**ОГЛАВЛЕНИЕ**

Введение

Глава 1 Аборт как социальное явление

1.1 История абортов

1.2 Аборт и его последствия

1.3 Причины аборта и его социальное значение

Вывод по главе 1

Глава 2 Социологическая оценка исследования абортов

2.1 Социологический опрос женщин детородного возраста различного социального статуса по России

2.2 Анализ и оценка результатов социологического опроса по городу Москва

Вывод по главе 2

Заключение

Список использованной литературы и источников

**ВВЕДЕНИЕ**

Аборты – одна из главных причин низкой рождаемости и отрицательного естественного прироста населения. Такое огромное количество абортов в нашей стране связано, прежде всего, с экономической ситуацией в сегодняшней России. Вот уже на протяжении нескольких лет наша страна находится в условиях социально-экономического кризиса, что и является причиной такого демографического явления, как аборты. Эта проблема освещена в работах таких ученых как: М. Сэнджер, Л.Л. Окинчиц, Ф.К. Мерфи, Н.А. Шнейдерман, А.А. Попов, Н.С. Трутко, М.С. Бедный и др. В большинстве своем аборты делают женщины в возрасте от 16 до 25 лет, т. к. этот социальный слой находится в наиболее неблагоприятном материальном положении. Ведь молодая одинокая женщина просто не в состоянии в должной степени обеспечить себя и своего ребенка. Также на процент абортов влияет моральное и нравственное здоровье людей. Ведь за последние несколько лет моральные рамки сильно расширились, а многие нравственные принципы в глазах сегодняшней молодежи выглядят непоправимо устаревшими и совершенно неприемлемыми.

И, несмотря на все старания российского правительства, количество абортов продолжает расти, и чтобы остановить этот процесс и привести статистику абортов в мировые рамки, понадобиться не один год и не одно десятилетие, при условии, что это вообще удастся осуществить.

К 2025 году репродуктивный потенциал России может оказаться в «точке невозврата», из которой его будет практически невозможно восстановить. Об этом заявил заместитель председателя Комитета Госдумы по образованию и науке Сергей Колесников. В частности, он остановился на проблеме здоровья детей. В настоящее время отмечена тенденция к росту числа психосоматических заболеваний у детей школьного возраста. Процессы дезадаптации в школе, вредные экологические факторы ведут к увеличению гинекологических и эндокринологических заболеваний у девочек. На гормональном и психологическом уровнях происходит «сближение полов». Девочки перестают воспринимать себя как женщину. В дальнейшем, это чревато увеличением осложнений беременности и родов, ростом числа абортов среди молодых девушек.

Проблема демографии сегодня так или иначе волнуют всех. Даже тех, кто никогда не слышал о существовании такой науки. Этой проблемой занимались такие ученые как: Л.Е. Дарский, В.А. Белова, В.А. Борисов, А.И. Антонов, А.Г. Вишневский, А.Я. Боярский, А.Г. Волков и др. Сегодня мы знаем, что проблемы рождаемости многогранны. Они включают не только экономические или медицинские, но и социальные, психологические, правовые, этические аспекты. В них фокусируются интересы личности, семьи, общества. Довольно часто эти интересы входят в противоречие.

Тот или иной уровень рождаемости достигается с помощью определенных мер ее регулирования – противозачаточных (контрацептивных) методов и средств и искусственных абортов. Для личности, семьи, да и для общества в целом небезразлично, какие из этих мер применяются чаще и дают лучший эффект. Соотношение (т. е. структура) мер регулирования рождаемости – немаловажный фактор здоровья женщины, а следовательно, и ее будущего потомства. Преобладание в названной структуре искусственных абортов существенно влияет на формирование вторичного (приобретенного) бесплодия, на смертность детей на первой неделе, первом месяце, первом году жизни, на частоту выкидышей и рождения мертвых детей, поэтому тема абортов является весьма **актуальной**.

**Цель исследования:** обосновать проблему аборта и его социальное значение.

**Объект** исследования: естественный и искусственный аборт.

**Предмет** исследования: аборт как социальное явление.

**Гипотеза**: если снизится число абортов, то повысится число здоровых женщин и их будущего потомства.

**Задачи**:

1. Изучить литературу по проблеме абортов

2. Провести опрос среди женщин детородного возраста различного социального статуса и состояния здоровья.

3. Проанализировать полученные результаты исследования и сформулировать выводы

**Методы** исследования: социологический опрос, анкетирование

**Теоретической основой** работы являются научная литература по проблеме социального значения аборта.

**Научная новизна** работы заключаются в том, что в ходе исследования изучены и раскрыты опасность аборта и его влияние на здоровье женщин и их будущего потомства.

**Теоретическая значимость** исследования определяется тем, что полученные данные имеют отношение к разработке теоретических проблем демографии, здоровья населения, а также охраны материнства и детства.

**Практическая значимость**: результаты данного исследования могут помочь понять женщинам как опасен аборт и его последствия, а также как сохранить здоровье и воспитать крепкое и полноценное поколение.

**Структура работы** строилась в соответствии с поставленными задачами и состоит из введения, 2 основных глав, выводов по главам, заключения, списка использованной литературы и приложения.

Во введении дается обоснование актуальности темы, ставятся цель и задачи работы, строится ее структура.

В первой главе рассматриваются проблема аборта как социального явления.

Во второй главе приводится статистика по проблеме абортов и анализируются полученные результаты.

В выводах освещены важные моменты по исследуемой проблеме.

В заключении сделаны обобщающие выводы по работе.

**ГЛАВА 1 АБОРТ КАК СОЦИАЛЬНОЕ ЯВЛЕНИЕ**

**1.1 История абортов**

Есть доказательства того, что уже в далеком прошлом прерывание беременности было широко распространено и воспринималось как естественная операция. Оно практиковалось еще в античном мире. В наиболее отсталых обществах плодоизгнанием занимался отец – человек, наделенный правом собственности на своих детей. В 1596 г. китайский врач Ли Шичжень упоминал в своем научном трактате 72 способа прерывания беременности, ссылаясь на опыт, собранный китайской медициной более чем за 2000 лет. Однако, по мнению В. И. Козлова [7, c. 25], в племенных обществах применение искусственного аборта чаще всего было связано с добрачными или внебрачными связями, если рождения от них осуждались, или с другими экстремальными, с точки зрения психологии того времени, случаями. Аборты производились в основном с помощью абортивных средств (часто из ядовитых растений) или иными довольно жестокими методами. Только с возникновением христианства прерывание беременности стало осуждаться: христианская религия смотрит на аборт как на убийство невинного существа.

Советское законодательство в отношении искусственного прерывания беременности менялось. С 1920 по 1936 г. действовал закон о бесплатном и свободном производстве абортов в медицинском учреждении, пока, как было установлено Народным комиссариатом здравоохранения и Народным комиссариатом юстиции, «моральные пережитки прошлого и тяжелые экономические условия настоящего еще вынуждают часть женщин решаться на эту операцию» [18, 75].

В дальнейшем ЦИК и Совет Народных Комиссаров Союза ССР вынесли постановление о запрещении абортов (с 1936 г.), объясняя свое решение ростом народного благосостояния и культурного уровня, а также вредом абортов. Производство абортов разрешалось только по медицинским показаниям и только в медицинских учреждениях. В постановлении предусматривалась уголовная ответственность за производство абортов вне больницы или в больнице, но с нарушением указанных условий,- от 1 до 3 лет тюремного заключения для лица, производившего аборт, и общественное порицание (а при повторном нарушении закона – штраф) для беременной женщины. В результате принятого постановления уже в 1937 г. число искусственных абортов в городах СССР уменьшилось в 3 раза, в селах – в 4 раза [10, c. 102].

К сожалению, цель не была достигнута. Цифры, приведенные нами, относятся только к учтенным, легальным абортам. В условиях запрета на производство абортов точный их учет невозможен, так как увеличивается число криминальных (нелегальных) абортов, а о них женщины предпочитают умалчивать. Дать оценку частоты криминальных абортов поэтому можно только косвенно и не полностью – по количеству послеабортных осложнений, в результате которых женщины попали в больницу. С 1936 по 1955 г. резко увеличилось число случаев тяжелых хронических воспалений, нарушений функций яичников, вторичного бесплодия и даже смерти женщин. Это говорит о возросшей, частоте криминальных абортов. В 1955 г. Указом Президиума Верховного Совета СССР было разрешено производство искусственных абортов в медицинских учреждениях. Началось сокращение числа нелегальных абортов, и одновременно с ним отмечалось постепенное снижение заболеваемости гинекологическими болезнями, уменьшение летальности в результате абортов.

На Международном симпозиуме по вопросам воспроизводства населения в 1968 г. отмечалось, что в мире производится ежегодно 25 млн. абортов, в том числе 2 млн. – в США, по 1,2 млн. – в Японии и во Франции, 1 млн. – в ФРГ. Иногда приводится цифра – 55 млн. абортов ежегодно. По-видимому, и она очень занижена, поскольку учитывает только легальные аборты. А их число зависит не только от наличия, эффективности и пропаганды средств контрацепции, но и от законодательства в отношении абортов. Количество криминальных абортов может быть оценено только приблизительно, с чем и связаны столь большие интервалы в оценке числа абортов по странам [10, c. 104-105].

Очень неблагоприятно у нас и соотношение родов и абортов. Первенством в области абортов нам гордиться не приходится. Напротив, оно вызывает серьезную озабоченность у специалистов, врачей. Ведь последствия искусственных абортов определяются не только уровнем экономических потерь государства от производства самой операции, стоимостью лечения ее ближайших и отдаленных последствий, недопроизводством национального дохода в связи с временной нетрудоспособностью женщин и т.п., но прежде всего уровнем вторичного бесплодия, мертворождаемости, внематочных беременностей, смертности детей в возрасте до одного года и др.

В настоящее время важность улучшения здоровья детей, сохранения каждой человеческой жизни возрастает многократно. И хотя этот путь не решает полностью проблему увеличения естественного прироста до уровня слегка расширенного воспроизводства населения, он может дать весомый эффект как в социально-экономическом, так и в демографическом плане. Ведь только снижение смертности детей в возрасте до одного года до наиболее низкого уровня, наблюдающегося сегодня в мире, дало бы, по нашим расчетам, заметное увеличение ежегодного естественного прироста населения страны.

Хотелось бы отметить, что, по данным на 1980 г., около 60% населения мира проживало в странах, где искусственные аборты были запрещены или разрешены лишь по определенным показаниям. Тем не менее аборт повсеместно является одним из распространенных методов регулирования рождаемости [9, c. 218]. По выражению одного из зарубежных ученых, аборт – это единственная пандемическая болезнь, которая игнорируется и не лечится современной медициной.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в Западной и Северной Европе, в США, где шире распространены контрацепция и контрацептивная стерилизация, к абортам прибегают в основном женщины моложе 20 лет, незамужние, бездетные, в то время как в странах Восточной Европы, где высокоэффективная контрацепция введена позже, а контрацептивная стерилизация не практикуется, к аборту прибегают в основном замужние женщины в зрелых возрастах, имеющие определенное число детей. Следовательно, именно в этих странах искусственный аборт и преобладает в структуре применяемых методов регулирования рождаемости.

В последние 10-20 лет во многих странах аборты были частично или полностью легализованы. Вслед за легализацией возросла их частота. Это говорит о том, что до разрешения искусственных абортов широко применялись криминальные аборты. Так, например, в Англии после издания в 1968 г. акта о разрешении абортов значительно выросла численность девушек в возрасте до 16 лет, поступающих на эту операцию (2% общей численности женщин, производящих аборт). При этом около 70% из них никогда не пользовались никакими методами и средствами контрацепции (МСК), а следовательно, в случае беременности прибегали к криминальному аборту или рождению нежеланного ребенка [12, c. 95].

**1.2 Аборт и его последствия**

**Самопроизвольный аборт.** Распространено мнение, что слова «аборт» и «выкидыш» характеризуют собой разные понятия. Такое понятие неверно, аборт и выкидыш – это лишь разные названия одного и того же процесса.

Абортом, или выкидышем, называется прерывание беременности начиная с ранних ее сроков вплоть до 28 недель, т. к. в этот период плод, как правило, еще нежизнеспособен.

Различают аборты самопроизвольные и искусственные. Самопроизвольные аборты наступают без каких-либо вмешательств извне. Искусственный аборт производится в лечебном учреждении по желанию женщины или же по медицинским показаниям. Если аборт вызывается вне больницы самой женщиной или невежественными в медицине людьми, он называется внебольничным, или криминальным [7, c. 58].

Самопроизвольный аборт чаще всего зависит от состояния здоровья женщины, недоразвития или воспалительного процесса внутренних половых органов. К возникновению выкидыша могут предрасполагать такие факторы, как острые инфекционные (грипп, дизентерия, дифтерия, воспаление легких и др.,) а также хронические заболевания (туберкулез, ревматизм и др.). В этих случаях выделяемые возбудителями болезни яды (токсины) проникают в плод, вызывают его внутриутробное заболевание и гибель с последующим изгнанием из полости матки. Самопроизвольный аборт могут вызвать физические и психические травмы. К физическим травмам относятся падение, сильные ушибы, подъем тяжестей, различные физиотерапевтические процедуры. Поэтому беременным женщинам не рекомендуется сидеть или стоять в задней части троллейбуса и автобуса, кататься на велосипеде, носить тяжести, длительно шить на ножной машине. Во время беременности противопоказаны грязелечение и физиотерапевтические процедуры.

Самопроизвольный аборт также может произойти в результате тяжелых переживаний, внезапного испуга и др. Однако физические и психические травмы вызывают самопроизвольный аборт в тех случаях, когда имеются какие-либо предрасполагающие причины (недоразвитие, воспалительные заболевания половых органов и др.). Если самопроизвольный аборт возникает на 12-16-й неделе беременности, то, как правило, он всегда сопровождается обильным маточным кровотечением, очень опасным для здоровья женщины. Это объясняется тем, что происходит отслойка плодного яйца, причем в матке образуется большая раневая поверхность [17, c. 93].

В течении самопроизвольного выкидыша различают пять основных стадий: угрожающий выкидыш, начинающийся, совершающийся, неполный и полный.

Угрожающий выкидыш – отсутствует кровотечение, но имеются периодические схваткообразные боли в низу живота и в области поясницы. Беременность можно сохранить, если соблюдать строгий постельный режим и проводить соответствующее лечение, назначенное врачом. Но если не принимать никаких мер, то процесс может перейти в следующую стадию – начинающийся выкидыш.

Начинающийся выкидыш – возникают схваткообразные боли в низу живота, небольшое кровотечение. Эта стадия выкидыша обратима. При неуспешном лечении начинающийся выкидыш переходит в следующую стадию – совершившийся выкидыш.

Совершившийся выкидыш (аборт в ходу) – схваткообразные боли в низу живота, значительное маточное кровотечение вследствие отслойки плодного яйца (в стенке матки скрывается большое количество сосудов). Однако плодное яйцо еще остается в полости матки.

Неполный выкидыш – обильное маточное кровотечение, иногда опасное для жизни женщины, схваткообразные боли в низу живота. В матке остается только часть плодного яйца.

Полный выкидыш – полное изгнание плодного яйца из полости матки, матка хорошо сокращается, кровотечение прекращается или иногда наблюдаются незначительные кровянистые выделения, схваткообразных болей не отмечается [18, c. 119].

При любой из перечисленных стадий аборта женщина обязательно должна быть помещена в акушерско-гинекологическое учреждение. Выяснив причину, вызвавшую самопроизвольный выкидыш, врач назначит соответствующее лечение и тем самым предотвратит возможность в дальнейшем так называемых привычных выкидышей. После выписки из больницы женщине необходимо обратиться в консультацию. Здесь ее дополнительно обследуют, при необходимости назначат профилактическое лечение. К лечению нужно относиться со всей серьезностью и тщательно выполнять все рекомендации врача.

Таким образом, причины, ведущие к возникновению самопроизвольных абортов, весьма разнообразны. Самопроизвольные аборты встречаются сравнительно редко. Значительно чаще встречаются искусственные аборты, производимые в лечебных учреждениях.

**Искусственный аборт.** Прерывание беременности в лечебном учреждении по желанию беременной или по медицинским показаниям называется искусственным абортом. В некоторых случаях беременность приходится искусственно прерывать по состоянию здоровья, когда ее продолжение может повести к тяжелому осложнению имеющегося у женщины заболевания, а роды представляют серьезную опасность для жизни и здоровья матери и плода. Такими медицинскими показаниями к аборту чаще всего служат тяжелые заболевания сердца, почек, печени, легких и др. Искусственное прерывание беременности у данного контингента женщин вызывается вынужденной необходимостью, поэтому аборт для них является менее вредной операцией, чем продолжение беременности и сами роды.

Большинство искусственных абортов производится в лечебных учреждениях по желанию женщины лишь в сроки от 6 до 12 недель беременности. Позже этого срока матка становится чрезвычайно полнокровной, стенки ее бывают очень размягчены и поэтому возможно сильное кровотечение. Кроме того, в этот период беременности детское место плотно прикрепляется к стенке матки, плод относительно велик, извлечение его представляет большие трудности. При этом возможны ранения шейки матки, особенно в области внутреннего зева. Наиболее рационально прервать беременность при сроке в 7-9 недель. В это время связь плодного яйца с маткой менее прочна, стенки матки более упруги. В ранние сроки беременности шейка матки еще плотная и она расширяется с трудом, полость матки тоже очень небольшого размера, и в ней трудно манипулировать инструментами, плодное яйцо очень маленькое, иногда можно его оставить в матке. На операцию прерывания беременности направляют женские консультации. Аборт противопоказан при острой гонорее, инфекционных заболеваниях, острых и подострых воспалительных процессах половых органов. После аборта наступает обострение воспалительных процессов половых органов, что влечет за собой длительное тяжелое заболевание, и наконец, аборт во время инфекционного заболевания может вызвать сепсис – общее заражение крови [2, c. 234-235].

Врач женской консультации не имеет права направлять на аборт, если после предыдущего прерывания беременности не прошло 6 месяцев. Матка при этом очень ранима, весь организм также не пришел еще в норму после предыдущего аборта.

Что же представляет собой аборт – операция удаления плодного яйца из полости матки? Первым этапом операции является расширение канала шейки матки специальными расширителями. Затем специальными инструментами удаляется плодное яйцо и выскабливается разросшаяся за время беременности слизистая оболочка. Операция обычно длится 8-15 мин. Эта быстрота манипуляции, короткий (2-3 дня) послеоперационный период постельного режима создали среди населения представ-1енке о чрезвычайной простоте вмешательства. Характерно, что многие практические врачи, долгие годы занимающиеся производством абортов, владеющие техникой операции в совершенстве, охотно предпочитают в ряде случаев произвести сложную операцию чревосечения (вскрытие брюшной полости), чем аборт. Это объясняется тем, что данная операция производится на ощупь, вслепую. Врач не видит ни шеечного канала, в который вводятся расширители, ни полости матки, откуда извлекается плодное яйцо, ни стенок матки, которые выскабливаются сравнительно острым инструментом. И, несмотря на то, что врач работает с величайшей осторожностью, не видя операционного поля, он не может предотвратить неприятные неожиданности. Толщина стенки матки, особенно при повторных абортах, неодинакова, в ней могут быть истонченные участки, где легко произвести прободение матки инструментом [1, c. 96].

Для прерывания беременности используются также специальные вакуум-аппараты. Действие их основано на принципе создания в полости матки отрицательного давления, благодаря чему происходит удаление плодного яйца. При таком способе прерывания беременности матка повреждается меньше, чем при удалении плода инструментом с последующим выскабливанием ее стенок. Но и при этом методе могут развиваться различные осложнения.

Во время пребывания в стационаре необходимо соблюдать полупостельный режим, предписанный врачом. Срок действия дезинфицирующих растворов (спирт, йод), которыми обрабатывается влагалище перед оперативным вмешательством, ограничен. Через несколько часов после аборта во влагалище быстро размножаются микроорганизмы. Кровь, вытекающая в небольшом количестве из полости матки, является очень хорошей питательной средой для их развития. Микробы проникают в полость матки, в маточные трубы, возникает острый воспалительный процесс матки и придатков. В этом случае уже через 1-2 дня после аборта повышается температура. Но нередко, стремясь поскорее выписаться из больницы, некоторые женщины «стряхивают» термометр. Таким образом, поведение женщины в стационаре после аборта и соблюдение ряда гигиенических правил имеют очень большое значение для профилактики возможных осложнений. Выписка из стационара производится лишь при общем хорошем самочувствии, нормальной температуре, пульсе, отсутствии болей в нижних отделах живота и кровянистых выделений. После выписки из стационара женщина получает освобождение от работы на 2-3 дня. В эти дни также следует соблюдать определенный режим [4, c. 112].

Развитие и созревание яйцеклетки в яичнике происходит и в первый месяц после аборта, и нередки случаи, когда единственное половое сношение через 14-18 дней после аборта приводит к наступлению новой беременности. Таким образом, супруги ошибочно считают, что в первые 25-30 дней после аборта зачатие невозможно.

Производство абортов по медицинским показаниям допускается исключительно в обстановке больниц. Этим достигаются максимально благоприятные условия: возможность тщательной подготовки женщины к операции, производство самой хирургической операции в обстановке операционной, помощь хирургу со стороны ассистентов, наличие медикаментов и инструментария на случай возникновения осложнений в процессе операции, психический и физический покой.

**Внебольничный аборт.** При внебольничном, или криминальном, аборте вмешательство обычно производится самой женщиной или людьми, несведущими в медицине, и в антисанитарных условиях. Такой аборт приводит к тяжелым заболеваниям, а иногда и к смерти женщины от большой кровопотери, сепсиса, гнойных воспалительных процессов придатков матки, ранений матки.

Наблюдения показывают, что криминальный аборт является не столь редким явлением в клинической практике и до последнего времени. Это объясняется целым рядом причин: поздний срок беременности (более 12 недель); срок меньше 6 месяцев после проведенного уже искусственного прерывания беременности; наличие противопоказаний, что часто «не устраивает» женщину, стремящуюся к ликвидации беременности; длительная иногда процедура поступления в стационар и боязнь женщины не успеть сделать законный аборт до наступления 12-недельной беременности. Большую роль играет также степень инерции обращения к лицам, производящим внебольничные аборты, и готовность этих лиц «к услугам» нуждающихся, услугам, иногда даже менее хлопотным, нежели законная процедура. Наконец, большое значение имеет желание скрыть имеющуюся беременность от окружающих, а часто ложная надежда отделаться от нежелательной беременности в кратчайший срок без нарушения обычного служебного и бытового режима. Наибольшее количество женщин с криминальными абортами поступают в гинекологические стационары в праздничные и предпраздничные дни. Сравнительно часто жертвами этих невежественных лиц, занимающихся криминальными абортами, бывают женщины, находящиеся под наблюдением женской консультации и не представляющие, какую грозную опасность влечет за собой подпольный аборт [12, c. 134].

Лица, занимающиеся подпольными абортами, после удаления плода стараются удалить детское место различными способами, нанося тяжелые повреждения вплоть до разрыва матки. Для прерывания беременности они пользуются различными химическими и механическими средствами. При криминальных абортах нередки глубокие разрывы влагалища, шейки и тела матки. Наблюдаются случаи, когда вместо плодного яйца захватывают и извлекают петли кишок и т. д.

Очень тяжелые осложнения бывают у женщин при вливании в полость матки различных растворов. Они могут вызвать омертвение слизистой оболочки тела матки5 всегда приводят к внесению инфекции. Кроме того, при вливании большого количества любого раствора он попадает через маточные трубы в брюшную полость и может вызвать резкое раздражение брюшины, падение сердечной деятельности, остановку дыхания и смерть женщины. Малейшая попытка прервать беременность, особенно путем проникновения в матку, неизбежно ведет к нарушению целости ее кровеносных сосудов и к кровотечению. Во многих случаях, чем бы ни были вызваны криминальные аборты, плодное яйцо полностью не удаляется. Из-за оставшихся, даже в небольшом количестве, частей плодного яйца матка не может сократиться, вследствие чего кровотечение принимает иногда угрожающий характер. В таких случаях остановить кровотечение и принять меры борьбы с кровопотерей в домашней обстановке невозможно. Потеря же большого количества крови значительно ослабляет организм женщины, резко снижает его способность к защите от болезнетворных микробов. В результате проникновения микробов в кровеносное русло может произойти общее заражение крови [17, c. 194].

Опасны и попытки прерывания беременности путем приема внутрь различных медикаментозных средств. У здоровой женщины таким способом почти невозможно вызвать даже начало аборта и тем более полного опорожнения матки от плодного яйца. «Опыт показывает, что прием с этой целью некоторых медикаментов в слишком большой дозировке скорее приводит к тяжелому отравлению, чем к аборту.

Различны осложнения и заболевания, возникающие в результате криминального аборта или вскоре после него, а также спустя некоторый, иногда сравнительно длительный срок. Женщины, прибегающие к подпольному аборту, рискуют своим здоровьем, а нередко и жизнью.

**Осложнения после аборта.** Прерывание беременности, каким бы методом оно ни производилось, всегда связано с некоторым кровотечением. Кровотечение из матки может быть обильным, а иногда сравнительно небольшим, но может продолжаться в течение длительного времени. В основном обильное и длительное кровотечение наблюдается, когда в полости матки остаются остатки плодного яйца. В таких случаях возникает потребность в повторном инструментальном выскабливании полости матки.

Повреждения шейки матки наблюдаются в виде трещин в области внутреннего зева при расширении канала шейки матки, особенно у первобеременных. Расширение шейки всегда связано с известными трудностями в связи с особенностями ее строения. В дальнейшем такие нарушения целости шейки матки могут способствовать возникновению воспалительного процесса.

Кроме того, они могут неблагоприятно сказаться на течении последующей беременности, в частности, невынашивания. Одним из грозных осложнений во время беременности может быть повреждение тела матки. При расширении шейки матки и удалении плодного яйца врач вынужден применять длинные инструменты. При этом он контролирует свои действия, пользуясь в основном осязанием, так как не видит всего «операционного поля». В этом заключается отличие данной операции от какой бы то ни было другой, в этом одна из ее сложностей. Прободение матки является серьезным осложнением, обычно требующим производства срочной операции вскрытия брюшной полости и зашивания поврежденной части, а иногда и удаления матки. При преступных абортах наблюдаются случаи не только повреждения матки, но и кишечника, мочевого пузыря и других органов. Аборт, произведенный вне лечебного учреждения невежественными людьми, всегда может окончиться для женщины катастрофой [6, c. 317-318].

Наиболее частыми осложнениями искусственного аборта являются воспалительные заболевания матки и придатков. Проявления их могут быть весьма разнообразны, что зависит от места поражения (шейка матки, матка, маточные трубы, яичники, брюшина, околоматочная клетчатка), от особенностей микробов, общего состояния организма женщины.

Заболевания матки. Следствием искусственного аборта нередко являются разрывы шейки матки, перфорация шейки и стенок матки, т.е. нарушение целостности органа медицинскими инструментами, которое может произойти после неоднократного выскабливания матки, вследствие чего ее стенки становятся неполноценными, истонченными. В зависимости от места расположения раны производится либо зашивание, либо даже удаление этого жизненно важного органа. В последующих родах может произойти разрыв матки, что приводит к ее удалению. Шейка матки также становится неполноценной, с рубцовыми изменениями, что приводит к невынашиванию последующих беременностей.

Эндометрит – воспаление слизистой оболочки матки, которое приводит к привычному невынашиванию беременности и вторичному бесплодию (количество бездетных семей в России приближается к 20%) [15, c. 101].

Эндоцервицит – воспаление слизистой шейки матки, приводит к тем же последствиям, что и предыдущее заболевание.

Заболевания, локализованные в малом тазе. Параметрит – воспалительный процесс в околоматочной клетчатке. Обычно возникает вследствие проникновения бактерий через шейку илинепосредственно через стенку матки. При параметрите может возникнуть нагноение (абсцесс), а при его самопроизвольном вскрытии – длительно незаживающие свищи (патологические ходы, которые могут соединить влагалище и прямую кишку, влагалище и мочевой пузырь).

Воспаление придатков матки (яичников и маточных труб). При воспалительном процессе в маточной трубе появляется выпот, который, скапливаясь в ее просвете, склеивает стенки и нарушает проходимость. При гнойном воспалении может произойти расплавление стенки маточной трубы, приводящее к перитониту. Воспаление придатков матки чаще всего приводит к вторичному бесплодию или внематочной беременности – когда плодное яйцо прикрепляется не в полости матки, а в маточной трубе, на яичнике или в брюшной полости.

Пельвиоперитонит. Это заболевание характеризуется ограниченным воспалением тазовой брюшины, возникающим чаще всего при наличии воспаления в околоматочной клетчатке или придатках матки, а также после перфорации матки. Пельвиоперитонит очень часто приводит к вторичному бесплодию, т.к. в воспалительный процесс вовлекаются органы малого таза, происходит образование спаек, что нарушает функцию яичников и проходимость маточных труб.

Перитонит – одно из наиболее тяжелых заболеваний, возникающих после аборта. Это воспаление брюшины, которое может привести к смертельному исходу, особенно у ослабленных людей. Перитонит часто приводит к вторичному бесплодию.

Сепсис – общее заражение крови. Крайне тяжелое заболевание, нередко приводящее к смерти.

Постабортный синдром – стрессовое расстройство, вызванное эмоциональными реакциями на полученную вследствие аборта физическую и эмоциональную травму. У женщин могут развиться депрессия, озлобление, чувство вины, страха, чувство собственной неполноценности, сексуальные дисфункции, мысли о самоубийстве, пристрастие к алкоголю и наркотикам.

Различные осложнения, возникшие в результате аборта, чаще всего проявляются не во время самой операции или вскоре после нее, а спустя некоторый, иногда сравнительно длительный, срок. Эти осложнения могут проявляться и после абортов, прошедших как будто бы благополучно [7, c. 129-132].

К отдаленным последствиям аборта в первую очередь относятся гормональные расстройства и нарушение менструальной функции. Это может проявляться в виде прекращения менструаций в тление длительного времени. При выскабливании удаляются глубокие слои слизистой полости матки, и после аборта она не восстанавливается или восстанавливается не полностью. Иногда обычный менструальный цикл сохраняется, но меняется его продолжительность, месячные становятся необычно короткими или длинными.

К весьма серьезным последствиям аборта относятся хронические воспалительные заболевания половых органов. Отдаленные осложнения наблюдаются в 2-3 раза чаще, чем ближайшие. Больная в таких случаях жалуется лишь на незначительные боли в низу живота, в паховых областях или пояснице, бели. В дальнейшем у данного контингента женщин под влиянием различных воздействий (охлаждение, переутомление, очередная менструация, общие инфекционные заболевания и др.) воспалительный процесс в половых органах может обостриться. Больная женщина .должна твердо помнить, что только врач, производя тщательный осмотр ее, может решить вопрос о том, с чем связаны нарушения в организме, какое необходимо провести обследование и назначить лечение [5, c. 131].

Изменения воспалительного характера, развивающиеся в матке и трубах после аборта, могут способствовать возникновению внематочной беременности. Чем объясняется возникновение внематочной беременности после перенесенного аборта? Для того, чтобы оплодотворенное яйцо внедрилось в материнскую ткань, оно должно достигнуть определенной стадии развития. В нормальных условиях это совпадает с тем/моментом, когда оплодотворенное яйцо, пройдя через здоровую маточную трубу, попадает в матку. В воспалительно-измененной трубе возникают препятствия для нормального продвижения яйца, и оно продвигается медленно. Это приводит к тому, что необходимая стадия развития яйца наступает еще в трубе, вследствие этого оно и внедряется в стенку маточной трубы и возникает внематочная беременность (трубная). Через некоторое время с ростом яйца в трубе последняя растягивается, истончается, в конечном итоге разрывается. Разрыв трубы происходит обычно в сроки беременности от 6-8 недель, чаще раньше и совершенно внезапно, лишь иногда постепенно и сопровождается кровотечением в брюшную полость.

Тяжелое осложнение после аборта – бесплодие. Оно нередко служит причиной разрушения семьи. Многие женщины, ставшие бесплодными после аборта, обращаются к нам, акушерам-гинекологам, с просьбой помочь им стать матерью. При этом они всегда изъявляют желание перенести любую операцию. Но, к сожалению, бывает очень трудно поправить здоровье женщины после абортов и особенно трудно восстановить детородную функцию. Женщины упорно лечатся, меняют врачей, посещают консультации профессоров, ежегодно принимают санаторно-курортное лечение. Но несмотря на все это, материнство остается несбыточной мечтой.

Отдаленные последствия аборта могут отрицательно отразиться на детородной функции. Кроме бесплодия, о котором уже упоминалось, у этих женщин чаще, чем обычно, наблюдаются самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды. Большое влияние оказывают аборты и на характер течения последующих родов. Чем больше у женщины было абортов, тем чаще наблюдаются осложнения в родах и раннем послеродовом периоде. Роды у таких женщин часто осложняются слабостью схваток, преждевременным отхождением околоплодных вод, детское место может самостоятельно не отделиться. При названных осложнениях чаще приходится прибегать к оперативному родоразрешению, что, конечно, не может не оказать отрицательного влияния на состояние матери и плода. У женщин, перенесших после аборта воспалительный процесс матки, чаще наблюдается низкое прикрепление детского места (располагается не в дне матки, а в ее нижнем отделе, ближе к области внутреннего зева), приращение плаценты; лечение оперативное – удаление матки [16, c. 127-128].

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, которая может привести к гибели ребенка и матери.

Неправильное положение плода в полости матки, не продольно, головкой вниз, а поперек, косо или в тазовом предлежании.

Плацентарная недостаточность, при которой нарушается нормальное кровоснабжение плода, в результате дети рождаются ослабленными и болезненными.

Подобное осложнение ведет к возникновению маточного кровотечения, нередко очень сильного в различные сроки беременности и в процессе родов.

Каждый аборт изнашивает организм женщины, приводит к преждевременному старению. Нередко после аборта у женщин понижается, а иногда и совсем исчезает половое влечение, теряется эластичность кожи, появляются преждевременные морщины, преждевременная седина, ранний климакс.

**1.3 Причины аборта и его социальное значение**

**Причины аборта.** Основную роль, бесспорно, играет желание скрыть факт беременности. Это особенно характерно для молодых, не состоящих в браке женщин. Добрачные сексуальные связи сейчас очень распространены. По данным прибалтийских ученых, каждый четвертый юноша и каждая восьмая девушка получили свой первый сексуальный опыт до 18 лет, до вступления в брак. Основное негативное следствие этого – нежелательные беременности, которые при неумелом пользовании средствами их предупреждения возникают довольно часто. Добрачные беременности могут иметь три исхода: рождение ребенка вне брака и образование неполной семьи; заключение брака, «стимулированного» рождением ребенка; аборт (легальный или криминальный, зачастую к тому же аборт при первой беременности) [12, c. 177].

Все три исхода потенциально несут в себе отрицательные моменты. В силу целого ряда причин как медицинского, так и социального характера дети, рожденные вне брака, как правило, ослаблены, смертность их в несколько раз выше смертности детей из полных семей. А «стимулированные» браки, по мнению специалистов, менее жизнестойки – они распадаются чаще и быстрее, чем обычные.

Поскольку из данных официальной статистики невозможно узнать не только причины нелегальных абортов, но и их истинную частоту, во многих исследованиях делаются попытки восполнить этот пробел.

В настоящее время преобладают искусственные аборты, что не может быть признано прогрессивным.

Прежде всего, истинные причины не всегда совпадают с мотивами производства абортов, которые приводят женщины. Специфические же причины криминальных абортов в условиях, когда разрешено свободное производство абортов в лечебных учреждениях, отличаются от причин производства искусственных легальных абортов. Возможно, эти причины не полностью осознаются даже самими женщинами, что и отражается в их мотивации.

Основные причины криминальных абортов следующие. Во-первых, желание скрыть факт беременности в связи с ее добрачным или внебрачным характером, слишком молодым или «старым» (после 40 лет) возрастом женщины и т. п. Во-вторых, санитарная безграмотность населения – незнание о 12-недельном сроке производства легальных абортов, низкая информированность о серьезнейших последствиях аборта (особенно криминального), о возможности производства мини-аборта [10, c. 238].

Безусловно, внешним толчком, поводом к производству нелегального аборта может стать грубость и невнимательность медицинских работников, забывших основные принципы деонтологии (медицинской этики). О том, как плохо порой относятся врачи-гинекологи, акушерки и медсестры к женщинам, пришедшим на аборт, можно долго рассказывать. К сожалению, работа медиков по-прежнему оценивается только количественными показателями. При этом предполагается, что некоторое снижение «количества» уже означает качественный скачок – это особенно относится к оценке частоты искусственных абортов. Никто из лиц, ответственных за работу женских консультаций и противоабортную пропаганду, не задумывается над вопросом о том, какими методами такой «скачок» достигается, к каким последствиям ведет. А зачастую снижение частоты легальных абортов достигается именно грубостью медицинского персонала, неуклюжей и неграмотной противоабортной пропагандой. Естественным результатом такой деятельности становится рост частоты нелегальных абортов со всеми вытекающими отсюда последствиями, в то время как показатели работы женских консультаций и абортариев улучшаются. Вот мнение на этот счет студентки, высказанное в молодежной газете: «Нет причины, которую можно было бы выделить, обособить и выкорчевать, чтобы все стало на свои места. У каждой – свое. Но есть и общее для всех. Боязнь огласки, боязнь больницы, страх, что тебя унизят, обидят. Ханжество» [18, c. 152-153]. На вопрос: «Почему, по Вашему мнению, некоторые женщины идут на криминальный аборт?» – очень часто отвечают так: «из-за грубости медперсонала», «потому, что боятся боли, а в медицинском учреждении плохо обезболивают», «хотят скрыть факт беременности», «потому, что нет мужа, а быть матерью-одиночкой стыдно». Таковы мнения самих женщин и субъективные причины производства нелегальных абортов.

Реально существуют и объективные причины, например большие очереди на производство абортов. Именно потому, что все женщины знают о возможностях прерывания беременности и только немногие – о возможностях ее эффективного предупреждения. Очереди эти в случае, когда женщина поздно обратилась в женскую консультацию по поводу прерывания беременности, могут стать внешним толчком к производству криминального аборта. Возможно, следовало бы прервать беременность этой женщине вне очереди? Думается, найти выход в подобной ситуации можно и без соответствующих приказов Минздрава. В то же время именно Минздрав должен решить вопрос о том, что же писать в графе «Диагноз» в больничном листе женщины после операции аборта.

Здесь освещена лишь незначительная часть проблем, связанных с нелегальными абортами. Многие из них порождены низкой санитарной культурой населения и нежеланием (да и неумением) врачей-гинекологов эту культуру повышать. Среди причин такого положения не последнее место занимает неверие самих медицинских работников в успех своей работы, недостаточный уровень заинтересованности и ответственности за профилактику абортов [9, c. 356].

Распространенность искусственных абортов – проблема не только здравоохранения, но и демографии и социологии семьи, поскольку здоровье супружеских пар – одно из основных условий нормального развития и жизни семьи.

Проблема искусственного аборта в настоящее время превратилась в серьезную социальную и демографическую проблему. Само по себе распространение абортов не является фактором, оказывающим понижающее действие на рождаемость, поскольку аборты – следствие определенных репродуктивных установок. Тем не менее аборты могут рассматриваться как непосредственная причина изменения уровня рождаемости в связи с их влиянием на репродуктивную функцию женщин, жизнеспособность их плода, а также в связи с установкой на меньшее число детей в семьях, где больны оба или один из супругов. Социально-гигиенические исследования показали, что плохое состояние здоровья супругов, и особенно жены, – основной мотив отказа от рождения очередного ребенка. Около половины супружеских пар, страдающих хроническими заболеваниями, в качестве необходимого условия для рождения второго ребенка и последующих указали улучшение состояния здоровья [13, c. 212].

Таким образом, репродуктивное поведение населения зависит от конкретных условий жизни, к которым относится и состояние здоровья супружеских пар. Несмотря на то, что этот фактор не является основным в формировании репродуктивных установок, в нем заложены значительные резервы повышения рождаемости. Известно, что более половины бесплодных женщин страдают вторичным бесплодием, которое возникает в результате гинекологической заболеваемости и абортов. Снизив частоту абортов, можно получить дополнительные рождения у женщин, чьи репродуктивные установки на большее число детей были не полностью реализованы в связи с плохим состоянием здоровья. Это повысит также выживаемость детей, сократится число мертворожденных, недоношенных, выкидышей [1, c. 324].

При нынешней распространенности искусственных абортов как средства планирования семьи государство несет огромные материальные потери в связи с производством самой операции и лечением ее осложнений, а также потерей будущих рождений в результате гинекологических заболеваний и стойкого бесплодия. Cюда следовало бы включать также потери в связи с мертворождаемостью, недонашиваемостью, перинатальной смертностью, потери от ухудшения состояния здоровья потомства. Ведь мертворождаемость и перинатальная смертность – прямой вычет из потенциальных трудовых ресурсов, а состояние здоровья потомства скажется на их численности в будущем через увеличение инвалидизации, сокращение периода трудовой активности, рост смертности в трудоспособных возрастах.

Несмотря на многочисленные исследования рождаемости в нашей стране, до сих пор остаются малоизученными многие вопросы в отношении мер контроля рождений. Между тем соотношение абортов и контрацепции, т. е. структура мер контроля рождений, наличие в продаже тех или иных средств контрацепции, информированность населения об этих средствах, об их эффективности и противопоказаниях к применению небезразличны как для личности, так и для общества в целом в связи с тем влиянием, которое оказывают меры контроля рождений (и особенно аборты) на здоровье женщин и их потомства [8, c. 148].

Необходимо четко представлять, что планирование семьи включает не только меры контроля рождений, но и мероприятия социальной и демографической политики, направленные на изменение репродуктивных установок или условий их реализации. Репродуктивные установки вторичны по отношению к уровню социально-экономического развития общества, а меры контроля рождений – лишь средство их реализации. Тем не менее весьма опасной является не только переоценка роли этих мер в динамике рождаемости, но и недооценка их влияния на уровень вторичного бесплодия, состояние здоровья женщин и их потомства, а через них – на численность и структуру населения.

Переоценка влияния этих проблем ведет к упрощенному взгляду на планирование семьи и связанный с ним уровень рождаемости как на сумму эффектов от применения мер регулирования деторождения. Недооценка заставляет отказаться от существенного резерва повышения рождаемости в связи с улучшением состояния здоровья женщин.

Таким образом, проблема повышения, рождаемости связана не только с социально-экономическими или социально-психологическими, но и с социально-гигиеническими факторами, формирующими репродуктивные установки. Учет этих факторов даст дополнительные возможности для разработки очередных мер демографической политики. Как уже отмечалось, запрещение абортов не может привести к повышению рождаемости. Скорее наоборот, через ухудшение состояния здоровья женщин из-за широкого распространения криминальных абортов и роста вторичного бесплодия такая мера может привести к противоположному результату. Альтернативой искусственному аборту может стать широкое внедрение в практику контроля рождений эффективных средств контрацепции. Решение этого вопроса позволит также снизить частоту вторичного бесплодия. Следовательно, полное удовлетворение потребностей населения в эффективных контрацептивных средствах – один из путей интенсификации процесса воспроизводства населения, одна из мер демографической политики по линии здравоохранения [6, c. 362].

В современных условиях, когда регулирование деторождения стало повсеместным, а в структуре применяемых для этой цели методов и средств преобладают аборты и малоэффективные, а зачастую и небезвредные методы и средства, возникла настоятельная необходимость в научно обоснованном определении потребности в средствах контрацепции. Знание этой потребности при формировании заявок-заказов на противозачаточные средства поможет достичь необходимого уровня обеспеченности этими средствами, а следовательно, снизить частоту искусственных абортов, его ближайших и отдаленных последствий.

Методика определения потребности в таких средствах уже разработана научно-исследовательской лабораторией медицинской демографии совместно со Всесоюзным центром охраны матери и ребенка [18, c. 137].

Экономический эффект от изменения структуры мер контроля рождений выразится в уменьшении материальных затрат на проведение операции искусственного аборта, лечения ближайших и отдаленных последствий, выплат по листам временной нетрудоспособности в связи с искусственным абортом или в связи с осложнениями этой операции, уменьшении потерь в народном хозяйстве. Как уже говорилось, искусственные аборты отрицательно сказываются на здоровье потомства, на исходах родов. Они могут послужить причиной невынашиваемости плода, его внутриутробной смерти или серьезных нарушений психики новорожденного, способствовать росту перинатальной смертности, частоты недонашивания и т. п.

Дать количественную оценку увеличения частоты благополучных исходов родов как для матери, так и для плода в результате снижения частоты искусственных абортов не представляется возможным. Тем не менее социальная значимость этих явлений не вызывает сомнений. Она выразится в повышении экономичности процесса воспроизводства населения, в его интенсификации, повышении рождаемости даже без изменения репродуктивных установок населения.

Меры по улучшению условий развития семей, к которым относятся и меры по улучшению состояния здоровья супругов, повышению выживаемости их потомства, не являются абсолютным решением проблемы низкой рождаемости. Этот путь может рассматриваться как временный, но очень весомый и необходимый. О необходимости такого пути говорят А.Г. Харчев и М.С. Мацковский: «...демографическая политика должна быть направлена прежде всего на то, чтобы существующая потребность в детях при своей реализации не ограничивалась и не подавлялась условиями становления и развития семейной общности» [12, с. 196]. Эти меры должны приниматься одновременно с более долгосрочными и трудновыполнимыми мерами, направленными на изменение существующей потребности в детях. Только такой, комплексный подход к формированию демографической политики сможет разрешить трудную задачу изменения современных тенденций рождаемости.

Среди ученых до сих пор нет единого мнения в отношении того, должна ли такая политика носить региональный характер или же быть единой для всех регионов страны. По-видимому, истина лежит где-то посередине: региональность демографической политики может выражаться не только в государственных мерах для регионов с разными типами воспроизводства населения, но и в мерах, проводимых местными органами власти, которые полнее видят картину социально-демографического развития региона, учитывают «внутренние» условия его развития в перспективе, могут точнее оценивать действенность таких мер. Это не исключает необходимости комплекса общегосударственных мероприятий, единых для всех регионов страны.

**Вывод по главе 1**

На основании представленного теоретического материала можно сделать вывод о том, что в настоящее время вопросам формирования семьи придается важное государственное значение. Они находятся в тесной взаимосвязи с проблемой рождаемости и в целом с процессами воспроизводства населения.

Одна из болевых точек здравоохранения и серьезное препятствие нормальному развитию семьи – бесплодный брак. Трудно дать точную оценку демографических и социальных потерь общества в связи с бесплодием. Это и нерожденные, но очень желанные дети; и рост психологической напряженности в семье, а зачастую – ее распад; невротизация населения. Широкое внедрение контрацептивов в практику регулирования рождаемости – альтернатива искусственному прерыванию беременности, серьезная мера профилактики в охране материнства и детства, существенный резерв повышения уровня воспроизводства населения.

В нашей стране будущей матери обеспечена бесплатная медицинская, юридическая помощь, она окружена заботой и вниманием, ей созданы самые благоприятные условия для рождения и воспитания здоровых детей. И тем не менее довольно часто к акушерам-гинекологам обращаются женщины с твердым намерением сделать аборт, нередко первый. Аборт как метод регулирования рождаемости в наши дни должен использоваться в случае крайней необходимости, так как он представляет серьезную опасность для здоровья женщин.

**ГЛАВА 2 СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИССЛЕДОВАНИЯ АБОРТОВ**

**2.1 Социологический опрос женщин детородного возраста различного социального статуса по России**

Что знают женщины о возможностях предупреждения беременности и вреде абортов; когда и от кого они получили эти сведения; насколько их знания соответствуют научным и клиническим данным об эффективности и безвредности противозачаточных средств; каковы факторы формирования структуры мер регулирования рождаемости у населения различных регионов страны? Результаты специального опроса населения позволяют достаточно подробно ответить на поставленные вопросы. В опросе участвовали женщины детородного возраста различного социального статуса и состояния здоровья. Целью этого выборочного обследования было выяснение их отношения к существующим методам и средствам контрацепции (МСК) и искусственным абортам.

**Часто ли производят аборт современные женщины?** По нашим данным, к концу репродуктивного периода не имеют в анамнезе абортов от 21,6 до 31,3% опрошенных. Распределение опрошенных по числу произведенных к 20 годам абортов однотипно во всех группах, кроме дополнительной. Примерно 58-69% женщин этого возраста абортов не имеют, около 25% имеют 1 аборт, 3-5%-2 аборта, столько же – 3 аборта (основные группы). В основных группах респонденток моложе 20 лет более 4 абортов не имеет никто, в дополнительной же группе опрошенных этого возраста доля не производивших ни одного аборта и имеющих 1 аборт ниже, а имеющих 2-3 аборта – выше, чем у основного контингента. Кроме того, почти у 9% женщин дополнительной группы имеются 4 аборта и более.

Численность и доля женщин, не имеющих ни одного аборта, равномерно снижается с повышением возраста. Так же плавно растет с возрастом процент опрошенных, имеющих более одного аборта.

Обращает на себя внимание тот факт, что у 13,5% женщин дополнительной подвыборки (а это гинекологические больные) в самой младшей возрастной группе уже имеется свыше 3 абортов. Есть все основания предполагать, что аборты сыграли существенную роль в возникновении у них гинекологических заболеваний. Впрочем, нельзя исключить и иной возможности: в связи с плохим состоянием здоровья эти женщины прерывают беременность абортами.

**Как реагируют женщины на вопрос о криминальных абортах?** Вопрос о криминальных абортах был сформулирован так: «Помимо абортов, произведенных в медицинском учреждении, сколько у Вас абортов, произведенных самостоятельно или с помощью другого лица вне стен медицинского учреждения?» Женщины действительно не очень охотно отвечают на него. Тем не менее спрашивать об этом приходится. Ведь в официальной статистике отражены только аборты, произведенные в медицинском учреждении, и та часть криминальных, которые привели к ближайшим осложнениям и в связи с этим к госпитализации женщины. Однако, по данным специалистов, у половины женщин возникают поздние осложнения, которые могут быть обнаружены в период от 2 месяцев до 2 лет после самой операции: хроническое воспаление придатков матки, кольпиты, эрозия шейки матки. Такие осложнения не всегда идентифицируются как последствия абортов, тем более криминальных, о которых женщины предпочитают умалчивать. Следовательно, истинная частота криминальных абортов остается неизвестной. Но и выборочные исследования не могут претендовать на абсолютное решение этой проблемы в связи с тем, что не все опрошенные искренни в своих ответах, а иногда просто не отвечают на соответствующие вопросы. Так, в нашем обследовании почти 1\4 женщин из дополнительной группы на вопрос о криминальных абортах не ответила. В то же время в этой группе – самая низкая доля женщин, не имеющих ни одного криминального аборта.

Можно предположить, что большинство опрошенных, не ответивших на вопрос, также имеют криминальные аборты. В целом же на 1000 опрошенных приходится от 80 до 140 ответивших на этот вопрос утвердительно.

**Подтвердились ли первоначальные гипотезы о зависимости частоты криминальных абортов от уровня образования и состояния в браке?** Частота криминальных абортов существенно варьирует по возрастам, состоянию в браке и уровню образования женщин. В самой младшей возрастной группе (до 20 лет) на 1000 опрошенных приходится в 3,3-3,7 раза больше, а в самой старшей возрастной группе (40 лет и старше) – в 2,7-3,2 раза больше криминальных абортов, чем у женщин 20-30-летнего возраста. Обращает на себя внимание почти равная частота криминальных абортов в крайних группах репродуктивного контингента. Особенно четко прослеживается взаимосвязь криминальных абортов и уровня образования. Так, среди женщин с начальным и неполным средним образованием имеют криминальные аборты 68-75% опрошенных, а среди женщин с незаконченным высшим и средним – 4-6% опрошенных.

Конечно, такие существенные различия не могут целиком определяться санитарной культурой населения. Значительную роль здесь играет возрастная структура женщин. Действительно, анализ показал, что в группе женщин с начальным и неполным средним образованием высок удельный вес самых молодых и старших возрастов. Понятно, что у первых криминальные аборты прерывают добрачные беременности. Вторая группа – это в основном женщины 45-50 лет. Репродуктивная история многих из них началась до 1955 г., когда в стране действовал закон о запрете производства искусственных абортов, что и привело к высокой частоте криминальных абортов у них.

Для женщин, не пользующихся противозачаточными средствами, более существенна связь между частотой абортов и возрастом, состоянием в браке, числом уже имеющихся детей. Общее число накопленных к концу репродуктивного периода абортов также зависит от уровня образования женщины.

Связь между этими параметрами обратная: чем ниже уровень образования, тем выше накопленная численность абортов.

Обследованием выявлена и более высокая частота абортов (легальных и криминальных) у женщин, не состоящих в браке на момент опроса, по сравнению с состоящими в браке.

Из-за небольшой численности некоторых подгрупп вся совокупность опрошенных разбивалась только на две категории брачного состояния: первая состоящие в браке на момент опроса, вторая – не состоящие в браке на момент опроса.

Во вторую группу вошли вдовые, разведенные, никогда не состоявшие в браке женщины. Состоящие в фактическом браке вообще исключены из анализа в связи с малочисленностью.

Расчеты показали, что среди состоявших в зарегистрированном браке имели аборты в анамнезе 45-52%, во второй группе – 70-79% опрошенным В среднем на каждую 1000 не состоящих в браке женщин приходится абортов почти в 2 раза больше, а прервавших абортом первую беременность – в 4 – 6 раз больше, чем на каждую 1000 замужних женщин.

Таким образом, слишком молодой возраст или возраст, который считается «пожилым» при решении вопроса об очередном рождении (40 лет и старше), низкий уровень образования женщины, а также положение вне юридически оформленного брака – факторы риска по производству абортов, особенно криминальных.

**Но вполне возможно, что зависимость частоты абортов от возраста женщины определяется различием в применении противозачаточных средств по возрастам.** Вряд ли между этими явлениями существует такая связь. Частота применения методов и средств контрацепции (в целом по всем видам) самая низкая у женщин в возрастах моложе 20 лет, затем увеличивается и достигает своего максимума к 30-34 годам, после чего медленно снижается. Конечно, такая тенденция на первый взгляд вполне закономерна: у самых молодых женщин пока нет необходимости в массовой контрацепции, так как многие из них еще не состоят в браке. С 20 до 30 лет, когда в основном и происходит рождение одного-двух детей в семье, значительной части женщин также нет необходимости постоянно применять МСК. У женщин 30-34 лет семья в основном уже сформирована, достигнуто в меньшей или большей степени ожидавшееся число детей, поэтому для предотвращения нежелательных беременностей им необходимо как можно интенсивнее применять контрацепцию. В следующих возрастных группах чаще распадаются браки в связи с разводом или смертью одного из супругов, снижается естественная плодовитость и т. д. и, следовательно, необходимость в контрацепции снижается.

Однако теория и практика здесь расходятся: учитывая высокую частоту добрачных и внебрачных сексуальных связей, не будет преувеличением сказать, что и в самых младших, и в старших возрастных группах репродуктивного контингента частота применения МСК должна быть высокой. Это тем более важно, учитывая высокую частоту абортов (и особенно криминальных) у женщин названных возрастов. Само собой разумеется, что в группах максимальной плодовитости для эффективного регулирования интервалов между рождениями также необходима более высокая частота и более оптимальная структура применения МСК, поскольку известно, что на состоянии здоровья женщины и ее будущего потомства сказывается не только общая численность произведенных абортов, но и последовательность во времени различных исходов беременности. Роды после недавнего аборта с этой точки зрения представляют большую опасность.

Что же касается структуры контрацепции, применяемой в различных возрастах, то в сущности она не поддается никакой формализации: доля различных средств в ней скорее всего зависит не от объективных факторов, а от предпочтений, привычек, уровня знаний населения. Исключение составляют только, ВМС и гормональные средства, применение которых, прямо зависит от возраста и здоровья женщин Доля применяющих спирали с увеличением возраста нарастает, и у женщин 30 лет и старше она в 5-6 раз выше, чем у женщин моложе 20 лет. Гормональные средства женщины до 20 лет не применяют вообще, к 20-24 годам ими пользовалось 8-10%, а к 40 годам и старше – только около 1% применяющих МСК.

**Существенны ли различия в частоте абортов у женщин, пользующихся и не пользующихся противозачаточными средствами?** Доля женщин, не имеющих абортов в анамнезе к концу репродуктивного периода, варьирует среди не применяющих МСК от 12% до 22%, а среди применяющих- от 20% до 31%. У молодых женщин эти различия более существенны, чем в старших возрастах, и достигают примерно трехкратной величины. То есть частота абортов у применяющих МСК хотя и ниже, чем у неприменяющих, тем не менее достаточно высока, чтобы представлять собой серьезную медико-социальную проблему. В этом мы видим подтверждение предварительной гипотезы о зависимости частоты абортов от структуры применяемой контрацепции, согласно которой неоптимальность структуры МСК ведет к значительному числу контрацептивных неудач (нежелательных беременностей), прерываемых затем абортами.

Исследование показало, что среди применяющих традиционные, малоэффективные методы и средства больше доля женщин, имеющих в анамнезе 5 абортов и более. В то же время непосредственной зависимости частоты абортов от вида используемой контрацепции нет. Так, среди применявших последние два года ВМС доля имеющих 5 абортов и более в анамнезе во всех без исключения группах опрошенных лишь незначительно ниже, чем среди применяющих мужской презерватив. Это говорит о том, что ВМС обычно рекомендуют как выход из тяжелого положения – когда у женщины накапливается большое число абортов. Самая низкая доля женщин, имеющих в анамнезе 5 абортов и более,- среди пользующихся гормональной контрацепцией. Они же чаще других вообще не имеют абортов. Однако не следует считать, что это отражает только высокую эффективность названных средств. Дело еще и в том, что гормональные препараты чаще рекомендуют здоровым женщинам, у них, возможно, и ниже частота абортов в анамнезе.

**Считаете ли вы, что те женщины, которые хорошо осведомлены о вреде абортов, реже их производят?** К сожалению, это не так. Частота абортов не зависит от информированности женщин об их негативных последствиях. Так, даже, те женщины, которые еще собираются рожать детей в дальнейшем и знают о возможности возникновения вторичного послеабортного бесплодия, прибегают к абортам для регулирования интергенетических интервалов. Аборты производятся ими вынужденно, для прерывания нежелательной в данный момент беременности, возникшей в связи с контрацептивной неудачей.

Частота абортов не зависит и от источника сведений о МСК: около половины женщин, получивших сведения о предупреждении беременности от врача, и 44-46% женщин, получивших эти сведения от родных, знакомых, друзей, имеют в анамнезе 3 аборта и более. Таким образом, и это хочется подчеркнуть особо, на частоту абортов более сильное влияние оказывает время получения сведений о возможностях предупреждения беременности и негативных последствиях абортов.

Среди получивших сведения о противозачаточных средствах до начала половой жизни достоверно больше женщин, не имеющих ни одного аборта, по сравнению с теми, кто узнал о МСК во время первых родов или первого аборта (соответственно 32-36% и 12-20%). и гораздо меньше – имеющих в анамнезе 4 аборта и более (4-10% против 16-18%).

**Репродуктивные планы и их реализация.** Аборты не только средство достижения желаемой величины семьи, но и инструмент регулирования времени появления детей, т. е. календаря (или тайминга) рождений. По результатам исследования, около половины женщин, собирающихся иметь трех-четырех детей и еще не выполнивших свои репродуктивные намерения, имеют в анамнезе 5 абортов и более. Более того, чем больше детей собирается иметь женщина, тем больше у нее в анамнезе абортов.

Парадокс между этими явлениями кажущийся – с уверенностью можно утверждать, что среди этой части опрошенных больше женщин старших возрастов, которые ориентировались на среднедетную (3-4 4 ребенка) или многодетную (5 детей и более) семью и почему-либо не удовлетворили полностью свою потребность в детях. С помощью абортов они пытались отложить рождения желанных вообще, но нежеланных в тот момент детей. Часть из этих рождений так и не была реализована в дальнейшем в связи с изменением индивидуальных жизненных обстоятельств.

Ответ на вопрос о том, сколько всего детей они собираются иметь, отразил эти невыполненные репродуктивные планы.

На 1000 опрошенных, собирающихся иметь одного ребенка, приходится самая низкая численность женщин, имеющих 4 аборта и более в анамнезе. Это также объясняется возрастным фактором – в этой группе преобладают женщины младших когорт, которые еще не «накопили» абортов, а репродуктивные намерения у них намного ниже, чем у их матерей.

**Интересно, всегда ли аборты и контрацепция помогают женщинам иметь то число детей в семье, какое им хотелось бы? И сколько детей хотят иметь опрошенные женщины?** Распределение по числу имеющихся на момент опроса детей неоднотипно в обследованных регионах. Оно определяется не только репродуктивным поведением, но и возрастной структурой женщин, степенью сформированности их семьи.

Основная масса респонденток имеет в своей семье одного-двух детей: их доля варьирует по регионам мало. Однако внутри этой подгруппы имеются значительные различия. Особенно значительны различия в доле женщин, имеющих троих, а также четверых и более детей. Кстати, так же значительно различаются и показатели рождаемости по очередности рождения детей в областных регионах с низкой рождаемостью и в регионах с более высокой рождаемостью. Следовательно, эти различия объясняются в основном дифференциацией репродуктивных установок, свойственных на селению городов европейской части страны и сельской местности. В то же время существенны различия по числу имеющихся детей у основной дополнительной групп опрошенных отражают, по-видимому, репродуктивные установки и условия их реализации у здоровых и больных женщин: как известно, нездоровье – один из основных мотивов при отказе от рождения очередного ребенка. Возможно, этот фактор и обусловил более высокую долю не имеющих ни одного ребенка и однодетных в дополнительной группе опрошенные по сравнению с основной.

Четвертая часть женщин, имеющих одного ребенка, не собирается больше рожать; от 53% до 58% – собираются иметь всего двоих, а 7-15%-троих детей. Различия в числе планируемых детей начинаются с третьих рождений. Следовательно, репродуктивные намерения женщин разнятся не только по типу поселений (город или село), но и по региону проживания.

Только 1-3% женщин, не имевших ни одного рождения к моменту опроса, вообще не собираются иметь детей. Возможно, это женщины, которые не могут их иметь и знают об этом. Поэтому вряд ли обоснованны тревоги некоторых демографов, считающих, что потребность в детях может упасть до нуля.

Как уже отмечалось, репродуктивные намерения женщин не всегда реализуются в полном объеме, что связано с условиями их реализации, к которым относится и состояние здоровья супругов. Уровень инфертильности (отсутствие рождений у женщины в течение всего или определенной части репродуктивного периода) в популяции составляет 6-8% (для всех женщин-состоящих и не состоящих в браке)7. Можно предположить, что и репродуктивные планы женщин, попавших в нашу выборку, будут реализованы не полностью, а уровень инфертильности к концу репродуктивного периода среди них окажется выше ожидаемого.

2\3 женщин, уже имеющих двоих детей, вполне удовлетворены размером своей семьи – они родили детей столько, сколько хотели; 14-16% хотели бы иметь троих детей; 1% – четверых детей и более. 9% женщин на вопрос о том, сколько всего детей они собираются иметь, не ответили. Что же касается матерей, уже имеющих троих детей, то 5-6% из них собирались иметь только двоих; 18-19% собираются иметь четверых детей и более. Каждая пятая женщина, родившая к моменту опроса четверых детей и более, собиралась иметь только двоих детей в семье. Следовательно, у женщин, имеющих троих детей и более, высока доля незапланированных беременностей, закончившихся рождением нежеланного ребенка. Такой результат связан, по-видимому, с контрацептивными неудачами и нежеланием по какой-либо причине прерывать беременность абортом. Как и следовало ожидать, чем больше детей собираются всего иметь женщины, тем ниже среди них доля пользовавшихся МСК последние два года. В то же время 25% респонденток, собирающихся родить еще трех-четырех детей, продолжают и сейчас регулярно применять противозачаточные средства. В целом по всем обследуемым регионам около 1\3 женщин с такими репродуктивными планами – старше 25 лет. Следовательно, может оказаться, что многие из них к концу репродуктивного периода просто не успеют выполнить свои намерения в связи с возрастным изменением плодовитости, вторичным бесплодием или иными причинами объективного характера.

Как показывает анализ, уровень образования женщин все в меньшей степени может рассматриваться как детерминанта рождаемости. Во всех без исключения подвыборках для всех групп по уровню образования модальное число детей, которое собираются всего иметь респондентки,- 2. Тем не менее в группе женщин с самым низ ким образованием доля имеющих на момент опроса троих и более детей была самой высокой. В целом же наше обследование подтверждает положение о том, что с переходом к малодетности уровень образования перестает быть фактором дифференциации рождаемости.

Суммируя изложенное в данном пункте, необходимо отметить следующее.

1. Обследование подтвердило то, что доля применяющих МСК на села ниже, чем в городе; частота абортов тем выше, чем менее оптимальна структура МСК и ниже доля женщин, пользующихся ими регулярно; частота нелегальных (криминальных) абортов выше у сельских жительниц, женщин с более низким уровнем образования, а также у не состоящих в браке.
2. Частота абортов тесно связана с возрастом женщин, числом рожденных к моменту опроса детей и репродуктивными планами. Это означает, что на; всем протяжении репродуктивного периода женщины прибегают к абортам не только для регулирования размеров семьи, но и для достижения желаемых интервалов между рождениями. Последнее особенно нежелательно в связи с влиянием абортов на течение и исход последующих беременностей, жизнеспособность потомства. Значима связь между возрастом вступления в брак, возрастом наступления первой
беременности и абортами (особенно криминальными): женщины, у которых первая беременность наступила до брака и не вступившие в брак, чаще прерывают ее абортом, а в очень молодых возрастах – криминальным.

Не подтвердилась гипотеза о том, что недостачточная обеспеченность средствами контрацепции важнейшая причина производства абортов. Связь между этими признаками слабая. Доступность, т. е. возможность их приобретения, как показало обследование, занимает последнее ранговое место в структуре мотивов выбора того или иного средства. Более значимая связь выявлена между частотой абортов во всех без исключения подвыборках и недоступностью адекватной, квалифицированной и своевременной (до вступления в брак, а еще лучше – до начала половой жизни) информации о МСК.

4. Структура применения МСК за последние годы несколько улучшилась как у городских, так и у сельских жительниц, в ней уменьшилась доля устаревших, неэффективных средств, выросла доля ВМС, а в Хабаровском крае – и гормональных препаратов. Однако и сейчас она далека от оптимальной даже в городах, по-прежнему в ней преобладают устаревшие МСК и незначительна доля современных эффективных ВМС и гормональных средств.

5. Выбор того или иного вида контрацепции определяется прежде всего тем, от кого и когда впервые были получены сведения о МСК (так, респонденты, получившие сведения от родных и знакомых, чаще прибегают к спринцеванию, презервативам, прерванному половому сношению, чем те, кто узнал о МСК от врача или из популярной литературы). Выбор МСК прямо зависит и от того, какие качества контрацепции женщина считает для себя наиболее важными (надежность, безопасность для здоровья, удобство в применении и т. д.); от возраста женщины более молодые чаще прибегают к барьерным методам (презервативам, колпачкам), к 25-35 годам растет доля применяющих ВМС и гормональные средства, после 35 лет увеличивается доля прибегающих к ритмическому методу, прерванному половому сношению и уменьшается доля пользующихся ВМС и гормональными средствами. Во всех без исключения группах выбор МСК зависит от того, получила ли женщина по этому вопросу консультацию врача.

6. Оценка качеств МСК показывает низкую информированность женщин, их санитарную безграмотность. Даже опрошенные в городах имеют очень искаженные представления об эффективности и безвредности средств, сильно предубеждены в отношении ВМС и гормональных препаратов.

7. Преобладающая доля опрошенных получила сведения о контрацепции от родных, близких, знакомых. При этом большая часть женщин узнала о возможностях предупреждения беременности во время первого посещения женской консультации первых родов или первого аборта, что недопустимо поздно.

1. Довольно высока доля женщин, считающие возможным самостоятельно выбирать МСК. Такой выбор часто кончается контрацептивной неудачей нежелательной беременностью, что ведет к разочарованию в контрацепции, отказу от ее применения
росту частоты абортов.
2. Самооценка своих знаний о современной контрацепции играет важную роль в выборе МСК, значит -и в частоте производства абортов. Женщины, хуже всего представляющие себе истинные качества МСК, чаще завышают свои знания и прибегают к самостоятельному выбору контрацепции. Это в свою очередь ведет к контрацептивным неудача заканчивающимся абортами.

Таким образом, для всех женщин с целью оптимизации структуры мер регулирования рождаемости необходимо следующее: своевременное получения квалифицированной и адекватной информации о меpax предупреждения беременности; разъяснительная работа об обязательности индивидуального подбора МСК с помощью врача-гинеколога; санитарно-просветительная работа по вопросам предпочтительности современных контрацептивов (ВМС и гормональных средств), их высокой надежности и безвредности в случае индивидуального подбора; повышение обеспеченности населения широким спектром современных эффективных средств. Особое внимание в этой деятельности должно уделяться самым молодым, а также не состоящим в браке женщинам, поскольку они составляют группу риска по производству криминальных абортов.

**2.2 Анализ и оценка результатов социологического опроса по городу Москва**

Социологическое исследование отношения россиян к абортам представляется, с одной стороны, полезным инструментом по оценке масштабов этого явления, так как единой статистики на сегодняшний день не существует. С другой стороны, изучение этого явления позволяет под новым углом посмотреть на процессы, происходящие с российским обществом; в поле зрения социолога попадают вопросы ценности здоровья и жизни, взаимоотношений мужчины и женщины, планирование своего репродуктивного поведения и т.д.

Таблица 1 – Результаты социологического опроса о частоте и причине абортов у женщин разного возраста и образования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Возраст | Образование |
| 18-24 | 25-39 | 40-54 | От 55 | Высшее | Ср.спец | Среднее | Ниже среднего |
| Да | 16 | 39 | 59 | 61 | 43 | 51 | 43 | 58 |
| Нет | 79 | 49 | 25 | 21 | 43 | 35 | 46 | 27 |
| Отказ | 5 | 12 | 16 | 18 | 14 | 14 | 11 | 15 |

Этот опрос позволяет заключить, что наиболее часто приходилось делать аборт женщинам от 40 лет и старше. Рассматривая графические показатели по образованию, можно констатировать, что наиболее часто делают аборты женщины с образованием ниже среднего. Обычно количество абортов, сделанных по медицинским показаниям, не превышает десяти процентов.

Таблица 2 – Результаты социологического опроса о запрете абортов у женщин разного возраста и образования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Возраст | Образование |
| 18-24 | 25-39 | 40-54 | От 55 | Высшее | Ср.спец | Среднее | Ниже среднего |
| Запретить | 15 | 11 | 7 | 15 | 6 | 18 | 12 | 16 |
| Разрешить по мед. показателям | 21 | 19 | 18 | 22 | 14 | 22 | 21 | 20 |
| Разрешить | 57 | 63 | 68 | 55 | 79 | 57 | 61 | 55 |
| Затруднились ответить | 7 | 7 | 7 | 8 | 1 | 3 | 6 | 9 |

Более двух третей опрошенных женщин объясняют свой поступок социально-экономическими причинами, отсутствием партнера, тем, что сейчас не лучшее время заводить ребенка. Именно аборт используется как основное средство предотвращения нежелательной беременности, что говорит о практически полном отсутствии планирования своего сексуального поведения как женщиной, так и мужчиной.

В 2007 году чаще других за запрещение абортов выступают респонденты самой младшей и самой старшей возрастных групп (по 15%). Уровень образования влияет на отношение человека к законодательному оформлению аборта. Люди с высшим образованием в подавляющем большинстве против запрещения абортов (4/5). Среди людей с образованием ниже среднего таких немногим больше половины.

Результаты общероссийского опроса отличаются от результатов городских опросов. По России количество сторонников запрета абортов за десять лет увеличилось почти вдвое. Однако произошло это, скорее, за счет тех, кто раньше затруднялся ответить.

Таблица 3 – Результаты социологического опроса о последствиях аборта у женщин разного возраста и образования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Возраст | Образование |
| 18-24 | 25-39 | 40-54 | От 55 | Высшее | Ср.спец | Среднее | Ниже среднего |
| Грех перед Богом | 27 | 30 | 40 | 51 | 40 | 35 | 38 | 45 |
| Психологическая травма | 31 | 44 | 35 | 37 | 39 | 35 | 33 | 43 |
| Вред здоровью | 46 | 47 | 50 | 52 | 47 | 52 | 48 | 52 |
| Бесплодие | 61 | 56 | 52 | 51 | 57 | 52 | 53 | 53 |
| Детоубийство | 26 | 22 | 24 | 22 | 21 | 20 | 25 | 32 |
| Другое | 1 | 3 | 4 | 3 | 5 | 3 | 1 | 4 |
| Затруднились ответить | 4 | 3 | 4 | 6 | 3 | 5 | 6 | 3 |

Проанализировав результаты опроса, мы видим, что около половины опрошенных осознают вред, который наносят аборты здоровью женщины, а больше половины опрошенных считают, что аборт может привести к бесплодию. Для женщин старшей возрастной группы религиозный аспект абортов настолько же важен, сколь и медицинские его последствия. Для женщин в возрасте 18-39 лет данный аспект отступает на второй план. Количество тех, кто считает, что аборт является узаконенным детоубийством имеет невысокий процент.

Распространение венерических заболеваний и СПИДа в результате аборта считается одним из основных негативных последствий добрачных сексуальных отношений (65%).

**Результаты исследования количества абортов по России по данным МЗСР РФ.** По данным Росстата за 15 лет число абортов снизилось более чем вдвое, но все еще остается очень высоким

Низкая рождаемость в России, как и везде, означает, что подавляющее число пар регулируют деторождение. Вопрос заключается в том, какие методы они при этом используют: методы планирования семьи, позволяющие предотвратить нежелательное зачатие, или прерывание незапланированной беременности (искусственный аборт). В отличие от многих других стран, в России долгие годы был широко распространен второй вариант. В 1965 году, когда нетто-коэффициент воспроизводства населения впервые в мирное время опустился ниже единицы, то есть ниже границы простого замещения поколений, на 100 родов приходилось 278 абортов. Тогда, в середине 1960-х годов, было зафиксировано максимальное за всю историю число прерванных беременностей – 5,6 млн. в год. В 1970-1980-хх годах среднегодовое число абортов в России превышало 4,5 миллиона.

За последние пятнадцать лет (с 1990 по 2005 год) абсолютное число абортов сократилось в 2,4 раза, а коэффициент абортов на 1000 женщин репродуктивного возраста – в 2,6 раза (табл. 4).

Таблица 4 – Основные показатели распространенности абортов, Россия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Год | По данным Росстата | Число абортов по данным МЗСР РФ, тыс. |
| Число абортов | Доля абортов среди беременностей |
| тысяч | На 100 женщин 15-40 лет | На 100 живорождений |
| 1990 | 4103,4 | 113,3 | 206,3 | 67,4 | 3920,3 |
| 1991 | 3608,4 | 100,1 | 201,1 | 66,8 | 3442,4 |
| 1995 | 2766,4 | 72,8 | 202, | 67,0 | 2574,8 |
| 2000 | 2138,8 | 54,2 | 168,8 | 62,8 | 1961,5 |
| 2005 | 1732,3 | 44,1 | 121,2 | 54,8 | 1490,0 |

Всего в 2005 году, по данным Росстата, было зарегистрировано 1,7 млн. абортов, или 44,1 – на тысячу женщин репродуктивного возраста, а без учета самопроизвольных абортов – 39,8 на тысячу.

Примечание: Федеральная служба государственной статистики (Росстат) добавляет к абортам, учтенным Министерством здравоохранения и социального развития РФ (МЗСР) в подведомственных ему учреждениях, аборты, зарегистрированные в лечебных учреждениях других министерств и ведомств и в негосударственных лечебных учреждениях. К сожалению, статистика Росстата включает только общее число зарегистрированных абортов и число абортов по крупным возрастным группам женщин. Более подробные показатели приводятся только по системе МЗСР.

С конца 1980-х годов число абортов неуклонно снижается, об этом свидетельствует график. Сегодня можно утверждать, что в России, наконец, идет активное замещение аборта планированием семьи.

Ситуация улучшается по всем возрастным группам женщин (табл. 5). Причем после 1994 года коэффициент абортов особенно быстрыми темпами снижается среди самых молодых женщин. Тем не менее, в 2005 году около 3% женщин в возрасте от 15 до 19 лет и 7,5% в возрасте от 20 до 34 лет прервали беременность.

Таблица 5 – Число зарегистрированных абортов по возрастным группам

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Год | Число абортов на 1000 женщин в возрасте, лет | Суммарный коэффициент абортов |
| от 15-19 | 20-34 | 35 и старше |
| 1991 | 70 | 153 | 51 | 3,39 |
| 1995 | 57 | 122 | 33 | 2,62 |
| 2000 | 36 | 98 | 24 | 2 |
| 2005 | 29 | 75 | 19 | 1,55 |

Суммарный коэффициент абортов – интегральный показатель, не зависящий от возрастного состава женщин, – составил в 2005 году 1,55 аборта в среднем на одну женщину репродуктивного возраста (расчет на основе данных Росстата). Столько одна российская женщина сделает в среднем за свою жизнь абортов при сохранении существующей повозрастной интенсивности производства абортов. Для сравнения: в 1991 году на 1 женщину приходилось в среднем 3,39 абортов.

Полнота учета числа абортов официальной статистикой, а вслед за ней и тенденция их сокращения, иногда подвергаются сомнению – на том основании, например, что статистика неполно учитывает аборты в частных клиниках. Вероятно, и в самом деле, не все аборты попадают в статистику, но, на наш взгляд, этот недоучет невелик; по крайней мере, он не больше, чем во многих других странах. Результаты репрезентативных выборочных обследований населения говорят о том, что официальная оценка распространенности абортов не сильно искажает картину.

Сравнение показателей абортов, полученных в результате опросов женщин 2005 и 1991 г. в разных регионах страны, с официальными цифрами показало, что расхождения между ними очень малы. Более того, статистика абортов в России включает часть самопроизвольных абортов, которые начались спонтанно вне стен медицинского учреждения, что завышает российские показатели относительно других стран. Правда, остается пока неясным вопрос полноты учета медикаментозных абортов.

Несмотря на положительную динамику, среди исходов беременностей в России аборты по-прежнему более многочисленны, чем рождения. На 100 рождений в 2005 году приходился 121 аборт; иными словами, более половины всех беременностей были прерваны абортом. Как показывают выборочные опросы, российские женщины, при низком желаемом числе детей и не всегда эффективной контрацепции, характеризуются высокой степенью готовности прервать нежелательную беременность.

Число абортов все еще остается очень высоким. Проблема искусственного аборта остается в ряду наиболее острых проблем общественного здоровья в России.

**Вывод по главе 2**

На основании проведенных исследований можно сделать вывод о том, что аборт в современном российском обществе – проблема инструментальная. Моральные аспекты (представления о том, что аборт – это грех, убийство) находятся на втором плане. Население в целом, особенно женщины в возрасте 18-39 лет, достаточно хорошо осознает негативные последствия абортов для здоровья. Однако только треть женщин говорят о том, что никогда не делали аборт, причем картина за последние десять лет не изменилась. То есть, вероятно, что каждая вторая или даже две из трех женщин имели такой опыт; с проблемой не понаслышке знакомы большинство российских семей. Один из главных показателей, влияющий на отношение к абортам – образование. В группе людей с высшим образованием гораздо меньше сторонников запрета абортов. Вместе с тем, женщины этой группы делают аборты реже, чем остальные. Таким образом, можно выделить два условных типа поведения. Один присущ преимущественно небольшой части жителей столицы и крупных городов, в возрасте 25-54 лет, получивших высшее образование, для которых свойственно планировать свою жизнь. Они склонны думать о своем здоровье, о последствиях своих поступков, возможность выбора своего поведения приобретает здесь дополнительную ценность, поэтому и сторонников запрета абортов здесь меньше. Для основной массы населения, чаще жителей провинции, без высшего образования не свойственно планировать свою жизнь, аборт здесь воспринимается как одно из основных средств предотвращения нежелательной беременности, несмотря на серьезные последствия этой операции для женского организма.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Обобщая вышеизложенное хотелось бы еще раз отметить, что любой аборт вреден для организма женщины, но наиболее тяжелые осложнения вызывает, как правило, криминальный. Менее безопасен аборт, который проводится в больничных условиях, но и он также существенно вредит здоровью женщины, ибо по своей сути противоестественен: прерывание беременности прекращает сложную физиологическую перестройку женского организма, плохо воздействует на общее ее состояние, на нервную и эндокринную системы, внутренние органы.

Наиболее отрицательно сказывается на здоровье женщины прерывание первой беременности. Когда первая беременность заканчивается абортом, то очень ранимый в этот период женский организм особенно уязвим для заболеваний. При этом наблюдаются воспалительные процессы внутренних половых органов, которые нередко ведут к бесплодию или возникновению внематочных беременностей. Иногда женщина начинает страдать привычной недоношенной беременностью, что очень тяжело сказывается на ее психическом здоровье. Борьба с абортами должна идти прежде всего по линии применения надежных контрацептивных средств и нравственного воспитания.

Расширенное воспроизводство населения – важнейшее условие нормального функционирования общества. Сегодня оно определяется прежде всего динамикой рождаемости. Именно поэтому ее тенденция к снижению ниже уровня простого воспроизводства у большинства населения страны так беспокоит демографов.

Ученые ищут пути воздействия на рождаемость. Поскольку ее уровень зависит от потребностей, интересов, ценностных ориентации индивида и семьи, иерархии жизненных ценностей, места в ней потребности в детях и степени ее удовлетворения, все чаще говорят о необходимости изменения этой иерархии, воздействия на величину потребности в том или ином числе детей. Это очень не простая задача, ход решения которой еще недостаточно ясен. Не хватает глубоких теоретических проработок вопроса, и с этим согласны все специалисты в области рождаемости. Однако нет среди них единства во мнениях об этапах и факторах формирования потребности в детях, возможностях ее изменения в нужном направлении, очередности и характере соответствующих мероприятий, их эффективности. И поскольку единственным критерием истины является практика, то формирование комплекса мер эффективной демографической политики, направленных на изменение репродуктивных установок, всегда будет происходить до некоторой степени методов проб и ошибок. На решение этих вопросов уйдет, вероятно, не один год. Острота же проблемы такова, что пассивное ожидание невозможно.

Многие видные советские демографы, экономисты, социологи писали о необходимости сделать процесс воспроизводства более экономичным. Качество функционирования демографической системы определяется прежде всего тем, какой ценой достигается тот или иной уровень воспроизводства населения, каково соотношение в нем рождаемости и смертности.

Интенсификация воспроизводства за счет уменьшения компоненты, которая еще первыми советскими демографами была названа «бесполезной рождаемостью» (смертность детей первого года жизни, мертворождаемость, недонашиваемость), а также в связи с улучшением условий реализации репродуктивных установок (а к ним относятся конкретные условия жизни семьи, здоровье супругов, и прежде всего – «репродуктивное» здоровье) поможет увязать воспроизводство количественное с качественным. Под последним имеется в виду прежде всего воспроизводство здоровых поколений. Ведь изменение характера воспроизводства не самоцель, а лишь средство достижения наиболее полного удовлетворения всех потребностей личности – материальных и духовных. И хотя потребность в здоровье нигде и никогда не провозглашалась, да и вряд ли осознается личностью, она – основа нормальной жизнедеятельности, терминальная, т. е. ничем не заменимая, ценность.

Становится ясным насколько существен резерв повышения уровня рождаемости только за счет субъективных поведенческих факторов – изменения структуры мер регулирования рождаемости, оптимизации возраста деторождения и интергенетических интервалов. Суммарный эффект предложенных мер интенсификации процесса воспроизводства позволит поддерживать его на уровне не ниже простого, отодвинет проявление негативных последствий сегодняшней демографической ситуации, позволит выиграть время для разработки мер воздействия на ценностные ориентации семьи и индивида. Таким образом, интенсификация воспроизводства населения не дань модной фразе, а назревшая необходимость, которая уже сегодня может стать реальностью.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ**

1. Аничкова З.Я. Охрана здоровья будущего ребенка. – М.: Гардарики, 2007. – 390 с.
2. Васильев Т.В. Болезнь-расплата. – М.: Феникс, 2007. – 369 с.
3. Гадасина А.Д. Плоды запретов: Подростки и секс. – М.: Просвещение, 2004. – 80 с.
4. Кон И.С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 2003. – 315 с.
5. Кулавский В.А. Женщинам о женщине. – М.: ИНФРА-М, 2005. – 176 с.
6. Кулавский В.А. Женские болезни и их предупреждение. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 428 с.
7. Кулавский В.А. Аборт и его последствия. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 290 с.
8. Кулавский В.А. Гигиена девочки и девушки. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 209 с.
9. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. – М.: Медицина, 2003. – 470 с.
10. Паллади Г.А., Штемберг М.И. Гигиена брака. – М.: Издательский центр ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 263 с.
11. Российский статистический ежегодник. 2006: Стат. сб. / Росстат. – M., 2006, с. 270.
12. Семья – здоровье – общество / Под ред. М.С. Бедного. – М.: Мысль, 2006. – 239 с.
13. Семенова И. Учусь быть здоровым или как стать Неболейкой. – М., Педагогика-Пресс, 2002. – 267 с.
14. Сердюковская Г.Н., Сухарев А.Г. Гигиена детей и подростков. – М.: Медицина, 2006. – 265 с.
15. Соковня-Семенова И.И. Основы здорового образа жизни и первая медицинская помощь. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 208 с.
16. Фролова О.Г. Половое воспитание девочки. – М.: Просвещение, 2005. – 220 с.
17. Фролова О.Г., Гранат Н.Е. Вред аборта. – М.: НОРМА, 2005. – 384 с.
18. Шнейдерман Н.A. Откровенный разговор: Рождаемость и меры ее регулирования. – М.: Мысль, 2004. – 170 с.