

ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Направление «Медицина»

Кафедра организации здравоохранения

Допускается к защите

Заведующий кафедрой

*д.м.н., проф. Акулин И.М.*

« » \_\_\_\_\_

## **ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

**НА ТЕМУ: Актуальные проблемы искусственного прерывания  
беременности**

Выполнила студентка:

Останькович Жанна Игоревна

604 группы

Научный руководитель:

к.м.н., доцент Чеснокова Екатерина Александровна

Санкт-Петербург

2017

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Перечень условных обозначений и символов .....</b>	<b>3</b>
<b>Введение .....</b>	<b>4</b>
<b>Глава 1. Обзор литературы .....</b>	<b>8</b>
1.1. История проблемы искусственного прерывания беременности .....	8
1.2. Искусственное прерывание беременности в России и за рубежом	11
1.3. Морально-этические проблемы искусственного прерывания беременности .....	16
1.4. Правовые проблемы искусственного прерывания беременности .	19
1.5. Профилактика искусственного прерывания беременности.....	25
<b>Глава 2. Материалы и методы .....</b>	<b>34</b>
2.1. Материалы исследования .....	34
2.2. Методы исследования.....	36
2.2.1. Метод анкетирования .....	36
2.2.2. Статистическая обработка.....	36
<b>Глава 3. Результаты собственного исследования.....</b>	<b>38</b>
3.1. Характеристика респондентов по основным общим признакам....	38
3.2. Причины искусственного прерывания беременности.....	45
3.3. Влияние факторов на принятие решения об аборте .....	48
3.4. Влияние использования средств контрацепции на решение об аборте среди респондентов и их взаимосвязь с материальным положением.....	51
3.5. Отношение респондентов к правовым вопросам искусственного прерывания беременности.....	54
<b>Заключение.....</b>	<b>58</b>
<b>Выводы.....</b>	<b>62</b>
<b>Список литературы .....</b>	<b>63</b>
<b>Приложения.....</b>	<b>70</b>

## **Перечень условных обозначений и символов**

ВМС - внутриматочные спирали

ИППП - инфекции, передающиеся половым путем

КОК - комбинированные оральные контрацептивы

ОМС - обязательное медицинское страхование

РФ - Российская Федерация

СССР - Союз Советских Социалистических Республик

США - Соединенные Штаты Америки

УЗИ - ультразвуковое исследование

## **Введение**

### **Актуальность**

Охрана репродуктивного здоровья населения - это одна из важнейших государственных задач, однако она же является крупной проблемой. Проблема абортов приобретает особую актуальность, поскольку они занимают одно из ведущих мест, в структуре репродуктивных потерь и в реализации репродуктивной функции женщины [9, 24].

Ежегодно в мире наступает более 200 миллионов беременностей, около 40% беременностей являются незапланированными, половина из которых заканчивается искусственным прерыванием. Таким образом, каждая пятая беременная женщина в мире прибегает к аборту [6, 30].

Отношение к искусственному прерыванию беременности во все времена было различным. Оно зависело от особенностей государственного и общественного строя, от экономических и социальных условий жизни, от численности и плотности населения в стране, от религиозных верований [10]. Однако проблема абортов была всегда актуальна, и обсуждалась не только как медицинская и социальная проблема, а также как морально-этическая и правовая.

В мире на сегодняшний день существует четыре типа законодательства об аборте, Россия относится к самому либеральному, которое разрешает искусственное прерывание беременности по желанию женщины. Однако, среди стран с либеральным законодательством, РФ занимает лидирующее положение по числу абортов уже на протяжении многих лет, не смотря на то, что с конца 1980-ых годов, число абортов в России ежегодно снижается, и в 2015 году по данным Росстата было зарегистрировано всего 848 тысячи искусственных абортов.

За последние годы было предложено множество законопроектов по ужесточению законодательства об абортах, в том числе запрет абортов и

выведение аборт из системы ОМС, которые еще не приняты, однако часть других предложений уже реализована. Данные мероприятия, как показывает статистика, положительно сказались на числе прерванных беременностей, однако они никак не повлияли на статистику абортов в России среди других стран, где они разрешены без ограничений [37].

Наиболее заметное снижение числа абортов в России наблюдалось с 1994 по 1998 год, когда действовала программа “Планирование семьи”. В этот период времени в России частота абортов снижалась также быстро, как и в ряде других стран, бывшего СССР. Однако после прекращения финансирования данной программы государством, темпы снижения числа абортов в России замедлились, в то время как, соседние страны, имевшие показатели, схожие с российскими в советское время, и в которых продолжала действовать программа “Планирование семьи”, значительно обошли ее в решении проблемы абортов [15, 50].

Высокий уровень абортов в России в настоящее время свидетельствует о том, что, не смотря на ежегодное снижение их числа, большая часть российских семей контролируют рождаемость путем прерывания беременности, а не путем предотвращения нежелательной беременности. Ведь всем известно, что аборт – это небезопасная операция, имеющая множество последствий. После прерывания беременности у части женщин обнаруживаются нарушения репродуктивной системы, так прерванная беременность может являться причиной вторичного бесплодия, также после аборта увеличивается частота самопроизвольных выкидышей, но наиболее частыми осложнениями остаются инфекционные заболевания, которые также сказываются на репродуктивной функции женщины [9]. У другой части женщин аборт приводит к проблемам психологического характера, к таким, как постабортный синдром, который может длиться годами.

Число аборт в разных странах различно и их причины многообразны, но, несмотря на ряд общих причин, отмечаются различия факторов, которые определяются существующими законами, социально-экономической ситуацией в стране, национальными традициями и этическими ценностями. Таким образом, необходимо выявить факторы, которые влияют на решение женщин об аборте, и с их учетом выработать рекомендации по разработке мер, направленных на снижение числа аборт в “по желанию”, поскольку это является одной из главных задач в сохранении репродуктивного здоровья женщины.

### **Цель исследования**

Выработать рекомендации по разработке мер, направленных на снижение числа аборт в “по желанию” путём профилактики наступления обстоятельств, приводящих женщин к решению об искусственном прерывании беременности.

### **Задачи исследования**

1. Определить, совпадает ли субъективная оценка женщинами 35-45 лет причин аборт в с реальными причинами искусственного прерывания беременности.
2. Установить, какие факторы влияют на принятие решения об аборте при незапланированной беременности.
3. Определить, влияет ли использование контрацептивных средств на решение об аборте при незапланированной беременности, и установить связь между материальным положением и применением контрацептивных средств.
4. Проанализировать отношение женщин к отдельным законодательным инициативам: запрет аборт в “по желанию”, выведение аборт в “по желанию” из системы ОМС, необходимость письменного согласия супруга на аборт “по желанию” для замужних женщин.

## **Научная новизна**

В ходе работы выявлены достоверные различия между ожидаемыми и реальными причинами аборт. Установлено, что социальные параметры, как материальное положение и жилищные условия, не влияют на решение об аборте, а наибольшее влияние имеют возраст, отношение женщин к религии и желание иметь детей. Проведен сравнительный анализ между двумя возрастными группами по ряду параметров. Проанализировано отношение женщин к наиболее актуальным законодательным инициативам.

## **Практическая значимость**

Выявлены факторы, влияющие на решение женщин об аборте, и в соответствии с ними выработаны рекомендации по разработке мер, направленных на снижение числа аборт по желанию женщин.

## **Публикации**

По теме дипломной работы опубликована работа в соавторстве с Чесноковой Е.А. «Отношение женщин к проблемам искусственного прерывания беременности» в журнале «Молодой ученый» №17, с участием в межвузовской научно-практической конференции «Современные тенденции медицины и права» (СПбГУ и МГУ). На тему «Правовые проблемы искусственного прерывания беременности» подготовлен доклад с участием в IX ежегодной научно-практической Конференции «Медицина и право в XXI веке» молодежная секция.

## Глава 1. Обзор литературы

### 1.1. История проблемы искусственного прерывания беременности

Искусственное прерывание беременности практиковалось во всех известных нам странах с древнейших времен. Но относились к аборту все народы по-разному. Так в древней Греции и Риме аборт даже поощрялись, среди их сторонников были Платон и Аристотель. Против аборта выступал Гиппократ, отношение которого к прерыванию беременности по сей день можно услышать в Клятве Гиппократа: «я не вручу никакой женщине абортивного pessария» [4, 11, 35].

В Средние века под влиянием религии отношение к аборту изменилось. Во многих странах аборт стали рассматривать как убийство нерожденного человека. Женщина, прибегшая к аборту, должна была нести наказание. В большинстве случаев наказанием служила смертная казнь [20]. В России смертная казнь как мера наказания была принята в 1649 году, но уже через полвека Петр I отменил смертную казнь за прерывание беременности [14, 43].

Что касается представителей медицинской профессии, то и они к проблеме аборта относились неоднозначно. Уже в 18 веке существовали инструменты для абортивного вмешательства, однако, в связи с высоким риском, врачи редко соглашались на проведение манипуляций по искусственному прерыванию беременности, что послужило одной из причин распространения нелегальных абортов. В 1852 году после дискуссии Парижская медицинская академия, приняв во внимание высокую частоту материнской смертности после операции кесарева сечения, всё-таки высказалась в поддержку искусственного прерывания беременности. Но это не помешало британскому парламенту в 1869 году принять “Акт о преступлениях против личности”, согласно которому аборт стал считаться преступлением [5, 43]. В США во второй половине 19 века в результате научных открытий появились первые утверждения о том, что



плод является живым существом с момента зачатия, а сам аборт равноценен убийству, в связи с этим был введен запрет на искусственное прерывание беременности, аборт стал возможен лишь для спасения жизни беременной женщины. Запрет на искусственное прерывание беременности сохранялся до второй половины 20 века [4].

Искусственное прерывание беременности по желанию женщины впервые было разрешено в России в 1920 году - на 40-50 лет раньше других европейских стран [26, 60]. Однако следует отметить, что в СССР из-за сложной социальной ситуации, войны, голода демографические показатели неуклонно ухудшались, а количество абортов стремительно росло, в связи с чем, в 1930 году перестали вести статистику абортов. С 1936 года аборты были вовсе запрещены, однако это лишь ухудшило сложившуюся ситуацию, так как в результате законодательного запрета проведение искусственного прерывания беременности не прекратилось, оно перешло в нелегальную сферу [5, 26]. Уже в 1955 году был принят Указ “Об отмене запрещения абортов”, согласно которому женщины имели право по собственному желанию прерывать беременность при сроке до 12 недель. Если аборт проводился во внебольничных условиях или лицом без специального медицинского образования, то он расценивался как криминальный, и влек за собой уголовное наказание [4].

В то время как, в СССР длительное время единственным методом контрацепции оставалось искусственное прерывание беременности [52, 63], в западных странах в 1960-ых годах женщины стали более осознанно подходить к планированию семьи, всё чаще прибегая для предотвращения наступления незапланированной беременности к приёму противозачаточных средств. Таким образом, уже в 1964 году в Советском Союзе было зарегистрировано максимальное количество абортов за всю историю России – 5,6 миллионов за год. Показатель абортов в 1960-1970-ые годы в СССР был самым высоким в мире, и составлял примерно 120

случаев на 1000 женщин фертильного возраста [4, 43, 49]. В 1987 году Минздрав СССР издал приказ, который разрешал женщине прибегать к аборту на позднем сроке, до 28 недель беременности, при имеющихся социальных показаниях, таких как инвалидность 1-2-ой группы у супруга, его смерть во время беременности жены, расторжение брака, пребывание женщины или ее супруга в местах лишения свободы, наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав, многодетность и беременность в результате изнасилования. Уже через десять лет предельный срок прерывания беременности был снижен до 22 недель, а перечень социальных показаний расширен.

После распада СССР средства контрацепции стали более доступными, однако, из-за высокой их стоимости и возможного риска для здоровья, аборт оставался основным способом решения проблемы незапланированной беременности [52]. Поэтому в 1995 году проблему аборта решили кардинально и перевели ее в разряд платных процедур, но спустя два года, вследствие роста материнской смертности (в 1997 году доля умерших от аборта в материнской смертности составила 24,3% по сравнению с 23,2% в 1995 году), отменили платный аборт [43].

С 1996 года перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности неоднократно менялся. Так в 1996 году он был существенно расширен с целью ликвидации внебольничных, криминальных абортов, однако это привело к росту числа абортов по социальным показаниям, максимум был зафиксирован в 1999 году - 46,5 тысячи. И уже в 2003 году перечень социальных показаний для производства искусственного прерывания беременности сократили с 13 пунктов до 4. На сегодняшний день с 2012 года из социальных показаний осталось лишь одно - прерывание беременности в результате изнасилования [4].

## **1.2. Искусственное прерывание беременности в России и за рубежом**

Россия входит в число стран, где искусственное прерывание беременности наиболее распространено, поэтому аборт остается важной медицинской и социальной проблемой в здравоохранении.

Ежегодно в мире беременность наступает более чем у 200 миллионов женщин, при этом для 40% женщин беременность является случайной и нежелательной. Примерно 46-50 миллионов женщин, при нежелательной беременности прибегают к искусственному аборту. Таким образом, каждая пятая беременность в мире заканчивается прерыванием [6, 30]. Хотя в последнее время, благодаря распространению контрацептивных средств, произошло снижение мировых показателей числа абортов, следует отметить, что общее количество операций по искусственному прерыванию беременности снижается преимущественно за счёт снижения числа легальных абортов, тогда как количество криминальных остаётся прежним и составляет порядка 22 миллионов в год. Наибольшее число криминальных абортов отмечается в развивающихся странах, в которых, как правило, законодатель более строго регулирует возможность проведения искусственного прерывания беременности. В странах, где аборт разрешен по широким показаниям, напротив, женщины к нелегальному аборту прибегают крайне редко. Из этого можно сделать вывод, что, независимо от того, запрещено искусственное прерывание беременности законом или нет, вероятность того, что женщина прибегнет к аборту, примерно одинакова, а вероятность наступления негативных последствий для отдельной женщины и для общества в целом при запрете абортов лишь возрастает [6, 10, 55, 58].

Почти во всех современных государствах женщины имеют право прервать беременность по медицинским показаниям для спасения собственной жизни. Больше чем в 60% стран аборт разрешен для сохранения психического и физического здоровья женщины, в 40% стран

женщины могут прервать беременность по социальным показаниям, если беременность наступила в результате изнасилования или инцеста, и примерно в трети стран мира женщинам доступен аборт по собственному желанию [3, 5].

Во всех государствах по-разному относятся к прерыванию беременности. В таких странах, как Китай, Вьетнам, Индия, аборт “по желанию” не только разрешен, но даже поощряется, таким образом, эти государства пытаются сократить рождаемость и перейти к малодетности [10].

На сегодняшний день, производство аборта по желанию женщины законодательно разрешено в 21% стран, несмотря на это, эти государства всячески борются с практикой прибегания к абортам, применяя различные меры для сокращения их числа. К этой группе относится большинство европейских стран, включая Россию, а также страны Северной Америки и некоторые государства Азии. В этих странах аборт “по желанию” ограничен определенными сроками, в которые женщина может прервать беременность. В большинстве государств аборт “по желанию” проводится за счет средств самой беременной женщины. Кроме того, перед операцией женщина должна пройти предабортную консультацию у психолога. Еще одной особенностью законодательства этих стран является то, что врач в силу своих религиозных убеждений имеет право отказаться проводить аборт [10].

Аборты «по желанию» запрещены в большинстве стран Африки, Латинской Америки, в половине стран Азии и в ряде других стран. В этих странах аборт разрешен только по медицинским и/или социальным показаниям. В ряде государств, в частности, на Мальте, Филиппинах, в Ватикане, Чили, действует полный законодательный запрет на аборты [10].

Что касается России, здесь ситуация имеет свои особенности. Государственная политика в сфере демографии в области рождаемости и семьи направлена на рост рождаемости, снижение числа аборт, сокращение уровня материнской смертности, укрепление репродуктивного здоровья населения. В 1980-ых годах была воплощена абсолютно новая концепция семейной политики, для семей с детьми было введено пособие по родам, детские пособия, отпуск по уходу за ребенком для женщины, беспроцентные кредиты, при условии, что один из супругов должен был быть моложе 30 лет [46]. Для стимулирования рождаемости и поддержки семей с детьми в 1996 году был подготовлен документ “Основные направления государственной семейной политики”, в котором было предусмотрено развитие системы семейных пособий с увеличением расходов на пособия, включая пособия по беременности, родам и по уходу за детьми до полутора лет. Также в 1990-ых годах была введена программа “Планирование семьи”, которая была направлена на повышение квалификации медицинских специалистов, половое воспитание подростков, улучшение информирования населения о методах контрацепции. Благодаря действию этой программы за четыре года общее число аборт в России удалось снизить на 25%, с 3,44 миллионов аборт в 1992 году до 2,65 миллионов в 1996 году. До этого времени меры демографической политики сводились к экономической и моральной поддержке многодетности, малообеспеченных семей. С конца 1980-ых годов в России ежегодно наблюдается снижение числа аборт во всех возрастных группах, особенно среди девушек молодого возраста. В 2007 году, спустя несколько десятилетий, число рожденных детей превысило количество прерванных беременностей, отчасти это было связано с тем, что в фертильный возраст стали вступать более многочисленные поколения женщин, родившиеся в 1980-ые годы, а отчасти – с повышением интенсивности рождаемости (рис.1) [22].



***Рис. 1 Число прерываний беременности (абортов) и численность родившихся живыми в России***

Уже к 2014 году число абортов сократилось в 5 раз по сравнению с концом 1980-ых годов [3]; в 2015 году оно составило 848180 абортов, при этом около одной трети из них составили мини аборты. Вместе с уменьшением числа прерванных беременностей снижается показатель материнской смертности, а также число абортов у первобеременных женщин [1, 22]. На сегодняшний день в России только около 20% всех абортов выполняется девушками до 25 лет, в то время как в развитых странах этой возрастной группой выполняется около половины всех абортов. Это может быть связано с тем, что в России женщины при рождении второго и более ребенка получают материнский капитал, а первородящие - единовременную выплату и ежемесячные пособия на ребенка. Несмотря на это, Россия по-прежнему остается на лидирующей позиции по количеству прерванных беременностей, как в данной возрастной группе, так и по числу абортов в целом. Следует упомянуть, что статистика абортов в России включает как искусственные, так и самопроизвольные аборты [62, 63]. Этим самым показатели абортов в России завышены относительно других стран, где учитываются только легальные искусственные аборты [3].

**Таблица 1. Число аборт на 100 родившихся живыми в ряде стран**

<b>Страна</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Белоруссия	191	130	72	31	29,3	24,7	26,4	21	
Болгария	135	83	59	42	44,8	43,4	44,3	41,7	40,5
Великобритания	24	29	28	26	25,8	25	26	26	26,1
Венгрия	69	61	50	45	43,7	40	39	35	33,8
Германия	13	18	18	16	16,4	16	15,1	14	13,5
Греция	12	17	15						
Дания	25	23	24	26,4	26,2	26,8	27	26,5	
Ирландия	6,5	7,1	9,2	6,0	5,6	5,5	5,4	5,6	5,3
Испания	14	16	20	23	25	25	25,6	22,3	
Италия	26	26	23	20,5	20,1	20,1	20	19,4	
Канада	29	32	28	28,8	29,3	21,9	21,5	21,1	
Латвия	120	85	59	39	37,7	31,1	27	25	
Литва	76	48	33	20	18	20	18	16,7	15
Молдавия	101	55	44	37	40,1	37,6	38,3	36,1	36,4
Норвегия	23	25	25	26	25,5	25,3	25	23,8	23,7
Польша	0,13	0,04	0,06	0,16	0,17	0,19	0,20	0,10	
Португалия	0,53	0,03	0,85	18	21,1	21	21	19,4	18,6
<b>Россия</b>	<b>203</b>	<b>169</b>	<b>117</b>	<b>66,3</b>	<b>62,6</b>	<b>56,3</b>	<b>53,7</b>	<b>48,1</b>	<b>43,7</b>
Румыния	212	110	74	48	52,7	43,8	45	42,7	
Сербия	69	57,4	37	32	32,2	30,2	20,8	19,2	
Словения	57	46	32	19,4	19,4	18,7	19	19,2	
США	35	32	29,1	21,7	18,7	18	17,2	13,6	8,6
Украина	150	113	62	36	33,7	29,4	29,3	25	
Финляндия	16	19	19	17	18	17,2	17,4	17,1	
Франция	25	27	27	26,4	26,4	26,2	27,8	27,3	26,8
Хорватия	28	17	11	9	11	9	10	7,6	7,9
Чехия	52	38	26	20	23,2	22,3	22,5	20	18,4
Швейцария	14	16	15	14	13,7	13,2	12,3	12,3	12,1
Швеция	30	34	35	33	33,8	33		31,9	33,1
Эстония	131	98	67	45	45,6	42,3	41,7	37,6	35,4

В связи с разной населенностью стран, важным показателем является число абортов в процентном отношении к общему числу рожденных детей. Однако и здесь Россия занимает одно из первых мест по количеству

прерванных беременностей на 100 рожденных живыми детьми среди ряда других стран (табл. 1) [31]. Например, в таких странах, как Белоруссия и Украина, где аборт также разрешен “по желанию”, в 1995 году число абортов на 100 родившихся живыми было примерно как в России, однако сейчас показатели этих стран более чем в 2 раза ниже, чем показатели РФ. Причины наиболее быстрого снижения числа абортов в этих странах будут проанализированы ниже.

### **1.3. Морально-этические проблемы искусственного прерывания беременности**

В последнее время аборт обсуждается не столь как медицинская проблема, насколько как морально-этическая. На протяжении многих лет ведется дискуссия о моральной допустимости абортов, в особенности абортов по желанию женщины [32, 51].

Сторонники искусственного прерывания беременности отстаивают права женщины, желающей прервать беременность, и считают аборт обычной операцией. По их мнению, женщина сама вправе решать, делать аборт или нет, и никто не вправе принуждать женщину к сохранению беременности против ее воли, в ином случае она лишается права выбора в вопросе материнства [35], а также нарушаются ее права на репродуктивную свободу. Часть сторонников абортов согласна с главным аргументом противников абортов, что зародыш является человеческим существом, однако они различают понятия, как человеческий зародыш и человек, поскольку подобные различия признаются даже для растений (семя, проросток, взрослое растение). Помимо этого, сами противники абортов признают, что зародыш - человеческое существо, нуждающееся в матери для дальнейшего развития, а значит, до своего рождения оно еще несамостоятельно, поэтому именно рождение является началом жизни человека.



Некоторые из сторонников аборта придерживаются либеральной позиции, согласно которой плод является частью материнского организма до самого рождения и правом на жизнь не обладает, поэтому аборт возможен на любой стадии его развития. Вторая часть сторонников придерживается умеренной позиции, они допускают аборт лишь в ранний период развития эмбриона [10, 132].

Иную точку зрения имеют противники аборта. Они считают, что эмбрион имеет право на жизнь, поскольку является человеком с момента зачатия, и приравнивают аборт к убийству, во время которого эмбрион чувствует боль [5, 25, 35]. По их мнению, ни одно человеческое существо не имеет права отнимать жизнь у других, а особенно у безвинных человеческих существ, как зародыши. Такой консервативной позиции придерживаются многие религии мира, в том числе и христианская церковь. Так в христианском библейском писании говорится, «убивая нерождённых еще детей, женщины срывают замысел Бога о сотворении мира» [40]. Русская Православная церковь выступает за запрет не только искусственного прерывания беременности, но и за запрет любого метода контрацепции, а также за запрет полового воспитания подростков [42]. Сторонники крайней позиции не признают никаких исключений и смягчающих обстоятельств, даже если беременность и роды опасны для жизни матери или если беременность наступила в результате изнасилования, поскольку, по их мнению, ребенок не виноват в этих случаях и поэтому не должен страдать. Однако иногда, при существующей угрозе жизни беременной, особенно если женщина уже имеет детей, Православная церковь проявляет к ней снисхождение [48].

Одним из важных аргументов сторонников запрета аборта является проблема, связанная с осложнениями у женщин после искусственного прерывания беременности, среди которых наиболее часто встречаются воспалительные заболевания женских половых органов, также аборт часто

приводит к гормональным нарушениям и в ряде случаев к бесплодию. Большое внимание в последнее время уделяется психологическим проблемам, возникающим у женщин после аборта. По некоторым данным, постабортный синдром развивается намного чаще у женщин, которые прибегли к аборту, чем у женщин, которые выносили незапланированную беременность [19, 53]. Эту проблему связывают с неадекватным информированием женщин, которые хотят предотвратить беременность - врачи плохо информируют или даже дезинформируют беременных женщин о степени зрелости плода, о сути самой операции [10]. Помимо этого сторонники консервативной позиции считают, что аборт приводит к моральному разложению общества, поскольку искусственное прерывание беременности для многих является нормой в современном обществе.

Хотя в последнее время о запрете абортов ведется все больше разговоров, на сегодняшний день в России женщина по-прежнему имеет право на аборт по собственному желанию до 12 недели беременности. Этот срок связан с тем, что к концу 11 недели у плода сформированы все основные системы органов [35].

Аборт по социальным показаниям с точки зрения морали более-менее оправдан. В этом случае женщина при рождении ребенка обрекает свою и жизнь ребенка на страдания. Приняв решения об аборте, два человека избегают этих страданий. Однако не исключается вероятность того, что приняв решение прервать беременность, женщину будет мучить угрызение совести, появятся проблемы со здоровьем, в том числе психологического характера [35].

В большинстве стран мира прерывание беременности разрешено по медицинским показаниям, к которым относится как патология плода, так и возможный вред для здоровья женщины при продолжении беременности. Данное показание оправдывается большинством людей, поскольку оно

направлено на спасение жизни матери. Однако, что касается патологии плода, то здесь имеются противоречия. С одной стороны, каждая женщина желает иметь здорового ребенка. Ребенок с какой-либо патологией требует определенных ресурсов и денежных затрат, также это сказывается на психологическом и физическом состоянии матери, родных ребенка. Поэтому в данной ситуации аборт для женщины является выходом, поскольку не каждая женщина имеет средства и силы воспитывать больного ребенка. С другой стороны, как и любой аборт, аборт по медицинским показаниям при патологии плода расценивается как убийство [40, 51].

#### **1.4. Правовые проблемы искусственного прерывания беременности**

Аборт всегда относился к категории трудноразрешимых, как этических, так и юридических вопросов. На сегодняшний день выделяют четыре типа законодательства об аборте в мире:

Первое, самое либеральное законодательство, которое разрешает аборт “по желанию”. Сюда относятся США, большинство европейских стран, включая Россию.

Второе законодательство разрешает прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям. К этим странам относятся Великобритания, Венгрия, Исландия, Кипр, Люксембург, Финляндия и ряд других стран.

Третий тип законодательного регулирования разрешает аборт при ряде обстоятельств, таких, как угроза психическому или физическому здоровью беременной, патология плода, изнасилование, инцест. Подобный выбор осуществили законодательные органы в Польше, Испании, Швейцарии, Лихтенштейне и в некоторых других странах.

Четвертый тип законодательства полностью запрещает аборт или допускает их только в случае непосредственной угрозы жизни беременной женщины. Так, как указывалось уже выше, на Мальте, в Ватикане действует полный запрет аборт [44].

Таким образом, Россия относится к числу стран, в которых аборт разрешены не только по медицинским и социальным показаниям, но и по собственному желанию женщины, при этом в независимости от показаний, аборт в России входит в перечень медицинских вмешательств, осуществляемых в рамках системы ОМС. В большинстве же стран, где разрешено прерывание беременности по желанию женщины, аборт не финансируется государством [12].

В России основополагающим документом является Конституция РФ, которая в статье 41 закрепляет право на охрану здоровья и на получение медицинской помощи. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений [23]. Таким образом, в соответствии с Основным Законом РФ, государство должно гарантировать проведение искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям, то есть, когда это требуется для охраны здоровья женщины, в рамках программ ОМС.

Куда более неоднозначным представляется вопрос о праве женщин на бесплатное прерывание беременности “по желанию” и по социальным показаниям. В части общества высказываются мнения о том, что аборт в этих случаях направлены на нарушение здоровья женщины и ее будущих детей, и, соответственно, их нельзя рассматривать как медицинскую помощь. Другими словами, аборт по собственному желанию не является реализацией конституционно гарантированного права женщин на охрану здоровья, а значит должны быть исключены из системы ОМС

[23]. Однако на данную проблему можно посмотреть и с другой стороны. Очевидно, что ситуация каждой женщины индивидуальна, и вынужденное сохранение беременности и рождение ребёнка может в ряде случаев крайне негативно сказаться на психическом состоянии женщины, а иногда привести и к соматическим проблемам. Здесь следует отметить, что в Уставе ВОЗ даётся следующее определение здоровья: «здоровье является состоянием полного физического, психологического и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Следовательно, гарантированное Конституцией право на охрану здоровья должно рассматриваться как право на охрану не только физического, но и психологического, и социального благополучия женщины, что не всегда возможно при принудительном сохранении беременности.

Что касается социальных показаний, перечень которых определяется правительством РФ, на сегодняшний день единственным социальным показанием осталась беременность, наступившая в результате изнасилования. Это событие само по себе уже является сильным психотравмирующим фактором, воздействие которого на психику женщины может усугубиться при необходимости продолжать беременность и рожать ребёнка.

Несколько сложнее обстоит ситуация с так называемым абортom «по просьбе». В соответствии с частью 1, 2 ст. 56 Федерального закона № 323-ФЗ искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного согласия при сроке беременности до 12 недель [13]. Однако в данном случае необходимо дифференцировать простую прихоть, легкомыслие и безответственность от обдуманного и обоснованного желания предотвратить рождение ребёнка. Здесь представляется целесообразным проанализировать опыт других государств, в которых правовая регламентация аборта направлена на то, чтобы найти способ уравновесить различные и иногда

противоположные интересы. Так, например, в Италии Законом № 194 от 1978 года предусматривается право женщины на аборт “по желанию” в течение первых 90 дней беременности, но только в том случае, если, учитывая состояние здоровья женщины или её экономическое, общественное, семейное положение, или же принимая во внимание обстоятельства, при которых произошло зачатие, а также негативный прогноз в отношении возможных аномалий или пороков развития плода, можно заключить, что возможное продолжение беременности, роды или материнство в целом могут подвергнуть существенному риску физическое или психическое здоровье женщины [17]. Если желание прервать беременность связано с социальными условиями, экономическими сложностями или ситуацией в семье, медицинские работники в Италии обязаны рассмотреть вместе с будущими родителями ребёнка “все возможные решения выявленных проблем, оказать помощь в устранении тех причин, которые могли бы подвести к прерыванию беременности, обеспечить для женщины возможность реализации её трудовых и материнских прав, способствовать всякому уместному участию, направленному на то, чтобы поддержать женщину, предоставляя ей всю необходимую помощь, как во время беременности, так и после родов” [59].

Ещё одна этико-правовая дилемма состоит в том, что, по мнению ряда авторов, нарушаются законные права отца ребенка, поскольку его мнение не учитывается в принятии решения женщиной прерывать беременность или нет. В статье 31 Семейного кодекса РФ говорится о том, что вопросы материнства, отцовства и другие вопросы семьи решаются супругами совместно, исходя из принципа их равенства. Следовательно, можно сделать вывод, что в данном вопросе необходимо учитывать и мнение мужчины, который вместе с женщиной также должен нести репродуктивную ответственность. Однако с данной точкой зрения трудно согласиться, так как, в соответствии со ст. 17 Конституцией РФ основные

права и свободы человека, а значит право на жизнь и охрану здоровья, принадлежат каждому от рождения. Следовательно, до рождения ребёнка не обладает правосубъектностью, и, соответственно, отец не может участвовать в реализации прав того, у кого этих прав ещё нет. При решении об аборте речь идёт только об охране здоровья и жизни женщины.

Еще одной проблемой является рождение ребенка с патологией при запланированной беременности, когда родители ожидали рождение здорового. Согласно части 4 ст. 56 Федерального закона № 323-ФЗ беременность может быть прервана на любом сроке при наличии медицинских показаний. В соответствии с частью 6 ст. 56 Федерального закона № 323-ФЗ, приказом министерства здравоохранения и социального развития РФ № 736 от 3 декабря 2007 года утверждён перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, в который включены наряду с заболеваниями матери также и врождённые аномалии, пороки развития, деформации и хромосомные нарушения плода. Статья 51 Федерального закона № 323-ФЗ гарантирует для каждого гражданина право по медицинским показаниям на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, а также на медико-генетические и другие консультации и обследования в целях предупреждения возможных наследственных и врожденных заболеваний у потомства [57]. В соответствии со ст. 22 Федерального закона № 323-ФЗ каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи. Следовательно, если во время беременности

женщины врач выявляет нарушение развития плода, то женщина может воспользоваться правом на своевременное прерывание беременности по медицинским показаниям. Следует акцентировать внимание на том, что аборт по медицинским показаниям будет невозможно провести в том случае, если женщина не согласна. В случае если медицинские работники не выявили признаки хромосомных аномалий и пороков развития, когда они должны были и могли их выявить, в ходе пренатальной диагностики, а также в случае, когда медицинские работники не достаточно полно и ясно разъяснили женщине о возможном рождении больного ребёнка или о необходимости проводить дополнительные обследования для установления патологии, нарушается право женщины на информацию и на принятие свободного и осознанного решения о продолжении беременности. Возникают основания для привлечения медицинской организации к гражданско- правовой ответственности. Женщина должна продемонстрировать, что если бы ее проинформировали о наличии у плода патологии во время беременности, то она бы воспользовалась правом прервать беременность. Объём компенсации и вид компенсируемого вреда регламентируются нормами Гражданского кодекса РФ, в соответствии с которым возможно возмещение, как морального вреда, так и вреда, нанесённого здоровью и, в частности, расходов на лечение и ряда других затрат. Что касается компенсации морального вреда, то суд должен учитывать степень физических и нравственных страданий женщины, связанных с непредвиденным исходом беременности [17]. Кроме того, моральный вред здесь может заключаться в необходимости изменить привычный уклад жизни, в потере работы, в необходимости заботиться о тяжелобольном ребёнке.

В последнее время было внесено много предложений, касающихся ужесточения законодательства об абортах, таких как: письменное согласие мужа для замужних женщин, визуализация плода и его сердцебиения при



УЗИ, право врача отказаться от проведения аборта, запрет розничной продажи лекарственных средств для искусственного прерывания беременности; часть из этих предложений уже реализована. Однако главные предложения: запрет абортотв и выведение абортотв из системы ОМС еще не приняты, поскольку не получили поддержки в правительстве [3, 12]. Но уже можно предположить, как данные меры повлияют на проблему абортотв. Вывод абортотв из системы ОМС, не говоря уже о запрете абортотв, лишь усложнит жизнь многим женщинам и их семьям. В результате таких мер может и увеличиться доля использования контрацептивных средств, среди людей, для которых контрацептивные средства доступны, однако эти меры негативно скажутся на уязвимых слоях населения [3]. Поэтому при принятии таких кардинальных мер увеличится число нелегальных абортотв, а в случае рождения нежеланного ребенка увеличится число брошенных детей [10, 37].

### **1.5. Профилактика искусственного прерывания беременности**

В развивающихся странах ежегодно более 100 миллионов беременностей являются незапланированными [7], это происходит из-за ограниченного доступа контрацептивных средств в этих странах и различных религиозных факторов. Распространение контрацепции в последние годы привело к снижению числа нежелательных беременностей, однако это касается преимущественно развитых стран. Так, во всем мире использование современных методов контрацепции в 1990 году составляло 54%, в 2015 году этот показатель увеличился всего лишь до 57,4% [6, 7].

Большинство развивающихся стран имеют правовые ограничения на искусственное прерывание беременности, но это не сказывается на снижении числа абортотв в этих странах, напротив, женщины прибегают к незаконному абортотв, поскольку доступа к безопасному прерыванию беременности у них нет [6]. Нелегальное прерывание беременности

приводит к большому количеству осложнений, как воспалительного характера, так и к бесплодию, а в некоторых случаях к смерти женщины [8, 56].

Как уже говорилось, СССР долгое время занимал одно из первых мест в мире по числу аборт. С конца 1980-ых годов их число стало снижаться, причем уровень аборт, например, в таких странах как Белоруссия и Украина, снижался намного быстрее, чем в России (табл. 1), в связи с этим и были проанализированы причины наиболее быстрого снижения искусственного прерывания беременности в этих странах.

После распада СССР в России, на Украине и в Белоруссии законодательство в отношении аборта мало изменилось. Во всех трех странах разрешался аборт “по желанию” до 12 недель беременности, а в более поздние сроки - по медицинским показаниям. Что касается социальных показаний, то в Белоруссии с 2013 года данный перечень состоит из 2 пунктов, а на Украине в 2006 году социальные показания были исключены вовсе. Во всех трех странах искусственное прерывание беременности входит в базовый пакет государственных гарантий оказания медицинской помощи, и по закону должно выполняться в государственных организациях здравоохранения бесплатно [15]. Что касается необходимости письменного согласия супруга на аборт для замужних женщин, то в каждой из этих стран женщина сама решает, прерывать беременность или нет.

Непосредственное влияние на уровень аборт оказывают желаемое число детей, распространенность контрацептивных средств и эффективность их применения. Так результаты некоторых исследований показали, что самый большой удельный вес пар, использующих какой-либо метод контрацепции, в России 77%, чуть меньше в Белоруссии 74% и на Украине 69%. С начала 1990-ых годов число женщин, использующих гормональную контрацепцию, росло во всех трех странах. Таким образом,

доля женщин репродуктивного возраста, применявших гормональную контрацепцию, выросла в Белоруссии с 5% в 1990 году до 18% в 2009 году, на Украине до 19%, в России с 2% и всего до 11% соответственно. Что касается использования ВМС, то на Украине и в Белоруссии это число возросло тогда, как в России это число почти не изменилось с 1990 года по 2009 год. В России наиболее популярным средством контрацепции является барьерный метод, в Белоруссии и на Украине этот метод контрацепции встречается чуть реже [15]. В изучаемых странах нет специальных законов, которые регулируют применение контрацептивных средств, за исключением такого метода, как стерилизация. В России стерилизация может быть проведена женщиной не моложе 35 лет или имеющей не менее двух детей по письменному заявлению, а при наличии медицинских показаний - независимо от возраста и наличия детей. В Белоруссии для проведения данной операции достаточно лишь достижения совершеннолетия, а на Украине стерилизация, как метод контрацепции, в законе не прописан, однако она может быть проведена по медицинским показаниям. Контрацептивные средства в этих странах приобретаются, как правило, за собственные средства женщины.

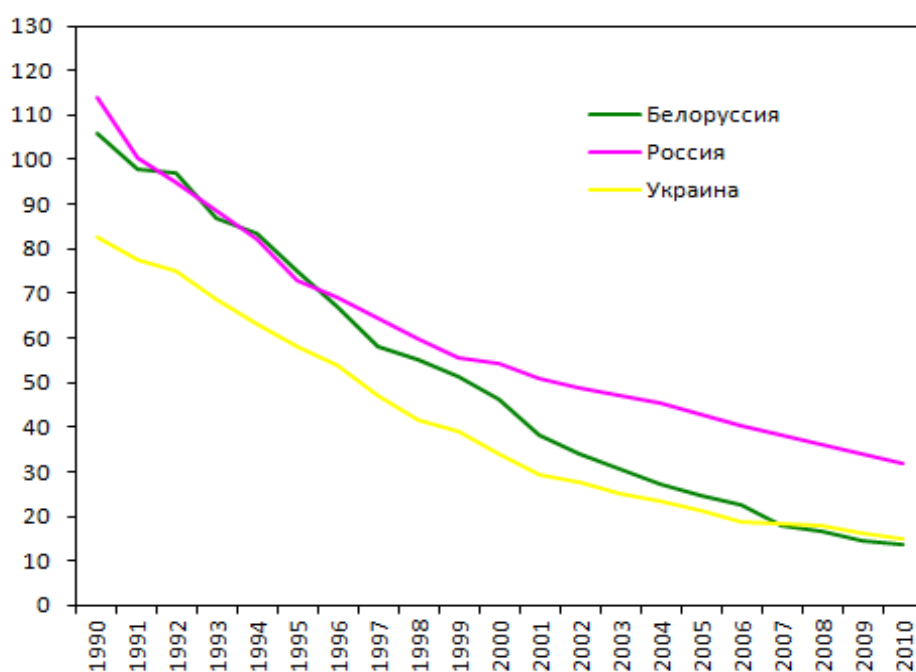
Значительным риском прерывания беременности является неудовлетворенная потребность в планировании семьи. Наиболее благоприятной является государственная политика в отношении планирования семьи на Украине, где в 1995 году была принята национальная целевая программа “Планирование семьи” до 2000 года, а затем еще ряд национальных программ, которые, благодаря созданным центрам и кабинетам охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи, способствовали повышению уровня знаний и квалификации медицинских специалистов, воспитанию полового поведения, повышению информированности населения о методах предупреждения нежелательной беременности, подготовке педагогов и родителей по вопросам полового

развития детей. С созданием службы планирования семьи на Украине значительно снизился уровень неудовлетворенных потребностей населения в контрацепции с 52% в 1999 году до 12% в 2005 году, также данная программа положительно повлияла на снижение количества абортов и ИППП в стране [6, 29]. На Украине существуют ведомственные акты, которые регламентируют деятельность службы планирования семьи и клинические протоколы использования контрацептивных средств, чего нет в России и Белоруссии. Также государство Украины оказывает социальную поддержку беременным женщинам и семей с детьми, выплачивая пособия по беременности, родам, рождению ребенка, уходу за ребенком до трех лет и одиноким матерям.

В Белоруссии не принималось специальных программ по продвижению планирования семьи, однако вопросы об охране репродуктивного здоровья и о важности полового воспитания, репродуктивного поведения, затрагивались в Республиканской программе “Женщины Республики Беларусь” и в программе по планированию беременности и профилактике невынашивания на 2008-2010 годы. В Белоруссии также существует социальная защита матери и ребенка, выплачиваются пособия по беременности, родам, рождению ребенка, уходу за ребенком до трех лет и на детей старше трех лет.

В России снижение числа абортов было наиболее заметно в 1994-1998 годы, когда действовала федеральная целевая программа “Планирование семьи”, были организованы курсы для повышения квалификации медицинских специалистов, велась работа по повышению сексуальной культуры населения и по внедрению программ полового воспитания подростков, осуществлялись государственные закупки контрацептивных средств, учреждения имели возможность бесплатно обеспечивать ими социально незащищенные группы населения, в том числе молодежи, также велась работа по информированию населения в области планирования

семьи. Однако часть общества была против данной программы, посчитав, что ее деятельность отрицательно влияет на рождаемость, в связи с сексуальным просвещением и распространением контрацептивных средств, не беря во внимание экономическую ситуацию в стране, из-за которой множество пар в то время откладывали рождение детей [50]. Противники программы нашлись и в Государственной думе, в связи с этим в 1998 году программа «Планирование семьи» лишилась прямого бюджетного финансирования [15]. В связи с этим темпы снижения числа прерванных беременностей в России замедлились; соседние страны, имевшие показатели, схожие с российскими в советское время, значительно обошли ее в решении проблемы аборт (рис.2).



**Рис. 2 Коэффициент абортов в России, Белоруссии и на Украине, на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет**

После закрытия программы «Планирование семьи», законодательные инициативы федерального и регионального уровня, направленные на ограничение доступности искусственного прерывания беременности, появлялись в России с большой регулярностью, однако пока

кардинальным мер по поводу ужесточения законодательства об абортах не принято. На сегодняшний день, согласно ст. 51 “Права семьи в сфере охраны здоровья” ФЗ № 323 “Об основах охраны здоровья граждан в РФ”, каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи. Из этого можно сделать вывод, что без медицинских показаний женщина не может бесплатно проконсультироваться по вопросам планирования семьи.

В России сегодня, если женщина хочет прервать беременность, врач обязан проинформировать ее об особенностях данной манипуляции, предоставить сведения о возможных ее последствиях, о методах контрацепции после аборта [47]. При этом прерывание беременности проводится только после письменного информированного согласия женщины на данную операцию [18]. Однако результаты нескольких исследований показали, что женщинам предоставляется не вся информация об этой процедуре, о ее последствиях, а консультацию по поводу использования методов контрацепции после аборта получает лишь половина женщин [33, 18]. По недавно введенным правилам, помимо информирования женщины, врач должен проводить УЗИ для демонстрации женщине плода и его сердцебиения. Данное исследование направлено на то, что женщина, увидев своего будущего ребенка, откажется от прерывания беременности [3]. На это нацелено и введенное правило “неделя тишины”- время от момента обращения женщины к врачу до самой процедуры, оно дано, чтобы женщина еще раз обдумала и приняла окончательное решение [3, 18]. Также на сегодняшний день в статье 70 “Лечащий врач” [47] говорится о том, что врач может отказаться от проведения аборта, в силу религиозных и морально-этических соображений, согласно статье 3 ФЗ №125 “О свободе совести и религиозных объединениях” в РФ каждый имеет право на свободу совести и свободу вероисповедания [18].

Еще одним профилактическим мероприятием является преабортная консультация психолога по вопросам психологической и социальной поддержки [39]. Женщина при информированном согласии должна посещать кабинет медико- социальной помощи во время “недели тишины”. Данное мероприятие предусмотрено для предупреждения аборт, путем мотивирования женщины сохранить беременность. При сложившейся у женщины трудной ситуации, которая натолкнула ее на аборт, психолог должен помочь найти пути решения ее проблем. К сожалению, психологическая поддержка женщинам оказывается редко и не в полной мере [3, 6, 18, 27].

Как уже отмечалось, к профилактике абортов также относится планирование семьи, которое достигается путем использования современных методов контрацепции. [7, 10]. На сегодняшний день существует множество методов контрацепции, которые можно разделить на традиционные (календарный метод, прерванный половой акт) и современные методы (КОК, ВМС, презервативы, стерилизация, инъекции и другие) [10]. В большинстве развитых стран самый популярный метод контрацепции - использование гормональных препаратов, которые на сегодняшний день являются одним из наиболее эффективных методов. Гормональные препараты и другие современные методы контрацепции широко используются женщинами в странах Западной Европы, где отмечается самый низкий показатель абортов [6]. В России наиболее часто используют барьерные противозачаточные средства, на втором месте стоят традиционные методы, еще чуть реже россияне используют гормональные таблетки и ВМС. Про современные методы, как гормональные инъекции и импланты, в России знают единицы.

Таким образом, подведя итоги проведенного анализа литературы, можно говорить о снижении числа абортов в России, однако данное снижение более медленное, чем в ряде других стран, где искусственное

прерывание беременности также разрешено “по желанию”. В РФ с конца 1980-ых годов демографическая политика страны была направлена на рост рождаемости, а также снижение числа прерванных беременностей, в связи с чем, были введены меры по защите семей с детьми в виде поддержки семей единовременными пособиями. Значительную роль сыграла федеральная целевая программа “Планирование семьи” в 1990-ые годы, однако она была реализована не в полной мере и спустя пару лет перестала финансироваться государством. Ужесточение законодательства об абортах в России преимущественно касалось лишь социальных показаний, которые и так являются причиной аборт в небольшом числе случаев. Такие меры как, преабортная консультация психолога, “неделя тишины”, информирование женщины врачом о процедуре аборта, его последствиях и последующей контрацепции, а также недавно введенное правило проведения УЗИ для демонстрации женщине плода и его сердцебиения, незначительно улучшают статистику аборт, с одной стороны это связано с неадекватным информированием женщин об аборте, а с другой с тем, что все же более трудно отговорить и повлиять на беременную женщину, решившуюся на аборт, чем профилактировать нежеланную беременность.

Сравнив статистику аборт в России и в странах, как Белоруссия и Украина, можно увидеть, что, не смотря на схожее законодательство об аборт, в этих странах число аборт снижается значительно быстрее, чем в России. Как показывают данные, более высокая доля аборт в России сочетается с более высоким уровнем использования контрацептивных средств, однако эффективность использования этих контрацептивных методов в России ниже, чем в Белоруссии и на Украине, где даже не самые современные методы применяются более грамотно. Также можно предположить, что медленному темпу снижения числа аборт в России способствовало более низкое использование современных средств контрацепции, как гормональные препараты и ВМС, по сравнению с



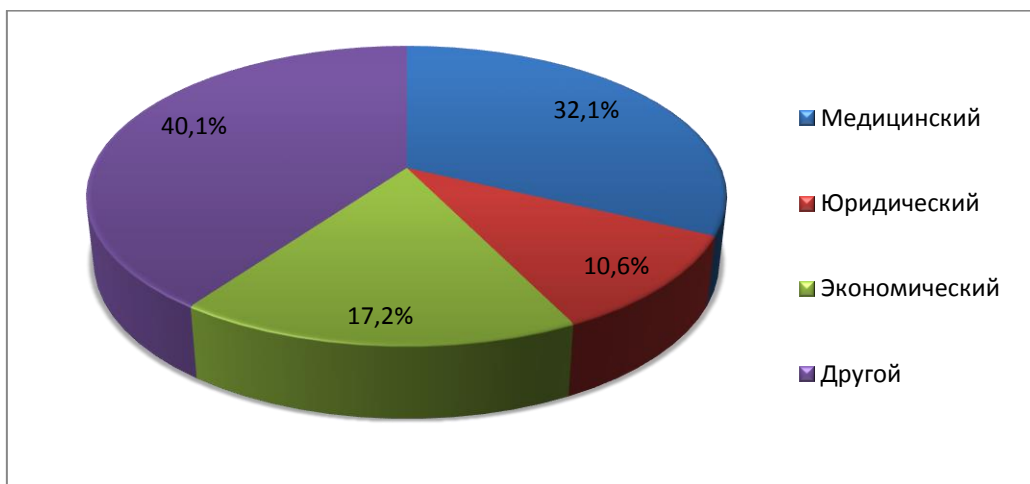
другими странами. Все это связано с действующей в этих странах программы “Планирование семьи”, которая как раз направлена на борьбу с незапланированными и нежеланными беременностями, половое воспитание подростков, а также она способствует грамотному и эффективному использованию контрацептивных средств.

## Глава 2. Материалы и методы

### 2.1. Материалы исследования

Данная работа выполнена на основе анализа результатов анкетного опроса. Анкетирование осуществлялось электронным способом через персональный компьютер, с помощью специально разработанных анкет. В опросе приняли участие 502 человека из трех городов: Санкт-Петербург, Москва, Пермь: первую группу из них составили женщины (студентки) в возрасте 18-26 лет (n= 302), вторую - женщины в возрасте 35- 45 лет (n=200).

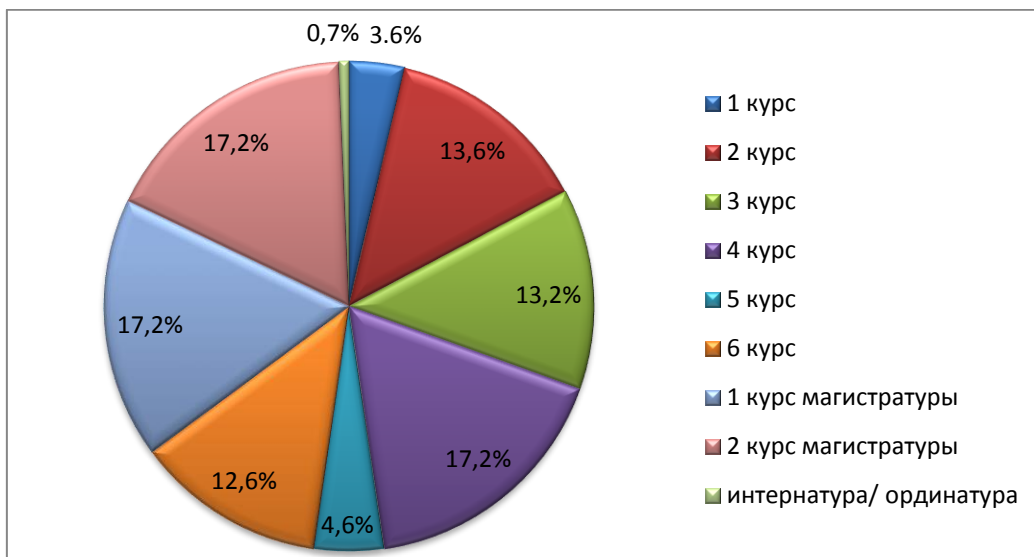
Среди 302 женщин в возрасте 18- 26 лет 97 (32,1%) человек учащиеся медицинского факультета, 32 (10,6%) человека - юридического факультета, 52 (17,2%) человека - экономического факультета, 121 (40,1%) человек - учащиеся других факультетов (рис.3).



*Рис.3 Распределение женщин (студенток) в возрасте 18-26 лет по факультетам их обучения*

Среди них учащиеся первого курса 11 (3,6%) человек, второго курса 41 (13,6%) человек, третьего курса 40 (13,2%) человек, четвертого курса 52 (17,2%) человека, пятого курса 14 (4,6%) человек, шестого курса 38 (12,6%) человек, первого курса магистратуры 52 (17,2%) человека, второго

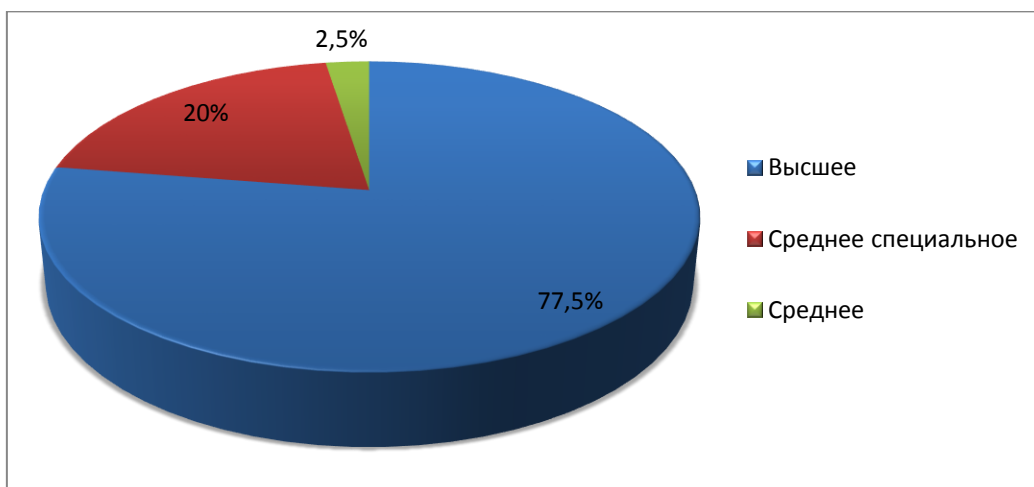
курса магистратуры 52 (17,2%) человека и 2 (0,7%) интернов/ординаторов (рис.4).



**Рис.4** *Распределение женщин (студентов) в возрасте 18-26 лет по курсу их обучения*

Возраст респондентов первой группы варьировал от 18 до 26 лет. Средний возраст составил  $21,6 \pm 1,65$  лет.

Также в анкетирование приняли участие 200 женщин в возрасте 35-45 лет, из которых 5 (2,5%) человек имеют среднее образование, 40 (20%) человек среднее специальное, 155 (77,5%) высшее образование (рис.5).



**Рис.5** *Распределение женщин по уровню их образования*

Возраст респондентов второй группы варьировал от 35 до 45 лет. Средний возраст составил  $38,2 \pm 3,19$  лет.

## **2.2. Методы исследования**

### **2.2.1. Метод анкетирования**

Опрос проводился с помощью специально разработанных анкет: “Отношение женщин (студенток) в возрасте 18-26 лет/ женщин в возрасте 35-45 лет к вопросам об искусственном прерывании беременности”. Анкетирование проводилось анонимно, в электронном виде, с использованием программы SURVIO для опроса среди женщин 18-26 лет и с помощью программы Google Форма для опроса среди женщин 35-45 лет. Анкеты, в связи с разными возрастными группами респондентов, отличались по ряду вопросов, для женщин 18-26 лет анкета состояла из 16 вопросов, для женщин 35-45 лет из 17. Собственно анкеты представлены в Приложениях 1, 2.

### **2.2.2. Статистическая обработка**

Статистический анализ проводился на персональном компьютере с помощью программы MedCalc. Методы описательной статистики заключались в оценке среднего арифметического ( $M$ ) и средней ошибки среднего значения ( $m$ ) - для признаков, имеющих непрерывное распределение (возраст респондентов).

Статистический анализ качественных показателей проводился на основе данных, сгруппированных в таблицы сопряженности, с применением критерия согласия Пирсона (хи- квадрат). Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (отсутствие значимых различий или факторных влияний) принимали равным 0,05.

Для выявления статистической значимости и меры связи между зависимой бинарной переменной и несколькими независимыми

переменными (для многофакторного анализа) для качественных показателей использовалась разновидность множественной регрессии – логистическая регрессия, с помощью которой также оценивалась вероятность возникновения интересующего события. Номинальные признаки были закодированы в числовые (0, 1, 2 и т.д.). В качестве зависимой переменной выступала возможность женщины сделать аборт, в случае незапланированной беременности, где 1= допускает аборт в данном случае, а переменная 0= исключает возможность проведения аборта в данном случае. Данные кодировки можно посмотреть в Приложении 1 справа от вариантов ответов на вопросы анкет. Независимые переменные были подобраны таким образом, чтобы они лучше объясняли зависимую переменную; другими словами - коэффициент детерминации (R-квадрат) был максимальным. С помощью формул:

$$Z = \beta_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k ; \quad f(Z) = \frac{e^{-Z}}{(1+e^{-Z})^2}; \quad \frac{\partial p}{\partial X_i} = f'(Z) \cdot \beta_i,$$

был рассчитан предельный эффект (bf (Z)), который показывает, как будет меняться исследуемая переменная в ответ на изменение предиктора (независимой переменной).

Графическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2007.

## Глава 3. Результаты собственного исследования

### 3.1. Характеристика респондентов по основным общим признакам

Для дальнейшего анализа группы респондентов были распределены по ряду признаков таким, как в какой семье они выросли (полной/ неполной), по семейному положению, жилищным условиям, материальному положению, желанию иметь детей, использованию методов контрацепции, отношению к аборту при незапланированной беременности, их мнению на счет вреда абортов, жизненным приоритетам на ближайшее будущее и религиозным взглядам.

**Таблица 2. Распределение респондентов по тому, в какой семье они выросли**

Группы респондентов Семья	Женщины 18-26 лет		Женщины 35-45 лет	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Полная	224	74,2	160	80,0
Неполная	78	25,8	40	20,0
Всего	302	100,0	200	100,0

Таблица 2 показывает, что среди анкетированных, большинство респондентов выросли в полной семье: 74,2% женщин 18-26 лет и 80,0% женщин 35-45 лет, а меньшая их часть в неполной семье, 25,8% и 20,0% соответственно.

Однако если сравнивать эти группы, то доля женщин 18-26 лет, выросших в неполной семье, больше, чем доля женщин 35-45 лет, которые также выросли в неполной семье.

**Таблица 3. Распределение респондентов по семейному положению**

Группы респондентов Семейное положение	Женщины 18-26 лет		Женщины 35-45 лет	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Замужем	15	4,9	138	69,0
Сожительство	42	13,9	16	8,0
Не замужем	242	80,1	19	9,5
Разведена	3	1,0	24	12,0
Вдова	0	0	3	1,5
Всего	302	100,0	200	100,0

По данным таблицы 3 можно предположить, что в виду молодого возраста первой группы респондентов, большинство из них еще не замужем 80,1%, и напротив, 69,0% женщин 35-45 лет замужем. 13,9% женщин 18-26 лет живут в сожительстве, только 4,9% из них замужем, и наименьшую долю составляют женщины 18-26 лет, которые уже в разводе 1%. На втором месте среди женщин 35-45 лет находится доля разведенных – 12,0%, 9,5% из них не замужем, 8,0% живут в сожительстве. Наименьшую долю женщин 35-45 лет составляют женщины – вдовы 1,5%.

**Таблица 4. Распределение респондентов по жилищным условиям**

Группы респондентов Жилищные условия	Женщины 18-26 лет		Женщины 35-45 лет	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Свое жилье	36	11,9	151	75,5
Снимаю жилье	51	16,9	27	13,5
Живу с родителями	103	34,1	22	11,0
Живу в общежитии	99	30,9	0	0
Другое	13	4,3	0	0
Всего	302	100,0	200	100,0

Среди женщин 18-26 лет большинство из них живут с родителями 34,1% и в общежитии 30,9%, это вероятнее всего связано с их молодым

возрастом и малой возможностью себя обеспечивать. 16,9% из их них снимают жилье, и только 11,9% имеют собственное. 4,3% выбрали “другой” вариант ответа. Большинство женщин 35-45 лет имеют свое жилье 75,5%, гораздо меньше из них живут в съемном жилье 13,5%, и только 11,0% живут с родителями.

**Таблица 5. Распределение респондентов по материальному положению**

Группы респондентов Материальное положение	Женщины 18-26 лет		Женщины 35-45 лет	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Хорошее	139	46,0	35	17,5
Среднее	136	45,0	152	76,0
Плохое	27	9,0	13	6,5
Всего	302	100	200	100

Как видно из таблицы 5, большинство женщин 18-26 лет имеют хорошее материальное положение 46 % и среднее 45%, лишь небольшая часть из них имеют плохое материальное положение 9%. Среди женщин 35-45 лет значительная часть из них 76,0% имеют среднее материальное положение, 17,5% хорошее, и только 6,5% имеют плохое материальное положение. Из данной таблицы следует, что женщины 18-26 лет лучше оценивают свое финансовое положение, чем женщины 35-45 лет.

**Таблица 6. Распределение респондентов по желанию иметь детей**

Группы респондентов Желание Иметь детей	Женщины 18-26 лет		Женщины 35-45 лет	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Дети есть, хочу еще	3	1,0	64	32,0
Дети есть, но больше не хочу	3	1,0	110	55,0
Детей нет, но хочу	263	87,0	22	11,0
Не хочу иметь детей	33	11,0	4	2,0
Всего	302	100,0	200	100,0



Как можно видеть по таблице 6, большинство респондентов первой группы не имеют детей, но в будущем хотят иметь 87%. По 1% составляют доли женщин 18-26 лет, которые уже имеют детей и хотят в будущем еще, и которые уже имеют, но больше не хотят. Среди женщин 35-45 лет большинство уже имеют детей и больше не хотят 55,0%, скорее всего в виду своего возраста. 32% женщин 35-45 лет имеют детей и хотят еще, только 11,0% из них еще не имеют детей, но в будущем хотят. Данные различия среди групп респондентов могут быть связаны с молодым возрастом женщин 18-26 лет и разными жизненными приоритетами на ближайшее будущее. Около 11,0% женщин 18-26 лет на этот вопрос ответили, что вообще не хотят иметь детей, среди женщин 35-45 лет такого же мнения придерживаются только 2,0%. Это может быть связано как с молодым возрастом первой группы респондентов, так и с разным отношением к семейным ценностям среди женщин обеих групп.

**Таблица 7. Распределение респондентов по использованию контрацептивных средств**

Группы респондентов Использование контрацептивных средств	Женщины 18-26 лет		Женщины 35-45 лет	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Не живу половой жизнью	81	26,8	0	0
Использую	178	59,0	150	75,0
Не использую	43	14,2	50	25,0
Всего	302	100,0	200	100,0

Данная таблица показывает, что большинство респондентов используют контрацептивные средства 59,0% женщин 18-26 лет и 75,0% женщин 35-45 лет. 14,2% первой группы респондентов не используют никакие методы контрацепции, среди второй группы респондентов эта цифра равна 25,0%.

26,8% женщин 18-26 лет не живут половой жизнью. Если из них брать в расчет только тех, кто живет половой жизнью (n=221), то около одной пятой (19,5%) из них не используют какие-либо контрацептивные средства. Таким образом, можно считать, что женщины 18-26 лет чаще используют контрацептивные средства, чем женщины 35-45 лет, 80,5% против 75,0%.

**Таблица 8. Распределение респондентов по отношению к аборту при незапланированной беременности**

Группы респондентов \ Аборт	Женщины 18-26 лет		Женщины 35-45 лет	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Допускаю аборт	159	52,6	90	45,0
Исключаю аборт	143	47,4	110	55,0
Всего	302	100,0	200	100,0

Мнение женщин 18-26 лет на этот вопрос разделилось практически поровну, среди них 52,6% при незапланированной беременности аборт допускают, а 47,4% из них исключают. Большинство женщин 35-45 лет исключают проведение аборта в данном случае 55,0%, 45,0% из них допускают. Данные различия могут быть связаны с молодым возрастом первой группы респондентов и разными жизненными приоритетами на ближайшее будущее среди женщин обеих групп.

**Таблица 9. Распределение респондентов по отношению к вопросу о вреде абортов**

Группы респондентов \ Вред аборта	Женщины 18-26 лет		Женщины 35-45 лет	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Не всегда	123	40,7	56	28,0
Всегда	172	57,0	142	71,0
Никогда	7	2,3	2	1,0
Всего	302	100,0	200	100,0

Большая часть респондентов, считает, что аборт всегда наносит вред здоровью женщины 57,0% женщин 18-26 лет и 71,0% женщин 35-45 лет. 40,7% женщин первой группы считают, что аборт не всегда негативно сказывается на здоровье женщины, в то время как среди женщин второй группы данную точку зрения принимают всего 28,0%. Наименьшую долю составляют лица, которые считают, что аборт никогда негативно не сказывается на здоровье женщины, среди женщин 18-26 лет такого мнения придерживаются 2,3%, а среди женщин 35-45 лет всего 1,0%. Таким образом, по таблице 8 видно, что женщины 35-45 лет в большей мере считают, что аборт негативно сказывается на здоровье женщины, чем женщины 18-26 лет.

**Таблица 10. Распределение респондентов по жизненным приоритетам на ближайшее будущее**

Жизненные приоритеты	Женщины 18-26 лет		Женщины 35-45 лет	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Семья и дети	26	8,6	166	83,0
Учеба/ карьера	165	54,6	3	1,5
Духовное и культурное развитие	16	5,3	12	6,0
Работа и семья	95	31,5	19	9,5
Всего	302	100,0	200	100,0

Большинство женщин 18-26 лет ответили, что главной их целью на ближайшее будущее является учеба /карьера 54,6%. На втором месте из них занимает доля женщин, жизненным приоритетом для которых является работа и семья 31,5%, лишь для 8,6% из них главной целью на ближайшее будущее является семья и дети. Духовный и культурный рост являются главной целью всего для 5,3% женщин 18-26 лет и 6,0% женщин 35-45 лет. Большинство женщин 35-45 лет указывают, что главными жизненными приоритетами для них являются семья и дети 83,0%, для 9,5%

- работа и семья, и наименьшую долю из них составляют те, для которых главной целью является карьера 1,5%.

Исходя из данных таблицы 10, можно видеть, что для женщин 18-26 лет, в виду их молодого возраста, главными приоритетами сейчас являются учеба/карьера, в то время, как для женщин 35-45 лет – семья и дети.

**Таблица 11. Распределение респондентов по отношению к религии**

Группы респондентов Отношение к религии	Женщины 18-26 лет		Женщины 35-45 лет	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Верую	136	45,0	127	63,5
Не верую	107	35,5	26	13,0
Затрудняюсь ответить	59	19,5	47	23,5
Всего	302	100,0	200	100,0

По результатам данной таблицы можно видеть, что большинство опрошенных являются верующими людьми, среди первой группы респондентов 45,0%, среди второй 63,5%. 35,5% женщин 18-26 лет и 13,0% женщин 35-45 лет относят себя к неверующим людям. Затрудняются ответить на данный вопрос- 19,5% женщин 18-26 лет и 23,5% женщин 35-45 лет.

Можно отметить, что больше половины женщин 35-45 лет являются верующими, в то время как среди женщин 18-26 лет верующих менее 50,0%.

### 3.2. Причины искусственного прерывания беременности

**Таблица 12. Распределение респондентов по отношению к вопросу о наиболее частой причине абортов**

Группы респондентов Причины абортов	Женщины 18-26 лет		Женщины 35-45 лет		X <sup>2</sup>	P
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%		
Материальные трудности	107	35,4	80	40,0	35,72	<0,05
Плохие жилищные условия	0	0	6	3,0		
Нежелание иметь детей	119	39,4	42	21,0		
Медицинские показания	16	5,3	7	3,5		
Социальные причины	20	6,6	26	13,0		
Настояние родственников	20	6,6	11	5,5		
Другие причины	20	6,6	28	14,0		
Всего	302	100,0	200	100,0		

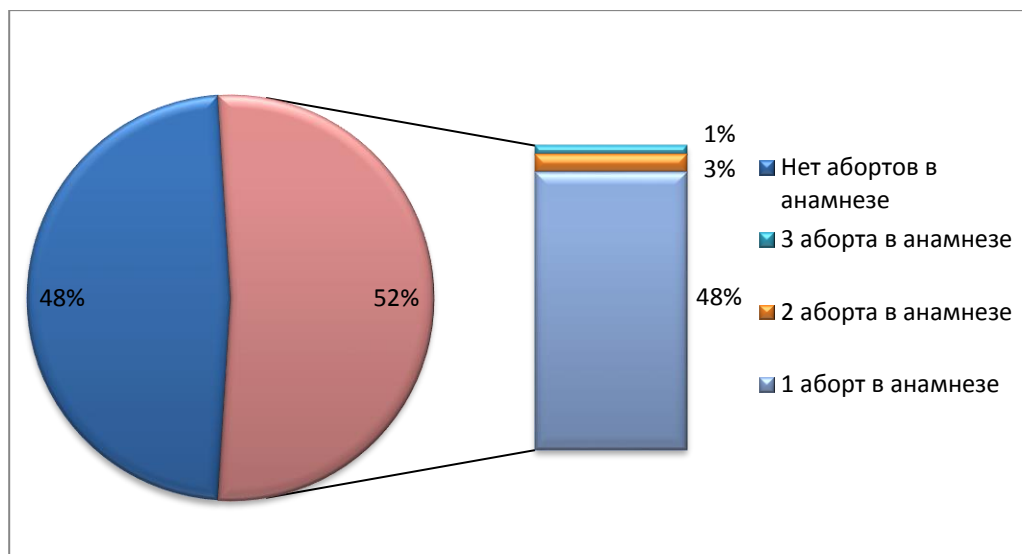
Как видно из таблицы 12, зависимость различий между группами респондентов и причинами абортов - статистически значима. Уровень значимости данной взаимосвязи соответствует  $p < 0,05$ .

Большинство респондентов считают, что основные причины абортов - это материальные трудности и нежелание иметь детей. Среди женщин 35-45 лет на первом месте стоит причина, как материальные трудности 40,0%, на втором - нежелание иметь детей 21,0%. Среди женщин 18-26 лет, напротив, на первом месте - нежелание иметь детей 39,4%, на втором материальные трудности 35,4%.

Среди женщин 18-26 лет на третьем месте по 6,6% занимают – социальные причины (в том числе отсутствие супруга), настояние родственников и “другие” причины. Только 5,3% из них считают, что наиболее частая причина абортов - медицинские показания. На третьем месте среди женщин 35-45 лет стоят “другие” причины 14,0%, 13,0% социальные причины (в том числе отсутствие супруга). Остальные

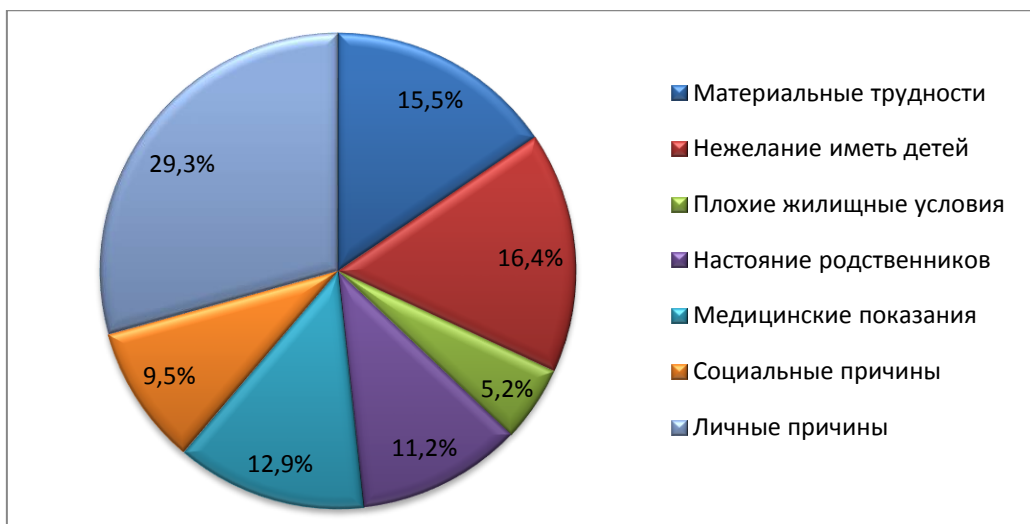
причины выделили менее 7,0% женщин 35-45 лет (настоящие родственников, медицинские показания, плохие жилищные условия).

Анкета для женщин 35-45 лет также включала вопрос “Прерывали ли Вы беременность, и по какой причине?”. По результатам данных получилось, что из 200 женщин 35-45 лет к аборту прибегали 52,0% (n= 104), только 48,0% (n= 96) из них не делали аборт (рис. 6).



**Рис. 6** *Распределение женщин 35-45 лет по наличию аборт в анамнезе*

Из 104 женщин 35-45 лет 3 женщины прерывали беременность 3 раза и 6 женщин 2 раза, то есть всего 104 женщины 35-45 лет прибегали к аборту 116 раз. Большинство из них ответили, что основная причина, по которой они сделали аборт – личные причины 29,3% (n= 34). 16,4% (n= 19) женщин прибегали к аборту из-за нежелания иметь детей, 15,5% (n= 18) в связи с материальными трудностями, 12,9% (n= 15) делали аборт по медицинским показаниям, а 11,2% (n= 13) в связи с настоянием родственников, 9,5% (n=11) по социальным причинам (в том числе отсутствие супруга), и меньшая доля женщин 5,2% (n= 6) в связи с плохими жилищными условиями (рис.7).



**Рис. 7** *Распределение женщин 35-45 лет, прибегших к аборту, по причинам абортов*

Зависимость различий между мнением женщин 35-45 лет о наиболее частых причинах абортов (табл.12) и реальными причинами, из-за которых женщины 35-45 лет прибегли к аборту (рис.7) - статистически значима. Уровень значимости данной взаимосвязи соответствует  $p < 0,05$  ( $X^2$  составляет 46.479).

Материальные трудности и нежелание иметь детей являлись действительными причинами абортов лишь в 31,9% (15,5% и 16,4% соответственно) случаев, а не в 61,0% (40,0% и 21,0% соответственно) случаев, как предполагали женщины 35-45 лет. Можно предположить, что материальные трудности не являются основной причиной абортов у женщин, за исключением ряда случаев, а являются лишь причиной, с помощью которой женщины, решившиеся прервать беременность, оправдывают свой поступок.

### 3.3. Влияние факторов на принятие решения об аборте

С помощью логистической регрессии были выявлены признаки, которые влияют и не влияют на решение респондентов об аборте. В качестве зависимого признака выступает решение респондентов об аборте при незапланированной беременности (допускают или исключают проведение аборта в данном случае).

В качестве независимых переменных для женщин 18-26 лет выступали возраст, факультет, курс, семья, в которой они выросли (полная/неполная), семейное положение, жилищные условия, материальное положение, желание иметь детей, вред аборт, религиозные взгляды и их жизненные приоритеты на ближайшее будущее. Коэффициент детерминации (R-квадрат) был равным 0,3087 (табл.13).

**Таблица 13. Влияние факторов на принятие решения об аборте для женщин 18-26 лет**

<b>Признаки (факторы)</b>	<b>Bf (Z)</b>	<b>P</b>
Возраст	-0,0950	0,0107
Факультет	0,0669	0,0174
Курс	0,0720	0,0591
Семья	-0,1360	0,0865
Семейное положение	-0,0910	0,3400
Жилищные условия	0,0632	0,3364
Материальное положение	-0,0549	0,0724
Дети	-0,6328	0,0018
Вред абортов	-0,2559	0,0004
Верование	-0,1968	<0,0001
Жизненные приоритеты	-0,1106	0,0328

По результатам данного анализа можно сделать выводы, что решение об аборте при незапланированной беременности связано с возрастом женщин данной группы, факультетом и курсом их обучения, с желанием иметь детей, их мнением по поводу вреда абортов, с их религиозными



взглядами, а также с их жизненными приоритетами на ближайшее будущее. Не было выявлено связи между решением женщин 18-26 лет об аборте и их семейным положением, с семьей, в которой они выросли (полной/ неполной), жилищными условиями и материальным положением.

Путем расчета вероятности каждого параметра при прочих равных, можно предположить, что с увеличением возраста женщины данной возрастной группы на 1 год вероятность того, что она ответила бы, что допускает аборт, уменьшается на 9,5%. С переходом на новый курс на 6,6% более вероятно женщина ответила бы, что допускает аборт при незапланированной беременности. В данном случае прямая связь между решением об аборте и курсом, и обратная связь между решением об аборте и возрастом может быть связано с различиями в возрастных диапазонах на разных курсах. Связь между решением женщин 18-26 лет об аборте и факультетом их обучения имеется, но ее трудно интерпретировать. Можно предположить, что с переходом женщины на каждый следующий факультет (“другой” факультет → экономический → юридический → медицинский) вероятность того, что она ответила бы, что допускает аборт в случае незапланированной беременности, увеличивается на 6,6%. Если женщина при прочих равных условиях имеет желание в будущем иметь детей, то на 63,2% она менее вероятно допускает в данном случае проведения аборта. Если женщина 18-26 лет считала бы, что аборт наносит вред здоровью, то на 25,5% она менее вероятно ответила бы, что допускает аборт в этом случае. Если женщина данной группы при прочих равных являлась бы верующим человеком, то на 19,6% она менее вероятно допускала бы аборт. И наконец, если бы женщина ответила бы, что жизненными приоритетами на ее ближайшее будущее является семья и дети, то на 11,0 % она менее вероятно допускала аборт при незапланированной беременности.

В качестве независимых переменных для женщин 35-45 лет выступали возраст, образование, семейное положение, жилищные условия, материальное положение, желание женщины иметь детей, вред аборт, религиозные взгляды и наличие абортов в анамнезе. Коэффициент детерминации (R-квадрат) был равным 0,3877 (табл.14).

**Таблица 14. Влияние факторов на принятие решения об аборте для женщин 35-45 лет**

Признаки (факторы)	bf (Z)	P
Возраст	0,0513	0,0009
Образование	0,2036	0,0722
Семейное положение	-0,1604	0,1614
Жилищные условия	0,0292	0,6769
Материальное положение	-0,0149	0,8797
Дети	-0,2627	0,0063
Вред абортов	-0,1879	0,0539
Верование	-0,1738	0,0125
Аборт в анамнезе	0,5411	<0,0001

По результатам полученных данных можно сделать вывод, что у женщин 35-45 лет имеется связь между решением об аборте и возрастом, желанием иметь в детей, их религиозными взглядами и наличием абортов в прошлом. Не было выявлено связи между решением об аборте и образованием, семейным положением, жилищными условиями, материальным положением, и мнением женщин данной группы по поводу вреда абортов.

Путем расчета вероятности каждого параметра при прочих равных, можно предположить, что с увеличением возраста женщины 35-45 лет на 1 год вероятность того, что женщина ответила бы, что допускает аборт, увеличивается на 5,1%. Если женщина данной возрастной группы ответила бы, что в будущем желает еще иметь детей, то на 26,2% она менее

вероятно ответила, что допускает аборт при незапланированной беременности. Если бы женщина при прочих равных условиях ответила бы, что является верующим человеком, то с вероятностью 17,3% она менее вероятно ответила, что допускает прерывание беременности. И если женщина 35-45 лет в прошлом прерывала беременность, то на 54,1 % более вероятно она ответила бы, что допускает прерывание беременности в случае незапланированной беременности.

### **3.4. Влияние использования средств контрацепции на решение об аборте среди респондентов и их взаимосвязь с материальным положением**

Для анализа использования средств контрацепции среди респондентов были исключены женщины 18-26 лет, не живущие половой жизнью (n=81). Из 221 женщин 18-26 лет, которые живут половой жизнью, 80,5% (n= 178) используют какие-либо методы контрацепции, 19,5% (n=43) не используют.

**Таблица 15. Распределение женщин 18-26 лет, живущих половой жизнью, по использованию контрацептивных средств и отношению к аборту при незапланированной беременности**

Контрацепция / Отношение к аборту	Использую		Не использую		X <sup>2</sup>	P
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%		
Допускаю	101	56,7	15	34,9	6,635	<0,05
Исключаю	77	43,3	28	65,1		
Всего	178	100,0	43	100,0		

Зависимость различий между частотой использования методов контрацепции и отношением женщин 18-26 лет к аборту - статистически значима. Уровень значимости данной взаимосвязи соответствует  $p < 0,05$ .

Большинство женщин 18-26 лет, использующих средства контрацепции, допускают аборт, в случае незапланированной беременности, 56,7%, напротив, большинство женщин 18-26 лет, которые не используют методы контрацепции, исключают аборт в данном случае, 65,1%.

**Таблица 16. Распределение женщин 18-26 лет, живущих половой жизнью, по использованию методов контрацепции и материальному положению**

Контрацепция Материальное положение	Использую		Не использую		X <sup>2</sup>	P
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%		
Хорошее	93	52,2	13	30,2	7,952	<0,05
Среднее	72	40,5	23	53,5		
Плохое	13	7,3	7	16,3		
Всего	178	100,0	43	100,0		

По данным таблицы 16, зависимость различий между частотой использования методов контрацепции и материальным положением среди женщин 18-26 лет, живущих половой жизнью - статистически значима. Уровень значимости данной взаимосвязи соответствует  $p < 0,05$ .

Большинство женщин 18-26 лет, использующие контрацептивные средства, имеют хорошее материальное положение 52,2%, 40,5% из них имеют среднее материальное положение и лишь 7,3% плохое. Среди женщин данной возрастной группы, которые не используют никакие методы контрацепции, большинство имеют среднее материальное положение 53,5%, 30,2% хорошее и 16,3% плохое.

**Таблица 17. Распределение женщин 35-45 лет по использованию контрацептивных средств и отношению к аборту при незапланированной беременности**

Контрацепция / Отношение к аборту	Использую		Не использую		$\chi^2$	P
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%		
Допускаю	73	48,7	17	34,0	3.259	>0,05
Исключаю	77	51,3	33	66,0		
Всего	150	100,0	50	100,0		

Статистически значимых различий между отношением женщин 35-45 лет к аборту и использованием методов контрацепции нет.

**Таблица 18. Распределение женщин 35-45 лет по использованию методов контрацепции и материальному положению**

Контрацепция / Материальное положение	Использую		Не использую		$\chi^2$	P
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%		
Хорошее	29	19,3	6	12,0	6,957	<0,05
Среднее	115	76,7	37	74,0		
Плохое	6	4,0	7	14,0		
Всего	150	100,0	50	100,0		

По данным таблицы 18, зависимость различий между частотой использования средств контрацепции и материальным положением среди женщин 35-45 лет - статистически значима. Уровень значимости данной взаимосвязи соответствует  $p < 0,05$ .

Большинство женщин данной возрастной группы, использующие контрацептивные средства, имеют среднее материальное положение 76,7%, 19,3% из них имеют хорошее материальное положение и лишь 4,0% плохое. Среди женщин 35-45 лет, которые не используют

контрацептивные средства, имеют среднее материальное положение 74,0%, 14,0% плохое и 12,0% хорошее.

### 3.5. Отношение респондентов к правовым вопросам искусственного прерывания беременности

В связи с актуальностью вопросов об ужесточении законодательства об абортах в России, респондентам был предложен ряд вопросов, касающихся данной проблемы.

**Таблица 19. Распределение респондентов по отношению к принятию закона о запрете аборт**

Закон о запрете аборт	Женщины 18-26 лет		Женщины 35-45 лет		$\chi^2$	P
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%		
Не согласна с запретом	200	66,2	129	64,5	6.976	>0,05
Разрешить аборт только по мед. и соц. показаниям	69	22,8	42	21,0		
Разрешить аборт только по мед. показаниям	31	10,3	21	10,5		
За полный запрет аборт	2	0,7	8	4,0		
Всего	302	100,0	200	100,0		

По данным таблицы 19, статистически значимых различий в отношении респондентов к закону о запрете аборт между группами сравнения нет.

Отношение респондентов к принятию закона о запрете аборт в обеих группах практически идентично. Большинство респондентов против принятия данного закона: 66,2% женщин 18-26 лет и 64,5% женщин 35-45 лет. 22,8% женщин 18-26 лет и 21,0% женщин 35-45 лет за принятие закона, который бы допускал аборт только по медицинским и социальным

показаниям. 10,3% и 10,5% женщин, соответственно, считают, что прерывание беременности должно быть разрешено только по медицинским показаниям.

Что касается полного запрета аборт, то только малая часть 1,0-4,0% респондентов согласна с принятием этого закона, большинство же – около 65,0% всех женщин, считают, что женщина вправе делать аборт по собственному желанию.

**Таблица 20. Распределение респондентов по отношению к вопросу об исключении абортов из системы ОМС**

Группы респондентов Выведение абортов из системы ОМС	Женщины 18-26 лет		Женщины 35-45 лет		X <sup>2</sup>	P
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%		
Согласна	52	17,2	33	16,5	7.556	>0,05
Не согласна	201	66,5	134	67,0		
Затрудняюсь ответить	47	15,6	25	12,5		
За полный запрет абортов	2	0,7	8	4,0		
Всего	302	100,0	200	100,0		

По данным таблицы 20, статистически значимых различий в отношении респондентов к закону о выведении абортов из системы ОМС между группами сравнения нет.

На вопрос об исключении абортов из системы ОМС обе группы респондентов в процентном соотношении ответили практически одинаково. Большинство из них против принятия данного закона, 66,5% женщин 18-26 лет и 67,0% женщин 35-45 лет, 10,0% и 15,0% женщин, соответственно, затрудняются ответить на данный вопрос. Менее 20,0% респондентов согласна с принятием данного закона- 17,2% женщин 18-26 лет и 16,5% женщин 35-45 лет.

В перечень вопросов анкеты для женщин 35-45 лет был включен вопрос об их отношении к закону, о необходимости письменного согласия супруга на аборт для замужних женщин.

**Таблица 21. Распределение женщин 35-45 лет, согласных и не согласных с принятием закона, о необходимости письменного согласия супруга на аборт для замужних женщин, по наличию или отсутствию абортов в анамнезе**

Необходимость согласия отца на аборт Аборт в анамнезе	Согласна		Не согласна		$\chi^2$	P
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%		
Есть	41	40,2	63	64,3	11,62	<0,05
Нет	61	59,8	35	35,7		
Всего	102	100,0	98	100,0		

Мнения женщин 35-45 лет по поводу принятия данного закона разделились практически поровну, 51,0% (n=102) женщин согласны с тем, что супруг должен иметь право на принятие решения по поводу аборта, 49,0% (n=98) женщин не согласны с принятием данного закона.

По данным таблицы 21, зависимость различий между отношением женщин 35-45 лет к принятию закона о необходимости письменного согласия супруга на аборт для замужних женщин и наличием абортов в анамнезе - статистически значима. Уровень значимости данной взаимосвязи соответствует  $p < 0,05$ .

Большинство женщин данной возрастной группы, которые являются сторонниками данного закона, не имеют в анамнезе абортов - около 60,0%, примерно 40,0% женщин имеют. Напротив, большинство женщин 35-45 лет, которые не согласны с принятием данного закона, в прошлом прибегали к аборту 64,3%, 35,7% женщин не имеют абортов в анамнезе.



**Таблица 22. Распределение женщин 35-45 лет, согласных и не согласных с принятием закона, о необходимости письменного согласия мужа на аборт для замужних женщин, по семейному положению**

Необходимость согласия отца на аборт Семейное положение	Согласна		Не согласна		$\chi^2$	Р
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%		
Замужем	77	75,5	61	62,2	9,748	<0,05
Сожительство	5	4,9	11	11,2		
Не замужем	9	8,8	10	10,2		
Разведена	8	7,8	16	16,3		
Вдова	3	2,9	0	0		
Всего	102	100,0	98	100,0		

По данным таблицы 22, зависимость различий между отношением женщин 35-45 лет к принятию закона о необходимости письменного согласия супруга на аборт для замужних женщин и семейным положением - статистически значима. Уровень значимости данной взаимосвязи соответствует  $p < 0,05$ .

В обеих группах наибольшую долю составляют женщины 35-45 лет, которые замужем 75,5% и 62,2%, однако в группе женщин, которые согласны с принятием данного закона, доля замужних больше. Среди сторонников данного закона 8,8% женщин 35-45 лет не замужем, 7,8% разведены, 4,9% живут в сожительстве, и наименьшую долю составляют женщины - вдовы 2,9%. Среди противников данного закона 16,3% составляют разведенные женщины, 11,2% женщин, которые живут в сожительстве, и 10,2% незамужние женщины.

## Заключение

Проблема искусственного прерывания беременности была актуальна всегда. Россия уже долгое время находится на лидирующей позиции по числу абортов среди стран, где аборт легализован. В ходе анализа литературы было выявлено, что после распада СССР в России число абортов на 100 родившихся живыми незначительно отличалось от соседних стран, как Белоруссия и Украина. Во всех трех странах действовала программа “Планирование семьи”, однако после прекращения финансирования данной программы в России, количество искусственно прерванных беременностей стало снижаться медленнее, в то время как Белоруссия и Украина, в которых продолжала действовать данная программа, переместились ближе к середине рейтинга стран по числу абортов.

Как указывает ряд литературных источников, в России реже используют гормональную контрацепцию и ВМС, чем в Белоруссии и на Украине, не смотря на то, что в России большее число пар используют средства контрацепции, чем в этих странах. Таким образом, отсутствие государственного содействия планированию семьи в РФ приводит к неэффективному использованию контрацептивных средств и увеличению риска нежелательной беременности. В Белоруссии и на Украине кабинет планирования семьи, является обязательным, в России это заменяется кабинетом психолога, целью которого является отговорить женщину от искусственного прерывания беременности в пользу рождения ребенка.

В России считают, что контроль рождаемости и улучшение доступа к услугам планирования семьи ведет к сокращению рождаемости, поэтому российское руководство ищет пути стимулирование рождаемости через законодательное ограничение искусственного прерывания беременности. Таким образом, уже сокращены перечни медицинских и социальных показаний для аборта, также введена «неделя тишины», консультация

психолога, УЗИ для визуализации плода и его сердцебиения перед абортom. В Государственной Думе находятся еще ряд законодательных инициатив, как запрет абортов “по желанию”, выведение абортов “по желанию” из системы ОМС. Однако история разных стран и России в том числе, показывает, что данные ограничения не приносят положительных результатов, ни с демографической точки зрения, ни с точки зрения репродуктивного здоровья женщин. Такие правовые ограничения доступа к медицинской помощи по прерыванию беременности не снижают потребности в ней, а лишь увеличивают число женщин, выполняющих нелегальные и небезопасные аборты, что ведет к повышению частоты осложнений и материнской смертности.

В ходе данной работы было выявлено, что практически каждая вторая женщина 35-45 лет прибегала к искусственному прерыванию беременности, при этом около половины женщин обеих возрастных групп, в случае незапланированной беременности, допускают проведение аборта. В большей степени на их решение о прерывании беременности влияют такие факторы, как возраст, желание иметь детей и религиозные взгляды. Также было выявлено, что материальное положение и жилищные условия не влияют на их решение об искусственном прерывании беременности, несмотря на то, что материальные трудности, по мнению большинства женщин, являются основной причиной, по которой женщины прерывают беременность. Из этого следует, что государство должно не только материально поддерживать беременных и женщин с детьми, а также вести политику в сфере духовно- нравственного воспитания граждан, пропагандировать семейные ценности.

Что касается методов контрацепции, то их используют большинство опрошенных женщин, живущих половой жизнью 75,0- 80,5%, при этом наиболее часто используют средства контрацепции женщины с более хорошим материальным положением. В связи с этим можно

предположить, что женщины группы риска, куда также относятся подростки, наиболее подвержены риску незапланированной беременности, а, следовательно, и ее прерыванию, именно поэтому необходимо, чтоб контрацептивные средства были более доступными для лиц группы риска.

Что касается правовых вопросов, то большинство опрошенных не готово к ужесточению законодательства об абортах. Более 60,0% женщин против запрета аборт “по желанию”, считая, что женщина должна иметь право самостоятельно принимать решение об искусственном прерывании беременности. Также предложение об исключении аборт “по желанию” из системы ОМС не нашло поддержки среди респондентов, около 66,5% женщин высказались против принятия данного закона. Однако с принятием закона, о необходимости письменного согласия мужа на аборт для замужних женщин, согласно около половины женщин 35-45 лет, большинство из которых не прибегало к аборту в прошлом.

Таким образом, наиболее эффективными мерами, способствующими снижению числа аборт, являются не наложение запретов и ограничений на аборт, к тому же Россия уже имеет отрицательный опыт, а профилактика нежелательной беременности. В связи с этим были выработаны следующие рекомендуемые меры:

- Информирование населения о предупредительных мерах нежелательной беременности и пропаганда здорового образа жизни.
- Духовно- нравственное воспитание подростков и возрождение семейных ценностей.
- Половое воспитание подростков, и оказание при необходимости консультативной помощи по планированию семьи и профилактике нежелательной беременности.
- Бесплатное консультирование всех категорий населения по вопросам планирования семьи.

- Просвещение населения о средствах, методах контрацепции и консультирование по их применению.
- Широкое внедрение эффективных современных средств и методов контрацепции.
- Обеспечение бесплатными средствами контрацепции женщин группы риска (подростки, женщины после абортов и родов).

## Выводы

1. Субъективная оценка женщинами 35-45 лет причин абортов не совпадает с реальными причинами искусственного прерывания беременности. Основными причинами абортов, по мнению женщин, являлись материальные трудности и нежелание иметь детей 61,0% (40,0% и 21,0%), которые оказались реальными причинами лишь в 31,9% (15,5% и 16,4%) случаев. Наиболее частой причиной, по которой женщины прибегли к аборту, оказались личные причины 29,3%.
2. Факторы, влияющие на принятие решения об аборте при незапланированной беременности для женщин 18-26 лет: возраст, факультет, курс их обучения, желание иметь детей, их мнение по поводу вреда абортов, религиозные взгляды и жизненные приоритеты на ближайшее будущее; для женщин 35-45 лет: возраст, желание иметь детей, религиозные взгляды и наличие абортов в прошлом. Материальное положение и жилищные условия не влияют на решение женщин об аборте.
3. Среди женщин 18-26 лет, использование контрацептивных средств, влияет на их решение об аборте - большинство, использующих средства контрацепции, допускают аборт в случае незапланированной беременности, и напротив, большинство женщин, которые не используют методы контрацепции, исключают аборт в данном случае. Среди женщин 35-45 лет методы контрацепции не влияют на принятие решения об аборте. Также было выявлено, что наиболее часто используют методы контрацепции женщины с более хорошим материальным положением.
4. Большинство женщин против принятия закона, о запрете абортов около 65,0%, а также против выведения абортов из системы ОМС около 66,5%. 51,0% опрошенных женщин 35-45 лет за принятие закона, о необходимости письменного согласия супруга на аборт для замужних женщин.

## Список литературы

1. Агеева Л.И., Александрова Г.А., Зайченко Н.М., Кириллова Г.Н., Леонов С.А., Мухина С.А., Огрызко Е.В., Здоровоохранение в России, Стат.сб./ Росстат.- М., 2015, 174 с.
2. Айламазян Э.К. Акушерство: учебник для медицинских вузов, Спб.: СпецЛит, 2003, 506 с.
3. Андрияш Н., Профилактика беременности среди подростков // газета “Знамя Победы”, 2015, №1, 18-21 с.
4. Баранов А.Н., Санников А.Л., Сизюхина Н.Н. Аборт: междисциплинарный взгляд // Журнал: Экология человека, 2006, №6, 49-54 с.
5. Белкина Е.А., Этико- философский анализ специфики дилемм биоэтики на примере проблемы прерывания беременности // Журнал- Научные ведомости Белгородского государственного университета, 2011, №20, 243-247 с.
6. Всемирная организация здравоохранения, Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики, Второе издание, Женева, 2012, 131 с.
7. Всемирная организация здравоохранения, Планирование семьи, Информационный бюллетень, 2016. **URL:** <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/ru/>
8. Всемирная организация здравоохранения, Стратегия в области репродуктивного здоровья, Женева, 2004, 3-31 с. **URL:** [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68754/4/WHO\\_RHR\\_04.8\\_rus.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68754/4/WHO_RHR_04.8_rus.pdf)
9. Галлямова, Ю. А. Правовая защита репродуктивного здоровья населения // Проблемы, 2003, № 3, 2-25 с.

10. Гасратова А.И., Леут Е.В., Актуальность проблемы аборта. Медицинская и социальная значимость // Международный студенческий научный вестник, 2016, 1-10 с.
11. Гиппократ. Избранные книги, М.: Сварог, 1994, 87-88 с.
12. Гнатик Е.Н., Сокова Е.А., Этический и юридический статус плодизгнания: история и современное состояние проблем Вестник РУДН, серия Юридические науки, 2015, №4, 64-66 с.
13. Горбатова М.А. Некоторые проблемы уголовной ответственности за незаконное производство аборта// Журнал Вестник Южно-Уральского государственного университета, 2013, № 4, 45 с.
14. Давидян О. В., Давидян К. В. Исторические аспекты искусственного прерывания беременности// Молодой ученый, 2010, №12, 151-154 с.
15. Денисов Б.П., Сакевич В.И., Внутрисемейное регулирование рождаемости в Белоруссии, России и Украине в постсоветский период // Экономический журнал ВШЭ, 2011, 543-555 с.
16. Денисов Б.П., Сакевич В.И., Очерк истории контроля рождаемости в России: блуждающая демографическая политика // Статья коллег и учеников, 2017, 186-206 с.
17. Дженовезе У., Ломбардо К., Акулин И.М., Чеснокова Е.А. Нежеланное рождение ребенка в правовой системе Италии: между правом и общественным сознанием// Журнал акушерства и женских болезней, 2016, №1, 87-94 с.
18. Дикке Г.Б., Ерофеева Л.В., Яроцкая Е.Л., Аборт и контрацепция в России на фоне демографического кризиса // Журнал акушерство и гинекология, 2013, №5, 1-10 с.
19. Додонов А.Н., Трубин В.Б., Влияние медицинского аборта на психическое здоровье и качество жизни женщины // Казанский медицинский журнал, 2009, №3, 404-407 с.
20. Жарова М. Аборт как проблема биомедицинской этики // Научно-культурологический журнал, 2010, №9, 10-13 с.



21. Загоркина Н.А., Банюшевич И.А., Репродуктивное здоровье девочек – подростков 15-17 лет Омского района // Омский научный вестник, 2014, №2, 79 с.
22. Здравоохранение в России. 2015, Статистический сборник / Росстат - Москва, 3-46, 2015, 56-58 с.
23. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12.12.1993 (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ), Глава 2. Права и свободы человека и гражданина.
24. Кудин С.А. О причинах прерывания беременности у женщин детородного возраста // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения, 2007, №2, 29-30 с.
25. Литау Е.А., Проблема абортов в России // Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского// Надежды. Сборник научных статей студентов, 2016, №10 Нижний Новгород, 110-116 с.
26. Масленников В. В. Соотношение конституционных прав личности искусственному прерыванию беременности (аборту) в России и обеспечение безопасности государства в контексте демографического кризиса// Проблемы. Поиск. Решения., 2014, №17, 7-59 с.
27. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, методическое письмо от 13 октября 2010 г. № 15-0/10/2-9162 «Психологическое предабортное консультирование».
28. Министерство здравоохранения Украины, Аборты и контрацепция в Украине. Стратегическая оценка политики, программ и исследований (отчет и рекомендации), Киев, 2008, 86 с.

29. Министерство здравоохранения Украины, Акушерско-гинекологическая помощь в Украине за 2007 год: Статистический аналитический справочник. Центр медицинской статистики. — К.: МНІАЦ мед. статистики: Медінформ, 2008, 183 с.
30. Митковская Е.В., Галина Т.В., Опарин И.С., Ермолова Н.П., Голикова Т.П., Златовратская Т.В., Старцева Н.М., Лукаев А.А. Аборт как метод регулирования рождаемости // Вестник Российского университета дружбы народов, 2012, № 5, 510-512 с.
31. Морозова И.С., Белогай К.Н., Борисенко Ю.В., Отт Т.О. Проблемы профилактики abortивного поведения молодежи // Вестник Кемеровского государственного университета, 2015, № 4-1, 90-94 с.
32. Мустафаева Айтен, Мамедов Вугар, Медицинское право- составная часть биоэтики и новое направление юридической науки // Журнал-Евразийская адвокатура, 2013, № 6, 78-86 с.
33. Радзинский В.Е., Костин И.Н., Аборты в России // Журнал практическая медицина, 2009, №39, 29- 34 с.
34. Саввина Н.В, Яворский А.А., Афанасьева Е.Н., Профилактика абортов в республике Саха (Якутия) //Журнал- Дальневосточный медицинский журнал, 2013, №13, 52-54 с.
35. Саввина О.В. Причины легализации абортов в XX веке и современные дебаты о моральной допустимости абортов // Журнал-научная статья, 2014, №3, 20-28 с.
36. Сакевич В., Денисов Б., Ривкин-Фиш М., Непоследовательная политика в области контроля рождаемости и динамика уровня абортов в России // Журнал исследований социальной политики, 2016, № 4, 461- 473 с.
37. Сакевич В. Как государству бороться с абортами? // Демоскоп. Института демографии НИУ ВШЭ, 2015, № 631 – 632, 1-9 с.
38. Сакевич В. , Особенности контрацептивного поведения // Демоскоп. Институт демографии НИУ ВШЭ, 2016, № 687-688.

39. Сакевич В., От аборта к контрацепции. Уровень аборт в России по-прежнему выше, чем в других развитых странах, // Демоскоп. Институт демографии НИУ ВШЭ (ИДЕМ), 2016, № 687 -688.
40. Севитова Н.Е.. Право на жизнь: аборт как этическая проблема современного общества // Научный журнал NovaInfo, 2016, №48, 35-41 с.
41. Сергеева Ю.А., Клешина Е.Д. Проблема абортов в современном обществе // Журнал. Бюллетень медицинских интернет конференций, 2016, №1, 4-11 с.
42. Сидорова Т.В., Аборт как социальное явление // Вятский медицинский вестник, 2009, №1 , 145 с.
43. Солодников В.В., Аборт: правовое регулирование и общественное мнение россиян. Мониторинг общественного мнения, 2008, №4, 78-93 с.
44. Старовойтова О.Э., Янчар Н.В. Право на аборт // Ленинградский юридический журнал, 2015, № 4, 63-64 с.
45. Темкина А.А., Советы гинекологов о контрацепции и планировании беременности в контексте современной биополитики в России // Журнал исследований социальной политики, 2013, № 1, 7-25 с.
46. Троицкой И.А., Авдеева А.А., Рождаемость и планирование семьи в России: История и перспективы, МГУ им. М.В. Ломоносова Центр по изучению проблем народонаселения демографические исследования, Москва, 2011, 177 с.
47. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
48. Филимонов С.В., Микиртичан Г.Л., Отношение врачей и населения к проблеме аборта и статуса эмбриона // Журнал акушерства и женских болезней , 2004, №3, 47-51 с.

49. Фролова О.Г. Аборт (медико- социальные и клинические аспекты), Москва: Триада-Х, 2003, 154 с.
50. Черномазова Е. , Российская ассоциация “Планирование семьи” // Социально- просветительский журнал Женщина Плюс, 1998, №3, 1-20 с.
51. Alka B Patil, Pranil Dode, Amruta Ahirrao, Medical Ethics in Abortion //Indian Journal of Clinical Practice, 2014, Vol. 25, No. 6, P. 544-556.
52. Ariel Noffke, Abortion Culture: Soviet Trends in Family Planning, Tulane University , 2014.
53. David C. Reardon, Elliot Institute, Women at Risk of Post- Abortion Trauma, 1990, P. 102-113.
54. Dr Gilda Sedgh, ScD Press, Jonathan Bearak, PhD, Susheela Singh, PhDUnless, Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends, The Lancet, 2016.
55. Elisabeth Ahman, Iqbal Shah, Unsafe Abortion: Worldwide Estimates for 2000 // Journal Reproductive Health Matters, 2017, P. 3-17.
56. Fred Sai , Dr Gunta Lazdane , Jeffrey V.Lazarus, Аборты в Европе // Европейский журнал по репродуктивному и сексуальному здоровью, 2005, №59, 145-148 с.
57. Giubilini A., Minerva F., After-birth abortion: Why should the baby live? // Journal of Medical Ethics, 2012, P. 261.
58. Jeanne Marecek Catriona Macleod Lesley Hoggart, Abortion in legal, social, and healthcare contexts // SAGE journals, 2017, Vol. 27, P. 133-143.
59. Legge 22 maggio 1978, n. 194 “Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza” (In Italian).
60. Lysak Elena, Russia seeks to further decrease abortion rates, Russia beyond the headlines, 2014.
61. Meghan Stewart, Curbing Reliance, On Abortion In Russia // The Human Rights Brief, 2004, №11, P. 54.

62. Sakevich V.I., Denisov B.P., Birth control in Russia: overcoming the state system resistance // National research university higher school of economics, 2014.
63. Sakevich V.I., Denisov B.P., The future of abortions in Russia, EPC-2008 in Barcelona, Spain, 2008.

## Приложения

### Приложение 1

#### Анкета для женщин (студенток) 18-26 лет

Здравствуйте! Мы просим Вас принять участие в опросе. Вам предлагается ответить на ряд вопросов. Постарайтесь дать тот ответ, который наиболее точно отражает Ваше мнение. Опрос анонимный. Результаты будут использоваться в обобщенном виде.

Выберите тот вариант ответа, который соответствует Вашему мнению. Во всех вопросах возможен только один вариант ответа.

**1) Ваш возраста \_\_\_\_\_**

**2) На каком факультете Вы обучаетесь?**

1. Медицинский (3)

3. Экономический (1)

2. Юридический (2)

4. Другой (0)

**3) На каком курсе Вы сейчас учитесь?**

1. Первый (1)

6. Шестой (6)

2. Второй (2)

7. Первый курс магистратуры (5)

3. Третий (3)

8. Второй курс магистратуры (6)

4. Четвертый (4)

9. Интернатура/ Ординатура (7)

5. Пятый (5)

**4) В какой семье Вы выросли?**

1. Полной (1)

2. Неполной (0)

**5) В каких жилищных условиях Вы живете?**

1. Имею свое жилье (4)

4. Живу в общежитии (1)

2. Снимаю квартиру/ комнату (3) 5. Другое (0)

3. Живу с родителями (2)

**6) Ваше материальное положение?**

1. Живу хорошо (2)

2. Живу средне (1)

3. Живу трудно (0)

**7) Ваше семейное положение?**

1. Замужем (1)

3. Не замужем (2)

2. Сожительство (1)

4. Разведена (2)

**8) Хотели бы Вы иметь детей?**

1. Дети уже есть, хочу еще (1)

2. Дети уже есть, больше не планирую (0)

3. Детей пока нет, но в будущем хочу иметь (1)

4. Не хочу иметь детей (0)

**9) Используете ли Вы какие-либо методы контрацепции?**

1. Не живу половой жизнью (1)

2. Да (2)

3. Нет (0)

**10) Как бы Вы отнеслись к незапланированной беременности?**

1. Допускаю в данном случае возможность проведения аборта (1)

2. Исключаю возможность проведения аборта (0)

**11) Что в большинстве случаев на Ваш взгляд является причиной аборта?**

1. Материальные трудности

2. Плохие жилищные условия

3. Нежелание иметь детей

4. Медицинские показания

5. Социальные причины (отсутствие мужа/ беременность в результате изнасилования и др.)

6. Настояние родственников (мужа/ родителей)

7. Другое

**12) Как Вы относитесь к принятию закона о запрете абортв?**

1. Не согласна с запретом абортв

2. Разрешить абортв только по социальным и медицинским показаниям

3. Разрешить абортв только по медицинским показаниям

4. За полный запрет абортв

**13) Считаете ли Вы, что аборт должен быть исключен из ОМС (должен быть платным)?**

1. Да

3. Я за полный запрет абортв

2. Нет

4. Затрудняюсь ответить



**14) Как Вы считаете, всегда ли аборт приносит вред здоровью женщины?**

1. Не всегда (1)
2. Всегда (2)
3. Не приносит (0)

**15) Ваши жизненные приоритеты на ближайшее будущее?**

- |                       |                                   |
|-----------------------|-----------------------------------|
| 1. Учеба/ карьера (1) | 3. Духовный и культурный рост (0) |
| 2. Семья и дети (3)   | 4. Работа и семья (2)             |

**16) Являетесь ли Вы верующим человеком?**

1. Да (2)
2. Нет (0)
3. Затрудняюсь ответить (1)

**Анкета для женщин 35-45 лет**

Здравствуйте! Мы просим Вас принять участие в опросе. Вам предлагается ответить на ряд вопросов. Постарайтесь дать тот ответ, который наиболее точно отражает Ваше мнение. Опрос анонимный. Результаты будут использоваться в обобщенном виде.

Выберите тот вариант ответа, который соответствует Вашему мнению. Во всех вопросах возможен только один вариант ответа.

**1) Ваш возраст \_\_\_\_**

**2) Укажите Ваше образование**

- |                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| 1. Неполное среднее | 3. Среднее специальное (0) |
| 2. Среднее (0)      | 4. Высшее (1)              |

**3) В какой семье Вы выросли?**

1. Полной (1)
2. Неполной (0)

**4) В каких жилищных условиях Вы живете?**

1. Имею свое жилье (2)
2. Снимаю жилье (1)
3. Живу с родителями/ родственниками (0)
4. Живу в коммунальной квартире/ общежитии

**5) Как Вы оцениваете свое материальное положение?**

1. Живу хорошо (денег хватает на все и даже больше) (2)

2. Живу средне (хватает на все самое необходимое) (1)

3. Живу трудно (денег не хватает/еле хватает на необходимые нужды) (0)

**6) Ваше семейное положение?**

1. Замужем (1)

4. Не замужем (0)

2. Сожительство (1)

5. Вдова (0)

3. Разведена (0)

**7) Есть ли у Вас дети?**

1. Да, хочу еще (1)

3. Нет, но хочу (1)

2. Да, больше не хочу (0)

4. Не хочу иметь детей (0)

**8) Приходилось ли Вам прерывать беременность, если да, то по какой причине?**

1. Да, по медицинским показаниям

2. Да, в связи с социальными причинами

3. Да, в связи с материальными трудностями

4. Да, в связи с плохими жилищными условиями

5. Да, в связи с нежеланием иметь детей

6. Да, по настоянию мужа/родных

7. Да, в связи с личными причинами

8. Нет

**9) Используете ли Вы какие – либо методы контрацепции?**

1. Да (1)

2.Нет (0)

**10)Как Вы относитесь к незапланированной беременности?**

1.Допускаю в данном случае возможность проведения аборта (1)

2.Исключаю возможность проведения аборта (0)

**11)По какой причине, по Вашему мнению, женщины наиболее часто прибегают к аборту?**

1.Материальные трудности

2.Плохие жилищные условия

3.Нежелание иметь детей

4.Медицинские показания

5.Социальные показания (отсутствие мужа/ беременность в результате изнасилования и др.)

6.Настояние мужа/ родных

7.Другое

**12)Как Вы относитесь к принятию закона о запрете аборт**

1.Не согласна с запретом аборт

2.Разрешить аборт только по социальным (беременность в результате изнасилования) и медицинским показаниям

3.Разрешить аборт только по медицинским показаниям

4.За полный запрет аборт

**13)Как Вы относитесь к выведению аборт из системы ОМС (должны быть платными)?**

1. Я за полный запрет аборт
2. Согласна с выведением аборт из системы ОМС
3. Против выведения аборт из системы ОМС
4. Затрудняюсь ответить

**14) Как Вы относитесь к принятию закона, о необходимости письменного согласия отца ребенка для прерывания беременности?**

1. Согласна
2. Не согласна, только женщина вправе решать, делать аборт или нет

**15) Считаете ли Вы, что аборт наносит вред здоровью женщины?**

1. Не всегда (1)
2. Всегда (2)
3. Никогда (0)

**16) Являетесь ли Вы верующим человеком?**

1. Да (2)
2. Нет (0)
3. Затрудняюсь ответить (1)

**17) Что для Вас является главными приоритетами на ближайшее будущее?**

- |                     |                               |
|---------------------|-------------------------------|
| 1. Семья и дети     | 3. Духовный и культурный рост |
| 2. Карьера и работа | 4. Работа и семья             |