

*Rehabilitation and Recreation*. 2024. № 18(3). P. 41–50. DOI:  
<https://doi.org/10.32782/2522-1795.2024.18.3.4>

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-655-3-6>

## **ADOLESCENT PREGNANCY – HEALTH RISKS AND PSYCHOSOCIAL OUTCOMES**

### **ПІДЛІТКОВА ВАГІТНІСТЬ – РИЗИКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ**

#### **Martynova L. I.**

*Candidate of Medical Sciences,  
Associate Professor at the department  
of observational obstetrics  
and gynecology and postgraduate  
education  
Bogomolets National Medical  
University  
Kyiv, Ukraine*

#### **Мартинова Л. І.**

*кандидат медичних наук,  
доцент кафедри госпітального  
акушерства і гінекології та  
післядипломної освіти  
Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

#### **Prylutska A. B.**

*Candidate of Medical Sciences,  
Associate Professor at the department  
of observational obstetrics  
and gynecology and postgraduate  
education  
Bogomolets National Medical  
University  
Kyiv, Ukraine*

#### **Прилуцька А. Б.**

*кандидат медичних наук,  
доцент кафедри госпітального  
акушерства і гінекології  
та післядипломної освіти  
Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

#### **Herevych N. V.**

*Candidate of medical sciences,  
Associate professor at the Department  
of observational obstetrics and  
gynecology and postgraduate education  
Bogomolets National  
Medical University  
Kyiv, Ukraine*

#### **Геревич Н. В.**

*кандидат медичних наук,  
доцент кафедри госпітального  
акушерства і гінекології та  
післядипломної освіти  
Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

Підліткова вагітність залишається однією з найгостріших проблем охорони здоров'я та соціальної політики в усьому світі. Хоча рівень народжуваності у дівчат в віці до 19 років в світі впав з 37,9 (2009 р.)

до 22,3 (2015 р.) на 1000 дівчат, але все одно цей показник залишається високим. Згідно зі статистичними звітами Міжнародної федерації планування сім'ї, кожного року у світі мамами стають понад 15 мільйонів юних дівчат. За інформацією, оприлюдненою ВООЗ, рівень материнської та перинатальної летальності серед неповнолітніх є суттєво вищим порівняно з породіллями, які досягли 18-річчя [1]. Процеси виношування плода та пологова діяльність у юних осіб проходить на тлі їхньої незавершеної біологічної, психологічної та соціальної трансформації, тому такі вагітності нерідко супроводжуються патологіями, що можуть спровокувати критичні стани.

Реакція неповнолітніх на виявлення незапланованої вагітності має свої специфічні особливості. Далеко не кожна дівчина вчасно звертає увагу на відсутність менструації, а навіть за умови фіксації затримки, спершу схильна вважати це випадковим збоєм організму. Лише тоді, коли до відсутності циклу додаються вторинні симптоми – такі як нудота, блювотні позиви, нагрубання та підвищена чутливість молочних залоз – виникає усвідомлення імовірної вагітності. Проте в цей момент підлітки часто опиняються у стані розгубленості, не розуміючи алгоритму дій та не знаючи, куди саме спрямувати свій запит про допомогу. Типовою стратегією стає спроба тримати свій стан у таємниці від дорослого оточення: батьків та педагогів; дещо рідше інформацію приховують від близьких подруг чи статевого партнера. Візит до спеціаліста також відкладається на невизначений термін через психологічне заперечення дійсності. Окрім цього, неповнолітні відчувають сильний дискомфорт та сором перед перспективою гінекологічного огляду, мають стійкий страх перед розголошенням таємниці, імовірним гнівом рідних та осудом з боку соціуму. Як наслідок, чимало дівчат намагаються позбутися вагітності сумнівними способами, керуючись порадами однолітків, що призводить до критично пізнього візиту до жіночої консультації. Така затримка у діагностиці провокує кризову ситуацію, коли психологічний та фізичний тягар стає для дівчини непосильним.

Дослідження вказують на чіткий зв'язок між соціальним станом та ймовірністю ранньої вагітності. Дівчата з базовою освітою або її відсутністю мають у 16,8 разів вищий ризик завагітніти порівняно з тими, хто продовжує навчання. Переважна більшість підліткових вагітностей (до 82% у деяких вибірках) є позашлюбними. Ризик вагітності у незаміжніх дівчат у 14,2 рази вищий. У США, наприклад, понад 66% пологів у підлітків оплачуються через систему Medicaid (державна допомога бідним). Наприклад, у США підліткова вагітність щорічно коштує платникам податків приблизно 9,4 мільярда доларів через витрати на охорону здоров'я, соціальну допомогу та втрачені

податкові надходження від матерів, які не реалізували свій трудовий потенціал [2].

Родини, в яких очікується народження дитини неповнолітньою матір'ю, традиційно зараховують до категорії підвищеного медико-соціального ризику. Варто зауважити, що спільнота вагітних підлітків не є монолітною: дівчата суттєво відрізняються за своїм суспільним статусом, родинними обставинами та особистим ставленням до майбутнього материнства. Можна виокремити чотири основні категорії юних вагітних:

1 група – це соматично здорові дівчата, для яких дитина є очікуваною та бажаною. Вони зазвичай проживають у повних сім'ях або мають реальну перспективу офіційного оформлення стосунків із партнером через процедуру зниження шлюбного віку. Побутові умови та фінансове забезпечення таких майбутніх матерів оцінюються як цілком задовільні.

2 група – дівчата, які походять із повних, зовні стабільних та фінансово забезпечених родин. У таких сім'ях батьки часто зосереджені на гонитві за кар'єрним успіхом, високим статусом у суспільстві та матеріальним накопиченням, через що справжні інтереси та внутрішній світ доньки ігноруються. Інша крайність виховання в таких родинях – надмірний контроль та гіперопіка. Для таких підлітків ранній сексуальний досвід стає своєрідним протестом: намаганням позбутися тотального нагляду або, навпаки, способом компенсувати дефіцит уваги та емпатії з боку батьків.

3 група – дівчата з неповних або соціально неблагополучних сімей. Для цієї категорії характерний низький рівень матеріальних доходів, обмежені соціальні можливості та, що найважливіше, суттєво нижчий рівень освіти порівняно з «благополучними» однолітками. До цього ж сегмента часто належать вихованки інтернатних закладів та дитячих будинків. Такі підлітки переважно здобувають освіту в професійно-технічних училищах, зайняті в низькокваліфікованому секторі торгівлі, а нерідко взагалі не мають постійного місця навчання чи роботи. Для багатьох представниць цієї групи властива нерегулярність статевих зв'язків зі зміною партнерів, відсутність базових знань про способи запобігання вагітності та нехтування елементарними правилами особистої гігієни. У більшості випадків вагітність для них стає незапланованою та небажаною подією.

4 група – дівчата, які стали жертвами насильницьких дій або випадкового статевого контакту. Стан вагітності для таких підлітків є глибокою психологічною травмою, що сприймається як життєва катастрофа. Це супроводжується зтяжними депресивними станами та високим ризиком суїцидальної поведінки. Через відчуття шоку

та страху такі дівчата звертаються по медичну допомогу на дуже пізніх термінах. Після народження дитини в цій категорії найчастіше фіксуються випадки офіційної відмови від батьківських прав.

Хоча підлітки вважаються «соматично здоровішими» (мають менше хронічних хвороб, ніж жінки старшого віку), їхня вагітність має специфічні ризики. Юні вагітні значно частіше мають інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Анемія поширена через інтенсивний ріст власного організму підлітка, що конкурує з плодом за поживні речовини. Плацентарна недостатність та прееклампсія – ці стани зустрічаються частіше через незрілість судинної та репродуктивної систем. Також, підлітки у 5 разів частіше продовжують палити під час вагітності порівняно з дорослими жінками. Також фіксується вищий рівень вживання психоактивних речовин.

Материнство у віці до 19 років (і особливо до 14 років) критично впливає на здоров'я дитини. В середньому діти підлітків важать на 332,6 г менше, ніж діти матерів віком 20–34 роки [3]. Середня вага дитини у юної матері становить близько 3048 г проти 3488 г у жінок сприятливого репродуктивного віку. У новонароджених від підлітків частіше фіксуються низькі показники за шкалою Апгар на першій хвилині (ознака гіпоксії). Асфіксія при народженні реєструється у 24–28% випадків. Ризик гіпоксичного ураження центральної нервової системи плода у підлітків вищий, ніж у групі 20–25 років [4].

Підліткова вагітність – це не лише медичний діагноз, а маркер соціального благополуччя суспільства. Вона вимагає комплексного втручання: від освіти в школах до спеціалізованого медичного супроводу, орієнтованого на специфічні потреби юного організму та психіки.

### Література:

1. WHO Adolescents Pregnancy. [(accessed on 16 January 2023)]; Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. UNICEF Early Childbearing. [(accessed on 16 January 2023)]. Available online: <https://data.unicef.org/topic/child-health/adolescent-health/>
3. Melekoğlu N. A., Saraç U. Evaluation of the effect of maternal adolescent age on neonatal outcomes. *Cumhuriyet Med. J.* 2022;44:192–197. doi: 10.7197/cmj.1127605.
4. Maheshwari M. V., Khalid N., Patel P. D., Alghareeb R., Hussain A. Maternal and Neonatal Outcomes of Adolescent Pregnancy: A Narrative Review. *Cureus.* 2022;14:e25921. doi: 10.7759/cureus.25921.