



VII Тарау. Кәмелет жасқа толмағандардың жүктілігі

Жасөспірім қыздардың ұрпақты болу мәселесі

Қазіргі жағдайда жасөспірімдердің жыныстық және репродуктивті тәрбиесі бірнеше өзгешелік және жаңа үдістерімен ерекшеленеді: қыздардың және ер балалардың жыныстық қатынаста ерте болуы (орташа есеппен 16,1жаста); жастардың жартысы некелеспей тұрып жыныстық байланыста болуы мен бірге тұруы (тым 50%); эротиканың барлық түрлеріне қызығушылықтың көбеюі; жасөспірімдердің жыныстық тәртіптері мен алдыңғы ұрпақтар арасындағы арақашықтықтың үдеуі; жасөспірімдердің жыныстық тәртіпті ырықтандыру деңгейіндегі алшақтық, этникалық сипаттамамен ерекшеленеді; әйел мен еркектің стандартының екі есе әлсіреуі; некенің бір қалыпты болуына сексуалды қанағаттандыру мәнінің өсуі; басқа өркениеттер мен мәдениеттерді тәжірибеге ат салысуы (И.С. Кан)

Аталған тенденциялар әлеуметтік-экономикалық дағдарыс түрінде көрсетілген бастапқы жағдайларда жүзеге асырылады; «Балалықшақ аумағын» қысқарту; физикалық және психологиялық көріністер арасындағы диссоциация; реттелмеген жыныстық жүйе; заңдастырылмаған заңнамалық база; сот-құқықтық және жасөспірімдер өзекті мәселелердің өсуі; жасөспірімдермен жұмыс тәжірибесін жинақтау.

Жергілікті тұрғындардың педагогикалық нағандығы өз үлесін қосады. Ата-ананың осы жүріс тұрысы да әсер етеді (жасөспірім тұрғанда екі ойлық әңгімелер, киімін ауыстыру, бірге суға түсу және т.б). Дәрігерлер мен мұғалімдер ата – ананың қарама-қарсы стилімен де беттеседі, ол: артық

ұстамдылық, эмоциялық суықтық, күнәһәрлік туралы әңгіме айту,бетімен кеткендік туралы әңгіме қозғау, жыныстық қатынастың ұятсыздығын көрсету. Ана өзі жалғыз тәрбиелегенде осы екі стиль бір-біріне сәйкес келеді. Ол еркек жеккөретін (қызды) немесе әйел құмар (ұлды) тәрбиелейді, өйткені осы мәселеде ол өзін шешесімен ұқсастырады.

Біздің елімізде, әрбір адамның өмір бойында сексуалдық құндылыққа жасына, жынысына, ұлтына, әлеуметтік жағдайына, денсаулығына қарамайтын болды.(1996 Алесина И.Л. және т.б). Осы мәселе үлкендерге қатысты талассыз болса, онда бала мен жасөспірім арасында анықтылық жоқ болады. БДҰ анықтамасы бойынша , сексуалды деңсаулық - ол физикалық, эмоционалдық және әлеуметтік аспектілердің біліктілігін құрып, махаббаттың түсінігін білдіреді. Ұрпақты болу анықтамасы - қысқа айтылған ол ұрпақтың жалғасуы.

Ұрпақты болу ғылымы - перинатология, жастар физиологиясы, жыныс психологиясы, секспатология, отбасы құру, ұрпақтың болуды тазалығы, биозтика, андрология эстетикасы, жасөспірім гинекологиясымен тығыз байланыста.

Жасөспірім шағы әрбір адамның өміріндегі маңызды кезең болып саналады, өйткені сол уақытта оның өмір салты, стилі, тәрбиесі, ұрпақты және сексуалды болуы негізделеді және оның физикалық, психикалық денсаулығына әсер етіп,елдің денсаулық деңгейін анықтайды.(Вагонов Н.Н. және т.б., 1997ж)

Қыздардың хабардарлық деңгейі

Үлкендер (ата-аналар, мұғалімдер) жасөспірімдердің жыныстық белсендігіне қатысты өздері шешім қабылдауға рұқсат беру керек. «Баланың құқық конвенциясы» бойынша жасөспірімдер дәрігердің кеңесін және аяқ астынан жүкті болып қалу, контрацепция, венерологиялық аурулардың сақтану туралы дұрыс ақпарат дәрігердің кеңесін алуға құқылы.

Жоғары сынып оқушыларына сауалнама алумен, олардың жыныстық қатынасқа, махаббатқа, сексуалды көзқарасын білуімізге болады қажет.

[Юрьев В.К., Гюркин Ю.А., Самохвалов В.Е., 1996] Якутияда, Новгородта, Петербургте сауалнама жүргізгенде, қыздардың нәтижелері бірдей болды (15-17жас аралығында жауап берді):

- 100% өздерін сексуалды әдепті емес санайды;
- 95% жыныстық тәрбиемен дәрігерлер айналысу керек деп ойлайды;
- 100% жыныстық қарым қатынастан сақтанған болу керек дейді;
- 100% венерологиялық аурулар туралы біледі;
- - 100% кездейсоқ жүктіліктен қорғану керек екенін біледі.

Сонымен қатар, кейінгі сұхбаттар осы көрсеткіштерге түзетулер енгізді: жыныстық білімді 30% тен азы, 15-37% ті контрацепция әдістерін, 70% -дан азы жыныстық органдардың анатомиясы мен физиологиясы туралы біледі. «Сіздерге жыныстық қатынасқа қатысты мәселелерді кіммен бөлісу онайырақ болады» деген сұраққа қыздардың 40% -ы анаммен, 65% -ы құрбысымен, 35% гинеколог-дәрігерлермен деп жауап берді. Ешкім мұғалімнің атын атаған жоқ .

Жыныстық білім беру қажеттілігін негіздеу

Ерлі-зайыптылардың некеге тұруға келген жастары көп жағдайда некеде тұруға дайын емес. Бұған ажырасудың жалғасуы, үйшаруашылығын сақтау қабілетсіздігі, бала табу және балаларды тәрбиелеуге қалауының болмауы (баласынан бас тартудың көбеюі), ата-аналардың агрессиясының өз балаларына қатысты күшеюі, бала туатын функцияны «жетілген» жасқа дейін (35 жастан кейін) кейінге қалдыру үрдісі байқалады. Мәселе бала туудың төменгі деңгейінде ғана емес, сонымен бірге балалардың туылуының сапасы төмен болғандықтан, себебі әр бір төрт әйелден біреуі ғана денісау. Мәселен, жас әйел (бұл әйел, еркек емес, өйткені авторы гинекологтың және жана ұрпақтың денсаулығына ананың қосқан үлесі оның әкесінен карағанда жоғары дәрежеде) отбасылық өмірге жалпы денсаулығы жағынанда, гинекологиялық жағынанда,

жан дүниесі (рухани) дайын емес. Барлық осы бағыттарда арнайы, тұрақты және білікті кадрларды дайындау қажет.

Дәрігерлер жасөспірімдерге, білім беруден, медициналық көмек көрсетуден бас тартуға құқығы жоқ. Жыныстық білім алған қыздарда аурулар, жыныстық жолмен берілетін инфекциялар, кездейсоқ жүктілік және түсік түсірулер аз болады. Еңбастысы, болашақта осы топтағы жасөспірімдерде перинаталды шығындар төмен.

№6 Кесте

Қыздар мен жасөспірім қыздарға жыныстық тәрбие және жыныстық білім берудегі салыстырмалы сипаттамалар

Салыстырмал қасиеттері	Жыныстық тәрбие	Жыныстық білім
Негізгі мазмұны	Осы тарихи кезеңде әйелдерге адамның әйелдік қасиеттерін қалыптастыру. Этникалық және діни дәстүрлеріне сәйкес аналық инстинкті жақсарту	Жыныстық гигиена мен отбасын жоспарлау, жауапты ата-ана болу дағдыларын ынталандыру. Сексуалдық қарым-қатынас техникасы; сексуалдық зорлық-зомбылықтың, жыныстық жолмен берілетін аурулардың алдын алу. Контрацепция. Жыныстық қатынасты тежеуді ынталандыру
Оңтайлы жасы	2-ден 10-ға дейін (12) жас	8 (10) жастан 17 жасқа дейін
Кім іске асырады	Ата-аналар. Барлық ересектер. БАҚ, әдебиеттер.	Анасы (ұл болса - әкесі), арнайы дайындалған ересектер:

Қайда және қандай түрде өткізіледі	Тен-теңімен өзара білім алу Ата-ананың үйі, жасөспірімдер орталықтары, үйірмелер. Отбасылық өмір, оқу, бос уақыт, ойындар, фильмдерді көруге арналған теледидар	тәрбиеші, топ жетекшісі, дәрігер, отбасын жоспарлау қызметінің қызметкері. Құрбыларының арасынан көшбасшылары Сұхбаттар жеке немесе шағын топтарда. Арнайы әдебиеттерді оқу, видеокассеталарды көру. Жасөспірімдерге кеңес беру орталықтары. Жеке тәжірибе
Қолданылатын құралдар	Ата-аналардың, туыстарының, еңжақын ересектердің үлгісі. Кино кейіпкерлерінің мінез-құлқының үлгілері. Мектеп және мектепке дейінгі білім берудің мақсатты, «гетерогенді» оқу-әдістемелік тұжырымдамасы	Ата-аналар тарапынан үйретілім. Жасөспірім орталықтарындағы жастардың жас ерекшеліктеріне байланысты сабақтар. Оқулық мазмұндағы бейнематериалдар жиынтығы, әдебиеттер жиынтығы, кестелер, кестелер, слайдтар, үлгілер
Жақын жерде және алыстатылған мақсаттар	Әр түрлі жыныстағы адамдармен қарым-қатынас жасауды жігерлендіру. Әйелдерге аналық ерекшеліктерін енгізу. Болашақта перинаталдық шығындардың төмендеуі.	Кездейсоқ жүктілік пен қылмыстық түсіктің жиілігін азайту. Тері-венерологиялық және ЖИТС-тің, гинекологиялық аурулардың, соның ішінде обыралды және қатерлі ісіктердің алдын алу.

	Нәресте туған балаға жағымды эмоциялар қалыптастыру	Болашақта бақытты, үйлесімді неке
--	---	-----------------------------------

Жыныстық білімнің маңыздылығы

Жыныстық білім – бұл балалар, жасөспірімдер мен жастардың жынысқа, сексуалдық моральдық және жыныстық өмір мәселелеріне қатысты ақылға қонымды, дұрыс көзқарас қалыптастыруға абағытталған педагогикалық шаралар жүйесі (П.Л. Шабанов). Осылайша, жыныстық тәрбиенің негізгі идеясы – жас ұрпақты «ересек» өмірге дайындау. Жыныстық өмір нәрестелерді өмірге келтірумен шектелмейді, бірақ оның ұрпағының жалғасы оның терең мәні есептеледі. Тәртіп беру ата-ананың бейнеқосылығын нығайтуға тиіс. Жасөспірімдер жыныстық тәрбиелеу барысында жасөспірімдер балаларды туу жақсы, бірақ қалаған жаста және қалаған уақытта емес екенін түсінуі керек.

Жыныстық білім тек қана ерлі-зайыптыларға ғана емес, сондай-ақ, адамдарға да асыл өмір ретінде жақын өмір сүруге деген жоғары ынталандыруды тудырады. Жыныстық білім берудің мақсаттары мен міндеттері 16.1-кестеде көрсетілген.

Жасөспірімдер мен жұмысқа қабылданғандардың барлығы жыныстық тәрбие, жыныстық білім және жыныстық ақпарат туралы айырмашылықтарды білу керек. Жоғарғы сынып оқушыларына (1-2 сабақ) жауапсыз байланыстардың қаупі, жыныстық жолмен берілетін аурулар туралы, «кездейсоқ жүктілік» туралы қысқаша түсінік беріледі. Жасөспірімдерді медициналық-психологиялық қолдау орталықтарының мекенжайлары, тәулік бойғы венерологиялық орталықтар мекен-жайлары, сенім телефондарының телефондары, дағдарыстық қызметтер және ең жақын медициналық мекемелер туралы ақпараттандыру керек. Осылайша, жыныстық ақпарат беру – бұл қажет шара, кеш болса да.

Отбасын жоспарлау жөніндегі қызметкерлер жұмыс жасағанда 1) 15 жасқа толмаған балаларға жыныстық тәрбие беру үшін ата-аналардың жазбаша

рұқсаты бойынша міндетті түрде кепілдік берілсе, 2) дәрістер, сұхбаттар, сабақтар өткізілсе, 3) сабақтан тыс жұмысқа көңіл бөлсе, 4) жасөспірімдер мен жұмыс істегенде ата-аналармен қарым-қатынас болғанда көптеген түсініспеушіліктер болмас еді.

Жасөспірім қыздарда жыныстық мінез құлық

ТМД елдерінде отбасы жоспарлау қызметкерлерінің статистикасы бойынша алғашқы жыныстық қатынасқа түсуі 17,6 жасқа тең. Қазақстанда тұрмысқа дейінгі жыныстық қатынастар Түркіменістан мен Тәжікістанға қарағанда сирек тіркеледі.

Көпшілік жасөспірімдердің пікірі бойынша жыныстық қатынасқа түсу үшін некеге тұру қажет емес. О.В. Кучмаеваның Псковте өткен сауалдама барысында жасөспірімдердің 67%-і некеге дейін жыныстық қатынасқа түсуге болады дейді, ал 31,7%-і жыныстық қатынасқа түскендігі анықталды. Әр бір үшінші 15- 19 жас аралығындағы Мәскеулік жасөспірім қыздар жыныстық қатынаста белсенді екен. Ресей бойынша 40% ке жуық жасөспірім қыздар кемінде бір рет жыныстық қатынаста болған. Мәскеу және Петербург қалаларындағы мектеп оқушыларының 36%-і және ПТУ оқитындар алғашқы жыныстық қатынасқа 17 жасқа дейін болғандықтары анықталды. [Гребешева., 1993]

Көпшілік жастардың некеге дейінгі жыныстық қатынасқа немқұрай қарауы, ал әрбір үшіншісі тәжірибеден өткенін біліп дәрігер, педагог, ата аналары балаларға қарым қатынас тактикасын табу керек.

Таблицада көрсетілген ерте жыныстық қатынасқа түсу оң және теріс жақтары, ата анаға және жасөспірімнің өзіне дұрыс шешім қабылдауға көмектеседі. Осы жастағы балалардың еркін болуға деген құштарлығына қарамастан шешімді қабылдауда үлкендерге: ата анасына, үлкен досына, тәрбиешіге, дәрігерге, психологке, әлуметтік қызметкерге жүгінеді. (№7 Кесте)

Жасөспірім гинекологтары жақсы біледі, 13 жастан асқан қыздарда гименалды тесіктің созылғыш болуы, бимануальды қынаптық тексерулер жүргізуге және вагиноскопиялық тексеруге мүмкіндік береді. Етеккір уақытында гименальды саңылау басқа күндерге қарағанда үлкейеді.

Тампон қолданудың мерзімі жоқ. Кейбір жағдайларда 12 жасар қыздардың өзі тампон керек немесе керек еместігін шешеді. Тампонмен қолданудың орта көрсеткіші АҚШ да 14 жас, Ресейде 16 жас. Біздің мәліметтер бойынша, қыныптық тампондар ересек қыздар арасында көптеп қолданылады.

Көптеген елдерде қыздығын жоғалтуда қате пікірлер бар. Етеккір тампондарын қолдану қыздығынан айрылуға ешқандай әсері жоқ. Қыздың тампонды қынапқа енгізуі емдік мақсатта деп есептелінеді, осы манипуляция әсерінен қыздығын жоғалтты деген пікір қате болады. Кейбір жағдайларда диагностикалау кезінде т.б қыздыққа зақым келсе оны хирургиялық жолмен қайта қалпына келтіреді.

Қате пікірлерден сақтану үшін мына терминологияларды білу керек:

- физикалық немесе анатомиялық қыздық, ол қыздық перденің бүтіндігімен сипатталады;
- психологиялық қыздық, қыздық перденің жағдайына қарамай жыныстық жақындықтың болмауы;
- пәктік
- ізгілік, ізгілік пен тазалықты сақтау мен оларға ие болу: аса құлықтылық, ішкі рухани күш, ар-намыс, сыпайылық.

Сонымен, физикалық қыздық және психологиялық ізгілік деп ажыратылады. Тампондарды пайдалану қыздың қыздығын жоғалтуға алып келмейді.

Кәмелет жасқа толмаған қыз өзінің пәктігін рухани дайындық және ағзаның толық дамуы үшін сақтауында мән бар. Сонымен қатар, жыныс мүшелерінің

№7 Кесте

Жыныстық өмірдің оң және теріс жақтары

Позитивті жақтары	Негативті жақтары
Махаббаттық уайымдау психикаға әсерін тигізеді	Келесі қатынаста нейтральды немесе жағымсыз әсерлер
Ересектер әлеміне қатысу	Зорлық зомбылықтың құрбаны болу қаупі
Жыныстық жүктеменің азаюы	Кернеулердің қайталануы
Серіктесіне жағымды әсерлер сыйлау	Қолайлы диапазондың сәйкес болмауы
“Барлығы сияқты» болуға мүмкіншілік	ЖИТС және кездейсоқ жүкті болып қалу қауіп қатері
Физикалық және психикалық өзгерістердің анықталуы,өзіне деген сенімділік	Психикалық шаршау, дизадаптация
Жыныстық мүшелердің функциолалды жетілуі, етеккір циклының бір қалыпқа түсуі	Механикалық жарақаттар, етеккір циклының бұзылуы

Салыстырмалы №7 кестеде қыздығынан айрылу жағдайлар көрсетілмеген. Көптеген елдерде некеге дейін қыздығын сақтау мәселесіне қызығушылық артты. Бұл жағдай ЖИТС тің көп таралуына байланысты болды.

анатомиялық сақтау арқылы қыз биоценозын бұзбайды, жыныстық жолдармен жұғатын ауруларға шалдығу қауіпі және онкологиялық аурулардың пайда болу қатері төмендейді, сол сияқты ойламаған жүктілік пен бедеулік дертіне шалдығу минималды.

Жасөспірімдердің жүктілік кезеңі

18 жасқа толмаған жасөспірімдерде күтпеген жүктілік - кездейсоқ жүктілік деп аталады. «Күтпеген жүктілік» термині оның маңызды сипаттамаларына баса назар аударады: жоспарланбаған кездейсоқ пайда болған, ана болуға дайын еместіктен әлеуметтік жағдайының күрт өзгеруі; жәбірленушінің және айналасындағы тұлғалардан белгілі бір тығырықтан шыға алмауының салдарынан бұл туындаған мәселенің оңтайлы шешімін табуларына кедергі келтіреді.

Жасөспірім қыздарда жүктілік, барлық жүкті әйелдердің жалпы үлесіне шаққанда 1,5-4%-ын алып жатыр (салыстырмалы түрде 35 жастан асқан алғаш босағандар 4-5% ғана құрайды). Соңғы жылдары жасөспірім қыздардың жүктілігі жиілеуде, оған себеп жасөспірімдердің жыныстық белсенділігінің артуы.

В.И.Орел (1891) жас алғашбосанушы қыздарды 3топқа бөліп қарастыруды ұсынды:

- бірінші топ 9 жасқа дейінгі жасөспірімдер - жыныстық жетілу кезеңі патологиялық тұрғыда күрт артып кеткен қыз балалар.

- екінші топ 9 жастан 15 жасқа дейінгі жасөспірімдер - әлі де толық жыныстық жетілмегендер.

- үшінші топ 15 жастан 18 жасқа дейінгі жасөспірімдер - репродуктивті функциясы жетілген жасөспірімдер.

Жасқа сай критерийлермен қоса басқа ғалымдар жасөспірімдердің жүктілігін олардың денсаулықтарына және мінез-құлықтарына қарай тағы топқа бөліп қарастырған. В.О.Чечулин жүкті жасөспірімдерді 3топқа бөліп қарастырған:

-дені сау жүкті жасөспірімдер;

-экстрагенитальды патологиясы бар жүкті жасөспірімдер;

-жүктілігі ауыр жасөспірімдер;

Е.В. Брюхин жүкті жасөспірімдерді сол жағдайға алып келген себебіне қарай топқа бөліп қарастыруды ұсынды:

- бірінші топқа өз қалауымен жүкті болған толық отбасынан шыққан жасөспірімдер жатады;

- екінші топқа – толық емес отбасынан шаққан өз қалауынан тыс жасөспірімдерді жатқызған;

- үшінші топқа зорлық-зомбылықтан соң пайда болған жүкті жасөспірімдерді енгізген.

Қыз организмне жүктіліктің әсері

Әртүрлі жағдайда жүктіліктің жас организмге тигізетін әсерін қарастырамыз.

1. Жалпы организмдегі өзгерістер сондайқ жыныс органдарының трансформациясы жүктіліктің белгілері, әйел жасына байланыссыз жүктілік физиологиялық процесстері болып табылады. Бұл жағдайда туындайды неғұрлым жетілдірілген жүйке жалпы соматикалық репродуктивті стереотиптерді бағдарлау баспа арқылы белгіленеді және сондағы жүктілікте ұзақ уақыттан соң да жүзеге асырылады. Егер ересек әйелден жүктілікке тұрақты әсері болса гомеостатикалық механизмдерге күмән болмайды. Онда кәмелетке толмаған баланың ықпалы әлі де талқыланады. Жүкті әйелді бақылайтын терапевт патологиялық суретін нақты әсерін есте сақтауы керек.

Бір жағынан агзаның өтпелі күйлері және физиологиялық ерекшелігі бар және ол жүктілікке байланысты.

Жүктіліктің алғашқы кезінде диурездің жоғарылауы және соңғы 3 айында төмендеуі, гипотензия оның жүктіліктің екінші жартысында гипертензияға ұласуы, сонымен қатар физиологиялық сұйықтықтың демде жиналуы (гиперальдостеронизм, натрийдың демде ұсталуы, гидрофилдық, ісіну) - мұның бәрі бүйрек патологиясы немесе кеш гестоз деп қате бағалануы мүмкін.

2. Жыныстық жетілу толыққанды емес жағдайда жүкті болу, екіншілік жыныстық белгілердің жедел түрде айқындалуымен көрінеді. Бұл феномен жүктілікті ерте ұзу кезінде тіркеледі. Акушерлік көз қарас бойынша бұл жағдайда 13-15 жас аралығындағы жүкті жамбас сүйегі, 16-18 жас аралығындағы қыздардың жамбас сүйегіне сәйкес келеді. Жүктіліктің аяқталуы кезінде жыныс жолының жұмсақ тіндердің эластикалық құрамы артады, жамбас сүйегімен симфиздің гидрофилділігі жоғарылайды.

3. Әртүрлі теңдестірілген нейроэндокриндік ережелер тізбегінің бұзылысы гомеостатикалық реакцияға тұрақсыздандырғыш әсерін көрсетеді (бұл көбіне пубертаттық кезеңдегі транзиторлы гипоталамо-гипофизарлы синдромымен зардап шегетін қызбалада көрінеді). Бұл вариант жас аналарда декомпенсациялық созылмалы соматикалық ауру түрінде кері әсерін тигізеді. Көбінесе жас аналарда аллергиялық реакция немесе екіншілік иммунтапшылық жағдайын тіркейді.

Жүктіліктің диагностикасы

Акушер-гинекологтарды қоспағанда басқа маман дәрігерлеріне жүктілік диагностикасын жасау белгілі бір қиындықтарды туғызады, дәрігер практикасында жасөспірімдегі жүктілікті тек күдік туғызып анықтай алады, өйткені жүктілікті нақтылап анықтау және әрі қарай жұмыстар Әйелдер кеңес үйінде немесе басқа босану ұйымдарында іске асырылады. Болжам, мүмкін

болған және нақты деп топқа бөлінген белгілерге сүйену керек. Қыздардың біріншілік қабылдауында немесе диспансеризациясында дәрігер қол жетімді, болжамды немесе күдікті клиникалық белгілерге сүйену керек. (№8 Кесте)

№8 Кесте *Жүктілікті диагностикалаудағы қажетті белгілер*

Белгілер жинағы	Жинақтың нақтылығы	Мінездеме
Күмәнді: а) субъективті	Жүрек айну, күсұ, сілекей бөлінуі, әр түрлі иістерге шыдамсыздық, тәбеттің жоғалуы, немесе керісінше булимия, депрессия, әлсіздік, ұйқышылдық, бастың ауруы.	Жетіспеушілік: үнемі емес, арнайы емес, субъективті.
Б) объективті	Дене бітімінің толысуы, қарынның үлкеюі, бет көкірек, ұшы пигментациясы, қарындағы ақсыздық	
Күмәнсіз: А) клиникалық	Етеккірдің тоқтауы, сүт безінің үлкеюі, қатаюы, сыртқы жыныс мүшесі кілегей қабатының “цианозды” көрініс болуы. Бимануальды зерттеу кезінде жатырдың топографиясының, формасының, конценциясының өзгеруі	
Б)	Биологиялық сұйықтықтарда хорионды лабараториялық гонадотропиннің, пролактиннің, альфа соның ішіндегі фетопротеиннің мөлшерін анықтау. Сүт бездерінің өзгерістерін аппараттар термография арқылы тіркейді	

Нақты :	Акушерлік зерттеуде нәрестенің үлкен бөліктерін пальпация көмегімен анықтайды. Нәрестені жатырда УДЗ арқылы анықтайды. Баланың кимылын сезу.	Нақты диагноз қойуға бір белгі жеткілікті емес
---------	--	--

Күмәндаған жүктілікті педиатр немесе терапевт дәрігер өзінің қарамағындағы әйелдер кеңесіне жібереді. Әйелдер кеңесіне қыз үлкендердің көмегісіз өзі келуге болады. Егер қыздың жасы 15 жасқа толмаған болса, анықталған диагноз қорытындысын акушер-гинеколог ата-анасына немесе тәрбиелеушісіне ескертуге міндетті. Жүктілікті анықтау кезінде нәтиже шығару және диагноз қоюда дәрігерлер мұқият болуды талап етеді. Өкінішке орай жас әйелдерде үлкен жастағыларға қарағанда диагностикалық қателер көп кездеседі. Қателер дәрігердің дұрыс емес тактикасынан, жүктіліктің клиникалық көріністері басқада аурулардың клиникалық көрінісіне ұқсастығы. Мысалыға: гастрит, етеккір қызметінің бұзылысы, нейроэндокриндік синдром, тамақтан ұлану т.б.

Жүктілік және босану ағымының ерекшеліктері

Кейбір жасөспірім қыздарда организмде жүктілік пен босану ағымында кейбір өзгерістер байқалады.

1. Жүйке жүйесіндегі процесстердің дұрыс дамымауына байланысты гестационды доминанттың дұрыс қалыптаспауынан ұрықтың дұрыс дамымауына, ал соңында ұрық аномалияларына әкеледі.
2. Жамбас астауы белгілі бір көлемге дейін дамып үлгермейді (10-15% қыздарда тарылған стандартты емес жамбас астауы кездеседі).
3. Жатырдың дифференцировкасы (миометрийдің және жүйке жүйесі аппараты) көп жағдайда әлі толық қалыптаспаған. Жатырдың гипоплазиясы және

жыныстық инфантилизм өте жиі кездеседі. Оның нәтижесі кан көп жоғалтуға алып келеді.

4. Гемостатикалық реакциялар тұрақсыздықпен ерекшеленеді, бұл ана мен ұрықтың болжамын нашарлатады.

3. Ш. Гилязутдинова (1994) жасөспірім қыздардағы жүктілік төмендегілерге байланысты деп ойлайды:

- соматикалық жетілуіне;
- психологиялық дайындыққа;
- жүктілерге медико - әлеуметтік көмек беруге.

Жүктіліктің асқынуының пайда болуы – жас ерекшелігі емес, әлеуметтік жағдайы, тамақтану ерекшеліктері, медициналық көмек деңгейіне байланысты.

Бұл ерекшеліктер, әлеуметтік – гигиеналық кемшіліктер мен қатар, жүктілік пен босану кезінде көптеген қиындықтарды анықтайды (көптеген шетелдік авторларға қарағанда, асқынулар 76-90% жетеді). Жүкті әйелдердің кеш гестозы (жүкті әйелдердің токсикозы), сондай-ақ жүкті әйелдердің анемиялары халыққа қарағанда жиілікте диагноз қойылады: 30% және 80% . Жүктіліктің орташа ұзақтығы ересек әйелдерге қарағанда біршама аз (37,5 апта + 0,9 апта); сонымен қатар, ерте туылу әдеттен тыс жиі кездеседі.

А.Н. Баранов (1998 ж.) жүктілік кезіндегі анемия (86,6%) асқынуы туралы хабарлады. Асқынудың құрылымы келесі дей болды (жақшаларда салыстырмалы топтың көрсеткіштері):

- теміртапшылығы анемиясы - 61,9% (45,9%);
- I триместрдегі жүктіліктің үзілу қаупі - 41% (8,9%);
- кеш гестоздар - 39,1% (17,2%);
- гестаондық пиелонефрит - 18,1% (-);
- жүкті әйелдердің ерте токсикозы - 17,2% (10,1%);

- сугіз- 4,9% (2,3%);
- фетоплацентарлы жетіспеушілік- 71,9%.

Жүктілікті жүргізу

Жоғарыда айтылғандай, кез келген маманды дәрігер жүктілікті анықтауға қызды дәрігер акушер-гинекологқа жібереді. Акушер-гинеколог диагнозды растайды немесе болдырмайды. Егер қыздардың жасы 15 жаста болмаса, дәрігер акушер- гинеколог жүктіліктің бар жоқтығын оның наразылығына қарамастан, қыздың ата-анасы немесе жанашырлар мен қамқоршыларына хабардар етуге міндетті. Көп жағдайларда (70-85%) жүктілік ата-анасының айтуымен тоқтатылады (ал кейде жүкті әйелдің қалауына қарамайды). Жүктілікті үзу әдісін таңдау жасөспірім қыздың жасына, жүктілік мерзіміне және әйелдің жағдайына байланысты. 15 жасқа толмаған қыз балалардан мүмкіндігінше адвокат куәландырған, қолхаттар түрінде ата-анасының келісімі расталуы қажет; ата-аналар алдын-ала дәрігер тарапынан аборт жасаудың салдары туралы хабардар етіледі.

Егер жүктілікті қалдыруды шешсе, онда ата-аналардың қалауы бойынша және олардың өтініші бойынша жергілікті әкімшілік жүкті әйелдің басым көпшілігі жасқа толғанға дейін некені тіркейді, яғни 14-17 жас аралығындағы (некеге тұру жасын азайту).

Босану ағымы мен жүргізілуі

Жас аналарға босану қауіптілігі жетерлік. Әдебиет деректеріне сүйенер болсақ, 13-17 жас аралығындағы жасөспірімдер арасындағы ана өлім көрсеткіші, жалпы популяция көрсеткішіне қарағанда 5-8 есе жоғары. Перинатальды және сәби өлімі белгілі аймақ көрсеткішінен 2-3 есе жоғары. Ана өлімінің негізгі себептеріне: іріңді- септикалық қабынулар, эклампсия, қан кетулер, босану кезіндегі ауыр жарақаттарды жатқызамыз.

Ең көп тәжірибе жинаған Е.В.Брюхина пікірі бойынша, босанудың дұрыс жүргізілуі жатыр мойнының ашылу қарқынының синхрондылығына және нәресте басының жамбас қуысына қатынасына байланысты деген.

Орта есеппен босанудың 1-ші кезеңінің ұзақтылығы 8 сағат 22 минут ± 27 минут; 2-ші кезеңінің 35 минут ± 2,7 минут; 3-ші кезеңі 6 минут ± 0,6 минут құрайды. Жатыр мойнының ашылу жылдамдылығы латентті фазада 0,7 см/сағ ± 0,07; активті фазада 1,4 см/сағ ± 0,09 ға төнеледі. Жас аналарда орта жастағы әйелдерге қарағанда босану мерзімінің қысқаруы, латентті фазаның бірінші мерзімінен 2 есе төмендеуіне байланысты.

Босану аномалияларының ішінде көбіне дискоординаторлық және шамадан тыс қатты босану әрекеттерін айтуға болады. Біріншілік және екіншілік әлсіз босану әрекеті өте сирек кездеседі.

Жас ананың тез босану қарқынын болдырмай, ерте амниотомияның алдын алу үшін, танымал гормональді-витаминді, энергетикалық комплексті енгізеді. Ол өз кезеңінде босану қарқынын стимулдайды. Босануды жүргізгенде жас анаға ерекше назар мен көңіл аудару қажет және психологиялық қолдау көрсету керек. Жас ана үшін босану кезінде жанында анасының болуы өте маңызды. Егер босану кезінде жас ананың жанында анасы немесе жақын туысы болмаған жағдайда, қолдауды жас анамен сенімді қарым-қатынасқа түскен дәрігер көрсету тиіс.

№9 Кесте

Жасөспірім қыздардың жүктілігін жүргізу

Іс-шаралар	Орындау мерзімі
Гинекологиялық, мамандырылған соматикалық бөлімшелеріне жатқызу	Бақылау кезінде, оның алдында немесе әйел консультация диспансерлік қабылдануына алған соң
Босануға дейін перзентхана патология	Жүктіліктің 27-28 және 37-38

бөліміне жатқызу	аптасында көрсеткіштер болса
Клиникалық қан талдауы	Көрінуі кезінде және стационарға әр жатқызған сайын
Әйелдер консультацияның акушер-гинекологқа немесе ФАП акушеріне көрінуі	Гестация кезеңіне қарамай аптасына 1-2 рет көрінуі қажет
Клиникалық қан талдауы	4 аптада 1 рет
Қан ағудың біліктілігін және қаның қоюлануының талдауы: керек болған жағдайда-коагулограмма жасау қажет	Соңғы жатқызғанда
Вассерман реакциясы	Есепке алғанда және жүктіліктің 28 аптасында
AIDS/СПИД ке қан тапсыру	Сол мерзімде
Резус-фактордың және қан керектігіне талдау жасау	Есепке алғанда
Қынаптың бактерияскопиялық және цервикалық өзегінің зерттеуі	Есепке алғанда және жүктіліктің 28 аптасында
Үлкен дәретінің құрт жұмыртқаларына зерттеу жасау	Есепке алғанда және жатқызар алдында
Гормоналдық кольпоцитология	Есепке алғанда және жатқызар алдында

АҚ , дене салмағын, іштің айналымы (IA)және жатыр түбі биіктігін өлшеу (ЖТБ)	Әйелдердің кеңесіне әр барғанда және стационар бөлімінде
Іш қуысы және кіші жамбас қуысы органдарының УДЗ	Жүктіліктің 10-14, 20-24, 32-34 апталығында
Босануға физиопсихопрофилактикалық босануға дайындық Жамбасты өлшеу	Жүктіліктің әр триместрінде Есепке алғанда
Терапевтке көрінуі	Алғаш есепке алғанда және әріқарай айына 1 рет
Құлақ дәрігеріне, тіс дәрігеріне, көз дәрігеріне көрінуі	Есепке алғанда және жүктіліктің I және II жартысында
КТГ	Жүктіліктің 34 аптасынан кейін

Жас әйелдерде жүктілік кезінде тиянақты көңіл беріп жүргізгенде және босанғанда, біз тым жақсы нәтижелер байқалдық: балалардың тірі дүниеге келуі, жағдайы қанағаттандырылған, қан кетулер және акушерлік жарақаттар болған жоқ. (№9 Кесте).

Жасөспірімнің әр қаралу деңгейін дұрыстап бақылау қажет, өйткені олардың ерте жүктілігі қайғылы нәтижемен емес, сау бала босануына ықпал етіп, жас ананың ұрпақты денсаулығын сақтау керек.

Босану жоғары мамандырылған мекемеде жүргізілуі қажет. Дәрігерлер, акушерлер және басқа емдеушілер кәмелет жасқа толмаған жүкті қызға босану доминантының тұрақсыздығына, эмоционалдық құбылмалықтарына,

психологиялық сирек кездесетін жағдайларда, бала мен ананың тарапынан асқинулар болмау үшін амал жасау қажет. Босанғанда терапевттың, анасының, акушер-гинекологтан басқа анестезиолог, неонатологы маңызды.

Босанудың жақсы өтуіне мына жағдайлар әсер етеді:

- ылғи түйілуді басатын дәріні енгізу;
- жансыздандыру жеткілігі;
- 6-8 сағат акушерлық ұйқыны қамтамасыз ету керек, егер босану негізі болмаса;
- гипотониялық қан кетудің алдын алу;
- босанудың екінші кезеңінің қысқаруы;
- ананың өміріне қауіп болса, кесар тілігімен баланы алу жолдары қарастырылады;

Баланы босанған соң ана сүтімен тамақтандыру мәселесі әр түрлі, өйткені ана-аналардың жоспары және асырап алушының жоспары бойынша қарастырылады. 14 жасқа толмаған кейде оданда үлкен босанушыларға, балалардан бас тартқан жағдайда оларға сүт келудің тоқтату шараларын қолданады: эстрогендер, камфор, парлодел, қастауыш дәрі-дәрмектер (methergin « Sandoz»), сұйықтық ішуді азайту, тұзды іш айдататын дәрі ішу, сүт бездеріне орташа спирттелген компресс жасайды және оларды қатты орап тастайды.

Педагогиялық көзқараспен қарағанда жас ананың бұрынғы оқу орнына қалдырған дұрыс емес. Кейбір аймақтарда жас босанушыларға баламен, оқуын басқа жерде жалғастыруға, нақтырақ айтқанда қала сыртындағы мектеп-пенсионатта бала бақшасы бар оқу орнына оқуға мүмкіндік береді. Осы жағдайда жаңа өмірге сіңісіп кету қатты қиын болмайды. Босанғаннан кейін 6 ай бойы кәмелет жасқа толмағандарды бақылау керек, жалғыз акушер-гинеколог емес, терапевт, невропатолог және басқа мамандарға көріну қажет. Жағымсыз гестация барысында көптеген жас әйелдерде биологиялық,

психологиялық, әлеуметтік және адамгершілік дүмбілессіздігі, экономикалық, аналық міндеттеріне дайын еместігіне шарттанған.

Қорытындылай болсақ, кәмелет жасқа толмағандардың жүктілігі мен босануы, үлкендерге қарағанда ана мен балаға қауіптермен өтеді, оларға көбірек жоғары мамандандырылған акушер-гинекологтың кеңестері қажет.