованими внутрішніми органами, тільки в статевих органах мають місце аномалії, тобто в цьому важливому репродуктивному апараті сталася затримка розвитку. Така дівчинка залишиться на все життя з серйозним статевим дефектом — а саме, з подвійною, або двороговою маткою. Це спостерігається, на щастя, не часто, переважно за умов неблагонадійної спадковості, впливу цілого ряду негативних екологічних та виробничих факторів, захворювань вагітної в ранні строки вагітності, зловживань алкоголем, злісного куріння.

Значно частіше спостерігається інша форма недорозвинення жіночого статевого апарату — «дитяча» матка. Тут слід підкреслити, що розвиток статевих органів продовжується і після народження дівчинки, але цей процес тепер уже відбувається дуже повільно. Під впливом різних негативних факторів навколишнього середовища, а також захворювань новонародженої дитини процес подальшого розвитку статевих органів може значно гальмуватися або припинитися на якийсь період. В таких випадках у дівчинки на все життя залишиться «дитяча» матка, незважаючи на те, що весь її організм, всі інші системи розвиватимуться нормально.

Переважно до появи менструацій недорозвинення статевого апарату нічим не проявляється і дівчинка не має жодних скарг. Але саме недорозвинення статевого апарату є однією з найчастіших причин запізненого наступання вагітності (через 3–5 років після початку регулярного статевого життя), безпліддя жінки, виникнення позаматкової вагітності, а також причиною затримки розвитку плоду у такої вагітної, народження нею дитини з низькою (менше ніж 2,5 кг), а то й дуже низькою (менш ніж 1,5 кг) вагою.

Слід бути обізнаними і в послідовності появи вторинних статевих ознак. Сучасна медицина орієнтує на шкалу Л. Уілкінса (1963 р.):

9—10 років — ріст кісток мидниці, ріст сосків молочних залоз, округлення сідниць.

10—11 » — початок росту молочних залоз, ріст волосся на лобку.

11—12 » — зміна (потовщення) епітелію піхви, ріст зовнішніх та внутрішніх статевих органів.

12—13 » — поява пігментації сосків, подальше збільшення молочних залоз, поява менструації.

13—14 » — ріст волосистості під пахвами, становлення менструальної функції.

14—16 » — поява на обличчі вугрів, мутація голосу, його пониження.

16—17 » — зупинка росту скелета.

Таким чином, процес статевого дозрівання відбувається поетапно. Поява статевих ознак, вторинних статевих маркерів пов'язана з удосконаленням, включенням та активацією певних компонентів регуляторних механізмів, зокрема функцій центральної нервової системи та ряду ендокринних залоз, що продукують гормони.

На функційний стан залоз внутрішньої секреції значно впливає забезпеченість організму дівчинки різними мікроелементами. Тому дефіцит заліза, йоду, кобальту, цинку та міді, особливо в період статевого дозрівання, може призвести до порушень функції статевої системи, порушень репродукції. Ось чому так важливе для правильного статевого розвитку дівчинки повноцінне різноманітне харчування з високим вмістом в харчовому раціоні свіжих овочів, фруктів та свіжих молочних продуктів.

Дуже важливий достатній рівень в організмі залізомістких ферментів, необхідних для утворення в печінці біологічно активних речовин, які забезпечують синтез жіночих статевих гормонів — естрогенів, що підтримують правильну функцію яєчників. Звідси з раннього дитинства у дівчаток слід особливо запобігати розлад діяльності печінки (дисфункційні маткові кровотечі у дівчат-підлітків нерідко супроводжуються захворюваннями печінки, які перебігають з порушенням ферментних систем, білкового, вітамінного обміну та компонентів, що забезпечують скипання крові). Тут доцільно відмітити, що в генезі підліткових ювенільних кровотеч важливу роль можуть відігравати алергічні та інфекційно-алергічні хвороби. Гострі та хронічні інфекційні захворювання, що мають місце з ранньому дитинстві та пубертантному віці, значно знижують адаптаційні можливості організму, можуть самостійно зумовити розлад діяльності спадкових несприятливих чинників.

Матері, які виховують дівчинку, повинні знати багато, щоб допомогти їй стати здоровою, міцною та здатною в майбутньому бути повноцінною жінкою, дружиною, матір'ю, здатною будувати своє щастя. Потрібна в цій справі також участь всіх членів сім'ї, рідних, близьких, персоналу дошкільних та шкільних закладів, спортивних та численних громадських організацій, з якими пов'язане життя дівчини.

Щоб правильно розуміти суть жіночого організму, слід орієнтуватися в питаннях фізіологічних та анатомічних особливостей формування дівчинки.

Статеві органи складаються з зовнішніх та внутрішніх. До зовнішніх відносяться лоно, великі та малі статеві губи, клітор та дівоча пліва.

Лоно — це підвищення в нижній частині черевної стінки з вираженою підшкірною жировою клітчаткою. В період статевого

дозрівання воно вкривається волоссям.

Великі статеві губи — це дві шкіряні складки, що йдуть вниз від лона. В їх товщині знаходяться так звані бартолінієві залози, що продукують слизові прозорі виділення, які зволожують статеву щілину.

У верхньому куті статевої щілини знаходиться клітор, що має вигляд невеликого горбика, від якого донизу ідуть дві ніжні складки, покриті тонкою шкірою — малі статеві губи.

Поруч з клітором, дещо нижче нього, розташований отвір сечовивідного каналу, довжина якого 3–4 см. Треба пам'ятати, що при порушенні гігієни тіла з зовнішніх статевих органів в цей отвір проникають різні мікроби, які в подальшому можуть розповсюдитись в сечовід, сечовий міхур та навіть нирки і викликати різні запальні процеси.

Малі статеві губи та клітор дуже багаті на кровоносні судини і нервові закінчення.

Між малими статевими губами, дещо нижче отвору сечовивідного каналу, знаходиться вхід до піхви, який у дівчаток закритий тонкою перепонкою — дівочою плівою (гіменом). Вона має один або кілька отворів, через які виділяється менструальна кров, а також безліч дрібних кровоносних судин і нервових закінчень. При першому в житті статевому акті дівоча пліва надривається і виникає незначна кровотеча, яка швидко припиняється. При цьому відчувається легкий біль. Слід сказати, що іноді дівоча пліва буває дуже еластичною, добре і досить легко розтягується при перших статевих актах, а тому надривів, а значить і кров'яних виділень може не бути.

До внутрішніх статевих органів належать піхва, матка та її придатки (маткові труби і яєчники). Ці органи розташовані в малій мидниці, що утворена двома мидничними, хрестцевою та копчиковою кістками.

Піхва — це продовгувата трубка 8—10 см. Стінка її вистелена слизовою оболонкою. У піхві дівчаток до настання статевої зрілості реакція середовища лужна, що сприяє розвитку в ній різних запальних процесів, особливо при ранніх статевих зв'язках.

У піхві дівчинки, яка досягла віку статевої зрілості, як і в піхві жінки, постійно знаходиться так звана паличка Дедерлейна — це патогенна мікробна флора, яка виділяє молочну кислоту, що, як відомо, вбиває хвороботворні мікроорганізми, які потрапляють в статеві

органи з навколишнього середовища. У такий спосіб природа сама захищає статеві органи дорослої жінки від захворювань і зумовлює певний період, коли вже можливі без шкоди для здоров'я статеві контакти. Але слід пам'ятати, що до настання статевої зрілості слизова піхви особливо чутлива до зовнішніх чинників, які можуть зумовити запальний процес. Отже, особиста гігієна — надзвичайно важливий засіб його попередження.

Матка має грушовидну форму з трикутною порожниною та м'язовими стінками, при скороченні яких виштовхується менструальна кров, а під час пологів — плід. Матка складається з двох частин — тіла та шийки. Тіло матки у жінки має довжину 7–8 см, ширину 4–5 см, товщину — 2–3 см. Шийка коротша. У дівчаток матка невеликого розміру і має деякі особливості будови: шийка її по відношенню до величини тіла матки значно довша, ніж у жінки.

З 15–16 років матка починає збільшуватись в об'ємі, змінює форму, яка наближається до розмірів та конфігурації матки дорослої жінки. У дівчаток з 11–12-річного віку в слизовій оболонці матки з'являється велика кількість залоз. Залози шийкового каналу виділяють слиз, який утворює так звану слизову пробку, що закриває канал шийки матки, і таким чином перешкоджає прониканню мікробів у її порожнину. Від дна матки з обох боків, як вже йшлося вище, відходять маткові (фаллопієві) труби, довжиною 10–12 см кожна. У дівчаток труби звивасті, з дуже вузьким просвітом. В 14–15 років вони вирівнюються, просвіт їх стає ширшим. Частина труби, що відходить від кута матки вузька: її діаметр відповідає товщині кінського волосу; другий кінець труби має воронкоподібне розширення, спрямоване до яєчника, М'язева стінка труби, скорочуючись, проштовхує з яєчника яйцеклітину (жіночу статеву клітину), що потрапила в її просвіт. Просуванню останньої в порожнину матки сприяє також коливання вій епітелію, який вистилає просвіт труби. Через фаллопієві труби, матку та піхву черевна порожнина сполучається з зовнішнім середовищем.

З обох сторін матки, біля розширених кінців маткових труб знаходяться яєчники. За формою вони нагадують невеличкі сливки, вага яких на час статевої зрілості досягає 7–8 грамів. Яєчники виділяють жіночі статеві гормони. У дівчаток раннього віку функція яєчників незначна, рівень гормональної (статевої) активності низький. З розвитком організму наростає продукція гормонів, які з 8–10-

річного віку відчутно впливають на ріст статевих органів, розвиток вторинних статевих ознак. Важливою функцією яєчників є те, що саме в них визрівають статеві клітини — яйцеклітини.

Період статевого дозрівання — важливий життєвий етап

У восьмирічному віці будова тіла дівчинки помітно починає відрізнятися від хлопчика. Стегна стають дедалі товщі, ширші, в них збільшується підшкірна жирова тканина. Трохи пізніше — в 9—10 років — жирова тканина дещо збільшується і в грудях. Плечі стають пологими; плечовий пояс у дівчат — вужчий, ніж у хлопців. Грудні залози починають оформлюватися в 11 років; в цей же період з'являється волосистість в області зовнішніх статевих органів та під пахвами.

З 12–13 років настає період, який прийнято називати статевим дозріванням. В цей час значно збільшуються вага, зріст, усі органи і системи. Різкі зміни настають і в статевих органах. Жіночі статеві залози — яєчники — збільшуються у розмірах, починають дуже великий вплив на формування організму дівчинки. Матка, що важила при народженні дівчинки близько двох грамів і до періоду статевого дозрівання збільшилась фактично дуже мало, тепер досягає 15—18 грамів; змінюється і її форма — наближається до форми жіночої матки. Найбільш точною ознакою статевого дозрівання є поява менструації, яка настає в середньому у 12—14 років (раніше 10-ти або ж пізніше 17-річного віку — вважається ненормальним). В обох випадках слід звернутися до лікаря (іноді ранні місячні свідчать про пухлину яєчників, а запізнілі — про недорозвинення статевих органів).

На час появи менструального циклу, як і на весь процес статевого дозрівання, впливає цілий ряд причин і умов: неповноцінне нераціональне харчування, екологічні, в тому числі кліматичні, умови, перенесені захворювання, спадкові особливості тощо.

Що ж таке менструація!

В яєчниках є велика кількість дрібних скупчень клітин, які називають фолікулами. В них визрівають яйцеклітини.

У дорослої дівчини щомісяця в правому або лівому яєчнику визріває один фолікул, в якому починає збиратися рідина, фолікул збільшується в об'ємі, стінки його розтягуються, аж поки він не лопається. Яйцеклітина разом із рідиною випорскується з яєчника, потрапляє у фалопієву трубу і починає пересуватися до матки. Момент розриву фолікула і виходу з нього яйцеклітини називають овуляцією. Цей процес відбувається в середині менструального циклу, тобто на 11—14 день, рахуючи з першого дня закінчення попередньої менструації. Треба пам'ятати, що саме ці дні найбільш сприятливі і вірогідні для запліднення (для тих, хто вагітності хоче уникнути, ці дні, навпаки, найнебезпечніші, якщо не вживати застережних заходів).

На місці фолікула, що розірвався, виникає невеликий крововилив і утворюється так зване жовте тіло. Яйцеклітина ж, виштовхнута з яєчника під час овуляції, може бути запліднена, якщо жінка має статеві стосунки.

Запліднення, тобто злиття жіночої та чоловічої статевих клітин проходить у фалопієвій трубі на шляху просування яйцеклітини до матки. І якщо запліднення відбулося, то яйцеклітина продовжує свій шлях по трубі до матки, який триває 4–6 днів. За цей час запліднена яйцеклітина споживає речовини, зокрема глікоген, піровиноградну кислоту, що виділяються через трубний секрет, і, таким чином, ніби набирає силу. Процес цей називають капацитацією; це дуже важливий період найбільш раннього початкового існування нового життя, який багато в чому визначає подальший розвиток плоду. Залежить капацитація від стану статевої системи, від активності секреції маткових труб і вмісту в її секреті тих поживних елементів, які споживає запліднене яйце.

В слизовій оболонці матки також відбуваються циклічні зміни. Перед початком менструацій слизова оболонка матки набухає, збільшується секреція її залоз і кровонаповнення. Матковий секрет дуже багатий на білки та різні ферменти, що в разі запліднення теж важливе для зародка. На 6—8-й день запліднена яйцеклітина торкається внутрішнього шару матки — ендометрію, що

підготовлений до цієї зустрічі рясним розростанням мілких судин, і заглиблюється у нього. Цей момент називають імплантацією, і він означає, що настала вагітність.

Якщо ж запліднення не відбулося, то яйцеклітина гине, поверхневий шар слизової оболонки матки (ендометрію) виторгнується, судини розриваються і виникає кровотеча. Після цього слизова оболонка відновлюється, далі знову поступово починає рясніти, розростатися, збагачуватися мережею капілярів і так до наступної менструації.

Інтервал від першого дня появи кров'яних виділень із статевих органів, тобто менструації, до першого дня наступної менструації називають менструальним циклом. Найчастіше він триває 28 днів, рідше — 21–26—30 днів. Такі варіанти циклу вважаються нормальними. Більш короткі або подовжені цикли потребують обстеження дівчини та поради лікаря. Менструації переважно тривають 3–4 дні. Середня кількість крововтрати індивідуальна і складає від 50 до 150 мл.

У деяких випадках після першої в житті менструації встановлюється нормальний менструальний цикл. Значно частіше перші кілька менструацій настають через різні невизначені проміжки часу (в два, три і більше місяців). Регулярний тип менструального циклу може встановлюватися навіть протягом року. І цей період для дівчини — незвичайний: важче дається навчання, концентрування уваги на якомусь занятті, відчувається стан тривоги, іноді необґрунтований страх, втома. Часто у цей період скніє внизу живота, з'являється біль у попереку, змінюється настрій, виникає дратівливість або легка депресія тощо. Всі ці зміни тимчасові і зумовлені особливостями змін у гормональному статусі організму. Це слід усвідомлювати із розумінням, і терпеливо сприймати.

Якщо періодичність циклу менструацій не врегулюється протягом року, якщо вони болючі, втрати крові значні чи, навпаки, мізерні, обов'язково слід звернутися до лікаря, найкраще — дитячого гінеколога. Такі явища свідчать про недорозвинення статевих органів. Найчастіше і болючі менструації пов'язані з певним недорозвиненням статевих функцій дівчини.

Серед розладів менструальної діяльності у дівчат-підлітків одне з ведучих місць займає альгодисменорея (болючі менструації), що

перебігає у легкій або важкій формах.

При легких формах альгодисменореї основними ознаками є різкі болі внизу живота під час менструації, які іноді супроводжуються нудотою та блювотою. При важкому перебігу цієї хвороби крім того дівчата часто скаржаться ще й на різкі головні болі, запаморочення, остуду, підвищення температури тіла, втрату свідомості. Серед причин виникнення та розвитку альгодисменореї — психічна та фізична перевтоми, наявність захворювань внутрішніх органів та високого інфекційного індексу (часті простудні та інші інфекційні хвороби у минулому). Велику роль відіграє і розлад взаєморегуляції центральної, вегетативної нервової та ендокринної систем, від особливостей психогієни та способу життя в сім'ї.

Перші етапи складного, багатоступеневого процесу статевого дозрівання у дівчат відносяться до семи-дев'ятирічного віку. В цьому віці спостерігається посилене виділення гормонів гінофізу, збільшення яєчників. Всілякі негативні впливи в цьому віці можуть спричинити небажані зрушення в діяльності статевої системи у майбутньому, що може стати дуже серйозною перешкодою щасливого сімейного життя. Тому дівчатка початкових класів повинні дбати про своє здоров'я (як і їхні батьки), пам'ятаючи про те, що майбутнє материнство формується в ранньому віці.

Поява перших менструацій свідчить про те, що в яєчниках вже дозріває статеві жіночі клітини, і що може наступати вагітність. Однак можливість вагітності ще не означає, що це допустимо. Бо ж у 12–14 років дівчинка не тільки психологічно, морально, але й фізично ще не готова до вагітності та народження без ризику для свого здоров'я повноцінної дитини. В цей період ще відбувається ріст і розвиток усього організму, в тому числі і кісток скелету. Було б недопустимим у цьому віці дозволити вагітність і пологи, навіть якщо дівчинка виглядає добре розвиненою. Найбільш доцільним і сприятливим періодом першої вагітності для здоров'я жінки і новонародженого вважають 20–24 роки.

**ОСНОВНІ ГІНЕКОЛОГІЧНІ
ЗАХВОРЮВАННЯ, ЩО ЗНИЖУЮТЬ
ФУНКЦІЇ МАЙБУТНЬОГО
МАТЕРИНСТВА**

У дівчинки будь-якого віку, навіть зовсім раннього, можуть виникнути захворювання статевих органів. З перших же днів після народження у дівчаток можуть з'явитися слизисті виділення з статевих шляхів. Інколи у виділеннях можуть бути і домішки крові. Ці явища пов'язані з тим, що протягом кількох днів після народження на організм дівчинки діють гормони, що поступили ще до народження з крові матері. Отже, це не повинно викликати особливої тривоги, треба тільки частіше і досконаліше проводити туалет зовнішніх статевих органів.

Далі настає період, коли гормони матері в організмі дитини зникають і виділення з піхви повинні повністю припинитися, у противному разі це вже свідчить про захворювання. У ранньому грудному віці виділення найчастіше виникають внаслідок порушень гігієнічного режиму. Шкіра та слизова оболонка входу до піхви у малюків-дівчаток надзвичайно ніжні, тонкі, ранимі. Тому навіть незначний недогляд за статевими органами дівчинки веде до проникнення в слизову оболонку статевих шляхів мікробів, що містяться в кишечнику та сечі. Це, як правило, викликає подразнення, почервоніння, припухлість та біль зовнішніх статевих органів, а іноді навіть внутрішньої поверхні стегон. Порушення обміну речовин у дітей (діатези), при яких виникає підвищена чутливість, ранимість та сприйнятливність до інфекційних уражень шкіри і слизових оболонок, значно підвищують схильність до їх виникнення.

З розвитком дівчинки шкіра та слизові оболонки стають дедалі стійкішими до подразнень та запальних захворювань. Однак і в дошкільному віці виникають свої проблеми. Іноді на фоні повного благополуччя дівчинка раптом стає дратівливою, погано спить, скаржиться на головний біль. Причиною такого неспокою може бути наявність гостриків (дрібних глистів). Чистота всього тіла та часта зміна білизни попереджають це неприємне захворювання.

Мають місце і значні виділення із статевих шляхів у дівчаток ясельного і дошкільного віку. Переважно це викликано мікроскопічно маленькими одноклітинними організмами — трихомонадами, наявність яких викликає зуд та почуття пе-коти в піхві. Трихомонади передаються дівчинці найчастіше від матері, що має запалення статевих шляхів, при використанні спільних предметів гігієни (рушник, мочалка, мило тощо).

У ряді випадків у піхві та області зовнішніх статевих органів дівчинки може розвиватися молочниця. Виділень (білей) в цих ситуаціях переважно не буває, однак відчуття пе-коти дуже сильне. Молочниця зумовлена грибками, що утворюють білі та жовтуваті плівки по ходу статевих шляхів. Кожній дівчинці слід ретельно розтлумачувати, що ні за яких обставин не можна одягати чужі купальники, гімнастичні костюми та інші особисті речі, які торкаються статевих органів, бо саме таким чином можуть переноситись вище згадані захворювання.

Дівчаток слід змалечку виховувати в дусі дотримання гігієни статевих органів, домагатися, щоб гігієнічний догляд за ними став щоденним ритуалом. Особливо слід дбати про це батькам, в першу чергу матері, яка постійно повинна вчити дитину догляду за статевими органами. У дошкільному віці, як і в подальші роки, слід постійно стежити за станом статевих органів дівчинки: чи немає почервоніння, подразнення та виділень. Про це повинні дбати і мати, і сама дівчинка. Під час гри дитини з лялькою можна на прикладі останньої, як на фантомі, навчати правилам гігієни.

Ювенільні (юнацькі) кровотечі не обов'язково спостерігаються одразу ж після першої або подальших початкових менструацій. Цілком можливо, що розпочавшись нормально, після кількох місяців викликають безладні тривалі кровотечі. Частіше це починається у весняно-літні місяці. У виникненні цих розладів менструального циклу переважну роль відіграє нестача вітамінів у харчовому раціоні, перевтома, психічні травми, емоційні переживання, неправильний, нездоровий спосіб життя у сім'ї*

Бувають випадки, коли кров накопичується в піхві та матці, погано витікає з статевих шляхів. Це пов'язано з відсутністю отворів у дівочій плівці і потребує хірургічної допомоги.

Слід знати, що при різних захворюваннях черевної порожнини в дитячому віці надалі можуть розвинути ускладнення у вигляді запальних процесів в області статевих органів. Нечітко виражені на початку захворювання, вони потім призводять до утворення рубців і зрощень, у тому числі - до зрощення дівочої плівки.

Період статевого дозрівання, як вже відзначалося, — критичний період розвитку жіночого організму. Різні прояви неповноцінної жіночої статевої системи у дитородному віці нерідко є прямим

наслідком тих патологічних змін, які виникають ще в період становлення статевих функцій дівчинки. Інфантилізм, (недостатність величини та діяльності внутрішніх статевих органів) у дорослих жінок супроводжується, як правило, первинним або вторинним безпліддям, звичним невиношуванням та іншим патологічним станом, що пов'язаний з порушенням генеративної та менструальної функцій. Цей стан називають затримкою статевого дозрівання та розвитку.

У дівчаток 13–18 років затримка статевого розвитку — це результат первинної або вторинної естрогенної недостатності, що зумовлена генетичними, тобто спадковими, або негенетичними факторами.

Генетичні форми патології виникають внаслідок різних дефектів у системі статевих хромосом (дисгенезії гонад) або ж є одними з форм спадкової патології, що пов'язана з аномаліями на генному рівні.

Негенетичні, тобто не зумовлені спадковістю, так звані «соматогенні» (тілесні) варіанти затримки статевого розвитку формуються під впливом на організм несприятливих факторів середовища, починаючи з внутрішньоутробного до раннього підліткового періоду: ускладнений перебіг пренатального (захворювання плоду в утробі матері), інтранатального (під час народження), постнатального (раннього періоду новонародженості).

Причиною затримки статевого визрівання стають хронічні інфекційно-алергічні та різні захворювання внутрішніх органів (екстрагенітальні хвороби), особливо у передпубер-татний період (дистрофії, хвороби нирок).

Негативно впливають також психо-емоційні навантаження та перевантаження, що найчастіше мають місце в неблагополучних сім'ях з нестійкими напруженими відносинами, або ж в сім'ях, де дівчинку перевантажують різними заняттями понад шкільної програми, при спортивних перенавантаженнях, при неповноцінному, недостатньому харчуванні.

У пубертальному періоді розлади репродуктивної функції і виникнення гінекологічних захворювань можуть бути зумовлені перенесеними в цей час такими хворобами, як апендицит, холангіт, гепатит, туберкульоз, епідемічний паротит тощо.

В окрему підгрупу слід виділити захворювання геніталій (вульвіти, вагініти — запалення входу до піхви), які є першопричиною висхідної інфекції, що викликає загальні зміни внутрішніх статевих органів

(запалення яєчників, труб, слизової шийки матки), а останні, в свою чергу, як правило, призводять до порушень дітородної функції жінки в майбутньому.

В залежності від рівня ураження структур, які регулюють статеву функцію, виділяють дві основні форми негенетичної (соматичної) затримки статевого розвитку дівчинки, а саме — центрального та яєчникового характеру.

При центральній формі первинно порушується гіпоталамо-гіпофізарний комплекс, що зумовлює вторинну гіпофункцію (зниження діяльності) яєчників. При захворюваннях яєчникової природи зниження активності яйцеклітини, зумовлене в одних випадках уродженою неповноцінністю, а в інших — анатомічними змінами тканини яєчників внаслідок перенесених інфекційних захворювань (паратит, краснуха, вірусний гепатит), алергічними та іншими екстрагеніталь-ними хворобами (захворювання черевної порожнини та органів малої мидниці).

Важливим клінічним симптомом затримки статевого розвитку дівчини є відсутність або дуже слабкий розвиток вторинних статевих ознак в 13–14 років, відсутність менструацій в 15 років при недостатньому розвитку молочних залоз та статевого обволосіння. Запізнілий статевий розвиток можна запідозрити і при порушенні нормальної послідовності появи вторинних статевих ознак (своєчасне волосіння без ознак формування молочних залоз).

Про запізнений статевий розвиток свідчить і те, коли у дівчаток 15-ти років з грубими порушеннями менструальної функції (маткові кровотечі, вторинна аменорея — відсутність якийсь час менструацій) водночас спостерігається слабкий розвиток вторинних статевих ознак, особливо молочних залоз.

У деяких дівчат-підлітків усі клінічні прояви статевого визрівання, включаючи 1 менархе (менструацію) з'являються відповідно нормі, однак вторинні статеві ознаки (особливо молочні залози) до 15–16 років не досягають необхідного розвитку, становлення менструального регулярного циклу не тільки затримується більше ніж на 2 роки, але і з менархе виникають помітні її розлади (рецидивуючі маткові кровотечі, стійка вторинна відсутність менархе тощо). Такі явища розцінюються як прояв сповільнення темпів статевого дозрівання, котре в плані

віддаленого прогнозу є дуже несприятливим для видужання, для материнства.

Фізично дівчатка із запізненим статевим розвиненням значно відрізняються від своїх однолітків. Переважна більшість має дефіцит ваги тіла, затримку росту (при спадковій формі) або високий ріст (соматогенна форма). При рентгенологічному дослідженні кісток верхніх та нижніх кінцівок у таких дівчат спостерігається відставання строків окостеніння на 2–7 років в порівнянні з паспортним віком. 70 % таких дівчат страждають підвищеною плаксивістю, дратівливістю, втотою, періодичним головокружінням, поганим апетитом.

Запальні захворювання внутрішніх статевих органів негативно впливають на формування проблем материнства. Найчастіше вони виникають замолоду або у дитинстві, а надалі — дорослі жінки втрачають працездатність, нерідко і щастя материнства.

Є цілий ряд факторів, які сприяють розвитку запальних процесів: механічні, хімічні, термічні чинники, що порушують бар'єрні здатності статевої системи, інтелектуальна перевтома, надмірне фізичне навантаження, ендокринні розлади, алергічні фактори, стресові ситуації, перенесені раніше та супутні захворювання, що ослаблюють організм, наявність хронічної інфекції (каріозні зуби, гайморит, тонзиліт).

Та жіночий організм не беззахисний, він здатний протистояти дії різноманітних патогенних чинників.

Біологічна роль захисних факторів найбільш відчутна в репродуктивному (дітородному) періоді, коли особливо високий ризик виникнення можливих запальних захворювань внутрішніх статевих органів. До таких механізмів захисту належить зімкнутий стан статевої щілини, що забезпечується тонусом м'язів проміжності, які звужують зовнішнє піхвове кільце, а також дотикання малих та великих статевих губ.

У процесі статевого визрівання збільшуються малі статеві губи, рясніє складчастість внутрішньої поверхні піхви, стає товщим шар піхвяного епітелію, нейтральна реакція середовища піхви переходить в кислу під впливом паличок мо-лочно-кислого бродіння. Саме концентрація молочної кислоти у піхвяному вмісті й забезпечує його бактерицидні (протимікробні) властивості.

Захисником внутрішніх статевих органів від інфікування є шийка матки з слизовою пробкою, що міститься в її каналі, із вираженим звуженням просвітку в області внутрішнього зіву шийки і перешийку.

Захисні властивості, опірність матки та її придатків до дії патогенних мікроорганізмів протягом менструального циклу неоднакова: вона знижується під час овуляції і менструацій.

Запальні захворювання статевих органів поділяють на ендометрит, сальпінгоофорит, пельвіоперитоніт, перитоніт.

Ендометрит (запалення внутрішньої поверхні матки) може загостритися після внутрішньоматкових маніпуляцій, після грипу, статевого акту під час менструації,

Запалення придатків матки (сальпінгоофорит) супроводжується, як правило, болями внизу живота, а при спеціальному обстеженні виявляють збільшені болючі придатки. Виділення із статевих шляхів мають неприємний запах.

У хворих на запалення хламідійної природи (викликані спеціальними збудниками інфекції — хламідіями) часто можна спостерігати супутні процеси, такі як ерозії шийки матки, кольпіт.

Пельвіоперитоніт може розвинутися внаслідок гнійного запалення маткових труб і безпосереднього виходу гною в черевну порожнину із вільних відділів труб, а також при сформуванні гнійних пухлин у трубах, коли в запальний процес залучається і очеревина малої мидниці.

Якщо запалення труб триває менше трьох років, проходимість маткових труб не порушена, спаєчного процесу у черевній порожнині ще немає. Із збільшенням тривалості запалення утворюються численні спайки між матковими трубами, яєчниками, задньою поверхнею матки; в цей деформуючий процес може втягуватися і кишечник; дуже часто в таких випадках настає безпліддя.

Отже, запальні процеси статевих органів у дівчат та жінок можуть мати дуже важкий перебіг і призводити до складних наслідків, аж до інвалідності. Тому особливого значення набуває запобігання цих хвороб.

Профілактику запальних захворювань внутрішніх статевих органів слід проводити, розпочинаючи з періоду народження дівчинки. І головною умовою тут є дотримання особистої гігієни тіла, гігієни статевих органів. Цей простий профілактичний засіб не потребує

матеріальних затрат, в той же час в значній мірі він — гарант здоров'я. Зрозуміло, що запобігання будь-яких інфекцій буде результативним і щодо профілактики репродуктивних проблем.

У дівчаток важливо своєчасно розпізнавати і лікувати запалення статевих шляхів (вільвовагініти, кольпіти). Необхідно звертатися за лікарською порадою і медичною допомогою в разі запізнілої появи і неправильного перебігу менструацій. Якщо вульвовагініт триває довго (а це проявляється в першу чергу виділеннями, почервоніннями слизової оболонки входу в піхву і піхви) і звичайне протизапальне лікування не дає бажаних результатів, то слід більш ретельно обстежити дівчинку у лікаря, щоб виключити можливе захворювання шийки матки і внутрішніх статевих органів.

У жінок запальні захворювання внутрішніх статевих органів запобігають ретельним дотриманням особистої гігієни, щоденною зміною спідньої білизни, культурою статевих відношень. Дуже важливо при перших проявах будь-якого дискомфорту в області репродуктивної системи звернутися до лікаря; своєчасно виявляти і лікувати можливі захворювання внутрішніх екстрагенітальних органів, з яких інфекція може бути занесена до геніталій (тонзиліт, холецистит, ентероколіт, апендицит).

Одним із засобів профілактики гострих і хронічних запальних захворювань статевої системи жінки є своєчасне виявлення та лікування специфічної інфекції (гонорея, три-хомоніаз, молочниця). Повинні завжди насторожити жінку поява кровотеч у міжменструальний період або кров'янистих виділень із піхви серед, здавалося б, повного здоров'я. Запобігання запальних процесів допомагає також правильне регулювання вагітності, раціональне використання індивідуально відповідних контрацептивних засобів. При перших же проявах початкового запалення статевих органів слід терміново звернутися до спеціалістів. Своєчасне і правильне лікування, завдяки розвинутій системі захисних механізмів жіночого організму, знімає запальний процес, покращує загальний стан, симптоми хвороби зникають. Та це — ще не видужання. Якщо хворобу за різних обставин не вилікувати повністю (три курси лікування), то запальний процес може перейти в хронічну форму- І час від часу загострюватись. Він може виникати після перенесеного грипу, гострого респіраторного захворювання, охолодження, перегрівання, які

ослабляють і без того пригнічені імунні реакції організму. У таких випадках нерідко виникають глибокі зміни у репродуктивній системі, які можуть призвести до розладу специфічних функцій жіночого організму (безпліддя, стійкий розлад менструальної функції).

Обов'язковою умовою для ефективного лікування жінки з запальними процесами геніталій є обстеження статевого партнера у лікаря-уролога і лікування його запального захворювання, бо, як правило, при наявності процесу у одного з партнерів він передається і другому.

Окремо слід сказати про характер перебігу хламідійної інфекції, яка останнім часом займає значне місце в цій патології жіночої статевої системи. Захворювання характеризується стійким тривалим перебігом без розладу менструацій, на відміну від інших форм. При такому, здавалося б, відносно спокійному клінічному стані спостерігаються виражені й серйозні зміни в тканинах маткових труб, навколишній черевині та органах малої мидниці. Тому така форма є особливо небезпечною і підступною.

Профілактика і своєчасне лікування запальних процесів внутрішніх статевих органів сприяє збереженню репродуктивної функції жінки, запобігає появі безпліддя, в значній мірі є запорукою щасливого сімейного життя, жіночого здоров'я, краси і молодості.

Розмова про запальні хвороби жіночої статевої системи була б неповною без детальнішого висвітлення двох особливо актуальних проблем — гонореї та СНІДу. Перша з них актуальна, бо все ще дуже розповсюджена, у тому числі нею хворіють у підлітковому і, на жаль, навіть у дитячому віці. Про необхідність знань щодо СНІДу наголошувати не доводиться. Хвороба ця лавиною накопчується на країни світу і має трагічні наслідки.

Гонорея

Гонокок (збудник хвороби) паразитує на слизових оболонках сечовивідного каналу, каналу шийки матки, прямої кишки і навіть слизовій ротової порожнини. Анатомічна будова слизової цих відділів є передумовою оптимальних умов розмноження та життєдіяльності гонококів.

Нерідко гонорея набуває хронічного перебігу (після двох місяців від початку зараження).

Збудник може «піднятися» у верхні відділи сечостатевого тракту, проникнути в порожнину матки і викликати запалення слизової оболонки її внутрішньої поверхні (ендомет-рит).

Досить частим ускладненням гонореї є двобічне запалення яєчників (гонорейний аднексит). За своїми ознаками та перебігом він майже не відрізняється від негонорейного*. А тому, будь-який дискомфорт, болі внизу живота, у попереку, болі, що виникли ніби без достатніх причин, або кровотечі, не пов'язані з менструальним циклом, повинні дуже насторожити жінку. Ці явища — абсолютний привід для відвідування спеціаліста-гінеколога.

Іноді гонорея жінки перебігає із супутнім залученням до процесу так званих бартолінієвих залоз, що розташовані в товщі основи малих статевих губ, викликаючи їх запалення — бартолініт. У таких випадках залоза, яку за нормальних обставин не можна прощупати, значно збільшується у розмірі, стає надзвичайно болючою; процес супроводжується збільшенням пахових лімфатичних залоз.

Однак найбільш серйозним, на наш погляд, є ускладнення гонореї, яке окрім фізичного болю завдає жінці великого морального страждання, ускладнення, що назавжди позбавляє жінку можливості відчуття найвищого жіночого щастя — материнства і виконання основного завдання, що дала їй природа.

Як уже говорилося вище, в яєчниках кожної жінки, що досягла статевої зрілості, щомісяця з'являється готова до запліднення яйцеклітина. Слизова оболонка порожнини матки на цей період набухає і готова до прийняття її після запліднення. Щоб потрапити з яєчника до порожнини матки, яйцеклітина повинна пройти шлях по матковій трубі, яка з'єднана одним кінцем з порожниною матки, а другим, вільним, відкривається у черевну порожнину безпосередньо біля яєчників.

Тут, у матковій трубі, настає запліднення, тобто злиття жіночої яйцеклітини з чоловічою статевою клітиною — сперматозоїдом.

Запалення маткових труб, спричинене гонореєю, спочатку їх розтягує, перетворюючи у пухлину, заповнену великою кількістю гною. Далі просвіт труб звужується, аж до повного зрощування стінок, що створює перепону для просування яйцеклітини. З цієї ж причини і

затруднення для просування сперматозоїдів в напрямку з порожнини матки назустріч яйцеклітині. Розвивається, таким чином, непрохідність маткових труб — серйозний бар'єр на шляху запліднення. Вагітність стає неможливою. Жінка — безплідна.

Трагедія цього стану полягає в тому, що лікування безпліддя, яке викликане інфекцією гонореї, виявляється даремним.

Передача інфекції гонореї дітям (частіше дівчаткам) можлива, якщо збудник потрапляє на статеві органи дитини (з ліжка, білизни або предметів догляду, що забруднені виділеннями хворого дорослого). Захворювання новонародженого може виникнути при пологах, проходженні дитиною інфікованих родових шляхів.

СНІД

Синдром набутого імунодефіциту за останні роки привернув до себе значну увагу як нове важке захворювання людини, що має тенденцію до пандемічного розповсюдження.

За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я на січень 1988 року повідомлено про 75 000 випадків захворювання. Близько 10 млн чоловік в країнах світу інфіковані збудником СНІДу і фактично щодня чекають початку проявів хвороби.

СНІД має тривалий інкубаційний (скритний, без клінічних ознак) період — в середньому 2–5 років від моменту зараження, а останнім часом є факти, що цей період може тривати навіть 10–15 років.

Люди, у яких СНІД у фазі інкубації, почувають себе цілком здоровими, в той же час вони вже абсолютно небезпечні для навколишніх. Крім того, існують і вірусоносії СНІДу (на I хворого — до 300 вірусоносіїв, які теж є розповсюджувачами інфекції). Доцільно відзначити, що усі хворі, яким діагноз СНІДу був поставлений у 1981 році, за даними ВОЗ вже померли. Вчені вважають, що смертність від СНІДу складає фактично 100 %.

Уперше СНІД був зареєстрований як особлива інфекційна хвороба людини у 1981 році. Центром по контролю за хворобами в Атланті (США) були опубліковані дані про високу і незвичну форму запалення легенів у молодих чоловіків, яка мала надзвичайно важкий перебіг і не піддавалась лікуванню. Одночасно були зафіксовані численні випадки злоякісної пухлини — саркоми Капоті. З того часу почалися пошуки

вчених і практиків. На сьогоднішній день встановлено, що передача вірусу СНІДу можлива не тільки статевим шляхом, а й при переливанні крові, трансплантації органів, використанні нестерильних шприців та голок, від інфікованої матері — дитині.

Як показав досвід, найбільша частота передачі збудника при статевих контактах має місце серед гомосексуалістів.

Факторами, що підвищують ризик зараження при гомосексуальних зносинах, є переважність анальних (через задній прохід) контактів із значною кількістю партнерів, використання внутрішньовенних введенень наркотиків, наявність перенесеної гонореї, сифілісу, а також вік понад 30 років.

Другу за величиною групу ризику по СНІДу складають наркомани, що вживають ін'єкційні наркотики.

Третя група ризику — люди, яким з метою лікування різних захворювань переливали кров та її препарати.

Після проникнення збудника СНІДу в організм людини подальша доля зараженого може бути різною. Характерних тільки для цієї хвороби ознак немає. Але через 2–4 тижні після зараження людина відчуває, що захворіла: підвищення температури (37–38°), головний біль, недуга, ангіни, болі в суглобах, м'язах, збільшення лімфатичних залоз. Такий стан триває від кількох днів до двох тижнів, а потім — проходить. Вчені вважають, що скритий період, який за цим наступає, може тривати 10–15 років, а то й більше, і врешті решт завершується розвитком хвороби, симптоми якої, однак, такі невизначені, що їх легко сплутати з іншими інфекціями. Багато хворих скаржаться на підвищену слабкість, пітливість, особливо вночі, розлад травлення, проноси. Близько 50 % хворих на СНІД мають важке ураження легенів — так звану пневмоцистну пневмонію. Для цього типу запалення легенів характерним є руйнування легеневої тканини, дуже важкий перебіг, безефективність лікувальних заходів. У більшості хворих розвиваються і ураження нервової системи, що мають найрізноманітніші прояви: від розладів психіки, різкого зниження інтелекту до важких паралічів.

Розмаїття клінічних ознак СНІДу значно затруднює діагностику хвороби. Все ж, Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) знайшла можливим визначити основні ознаки хвороби, що дають підставу запідозрити СНІД, а саме: втрату ваги на 10 % і більше,

тривалий, до місяця і довше пронос, періодичне тривале підвищення температури тіла до 38–39°, збільшення лімфатичних вузлів. Дещо рідше початковими проявами хвороби є стійкий, тривалий кашель, шкірні висипи і рецидивуючий герпес на слизових.

В умовах відсутності специфічних ефективних засобів профілактики і лікування цього вкрай небезпечного захворювання важливого значення набувають заходи по неспецифічному запобіганню хвороби, перш за все — культура і гігієна сексуальних відносин. Треба пам'ятати, що гаранта лікування СНІДу поки що не існує, гарант запобігання ж — сама людина, її спосіб життя.

СЕКСУАЛЬНІСТЬ, КОХАННЯ, ШЛЮБ

Чи є нестримна пристрасть і дружнє ставлення до людини іншої статі принципово різними феноменами чи аспектами одного і того ж природного процесу? Що лежить в основі закоханості і чим визначається вибір об'єкту кохання? Які індивідуально-особові й ситуаційні фактори сприяють виникненню і підтримці або ж згасанню закоханості? Як змінюються співвідношення і значення цих факторів у залежності від тривалості парного союзу? Ці питання давно і постійно хвилюють людство.

Розпочнемо ж розмову з природи любовної пристрасті. Поети і філософи з незапам'ятних часів наголошують на її ірраціональність, сліпоту, безроздумливість. Американські психологи. Е. Бершанд та Е. Уолстер сформулювали двоступеневу модель любовної пристрасті, першу ступінь якої складає фізіологічне збудження, а другу вважають як визначення свого стану* Закоханість не завжди пов'язана з сексуально-еротичним бажанням. Деякі психологи вважають що в основі закоханості лежить процес, тотожний імприн-тінгу: на певній генетично зумовленій стадії розвитку організму у нього формується готовність до сприймання і запам'ятовування (фіксації) певного образу, який надалі стає для нього обов'язковим еталоном і викликає потребу мати саме такого, а не іншого партнера. Однак для людини сексуальне бажання не є щось однозначне, його сила і емоційна тональність залежать від численних психологічних, фізіологічних та міжособових, соціальних і культурних факторів.

Сексуальна активність подружжя залежить не тільки від статевої збудливості, а й від того, яку цінність вони приносять, як і наскільки прикрашають життя разом з іншими формами саморегуляції організму (труд, спілкування, духовний світ і ін.). Жонаті та заміжні почувають себе набагато впевненішими і щасливішими, ніж холостяки, а ті, що мають дітей, — значно переконанішими і добрішими, ніж бездітні.

Поєднання фізичної та духовної близькості гармонує. Емоційні реакції закоханих підвищують їх симпатію, що одразу відбивається і на їх сексуальній сфері.

Шлюб — це не просто взаємні обмеження і взаємні обов'язки. Тісний фізичний контакт сприяє навіть синхронізації, гармонії

фізіологічних процесів подружжя — температури тіла, частоти серцебиття, гормональних циклів, аж до того, що вершина рівня статевого гормону в крові чоловіка настає паралельно з таким у дружини, що, як визнано, сприяє також синхронізації їх еротичних бажань.

Проблема особливих тілесних еманцій, що невидимі для навколишніх, але які добре уловлюються близькими людьми і тими, хто має дар особливої чутливості, сьогодні актуальна. Подружжю, як і окремій особі, притаманна духовна і психоемоційна індивідуальність, єдність яких не обмежується сексуальною сферою. Суттєвим фактором благополучного щасливого тривалого шлюбу є автономія чоловіка і жінки як окремих особливостей, можливість і у шлюбі проявляти свою індивідуальність.

Шлюб і його особові аспекти

Абсолютні критерії сумісності та успіху в шлюбі поза конкретною сім'єю, по суті, не мають практичного сенсу.

Серед сексуальних дисгармоній, які можуть розхитати шлюб, головна роль належить функційним розладам. Недостатня сексуальна культура, ігнорування потреб та діапазону намагань кожного з подружжя, монотонність сексуального життя, стереотипи статевих відношень у сім'ї породжують розлади, які (за афористичним визначенням А. І. Белкіна: «Імпотенція — це хвороба двох») перш за все є результатом міжособових відношень пари.

Діти реагують на розлучення батьків по-різному, в залежності від віку. У 3—6-річному віці розлучення викликає у них почуття вини і самознищення, у 7—8 — частіше почуття образи і злості, особливо на адресу батька, а в 10—11 років вони самі відчувають себе ображеними та залишеними обома батьками. Тільки в 13—15 років переживання розпаду сім'ї супроводжуються адекватним розумінням причини розлучення і свого відношення з батьками.

Підготовка до сімейного життя проявляється у мотивації до шлюбу, до його чекання. Виділяють п'ять основних типів мотивації шлюбу: кохання, духовна близькість, матеріальний розрахунок, психологічна адекватність і моральні міркування.

Древні філософи зазначали, що кохати — це значить сприймати іншого як себе, таким, яким він є, і всіляко сприяти розвитку його особистості, як своєї власної.

ПОНЯТТЯ ПРО СТАТЕВЕ ВИХОВАННЯ

Особливі ситуації статевого виховання розділяють на кілька груп: 1) побічні ефекти виховних та медичних заходів; 2) збочення та насильство; 3) вагітність і аборт; 4) етичні конфлікти.

Побічні ефекти виникають частіше там, де статеве виховання або ігнорується, або з причин, іноді об'єктивних, відтісняється на задній план. Можуть проявлятися вони у дітей і підлітків з порушеною нервовою системою в ненавмисній сексуальній стимуляції.

Значну роль відіграють загальні соматичні захворювання. Астенія, тривала прикутість до ліжка, фізичні страждання, обмеження спілкування можуть стати передумовами, що сприятимуть фіксації уваги на тілесних, у тому числі сексуальних відчуттях і переживаннях. Слід пам'ятати, що негативні емоції будь-якої природи і пов'язана з ними загальна напруга примушують дитину шукати задоволення і розрядки в приємних тілесних відчуттях. Наприклад, дівчинка 12-ти років страждала важким захворюванням нирок і сечовивідних шляхів, багато місяців провела в лікарнях і дуже переживала. За час хвороби вона почала проявляти бажання тілесних контактів з хлопчиками, обіймала їх, нерідко роздягала. Певний вплив на це мав і період статевого визрівання, і локалізація хвороби. Все ж головною умовою розгальмування цього потягу була тривала депресія, зв'язана з переживанням хвороби, а розгальмований потяг до хлопчиків, у свою чергу, забезпечував дівчинці позитивні емоції, що їй так бракувало, і які певною мірою гасили переживання і депресію.

У цьому випадку батьки, лікарі, вихователі лікарень повинні були взяти на себе обов'язки не тільки по лікуванню та догляду за дитиною, але й вжити заходів по формуванню у дівчинки психічного захисту. Подолання самотності, зайнятість якоюсь справою, посильні фізичні навантаження з їх «м'язевим задоволенням» дозволяють значно зменшити вірогідність подібних ситуацій.

Статеве виховання в сім'ї

Що потрібно знати для виховання здорової дівчинки?

Статеве виховання в широкому розумінні слова означає вплив середовища на психосексуальний розвиток і формування індивіда. В більш звуженому розумінні — це процес систематичного усвідомленого впливу на психічний та фізичний розвиток дитини з метою оптимізації розвитку її особистості, її діяльності, зв'язаної із взаєминами різних статей.

Статеві відмінності проявляються вже з перших днів життя, у дівчаток нижчі, ніж у хлопчиків, пороги тактильної (дотик) та больової чутливості, вони довше сплять. Дівчатка менш охоче ідуть з материнських рук. В 1,5–2 роки дитина знає, вона дівчинка чи хлопчик, але не знає, чому це саме так. В 2–5 років проявляється зацікавленість до відмінностей у статі. В 6 років дівчинка (хлопчик) вже твердо знає, що вона виросте і буде жінкою (чоловіком).

Сексуальна поведінка

Вже з 10—12-місячного віку діти торкаються своїх геніталій, але початком мастурбації це стає рідко. В 2,5 роки — відрізняють хлопчика від дівчинки, проявляють зацікавленість до протилежної статі. В 3 роки — питають, звідки беруться діти. В 5-річному віці цей інтерес знижується; в 6 років виникає питання про роль батька в появі дітей, висловлюється бажання в майбутньому мати своїх дітей. Мастурбація виникає у 5—10 % дітей — першокласників. Прояви її різні: подразнення геніталій руками, тертя об дорослого або предмет тощо. Найчастіше мастурбація проходить без якихось наслідків, у 15 % вона триває довший час, до перших статевих контактів.

Ставлення до статевого виховання у дошкільнят різноманітне. Зрозуміло, що ведучи мову про статеve виховання, слід перш за все мати на увазі режимно-гігієнічні рекомендації. Надмірне закутування дитини, тісний одяг створюють умови для подразнення геніталій. Страви, що збуджують, тонізуючі напої, надмірна їжа викликають переповнення кров'ю органів мидниці і сприяють сексуальній стимуляції. Ліжко не повинне бути занадто м'яким і теплим, а нічний одяг — тісним. Паласні ігри перед сном, емоційні телепередачі збуджують дитину, тому, намагаючись заснути і заспокоїтися, вона може грати з геніталіями. Надмірні ласки дорослих, особливо в місцях ерогенних зон (а батьки так люблять цілувати в грудки і сідниці), також стимулюють сексуальність дитини.

Важливе значення має навчання дитини навикам охайності, що, як уже йшлося вище, слід починати з грудного віку. Ці навички диференціюють залежно від статі. На 2—3 році життя дівчинка вивчає своє тіло. Дружелюбні, лагідні пояснення дорослих попередять надмірну фіксацію на цьому уваги.

Надзвичайні враження і небезпечні наслідки має випадкове спостереження дитиною сексуальних стосунків батьків. Цього ні в якому разі не можна допускати!

Необхідну інформацію про статеvu належність дитина повинна отримувати з проявою до неї інтересу. Не можна подавляти дитячу зацікавленість, бо інакше діти знайдуть відповіді на запитання у «вуличних просвітителів», можуть одержати від них цинічні та

вульгарні установки. Відповіді слід давати короткі, правдиві, щирі. Тут доцільний афоризм, який радить завжди говорити правду, але не всю правду.

Заслуговує на увагу і мова відповідей. Краще з раннього віку привчати дитину до загальноприйнятих медичних термінів. Важливо у дівчаток змалку формувати відношення до материнства як до дуже радісної, щасливої події. Тому і сам тон відповідей на риторичне запитання «А звідки беруться діти?» повинен бути таким, щоб викликати у дитини до цього тепле ставлення. Для прикладу: «Дитина росте у мами в животику, там є для цього особливе місце— матка, де дитині затишно і тепло. Там вона росте, аж поки не зможе сама дихати і їсти. Тоді вона виходить із маминого животика»... тощо. Ці оповідання можуть мати численні варіації. Якщо в сім'ї чекають другу дитину, то радимо практикувати класти руку дитини на живіт матері, щоб вона відчула рухи майбутньої сестрички чи братика.

При ранніх проявах сексуальності, при мастурбації, треба порадитись з лікарем.

На практиці статеве виховання дівчинки нерідко обмежується повідомленням матері про майбутню появу менструації.

Діти часто стають об'єктом таємних вуличних порад, тому розумне загальногігієнічне та статеве виховання і освіта у молодших класах є надзвичайно доцільними і потрібними. Не нав'язуючи дитині знайомства з сексуальністю, все ж слід звертати в розмовах увагу на красу людських стосунків, повагу однієї статі до іншої, радощі дружби дівчинки і хлопчика як добрих товаришів, що можуть доповнити один одного. Якщо в дошкільному віці психіка дитини не була пригнічена соромом і статевим страхом, а в молодшому шкільному статеве виховання було складовою частиною виховання в цілому, то в підлітковий період можна позбавитись дуже багатьох проблем.

Статеве виховання підлітків

Як свідчать спостереження останніх десятиріч, вже не можна розглядати труднощі підліткового віку тільки як прояв біологічних зумовленостей, зокрема гормональних.

Соціальна ситуація розвитку в пубертатному періоді складається у взаємодії біологічного і соціального. З початку ХХ сторіччя вік менархе зменшився в середньому на 3 роки. Чим раніше настає статева зрілість, тим бурхливіше вона протікає і досягає більш високого рівня.

Бурхливий розвиток фізичного і психічного розвитку ставить підлітка перед складним завданням реорганізації свого фізичного «я». Відчуття і переживання в цей період компенсуються в пошуках дорослості.

Все підлягає інтенсивній «психологічній перебудові». Дівчинку непокоїть замалий ріст грудей в порівнянні з ровесницями. Іноді ж, навпаки, страшить надмірний ріст волосся у незвичних місцях. У 13–14 років дівчаткам вже притаманні достатні і чіткі ознаки дозрівання, що завершується, в той час як більшість хлопчиків ще тільки переживає активну пубертатну «ломку». В 11–14 років дівчата за фізичним розвитком випереджають хлопців на 2–3 роки, але вже в 15 — хлопці випереджають дівчат. Статева самосвідомість у дівчат формується швидше, ніж у хлопців. Можливо, не цілком вірно буде вважати пубертатний час віком пробудження лібідо (сексуального потягу), але початок його припадає саме на цей період.

Для адекватного розуміння підліткової сексуальності важливо пам'ятати три основні обставини.

У древньогрецькому трактаті «Галуззя персика» згадується: «Три джерела має поклик людини — душу, розум і тіло. Поклик душ породжує дружбу. Поклик розуму породжує увагу. Поклик тіла породжує бажання. Поєднання трьох покликів породжує любов».

У підлітка ці поклики автономні. Кохання і поклик тіла ще виключають одне одного. Друга обставина полягає в тому, що у підлітка є необмежені можливості еротичних уявлень і цілком обмежена реалізація сексуального поклику.

Нарешті, третя обставина — сексуальна поведінка підлітка носить характер сексуального експериментування.

Підліткова маструбація (онанізм) — це той етап, який проходять фактично 95 % юнаків і 60 % дівчат. З початком статевого життя вона у абсолютної більшості людей повністю проходить. Петтінг — (взаємні сексуальні ласки, обійми, поцілунки, дотики) може бути гомо- і гетеросексу-альним.

Початок статевого життя довгий час був темою для сентенцій типу: «кращий спосіб — утримання». Мотиви першої близькості не вичерпуються тільки «високим коханням» або «низькою похиттю». В складному комплексі є різні мотивації: любов, потреба у довірливому

спілкуванні, сексуальне бажання, допитливість, приклад ровесників тощо.

Статеве виховання дівчини-підлітка в існуючих умовах повинно враховувати дві обставини:

— підліток потребує перевиховання або подальшого виховання, враховуючи попередню обізнаність і виховний рівень;

— мінімальний шлюбний вік—18 років; статеве виховання визначає готовність дівчини до сімейного життя.

Статеве виховання у цьому віці непросте, навіть, скоріше, важке, але надзвичайно важливе. Етика і психологія сімейного життя як предмет, що викладається в школі, ще має безліч методичних труднощів. Нерідко ця тема стає предметом обговорень тільки тоді, коли вже скоєно якийсь «сексуальний проступок». Тоді «роз'яснюють, щоб настрахати». Така справа одразу ж приречена на провал. Потрібна доброзичлива, тактовна, довірлива, дуже спокійна розмова з дівчиною, без грубого повчання і «читання моралі». Якщо це буде саме так, дівчина неодмінно звернеться і за подальшою порадою вже з власної ініціативи. Дуже корисно батькам, вихователям, педагогам у такому діалозі згадати і свої особисті життєві переживання у цьому віці. Родичі часто-густо скаржаться на відчуженість доньки в сім'ї, мовляв, вона намагається всіляко вислизнути з-під опіки дорослих. Це реакція емансипації, яка природно притаманна підліткам, і це треба знати. Є і зворотня сторона емансипації — реакція групування з ровесниками, однокласниками, друзями по спорту.

Слід застерегти батьків і взагалі дорослих при спілкуванні з підлітками від упередженості («ми були не такими»). Це може стати серйозною перешкодою у вихованні, бо підлітки будуть ставитися до цих слів старших з недовірою. Однак треба засуджувати і морально-етичну вседозволеність.

Дорослі нерідко вважають своїм обов'язком забезпечити безконфліктне життя дитині. Проте, повністю обмежувати її від зіткнень з сексуальними проблемами не слід.

Складною проблемою є початок статевого життя. Приймати чи не приймати сучасні норми? Ні вседозволеність, ні заборони не приносять успіху. Докази запобігання раннього статевого життя сприймаються як немотивована заборона. Посилання на можливість зараження венеричними хворобами теж не досить аргументовні для

підлітків, бо вони його сприймають лише як попереджувачий знак, але кожен думає, що саме його це обійде. Звичні застереження типу «від цього бувають діти» на підлітків діють не більше, ніж на дорослих.

Тому в цьому аспекті краще сконцентрувати увагу на психології початку статевого життя і можливих наслідках ранніх статевих контактів. Передусім це стосується «малих венеричних захворювань» (вірус герпесу, хламідії, трихомонади). Вони мають малосимптоматичний перебіг, накопичуючись при зміні партнерів. Треба роз'яснювати дівчині-підлітку, що шанси захворіти на венеричні хвороби при нездоровому способі життя наближаються до 100 %. Наслідками їх можуть стати безпліддя, важкі інвалідизуючі запальні процеси. Треба роз'яснювати, як впливає занадто рання вагітність на здоров'я матері та її дитини. На кожні 1000 дітей, які народилися від матерів віком до 15 років, вмирає 43, а ризик такої жінки вмерти під час родів у 10 разів вищий, ніж у тієї, якій 20–24 роки.

Щоб статеве виховання підлітків було плідним, необхідно зняти «емоційні бар'єри» з самих вихователів. Досвід показує, що підлітки з великою увагою та інтересом слухають бесіди на ці теми, а підліткова аудиторія — одна з найсерйозніших і вдячних.

Мета статевого виховання — навчити дітей тільки кохаючи насолоджуватись статевим життям і свою насолоду, своє кохання і щастя реалізувати в сім'ї. Труднощі, що виникають у багатьох сім'ях, зв'язані з традиційним ігноруванням статевого виховання. Тому й непередготовленість батьків до такої роботи з дитиною. Недосвідчені батьки нерідко роблять акцент на анатомо-фізіологічній його стороні, випускаючи з поля зору моральний аспект статевих стосунків. Більше і детальніше слід роз'яснювати роль, смак духовного забарвлення статевої близькості і порожнечу стосунків партнерів, якщо вони обмежені тільки тимчасовим сексуальним покликом.

Особливим розділом підготовки дівчини до сімейного життя є виховання любові до дитини. Це почуття є індикатором стратегії репродуктивної поведінки і визначається значною мірою неусвідомленими установками. Центральне значення набуває виховання у дівчат адекватних установок на материнство. Основне завдання підготовки до сімейного життя полягає в поетапній допомозі підліткам у формуванні подружніх і батьківських ролей, вирішуванні разом з іншими членами сім'ї зв'язані з родинним життям проблеми.

Підлітковий вік ставить перед вихователями складні завдання. Емансипаційні тенденції, висока критичність підлітків роблять їх суворими суддями відношень у батьківській сім'ї. Реальне часто сприймається через призму власної, схильної до ідеалізації, романтичної закоханості.

Відгороджуючи дитину від побуту і забезпечуючи її всім необхідним, рідні так чи інакше чекають її вдячності, яка б проявлялася у допомозі, якій вони її так і не навчили. Породжувані при цьому настанови, докори, покарання наштовхуються на реакцію протесту. Коли ж вчорашнє «дитя» — дівчина опиняється у власній сім'ї, вона вражає своєю безпомічністю в найелементарніших ситуаціях.

Молоде подружжя часто чекає, хто ж візьме на себе роль лідера в сім'ї. Тому, якщо в сім'ї росте підліток-дівчина, більше залучайте її до обговорення різних домашніх справ, сімейних проблем, радьтеся з нею, зважайте на її думку, дайте їй відчутти себе повноправним членом родини.

ОЦІНКА СІМЕЙНИХ СТОСУНКІВ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я І РОЗВИТОК ДИТИНИ

Для дитячого віку характерна підвищена ранимість і чутливість до різних впливів мікросоціального середовища, тобто середовища своєї родини. Загальновідомим і незаперечним є факт: розлади взаємин у сім'ї, помилки родинного виховання негативно впливають на психічний та соматичний розвиток дитини. Численні дослідження доводять, що основні причини виникнення неврозів і психічних захворювань у дітей зв'язані з дефектами виховання і конфліктними ситуаціями у сім'ї. Встановлені особливості соціально-психологічної структури сімей, в яких діти страждають нервовими захворюваннями. До них належать: неорганізовані сім'ї, де спостерігається жорстоке домінування Одного з батьків; комунікативний бар'єр між батьком і донькою та обмеження впливу батька на процес її виховання; конфліктність сімейних відношень, розлад між батьками, Неузгодженість вимог до дитини з боку батька і матері, й також прародичів.

Сім'я, батьки, родичі відіграють велику роль у формуванні розумових здібностей дитини та її емоційно-вольової сфери. Встановлено причинні зв'язки між характером сімейного виховання і особливостями розвитку дитини та її поведінкою з урахуванням даних медичного та психологічного стану. Недостатність емоційної прив'язаності батьків до дитини призводить до значних труднощів у подальшій соціальній адаптації у майбутньому.

Неадекватне сімейне виховання нерідко може призвести до серйозних розладів функцій нейро-ендокринних органів з усіма витікаючими звідси ускладненнями в формуванні залоз внутрішньої секреції, зокрема статевих. З існуючих різновидів неадекватного сімейного виховання треба відзначити недостатнє опікування, гіпопротекцію, надмірне опікування, суперечливе виховання. Значно частіше зустрічається прихована гіпопротекція (дитина контролюється батьками, але це здебільшого носить формальний характер) і гіперопікування (надмірне батьківське піклування про дитину проявляється в незвичній відданості дитині).

Як при першій, так і при другій формі виховуються діти з нестійкою нервовою системою. Психогенні розлади, зокрема неврози у підлітків, виникають у випадках, коли виховання у сім'ї ведеться так, що батьки намагаються втілити в дітях свої нездійсненні надії. Звідси — непосильний тягар відповідальності (необхідність постійно одержувати тільки п'ятірки, показувати найвищі спортивні результати, перемагати на конкурсах тощо).

Про формування емоційно-вольової сфери дитини слід піклуватися з раннього віку. Найкращими засобами уникнути її розладів є психогігієна, правильний режим, посильні цікаві ігри, достатня фізична активність; навчання дитини правильному відпочинку, вмінню розслаблятися в кінці дня, не навантажувати нервову систему перед сном, дружня атмосфера в сім'ї. Розвиток астенічних явищ (головний біль, почуття розбитості, плаксивість, нестерпність до різких звуків, яскравого освітлення, перевтома під час занять, розлад уваги) можуть призвести в майбутньому до серйозних гормональних зрушень в організмі дівчинки.

Дуже важливе осмислення ролі і значення сексуальності в житті людини, її необхідності не тільки для відтворення, але й для нормального розвитку особистості. Про це батьки повинні тактовно і делікатно проводити бесіди зі своїми доньками. Сексуальне і несексуальне нерозривні в людських переживаннях. Осмислення цього сприяє усвідомленню, що сексуальність неможлива поза особистістю, як і особистість її сексуальних переживань.

ПСИХОЛОГІЧНА ТА СОЦІОЛОГІЧНА ПІДГОТОВКА ДО МАТЕРИНСТВА

Статеве виховання, точніше духовно-статеве виховання, не можна вважати успішним, якщо дівчата і юнаки, що ростуть у сім'ї, не зрозуміють, що обов'язки дружини і чоловіка, матері і батька є для жінки та чоловіка одними з основних у житті. Це — сполучна ланка у їх стосунках. Підготувати дівчат та юнаків до щасливого, міцного шлюбу, метою якого є задоволення взаємних духовних інтересів та фізіологічної статевої потреби, народження і виховання здорової дитини, зміцнення гармонії внутрішньо-сімейних стосунків — одне з головних завдань духовно-статевого виховання.

Жінка — основа сім'ї. Особливості жінки витікають з її природи — майбутньої матері. Чудо Всесвіту. Краса Землі. Скарб життя людського — як тільки не називають жінку, маючи на увазі саме священний феномен материнства. Майбутню жінку-матір виховують з дитинства. Виховують орієнтацію дівчини на сім'ю, родинний культ, щастя продовження роду.

Запорукою народження здорової міцної дитини є перш за все здоров'я матері та батька. Якщо дівчинка народилася і виросла здоровою, то буде здоровою і її сім'я. За визначенням Всесвітньої Організації охорони здоров'я, «ВООЗ», здоров'я — це складне інтегративне поняття. Це стан повного фізичного (тілесного), духовного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та всіляких ушкоджень.

Щоб зберегти здоров'я майбутньої матері, в сім'ї з дитинства треба виховувати не тільки здорову дівчинку, але й формувати у неї навички материнства, переконувати в необхідності годування дитини материнським молоком, ретельного догляду за дитиною, здорового способу життя тощо. Особливої уваги заслуговує роз'яснення шкоди, якої завдає куріння та вживання спиртних напоїв.

Однією з важливих заповорок здоров'я і спокійного материнства є правильне планування сім'ї, планування часу, коли для відтворення потомства є найкращі умови: стабільний соціальний статус подружжя з достатнім економічним базисом для утримання сім'ї з дитиною, хороше житло, сприятливі взаємостосунки подружжя, тобто створені ті

умови, коли сім'я готова всю свою увагу направити на те, щоб максимально правильно розвивалася вагітність, а життя родини не було затьмарене ніякими серйозними проблемами і перешкодами. Одним словом, здоровою може бути тільки бажана дитина, тобто тоді, коли її ждуть як велику радість.

У такому напрямку слід виховувати дівчину, щоб, підростаючи, вона своєчасно і грамотно дістала інформацію про фактори ризику, могла розпізнати стани ускладнень та прояви небезпеки під час вагітності.

Дівчина, яка йде до шлюбу, повинна відчувати глибоку відповідальність за відтворення здорового потомства і дотримуватися всіх умов, необхідних для гарантії народження здорової дитини.

Готуючись до вагітності, жінка повинна знати заходи профілактики малокрів'я (вживання з їжею продуктів, що містять залізо, цинк, фолієву кислоту, вітаміни), яке дуже негативно впливає на плід, спричиняє затримку його розвитку та інші проблеми; санацію (лікування) вогнищ хронічної інфекції, гострих інфекційних та соматичних захворювань, що мають негативний вплив на плід; обов'язково коригувати фізичне навантаження протягом дня так, щоб зменшити його під час вагітності; а також виконувати щоденні фізичні вправи, адекватні стану здоров'я — аутотренінг, психо-емоційне розвантаження та вольове тренування з метою максимального запобігання можливих наслідків надмірних стресових реакцій.

Слід мати достатні знання факторів, що забезпечують оптимальне планування сім'ї (вживання фізіологічних, механічних, хімічних, гормональних, хірургічних методів запобігання небажаної вагітності), а також факторів, які забезпечують нормальний перебіг вагітності і розвиток здорової дитини.

Дуже важливе значення для відтворення і збереження здорового потомства мають знання жінкою оптимального часу зачаття бажаної вагітності, найбільш раціональної кількості вагітностей та інтервалу між ними. Ці знання необхідні для забезпечення матері і дитині кращих шансів для виживання.

Виховання майбутнього покоління лягає цілковито на плечі сім'ї та суспільства. Сім'я — це перша суспільна ступінь виховання здорової та корисної для суспільства людини.

Вагому роль у визначенні якості впливу сім'ї на потомство відіграє медико-біологічна характеристика сім'ї, яка включає:

- стан здоров'я сім'ї та її членів;
- рівень розповсюдження та причини виникнення в сім'ї гострих та хронічних захворювань; фактори ризику: стан здоров'я і наявність хронічних захворювань, особливо серед дітей, їх причини, затримка психічного та фізичного розвитку;
- здоров'я жінки-матері в сім'ї; стан здоров'я дитини при народженні, характер перебігу вагітності; виконання сім'єю репродуктивної функції, методи профілактики небажаної вагітності, використання засобів контрацепції.

ЗАПОБІГАННЯ ВАГІТНОСТІ

Плодовитість жінки є циклічною і залежить від виходу яйцеклітини з яєчника в період овуляції (розрив фолікула) на 11–14 день менструального циклу.

Життєздатність чоловічої статевої клітини (сперматозоїда) визначається середовищем, у яке вона потрапляє. У статевих шляхах жінки сперматозоїди гинуть протягом години у зв'язку з кислою реакцією навколишнього середовища. Водночас у лужній пробці слизу каналу шийки матки та вмісту маткових труб чоловічі статеві клітини зберігають життєздатність протягом 36–38 годин, залишаючись здатними до запліднення. Після запліднення настає прискорений поділ клітин — цей процес триває 7–8 діб (це перший критичний період плідного яйця). За цим періодом настає час, коли формується система кровопостачання, що завершується на 4—5-му тижні вагітності (другий критичний період). Диференціювання функціональних систем і органів (серце, легені, печінка, нирки, мозок) закінчується на 24-му тижні вагітності — це третій критичний період розвитку плоду.

Вплив різних шкідливих факторів на плід в ці критичні періоди є особливо хвороботворним, руйнівним; він викликає неправильний розвиток зародку. Особливо вразливі нервова та ендокринна системи. Їх ураження дуже небезпечні, бо призводять до затримки клітинного та органевого розвитку і виникнення природжених вад, аномалій.

До факторів, що можуть викликати вади розвитку плоду, належить вживання під час вагітності певних класів лікарських препаратів, у тому числі антибіотиків, саліцихатів, серцевих засобів, цитостатиків.

Особливо небезпечні під час вагітності вірусні інфекції, оскільки через плаценту віруси практично вільно проникають до плоду. Вірусні хвороби (грип, гепатит, герпес, краснуха) під час вагітності можуть призвести до загибелі ембріону і плоду в різних фазах їх розвитку, або спричинити аномалії органів і систем.

Після народження дитини в разі перенесеної матір'ю вірусної інфекції у малюка нерідко виявляються ознаки функціональної незрілості, зниження його адаптативних можливостей та опірності до дії несприятливих факторів зовнішнього середовища.

Велика небезпека загрожує розвитку плоду, якщо вагітність настає у хворої жінки (вади серця, гіпертонічна хвороба, анемія, туберкульоз тощо), бо у цих випадках завжди наявна киснева недостатність (гіпоксія) та інші серйозні ускладнення. На ранніх стадіях розвитку це може призводити до загибелі зародку, у більш пізні — до змін у процесах росту та формування органів.

Малі дози іонізуючої радіації не впливають помітно на організм дорослої людини. При вагітності, особливо в ранні строки, ці дози можуть викликати ушкодження плоду, навіть аномалії розвитку.

Значні зміни можуть викликати шкідливі звички. Куріння негативно впливає на статеві клітини, що розвиваються. Карбоксигемоглобін, який утворюється під дією нікотину, призводить до виражених явищ кисневої недостатності, а плід на це реагує дуже гостро: у жінок, що палять, вдвічі частіше бувають мертвонароджені діти; водночас під впливом токсичних продуктів, що містяться у тютюні, значно зменшується виробіток у плаценті одного з найважливіших гормонів, що забезпечують ріст внутрішньоутробної дитини — соматомедину: його концентрація падає в 2–3 рази в порівнянні з нормою; діти, що народжуються від матерів, які палять, у 6 разів частіше, ніж серед звичайної популяції, мають низьку масу тіла і відстають у рості; низький зріст у таких дітей найчастіше залишається на все життя. Слід зауважити, що згадані несприятливі ефекти на розвиток дитини має і пасивне куріння, тобто перебування вагітної жінки у квартирі, де хтось палить.

Згубно впливає на внутрішньоутробний розвиток і вживання алкоголю: до нього особливо чутливі структури мозкової тканини, які зазнають нерідко серйозних ушкоджень. Крім того, страждає і розвиток внутрішніх органів. Існує своєрідний діагноз у такої дитини: алкогольний синдром плоду і новонародженого (АСПН), при якому виявляються серйозні зрушення діяльності організму, а основне — затримка розвитку мозку. На все життя такі діти приречені на недорозвиненість інтелекту, порушення психіки, затримку всіх соматичних функцій. Навіть якщо вживання алкоголю жінкою або батьком не викликало АСПН, то має місце так званий фетальний (плідний) алкогольний ефект. Як наслідок — неврівноваженість у майбутньому нервово-психічної діяльності, затримка інтелектуальних здібностей, порушення соціальної адаптації дитини в колективі та

сім'ї. Такі діти потрапляють у розряд тих, що виховуються важко, схильні до різних асоціальних вчинків, недисципліновані в школі. У 70 % дітей, що знаходяться на обліку в дитячих кімнатах міліції, батьки, зокрема матері, вживали спиртні напої під час вагітності. Треба сказати, що до цього часу не визначена та мінімальна доза алкоголю, яка могла б бути абсолютно нешкідливою для нащадка. Отже, єдиною альтернативою тут є повне утримання від спиртного на весь період вагітності. Про шкідливість наркоманії і токсикоманії батьків на їх потомство вже не доводиться і говорити. Це не сумісні із здоров'ям поняття.

Наука і практика медицини збагачені безліччю обґрунтованих фактів, що свідчать про значну небезпеку для розвитку плода і повноцінного потомства багатьох факторів зовнішнього середовища.

Отже, перш ніж зважитися на те, щоб завагітніти, треба все добре обміркувати, переконавшись, що відсутні ті обставини в житті конкретної жінки і її сім'ї, які могли б несприятливо вплинути на розвиток майбутньої дитини. Якщо є сумніви щодо цього, то на певний час слід утриматися від вагітності, вживаючи один із методів її запобігання, тобто методів чи засобів контрацепції.

Методи і засоби контрацепції

Рекомендації, індивідуально підібрані для кожної жінки, можна отримати у всіх лікувально-профілактичних акушерсько-гінекологічних підрозділах, жіночих консультаціях. Треба відзначити, що вибір засобу запобігання вагітності є надзвичайно важливим, від дотримання правил його вживання залежить ефективність контрацепції. Враховують побажання жінки, хто буде вживати засіб (чоловік, дружина), за яких обставин (до, чи після статевого акту або без видимого зв'язку з ним), бажану тривалість ефекту (тимчасовий, постійний, зворотний), доступність, вплив на фізіологію та естетичні компоненти статевого акту тощо.

Контрацептивна практика у сім'ї повинна бути елементом її культури і для кожної сім'ї вона індивідуальна.

Найбільш поширеним і ефективним методом контрацепції на сучасному етапі є використання внутрішньоматково-вих засобів (ВМЗ), які виготовляються із нейтральної, не-подразнюючої матку тканини — нейлону, поліетилену, а також міді, неіржавіючої сталі тощо. Вони мають форму дуги, петлі, пружинки, спіралі. Їх виготовляють різних

розмірів (№ № 1–4), залежно від особливостей матки жінки. Вибір правильного розміру ВМЗ є важливим моментом, від якого залежить ефект контрацепції. При цьому враховують не тільки розміри матки, але й кількість родів у минулому. Підбір і введення ВМЗ проводить завжди тільки лікар-акушер.

ВМЗ доцільно вводити жінкам, яким вагітність небажана за медичними показаннями (хвороби внутрішніх органів, нервові та психічні), тим, що мали кілька родів і абортів у минулому або резус-і групову несумісність крові; при хворобах чоловіка, для профілактики абортів і взагалі тим, хто на даний час не хоче мати дітей або цього не дозволяють обставини, про які йшлося вище. Практика показує, що 85 % жінок можуть користуватися цим ефективним засобом. ВМЗ протипоказані при гострих інфекційних та екстра-генітальних (нестатевих органів) захворюваннях, при підозрі на вагітність, при міомах матки, розладах менструального циклу, надмірних менструаціях, новоутвореннях матки та її придатків. Після перенесених на матці операціях (кесарський розтин та інші) питання про використання ВМЗ вирішують індивідуально, але не раніше ніж через 6 місяців. При запальних процесах матки і придатків (аунексити, ендометрити) ВМЗ вводять через 8—10 місяців після закінчення лікування за умови відсутності загострення.

Найкращий строк для введення ВМЗ — останній день менструації і перші два дні після неї, тобто з 4-го по 7-й день менструального циклу. Після введення ВМЗ бажано ще 30—40 хв знаходитися під наглядом лікаря. В подальшому необхідно утриматись від статевих актів не менше 8 днів, обмежити фізичне навантаження протягом перших 4–5 менструацій, утриматися від гарячих ванн.

Надалі жінка повинна звернутися до лікаря через 10 днів після першої менструації, потім регулярно в перші 2—4 місяці після введення і нарешті — 2 рази на рік, якщо немає потреби у більш частому обстеженні. Тривалість перебування ВМЗ залежить від дії його на організм жінки. Оптимальним визначено строк від 1 до 5 років. Дотримання вищезгаданих правил не призведе до небажаних явищ.

Ефективність ВМЗ висока, тільки в 2–4 % випадків все ж настає вагітність у перший рік вживання, найчастіше тоді, коли неправильно було підбрано розмір засобу. Вживання ВМЗ не впливає на розвиток ембріону та плід. Видаляють ВМЗ за бажанням жінки і медичними

показаннями (розлади менструального циклу, контактні кров'янисті виділення, запальні процеси різних відділів статевої системи). Сексопатологи вважають ВМЗ ідеальним засобом запобігання вагітності, засобом, що сприяє розвитку статевого почуття, сексуальної задоволеності, благополучного шлюбу.

Популярні серед жінок і гормональні контрацепти, які призначені для орального (всередину) вживання. Це фармацевтичні засоби — синтетичні аналоги природних гормонів в-естрогенів та прогестерону. Найчастіше ці препарати готують з комбінації гормональних складових. Це бісекурін, овулен-50, мікрогінон, нон-овлон, ригевідон, міні-пілі, кон-тинцін, тріквілар та інші. Вживання оральних контрацептивів (ОК) проводять з обережністю, в основному здоровим жінкам віком до 35 років. Підбираючи ОК, треба зважувати на їх хімічний склад. Овідон, нон-овлон не рекомендують жінкам, що палять, мають надмірну вагу, спадкову схильність до серцево-судинних захворювань. їм краще вживати ригевідон та тріквілар, які менше впливають на жировий обмін.

Вживають ОК з п'ятого дня менструації протягом 21 дня в один і той же час, наприклад, після вечері. Слід пам'ятати, що навіть один пропущений день може призвести до вагітності. Після прийому 21 таблетки роблять перерву на 6–7 днів. Правильне вживання таблеток забезпечує практично 100 % ефект.

При вживанні ОК іноді спостерігається підвищення артеріального тиску, тому слід щомісяця його контролювати і в разі стійкого підвищення — припинити вживання контрацептива.

Тривалість користування ОК не повинна перевищувати 1 року. Останні роботи вчених рекомендують зменшити цей інтервал до 3-х місяців.

Враховуючи можливі ускладнення ОК (вплив на обмін речовин в організмі), їх слід вживати тільки практично здоровим жінкам, які при цьому повинні бути під диспансерним наглядом лікаря.

Існують також і традиційні методи запобігання вагітності. До них належать механічні контрацептивні засоби і передусім чоловічий презерватив. Він був запропонований англійським лікарем Кондоном як засіб запобігання зараження венеричними захворюваннями, а надалі дістав дуже широке використання для контрацепції. Перед вживанням презерватива треба перевірити його непошкодженість, цілість, сліпий

кінець обов'язково залишити дещо вільним (для сперми, що випорскується), а зовнішню його поверхню змазати вазеліном (інакше статевий акт буде затруднений і не дасть достатньої насолоди). Якщо під час статевих зносин презерватив розірвався, необхідно одразу проспринцювати піхву, щоб видалити сперму. Ефект контрацепції за допомогою презерватива досягає 90 %. Особливо доцільне його вживання при випадкових статевих зносах, при яких завжди є небезпека зараження венеричною хворобою. Недоліком презерватива є можливість виникнення запальних процесів статевих органів жінки, якщо їх вживають тривалий час або без змазування вазеліном. Шкодить здоров'ю жінки і непотрапляння у піхву сперми, яка позитивно впливає на організм; знижується статеве відчуття у партнерів.

Хоча презервативами користується більше 50 % подружніх пар, рекомендується все ж чергувати їх вживання з іншими засобами.

Жіночі ковпачки, що виготовляються із алюмінію, срібла, пластмаси тощо, вживаються з метою прикриття шийки матки і створення перепони до проникання сперми в порожнину матки. Лікар чи акушерка підбирає за розміром шийки матки необхідний ковпачок (їх 24 розміри). До половини він наповнюється протизаплідною пастою. Надягнутий на шийку матки ковпачок не повинен викликати неприємних відчуттів і непокоїти під час статевого акту. Надягають його після менструації і знімають за 2–3 дні до початку наступної. Перед зняттям ковпачка бажано проспринцюватися. Протипоказані ковпачки при запаленнях, ерозіях шийки матки, значних опущеннях.

Ефективність вживання ковпачків піхви 80–85 %.

Менш поширений механічний засіб — піхв'яний песарій КР (зрізана гумова куля з щільним обідком, діаметром від 40 до 80 мм), що вводиться двома пальцями у піхву з метою закрити шийку матки. Гумовий засіб не слід залишати у піхві більш ніж на 2–3 дні, оскільки речовини, що містяться в гумі, можуть подразнювати стінку слизових статевих органів.

Хімічні контрацептивні засоби вживаються у вигляді паст, глобулей, розчинів. В основу їх покладено принцип пригнічення життєздатності сперматозоїдів за допомогою спермовбиваючих (спермоцидних) речовин. Розповсюджені контрацептивні Т, грамицидинова паста, лютенурин (таблетки та кульки); вживають

також розчин оцту — 2 ч. ложки на 1 літр води, 20 %-ний розчин кухонної солі, розчин 1 Мойого цитринового соку — 1 цитрина на 0,5 л води. Спринцювання слід зробити одразу після статевого акту, а пасти і кульки — вводити перед тим за допомогою особливих аплікаторів. Однак це ускладнює їх вживання і психологічно несприятливо впливає на статевий акт. Можна використовувати і ватяно-марлеві тампони та губки, які змочуються в одному із сперматоцидних розчинів або покриваються пастою і вводяться у піхву перед статевим актом.

Недивлячись на ефективність сучасних контрацептивних засобів, широко використовуються в щоденній практиці і методи, що не потребують пристроїв та препаратів. Це — перервані статеві зносини і фізіологічний метод (ритм-Але-тод) запобігання вагітності. Іноді вони вживаються з метою підсилення ефективності хімічних та механічних засобів.

Перервані статеві зносини як засіб попередження вагітності негативно впливає на здоров'я і жінки, і чоловіка. Статеве збудження не дістає своєї природної розрядки і завершення, спричиняє розлади нервової системи обох партнерів. Розвиваються неврастенія, підвищена дратівливість, швидка втома, болі у животі та хребці, запори; у жінок нерідко розвиваються розлади менструацій, з'являються виділення з піхви, що свідчить про хронічні запальні явища. У подружжя може розвинути радикуліт. Врешті-решт при тривалих перерваних зносінах у чоловіків може розвинути статева слабкість.

Можна рекомендувати і використання фізіологічного методу з урахуванням небезпечних для запліднення днів, так званий ритм-метод (РМ). Він передбачає визначення часу овуляції, яка настає на 14 ± 2 день, тобто на 12–16 день менструального циклу. В ці дні партнери утримуються від статевих зносин. Але враховуючи запліднюючу здатність сперматозоїда, яка зберігається 2–3 дні, на цей термін продовжується строк вірогідного запліднення. Таким чином, доцільно утримуватися від інтимних стосунків з 10-го по 17-й день циклу.

У тих випадках, коли контрацепція виявиться неефективною і настає небажана вагітність, вона може бути перервана за допомогою штучного аборту.

Є кілька видів аборту:

- штучний хірургічний аборт;
- міні-аборт, або регуляція менструації за допомогою аспірації;
- протостандиновий аборт.

Аборт — це штучне переривання вагітності протягом перших 28 тижнів.

Штучний аборт проводять у строки до 12 тижнів вагітності. Найбільш доцільний і безпечний строк для проведення штучного хірургічного аборту — 6–8 тижнів вагітності. При пізніших строках значно зростає небезпека ускладнень.

Порівняльне вивчення ефективності різних видів абортів свідчить на користь міні-аборт, або регуляції менструального циклу, який можна зробити при затримці менструації не більш ніж на 2 тижні.

Протостандиновий медикаментозний аборт засновано на використанні протостандина F, який при вживанні (у свічках) розширює шийку матки, призводить до випадіння плідного яйця без хірургічного втручання.

Підліткова вагітність

В усіх країнах світу спостерігається небезпечна тенденція зростання кількості вагітностей у підлітків. Виділяють три основні групи підвищеного ризику вагітності в цьому віці.

1. Дівчата, які починають сексуальне життя (як частину сексуального експериментування з приятелями-ровесниками) раніш, ніж стануть обізнаними з його можливими наслідками.

2. Пасивні та недосвідчені дівчата, що не можуть встояти перед намаганнями, а то і вимогами партнерів, які, як правило, старші від них.

3. Дівчата з емоційними проблемами, які відчувають, переживають брак тепла і розуміння у батьківському колі, для яких сексуальне життя стає досягненням, компенсацією емоційного комфорту.

Особливо непокоїть те, що сьогодні 95 % усіх вагітностей у юному віці настає поза шлюбом. Отже, надзвичайно важливим постає питання про виховання в сім'ї та суспільстві регулюючих мотивів, насамперед — почуття відповідальності за такі проступки, за їх наслідки.

Випадки вагітності та родів у дівчаток молодших 13 років зустрічаються значно рідше, але і вони не мають тенденції до зменшення. Як правило, ці випадки зумовлені раннім статевим

визріванням, прискореним розвитком організму, відсутністю статевої культури в сім'ї, де росла дівчина.

Передчасне статеве визрівання нерідко зв'язане з пухлинами наднирників, яєчників. Численні спостереження за перебігом та наслідками вагітності і пологів у юних першородок свідчать про те, що у неповнолітніх їх не можна вважати фізіологічними, нормальними. Поява перших менструацій ще далеко не завершення статевої зрілості. Вона свідчить лише про те, що в яєчниках почала визрівати яйцеклітина, і організм дівчини почав готуватися до виконання репродуктивної функції відтворення потомства. Але це аж ніяк не означає, що організм готовий виносити вагітність і дати розвиток плоду. Вагітність і роди вимагають розвитку і досконалої функції інших органів і систем: кісток, залоз внутрішньої секреції, системи кровообігу. Дівчина, якщо у неї вже є менструації, може стати матір'ю. Але як будуть перебігати у неї вагітність і роди?

У юних вагітних можуть виникнути дуже серйозні ускладнення, які несприятливо позначаються на здоров'ї майбутньої матері. А діти, що народилися від таких матерів, переважно хворобливі і слабкі.

Що ж потрібно знати, робити, щоб народжувались і виховувались здорові діти?

Окрім того, про що вже йшла мова вище, треба пам'ятати основне: боротьба за здорове покоління — це, головним чином, боротьба за природне вигодовування дітей молоком матері.

Причини штучного вигодовування новонародженої дитини криються, як правило, в матері. Частіше молока недостатньо (гіпогалактія) або навіть воно відсутнє у породіллі в більш зрілому віці — 30—40 років (25 %), у жінок з недостатньою статевою зрілістю (13 %). До гіпогалакції призводять також шкідливі звички: вживання алкоголю, наркотичних речовин, зловживання ліками, куріння (25 %). Ускладнення, що мали місце під час вагітності і родів (токсикози, ожиріння, кровотечі, оперативні засоби), також несприятливі для лактації. Неправильний догляд за молочними залозами, порушений режим годування дитини, незціджування молока після годування, тріщини сосків, недостатнє харчування матері, фізичні та розумові перевантаження, нервування, заклопотаність, тривожний стан під час вагітності та після родів — все це знижує здатність молочних залоз до

виробітку молока (39 %). Величезне значення має і пасивна позиція матері щодо боротьби за лактацію і грудне вигодовування дитини.

Запобігання гіпогалактії слід проводити з дитинства:

- попередження затримки статевого розвитку (інфантилізму);
- систематичні заняття з дитинства фізичними вправами;
- психогігієна в сім'ї, установка на радість материнства та обов'язкове годування молоком матері;
- лікування захворювань, зокрема ендокринної системи.

У післяродовий період лактації сприяє повне звільнення молочної залози від залишків молока шляхом зцідження, починаючи вже з перших годувань дитини. Профілактика тріщин сосків молочних залоз, самомасаж їх також дуже ефективні. Фізична культура (раннє вставання після родів) поліпшує діяльність серця, легенів, добре впливає на процеси обміну речовин у цілому, а це — неодмінна умова достатньої лактації.

Про все це слід пам'ятати замолоду і жити так, щоб уже в дитинстві, підлітковому та юнацькому віці забезпечити необхідні умови для народження в майбутньому здорової і щасливої дитини.

Щастя людини складається з багатьох чинників; не будемо їх перелічувати, вони залежать від індивідуальних рис кожного. Але для щастя кожної жінки, ким би вона не була, в яких би умовах не жила, завжди потрібна добра і міцна сім'я, взаєморозуміння, шана і любов чоловіка і, зрозуміло, — здорові діти.

Здорова дитина... Ніщо не може принести стільки щастя, радості, почуття гордості і задоволення в житті, як чемна, розумна, вихована і здорова дитина. І ніщо не може так затьмарити сімейне життя, навіть при цілковитому достатку і повній злагоді, як хвороблива і невихована дитина.

Мати завжди хоче бачити свою дитину здоровою. За здорову і виховану дитину треба боротися наполегливо і терпеливо.

Наступна наша розмова авторів з молодими відбудеться в 1990 році в брошурі «Сексуальна культура сімейних відносин»