

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ
В ПРОФИЛАКТИКЕ АБОРТОВ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 31.02.02. Акушерское дело
3 курса группы 03051624
Кайдаловой Яны Юрьевны

Научный руководитель:
Преподаватель Бабынина Т.П.

Рецензент
Главная акушерка
Перинатального центра
ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая
больница Святителя Иоасафа»
Тарасова Е.А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ АБОРТА	7
1.1. Исторические и статистические сведения по проблеме абортов.....	7
1.2. Морально-этические и социальные проблемы искусственного прерывания беременности	10
1.3. Понятие и классификация абортов	12
1.4. Медицинские осложнения абортов	13
1.5. Методы профилактики абортов	19
1.6. Роль акушерки в профилактике абортов	22
1.7. Выводы по первой главе	25
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ АБОРТОВ ПО ДАННЫМ СТАТИСТИКИ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г. БЕЛГОРОДА	26
2.1. Материалы и методы исследования	26
2.2. Данные анализа статистики и анкетирования пациенток по проблеме абортов	26
2.3. Выводы по второй главе	39
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	41
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	43
ПРИЛОЖЕНИЯ	45

ВВЕДЕНИЕ

"Самым верным доказательством полного нравственного падения народа будет то, что аборт станет считаться делом обычным и абсолютно приемлемым"

Актуальность исследования. Охрана репродуктивного здоровья населения России объявлена руководством страны важнейшей государственной задачей и является одной из приоритетных составляющих Национального проекта «Здоровье».

Ведущее место в охране репродуктивного здоровья женщины занимает регулирование рождаемости. В России основным методом этого регулирования остается аборт, являющийся глобальной медико-социальной проблемой. Частота и динамика абортов - один из основных показателей, по которым оценивается и направленность приоритетов политики государства в вопросах материнства и детства и в целом состояние здоровья населения.

По данным мировой статистики по числу абортов Россия занимает одно из первых мест в мире, которых производится более 3, 5 млн. в год. Более половины женщин в России (58 %), потенциально рискуют иметь нежелательную беременность, в связи с тем, что выбор наиболее эффективных методов контрацепции в нашей стране в пользу современных из существующих, популярен только у 25% женщин активного детородного возраста. Всего лишь 2% россиянок до 40 летнего возраста ни разу не прибегали к производству аборта.

За год от осложнений аборта, которые находятся на 4 месте в структуре причин материнской смертности, в стране умирают более 300 женщин, самым частым осложнением являются воспалительные заболевания гениталий и нарушения менструального цикла, ведущие к бесплодию. Почти четверть новорожденных от матерей, в анамнезе у которых были искусственные

прерывания беременности, имеют различные психические или физические патологии.

Все перечисленное требует поиска способов и путей профилактической деятельности по вопросу предупреждения абортных социальных, религиозных, психологических служб, а так же медицинской общественности. Это и повышение медицинской грамотности женского населения и семьи в целом о последствиях абортных и поиск альтернативных путей регуляции рождаемости.

В последние годы благодаря проводимым в России реформам произошли некоторые позитивные сдвиги, проявляющиеся в увеличении рождаемости, снижении материнской и младенческой смертности, сокращении количества абортных. Вместе с тем в настоящее время отмечается формирование нового типа репродуктивного поведения населения, связанного с демографическим переходом к малодетной семье.

В «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» особо подчеркивается, что проведение демографической политики должно основываться на систематизации теоретических и практических исследований в области репродукции населения страны с переходом к всесторонним, комплексным исследованиям на уровне отдельных регионов. В условиях многолетнего реформирования и модернизации здравоохранения в России сохраняется устойчивое состояние депопуляции нации.

Цель работы: исследование распространенности абортных, наличия осложнений и роли акушерки в профилактике искусственного прерывания беременности у женщин детородного возраста.

Объект исследования: абортные как медико - социальная проблема на территории России.

Предмет исследования: профессиональная деятельность акушерки в профилактике абортных.

Задачи исследования:

1. Провести анализ нормативной документации, литературных источников и интернет ресурсов по данной теме.

2. Выполнить статистический анализ распространенности и структуры абортов по данным мировой, российской, региональной статистики.

3. Провести анкетирование женщин детородного возраста для определения их отношения к проблеме аборта.

4. Исследовать роль акушерки в профилактике абортов и определить ее задачи в профилактике абортов и в помощи женщинам после прерывания беременности.

5. Оформить памятки-брошюры по профилактике искусственного прерывания беременности.

Методы исследования:

1. Метод теоретического анализа.
2. Социологический метод.
3. Метод математической статистики.

Гипотеза исследования: аборты на территории России являются серьезной медико - социальной проблемой и деятельность акушерки может играть значительную роль в их профилактике посредством проведения акушеркой санитарно-просветительной работы и повышения ее компетентности по вопросам контрацепции и профилактики осложнений проведения искусственного прерывания беременности.

Теоретическая значимость данного исследования состоит в том, что в ходе работы произведена систематизация и обобщение теоретического материала по проблеме абортов и изучена роль акушерки в профилактике абортов.

Практическая значимость: в работе закреплены и расширены сведения о значении профессиональной деятельности акушерки в предупреждении абортов. Подготовлены материалы для санпросветработы акушерки по профилактике абортов для использования их в работе женской консультации. В

учебном процессе медицинского колледжа и в профессиональной деятельности выпускников можно использовать полученные результаты исследования.

Структура работы определяется целью и задачами настоящего исследования и включает оглавление, первую и вторую главу, заключение, список литературы и приложения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ АБОРТА

1.1 Исторические и статистические сведения по проблеме аборт

В различные времена к аборту отношение и государства и общества было различным и определялось особенностями экономических и социальных жизненных условий, государственного и общественного развития, численностью и плотностью населения в данном регионе, религиозными верованиями, уровнем экономического развития.

«Согласно статье 1462 "Уложения о наказаниях", виновные в "преступном плодоизгнании" подвергались, если операция прошла успешно, "лишению всех прав состояния и ссылке на поселение в отдаленнейших местах Сибири". Виновный в производстве запрещенного аборта, особенно если при этом нанесен вред здоровью или есть угроза жизни женщины, сурово наказывался. А человек с медицинским образованием наказывался особо, так как должен был знать обо всех опасностях такой операции.

Если мать пошла на избавление от своего ребенка, то она заключалась на 3 и более лет в доме для исправления, раньше так называлось исправительное учреждение. Это было определено проектом закона, изданным Министерством юстиции. Тот человек, который производил вмешательство, наказывался так же. Если это был медик или повивальная бабка, то их лишали права медицинской деятельности на сроки от 3-х до 5-ти лет.

В некоторых случаях происходил так называемый «неосторожный аборт», который случался как осложнение при оказании медицинской помощи по другому поводу. Это деяние не наказывалось. А так же, в случае, если аборт проведен был без согласия самой беременной женщины, то те, кто его произвел, получали самое строгое наказание - каторжные работы на 6-8 лет. Та же участь ждала пособников, которые предоставляли инструменты или препараты для искусственного прерывания беременности[9].

В 17 веке, во времена правления Романовых, за аборт производилась смертная казнь. Церковь так же полностью не признавала это деяние. На женщину, совершившую аборт, накладывалась епитимья на большой срок – до 10 – 15 лет. Эти суровые наказания были отменены в 1715 году. Сделал это Петр Великий.

В последующие годы, в конце 18 века, аборт уже рассматривали как умышленное убийство своего ребенка. Это было утверждено соответствующим положением. Меры преследования применялись и к женщине, совершившей аборт, и к тому, кто был непосредственным исполнителем операции. Их могли отправить на срок от 3-х до 12-ти лет в колонии поселения для исправительных работ.

Позже, после произошедшей революции, отношение к аборту несколько изменилось, так как изменилось отношение к моральной оценке отношений между мужчинами и женщинами. Появились сторонники свободных отношений и как следствие, стали рождаться внебрачные дети. Но худшим последствием такой морали без обращения к контрацепции, стало увеличение количества абортов. В ноябре 1920 года было издано Постановление Народного комиссариата юстиции и здравоохранения "Об искусственном прерывании беременности», согласно которому были разрешены официально операции по искусственному прерыванию беременности. Причем, это вмешательство производилось совершенно бесплатно. Операции проводились в специально оборудованных для этого отделениях медицинских учреждений. Это привело к тому, что резко возросло количество абортов и в двадцатые годы прошлого столетия на тысячу человек женского населения приходилось около семи произведенных абортов.

Женщины, работающие на фабрике или заводах стали одними из первых кто пользовался данной процедурой. Через некоторое время официальный аборт был запрещен. В 30-х годах в Государстве стал осуществляться контроль деторождения. Женщинам было запрещено делать аборт, если беременность первая. Данный запрет был введен в России в 1926 году.

В России в связи с этой политикой стала страдать демографическая ситуация, рождаемость резко снизилась. Поэтому было решено в 1936 году под угрозой уголовной ответственности запретить операции прерывания беременности, активизировать политику государства по вопросам поддержки многодетных семей. Стали уделять большое внимание постройке и развитию детских учреждений для маленьких детей. Отдельно вводились карательные меры для тех, кто не платил алименты, изменилось и правовое поле в вопросе о разводах, особенно при наличии детей в семье (Постановление ЦИК и СНК СССР от 27 июня 1936 г. Остались разрешенными только аборты, которые необходимо было производить по медицинским показаниям.

Инициаторы думали, что в результате запрета искусственного прерывания беременности получится увеличить численность населения. Рождаемость в стране и в правду постепенно начала повышаться. Этому способствовало отсутствие противозачаточной контрацепции. Криминальные аборты буквально за малое время стали одной из важнейших сфер запретной экономики.

Эти меры оказали временный положительный эффект, но, с другой стороны, они же подтолкнули население к развитию и увеличению количества подпольных, нелегальных вмешательств. Такие калечащие операции часто заканчивались серьезнейшими осложнениями для репродуктивного здоровья, прежде всего бесплодием. Обратиться за помощью к другому медику она опасалась, так как он был обязан сообщить о выявленной ситуации в правоохранительные органы, реагирующие на такие сигналы уголовным наказанием. Это часто заканчивалось даже гибелью женщины, а рождаемость, тем не менее, не повысилась. Данный закон в СССР действовал почти до середины прошлого столетия.

В 50-х годах 23.11.1955 года вышел Указ, который отменил запрещение абортов в СССР, с помощью этого документа разрешалось прерывать беременность всем желающим женщинам которые не имели медицинских противопоказаний к данной процедуре. Аборт можно было проводить только в

специальных медицинских учреждениях. Но аборт на дому все равно считался уголовно наказуемым. Иногда абортыв производились даже дома у так называемых врачей, за большие суммы денег. Не смотря на то, что за такое деяние специалисту грозило тюремное заключение на один и более лет, особенно при гибели женщины. В восьмидесятые годы при имеющихся медицинских или социальных показаниях, разрешались абортыв, производимые на сроках до 28-недель беременности.

Таковыми показаниями считались: инвалидность 1–2-й групп у мужа, смерть мужа 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, беременность в результате изнасилования.

На ранних сроках беременности в 1989 году было разрешено амбулаторное прерывание беременности. Операция выполнялась с помощью вакуум – аспирации, т.е. мини-аборт. С этого момента было введено медикаментозное прерывание беременности.

Допустимые сроки прерывания беременности в разное время менялись. Так, по принятым законам на уровне Всемирной организации здравоохранения, было установлено, что прерывание нежелательной беременности может производиться только на сроках не более 22-х недель. Далее плод считался жизнеспособным и должен выхаживаться медиками.

Стали более обширными медицинские и социальные показания к прерыванию беременности. Признано, что законодательство по производству абортыв в нашей стране, является чрезмерно либеральным.

Причинами для прерывания беременности могли считаться неудовлетворительные условия проживания, отсутствие мужа, постоянной прописки, материальные затруднения.

Согласно «Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» с 22.07.93. года все женщины сами решают, сколько детей им рожать. Если станет вопрос о прерывании беременности то это можно

сделать до 12 недель с согласия женщины, а также по медицинским показаниям. На более поздних сроках до 20 недель беременности могут прервать беременность по социальным показаниям.

1.2. Морально-этические и социальные проблемы искусственного прерывания беременности

Производство аборта одна из самых многокомпонентных, с многообразными направлениями в решении, социокультурными, государственными составляющими, проблем современности. Большое внимание уделяется этой проблеме не только медицинской общественностью, но и государством, церковью, социальными институтами, в том числе и биоэтикой. Здесь рассматриваются радикальные мнения, которые и едины по приложению своему и резко противоположны.

С одной стороны, производство прерывания беременности очень интимное, сугубо личное решение женщины или её семьи. А с другой стороны - это серьезная этическая и моральная вещь, когда речь идет, не смотря на различные точки зрения о жизнеспособности плода в различные сроки беременности, о детоубийстве, о жизни и смерти зародившейся жизни. Более того, складывается своеобразный треугольник, когда в проблему вовлекается в любом случае человек, производящий эту операцию – врач, которого можно (или нет?), рассматривать, как соучастника в убийстве. И это еще более усложняет отношение к проблеме аборта.

Существует философское понятие – «теория морали», при трактовке которой прерывание беременности становится самым противоречивым и обсуждаемым вопросом, где мало очевидных для всех догм. Суть конфликта мнений заключается в том, можно ли заставить женщину выносить и родить не планированного, не желанного ребенка, а с другой стороны, внутриутробный плод – живой, и как решить, имеет ли он право на жизнь, когда уже получил

право на зарождение? И кто может взять на себя смелость однозначно ответить на этот вопрос?

С точки зрения противников аборт, можно считать, что эмбрион с момента прикрепления плодного яйца к стенке матки имеет право на рождение. Имеется документное подтверждение в результате прерывания беременности на более поздних сроках, детей которые выжили. Существует много других проблем связанных, с искусственным прерыванием беременности на разных сроках. Нужно оценивать риск аборта для здоровья самой женщины. Такие же осложнения, прежде всего психоэмоционального характера, встречаются и у последующих детей от матерей, производивших аборты.

Недостаточность информации о последующих осложнениях после аборта для матери, ее семьи и социума.

По различным опросам населения выяснено, что медицинские работники очень мало информируют беременных женщин, которые приняли решение об искусственном прерывании беременности, и о степени зрелости плода и даже о сущности самого этого медицинского вмешательства [26].

Исходя из подобных аргументов, противники искусственного прерывания беременности как морально недопустимого вмешательства настаивают, что аборт – это жестокое убийство невинного человеческого существа.

Более радикально выражает своё отношение к абортам религиозная общественность. Здесь имеет место единодушие с некоторыми отступлениями в трактовке понятий, практически всех религиозных течений и конфессий

В исламском кодексе медицинской этики, в частности, говорится: «Священность человеческой жизни всеильна на всех ее стадиях, начиная от эмбриона и плода. Жизнь не родившегося ребенка должна быть спасена, кроме случаев абсолютной медицинской необходимости, признаваемых Законом ислама» [7].

Буддисты против лишения любого существа жизни, растения ли, животного ли, а тем более - человека. Убийство – самый тяжелый и не

искупаемый грех. Законы буддизма начинаются с заповеди: «Не отнимай ничьей жизни, будь то человек или животное».

Иудаизм рассматривает проблему аборта как нарушение основного призвания еврейского народа – мессия. Грехом считается даже не желание иметь детей, тем более только аборт. Хотя во многих религиях есть отступление от строгих правил в случаях, когда беременность и роды угрожают здоровью и жизни матери.

1.3. Понятие и классификация абортов

Термин аборт произошел от латинского слова. В переводе на русский означает выкидыш. Аборты подразделяют на самопроизвольные, которые происходят без стороннего, в том числе медицинского вмешательства и без желания женщины, и на искусственные, которые производятся оперативным путем (выскабливание полости матки до 12 недель беременности), с помощью вакуум – аспиратора (мини-аборты в сроке 2-3 недели беременности) или с применением лекарственных препаратов. Метод прерывания зависит от срока беременности, от состояния женщины, от условий и т. д.

Кроме того, в отдельную группу выделяют нелегальные или криминальные аборты, выполняющиеся не в медицинских учреждениях, как правило сопровождающиеся большим количеством осложнений. Чаще всего они встречались в периоды запрещения абортов на законодательном уровне.

При больших сроках беременности производятся роды, которые называют «искусственными», как правило, на сроках 22-24 недели. Обычно показаниями к ним являются социальные или медицинские причины, предусмотренные приказами медицинской службы.

Выделяют еще медикаментозный или фармакологический аборт. Он производится реже, при задержке менструации до 1,5 месяцев. Применяется препарат «Мифепристон». Это самый безопасный для состояния матки и

прогноза метод прерывания беременности с меньшим количеством осложнений.

1.4 Медицинские осложнения абортов

Как бы не производился искусственный аборт, хирургическим или нехирургическим методом, даже при его производстве в специализированных медицинских учреждениях, он всегда сопряжен с возникновением целого ряда осложнений, связанных с механическим воздействием на органы, с психологической травмой, с гормональными реакциями.

Выбор метода абортирования зависит от срока беременности, от состояния здоровья женщины, от квалификации персонала, от прогнозируемых осложнений. Существует много различных оперативных методик данного вмешательства, которые чреваты различными осложнениями даже при высоком мастерстве оперирующего.

Если задержка менструации не более трех недель, с достаточно низким процентом осложнений возможно производство мини-аборта. Для введения вакуум – аспираторной трубки предварительно с помощью набора расширителей приоткрывают шейный канал под обезболиванием. При соблюдении правила постепенного расширения цервикального канала с увеличением номера расширителя, травматизация шейки матки сводится к минимуму. В полости матки возникает отрицательное давление, при этом еще не укрепившийся слой слизистой оболочки матки с прикрепившимся к нему зародышем отсасывается из матки.

Чем больше срок беременности, тем более оформлен зародыш, и извлечение его из полости матки сопряжено с разрушением его при помощи острых инструментов. Когда проводят мини-аборт то не прибегают к использованию расширителей, таким образом шейка матки менее травмируется

в результате уменьшается количество осложнений которые могут привести в последствии к невынашиванию[25].

При больших сроках беременности (от 16 - ти до 22-х недель, после этого срока плод считается жизнеспособным), для инициирования схваток применяют раздражающие матку воздействия. Для этого в плодный пузырь (интраамниально), вводят после того, как выведут некоторое количество околоплодных вод, такое же количество более концентрированную жидкость. Это может быть раствор глюкозы или концентрированный солевой раствор. Предварительно расширяют канал шейки матки, что так же является раздражающим фактором, делают прокол плодного пузыря длинной толстой иглой и производят введение жидкости.

На таких сроках ребенок все чувствует и погибает в мучительных условиях. Тело плода темнеет и становится морщинистым от потери жидкости и ожога соевым раствором. После того как плод погибает у женщины начинаются схватки так как организм пытается избавиться от мертвого плода.

Применяется так же методика малого кесарева сечения в некоторых случаях. При этом происходит вскрытие полости матки. Этот метод применяют на сроке 16-21 недель, но можно использовать после 13 недели и до 40 недели.

Менее всего осложнений наблюдается при применении нехирургических методов производства аборта, так как нет прямого воздействия на ткани, на матку. Поэтому, если выбора нет, и аборт по жизненным показаниям должен быть произведён, прибегают к медикаментозному аборту при адекватном выбранному методу сроке беременности.

Когда проводят аборт без применения инструментов, то не должно быть механических повреждений в результате снижается процент воспалений, а также возникновение осложнений связанных с применением наркоза. Даже если прерывание проводилось в ЛПУ и квалифицированным специалистом, никто не даст гарантий, что осложнения связанные с проведением аборта не подорвут здоровье женщины.

После аборта могут возникать осложнения, которые подразделяются на три группы.

1. Ранние осложнения могут быть во время самого аборта или в первую неделю после него.

- прокол стенки матки;
- послеоперационное кровотечение;
- неполное удаление частей плода или плодных оболочек;
- нахождение отторгнутого плода в полости матки;
- травмы шейки матки;
- кровотечение;

2. Поздние осложнения, как правило, происходят в течение 7- 30 дней.

К ним относятся инфекции различного происхождения, которые поражают половые органы женщины, вызывая в них воспалительный процесс. В тяжелых случаях может возникать сепсис.

3. Осложнения, которые можно наблюдать через один месяц после сделанного аборта называются отдаленные.

- гормональный сбой;
- полипы;
- синдром Ашермана;
- недостаточность шейки матки;
- эндометриоз;
- спаечный процесс;

Все эти осложнения в последующем могут привести к проблемам при зачатии и вынашивании беременности.

На самом деле аборт является операцией, при которой может произойти любой из выше перечисленных осложнений.

Расширение шейки матки, даже если оно проводится последовательно и медленно, все же не уберегает орган от травматизации. А наличие эрозии шейки матки, встречающейся с большой частотой и «расцветающей» во время беременности, этому способствует.

Другим частым осложнением являются кровотечения, которые возникают либо при нарушении сократимости матки, либо при остатках частей плодного яйца, либо при нарушении целостности органа, его перфорации. Дело в том, что кюретаж матки, по большому счету, производится "вслепую", усилия сложно рассчитать при появлении затруднений в выскабливании, что и обуславливает риск и большую вероятность повреждающего воздействия на ткани.

Такие повреждения требуют оперативного лечения, либо необходимо удалять орган, либо производится при отсутствии признаков инфекции, ушивание перфорационного отверстия. А грубые повреждения слизистой оболочки, в частности её базального слоя, практически не подлежат восстановлению. Это приводит к нарушению имплантации, к не вынашиванию, к аномалиям родовой деятельности.

Когда проникает инфекция в травмированную шейку матки, а также в стенки самой матки во время аборта чаще всего возникает воспалительный процесс. Такое воспаление очень длительное и стойкое, а также требует длительного лечения. Такое воспаление в дальнейшем может приводить к не вынашиванию беременности, а также проблемам зачатия ребенка.

Также воспаление может возникать и в малом тазу женщины, такие как воспаление околоматочной клетчатки, придатков матки, брюшины, все это происходит в результате инфицирования во время проведения аборта. Все эти воспаления могут приводить не только к бесплодию, но и к гибели самой женщины. Большинство осложнений происходят не сразу а спустя некоторое время, что прежде всего проявляется вторичным бесплодием трубного генеза. Особенно часто возникает аднексит, который быстро принимает хроническое течение, такое осложнение встречается по разным данным от 10 до 20 %. На втором месте по частоте встречаемости находится эрозия шейки матки, а так же повреждение и воспалительный процесс в цервикальном канале - эндоцервицит, трудно поддающийся лечению. Встречается он с частотой 3-5 %. Серьезно страдает менструальный цикл, все его характеристики, та как развивается воспалительный процесс в матке и в

придатках, а так же страдает нейрорегуляция. Это осложнение встречается у 5 % женщин. Без полноценного лечения все эти цифры увеличиваются.

Такое осложнение как рак груди увеличивается у женщин которые не рожали, а на сегодняшний день такой вид рака стоит на первом месте по онкологическим заболеваниям по всей стране. Женщина которая не рожала, увеличивается вероятность заболеть этим недугом на 30%, а если она имела несколько абортотв то риск возрастает в 8 раз. Также рекомендуют женщинам родить до 35 лет, так как это тоже способствует увеличению шанса заболеть раком груди. Так как при первой беременности начинают перестраиваться клетки в молочных железах, тем самым как бы подготавливая их к выработке грудного молока, а в дальнейшем кормлению грудью. Клетки молочных желез, начинают формироваться с момента зачатия и продолжают свое развитие всю беременность, а когда женщина прерывает этот процесс, делая аборт, клетки молочных желез останавливают процесс развития. Подобные клеточные элементы могут переродиться в раковую опухоль, так как не начали еще свое формирование. С течением времени вероятность этого перерождения возрастает и чем больше промежутков между беременностями и родами, тем больше риск.

Особую группу в осложнениях абортотв представляют женщины с отрицательным типом крови. Во время такой беременности при положительном резусе у плода, начинают вырабатываться антитела к резус – антигену, которые неблагоприятно воздействуют на кровь и прочие органы плода, вызывая гемолиз его эритроцитов в той степени, какое количество антител вырабатывается. Это происходит с самых ранних сроков беременности. Выработавшиеся антитела навсегда остаются в кровотоке матери и являются угрозой для нормального развития последующих беременностей (для плода).

Поэтому крайне важно после абортотв, выкидыша или родов у пациентки с отрицательным типом крови, производить в первые сутки после разрешения беременности, специфическую иммунопрофилактику для исключения вероятности резус – конфликта при последующих беременностях

Из-за многокомпонентного воздействия процедуры аборта на большинство систем организма женщины, не только на репродуктивную, часто после аборта развивается патологический комплекс симптомов, называемый поста абортным синдромом.

Это группа нейрофизиологических, вегетативных, психологических симптомов, которые поначалу даже можно не связать с недавно проведенным абортом. Прежде всего, это осложнения последующих беременностей, если они наступают, так как мы уже указывали, что часто развивается бесплодие. Отмечается невынашивание, часто депрессивные расстройства из-за появления раскаивания и чувства тяжелой вины, нередко беременность заканчивается разрывом трубы при внематочной беременности, что ухудшает прогноз для данной женщины в репродуктивном аспекте.

Ученые, занимающиеся генетикой, считают, что после аборта в матке остается информационный след – память о ребенке, который был «удален» до рождения, и этот след влияет на психику последующих детей и на их отношения с родителями. Женщины, которые сделали аборт, имеют значительно большие проблемы со своим следующим ребенком, часто не готовы кормить их грудью.

Четкого учета именно проявлений поста абортного синдрома не ведется, нет конкретных цифр о частоте его встречаемости, но совершенно очевидно, что те или иные симптомы в различной степени выраженности, имели место у многих женщин, перенесших аборт. Поэтому необходимо наблюдение за пациенткой в после абортном периоде, рекомендации адекватной контрацепции, психологическое консультирование и поддержка.

1.5. Методы профилактики абортов

Перечисленные в предыдущем параграфе осложнения производства абортов, а так же выявленные и проанализированные статистические данные о

частоте аборт, имеющиеся четкие пути профилактики, делают необходимым говорить о профилактике абортов, как о задаче государственной важности. Что особенно важно, большинство из этих осложнений, в том числе и сам аборт, условно предотвратимы.

Российская Федерация все время занимает первое место в мире по производству абортов. Показатели имеют некоторую тенденцию к снижению, но это наибольшие цифры. Должна проводиться методически обоснованная, оснащенная раздаточным информационным материалом, требующая отчетности, работа на всех уровнях государственной и медицинской системы.

В первую очередь, профилактика абортов включает в себя предоставление женщине и её близкому окружению полной и достоверной информации о последствиях аборта – физических и духовных. Профилактика абортов – понятие широкое и многоаспектное.

1. Используются самые разнообразные превентивные направления в санпросвет работе.

- книги, листовки, брошюры, видеоматериалы, которые должны находиться в широком доступе;
- информационные стенды в женских консультациях;
- разработка социальной рекламы.

2. Необходимо влиять на чувства, эмоции, духовный компонент, который свойственен многим женщинам.

- проведение акций, флеш – мобов (памятник не рожденным детям, молебен за убитых в утробе, акция «свеча памяти»)
- проведение фото- и художественных выставок

3. Аппеляция к ценностям:

- проведение бесед со школьниками и студентами о семейных ценностях;
- организация мероприятий, направленных на поддержку семьи (парад невест, авто-, велопробег, открытие памятника семье, беременным);
- проведение тематических конкурсов, фестивалей (день семьи).

4. Предоставление альтернативы:

- необходимо учитывать, что у людей действительно может быть очень тяжелая финансовая или семейная ситуация и предусмотреть возможность материальной, финансовой, юридической помощи, для чего необходима спонсорская помощь, взаимодействие с бизнес-структурами.

5. Оказание социально-психологической помощи:

- создание центров помощи беременным и их семьям в трудной ситуации;
- организация волонтерского движения, обучение специалистов.

6. Профилактика на законодательном уровне:

- введение обязательного пред абортного консультирования.

Задачи консультирования представлены в приложении №1.

В этом перечне направлений профилактической работы для акушерки особенно актуальны и являются ее непосредственной профессиональной задачей контрацепция и планирование семьи.

7. Планирование семьи следует рассматривать как один из важных путей сохранения здоровья населения.

С ранних лет у девочек нужно проводить мероприятия по поддержанию её репродуктивного здоровья. Это так же сопряженные действия в государственной, социальной, медицинской политике.

Широкое распространение и достаточную эффективность имеют мероприятия, проводимые в рамках государственной, мировой политики Программы планирования семьи. Это емкое понятие, многообразные направления в работе, программа, нашедшая поддержку государства.

Одно из направлений - предупреждение не желательной беременности, а значит – обеспечение различных возрастных и социальных групп адекватной контрацепцией. Важно так же обоснованно, аргументированно доносить до пациенток информацию о выдерживании необходимых интервалов между родами, в чем и заключается семейное планирование.

Здесь учитывается возраст, состояние здоровья женщины, число уже имеющих детей в семье и прочее. Важно так же родить в первый раз в период с 19 ти до 25 лет, а так же не приветствуются первые роды в старшем возрасте.

Для обеспечения такого планирования очень важна пропаганда контрацептивных направлений, с которыми так же нужно знакомить женщин своевременно.

Правильно подобранные средства контрацепции помимо контрацептивного эффекта, оказывают лечебное действие, могут предупреждать заболевания, передаваемые половым путём.

Работа по планированию семьи может осуществляться:

- индивидуально;
- на уровне семьи;
- на уровне коллектива;
- путем реализации соответствующих муниципальных и федеральных программ.

8. *Контрацепция* (от лат. *Contraceptio* – против зачатия) – предохранение от зачатия. На современном рынке медицинских и фармацевтических услуг существует огромное количество методов и средств для предотвращения нежелательной беременности или контрацепции.

Существующие методы контрацепции можно условно разделить на две группы. К первой, традиционной, группе относят ритмический метод, который известен в литературе как календарный (температурный) метод, прерванный половой акт, механические средства, химические с локальным действием. Ко второй группе современных методов относятся: гормональная или оральная контрацепция, внутриматочные средства (ВМС).

Выделяют несколько видов контрацепции:

- механическая;
- химическая;
- физиологический метод;
- внутриматочная контрацепция;
- гормональный метод;
- хирургические методы.

Изучение эпидемиологии контрацепции показало, что у нас в стране отношение к современным методам контрацепции, особенно гормональной, остаётся настороженным, в результате чего более половины женщин используют традиционные барьерные противозачаточные средства. К сожалению, существует обратная зависимость между эффективностью метода и частотой его использования.

1.6. Роль акушерки в профилактике аборт

Санитарно-просветительная работа среди женщин проводится дифференцированно среди лиц репродуктивного возраста и старшей возрастной группы, а также беременных и родильниц, подразделяясь в каждой из них на работу с тремя подгруппами: здоровые лица, женщины, составляющие «группы риска» и больные гинекологическими заболеваниями. Санитарное просвещение направлено на формирование у населения знаний и навыков, необходимых для создания оптимальных условий развития ребенка и охраны его здоровья; для охраны генеративной функции мужчин и женщин, оздоровления их организмов еще до наступления беременности и охраны здоровья беременных и матерей.

В группе женщин репродуктивного возраста программа включает пропаганду здорового образа жизни и материнства, планирование семьи и медико-генетическую информацию в целях предупреждения врожденных и наследственных заболеваний, профилактику гинекологических заболеваний и предупреждение не желательной беременности, разъяснение вреда аборта для организма женщины, важности регулярного посещения гинеколога и необходимости ранней явки к врачу при наступлении беременности [19].

Санитарно-просветительная работа осуществляется в виде индивидуальных и групповых бесед, лекций, вечеров вопросов и ответов, стенгазет, выставок, демонстрации фильмов, научно-популярной литературы

(брошюры, заметки, плакаты), в которых освещаются санитарно-гигиенические навыки, вопросы половой жизни, беременности, родов, послеродового и климактерического периода, труда и отдыха, рационального питания беременных индивидуальных и групповых бесед с использованием наглядных средств пропаганды. В целях закрепления полученной информации выдается печатная продукция (листовки, памятки, буклеты), с которой женщина может ознакомить членов семьи, в первую очередь мужа [19].

Особым образом должна вестись работа с женщинами, обратившимися к акушеру-гинекологу с целью прерывания беременности. При отсутствии показаний для прерывания беременности необходимо проводить активную работу не только с женщиной, но и с мужем по предупреждению аборта, используя при этом всевозможные формы работы [19].

Огромная роль в снижении уровня абортов принадлежит санитарно-просветительской работе акушерок. Этот метод играет важную роль в работе с женщинами из группы риска, а которую входят подростки и женщины после абортов и родов. Поэтому информация о вреде и тяжелых последствиях после прерывания беременности, методах предохранения и способах избегания нежелательной беременности должна быть полностью доступна всем, независимо от материального положения, возраста и социального статуса человека. Данная информация должна быть доступна не только в интернете, но и в медицинских учреждениях, особенно в женских консультациях и родильных домах.

Говорить о вреде абортов и их пагубном влиянии на психологически физическое здоровье женщины нужно начинать с того момента, как девочка начинает менструировать, то есть в пубертатном периоде, который соответствует ее обучению в школе. Эта информация должна исходить в первую очередь от родителей девочки, которую они в свою очередь могут получить непосредственно от акушерки при проведении ею санитарно-просветительской работы. Эта работа играет важную роль в профилактике искусственного прерывания беременности, и она должна вестись планомерно и

систематически и не только в отведенные на нее часы, но и во время работы акушерки на приеме [18].

М. В. Дзигуа отмечает: «При обращении женщины в медучреждение для прерывания беременности акушерка должна провести с женщиной беседу и наладить с ней контакт, чтобы уточнить ее психоэмоциональное и физическое состояние, донести информацию о способах проведения аборта, подходящих данной пациентке, его последствиях и главное постараться переубедить женщину прерывать беременность. Непосредственно перед операцией, акушерка еще раз объясняет женщине про способ прерывания беременности и его возможных осложнениях в постабортном периоде. Если же женщина приняла окончательное решение, то она должна дать информированное согласие на проведение аборта в письменном виде (Приказ МЗСР № 335 от 17 мая 2007г.). Необходимо предоставить пациентке достаточное количество времени для ознакомления с документами. Акушерка должна заверить женщину, что если она изменит свое решение, то она получит квалифицированную помощь без каких-либо отрицательных последствий» [18].

Профилактика абортов должна проводиться так, чтобы каждая женщина четко понимала, какому риску она подвергает себя и свое будущее и огромная роль в этом принадлежит акушерке.

Выводы по 1 главе.

1. Россия была первой в мире страной, легализовавшей аборт — в 1920 году. Разрешая аборт, правительство в то же время объявляло его «злом для коллектива», вызванным «моральными пережитками прошлого» и тяжелым экономическим положением, и вне зависимости от социальных и экономических условий аборт всегда считался крайне негативным явлением.

2. Аборты в мире и в России стали не только медицинской, но и социальной, государственной проблемой. Требуется изменить отношение женщин и общества в целом к абортам, особый упор на выбор метода контрацепции с акцентом на самые современные и эффективные.

4. Основные профилактические направления: внимательное отношение к здоровью и пациентов и медицинских работников, постоянные меры по укреплению здоровья, особое внимание на состояние репродуктивного здоровья женского и мужского населения, выявление гинекологических заболеваний, добросовестное ведение диспансерных групп. И здесь важна солидарная деятельность и государственных структур в социальной сфере и в политике здравоохранения. Особый акцент делается на пропаганду, а главное обеспечение доступности и в выборе и в приобретении средств контрацепции.

5. В сохранении репродуктивного здоровья значительное место занимает профессиональная деятельность акушерки, основанная на глубоком изучении проблемы, знании профилактических мероприятий, получении необходимых навыков ухода, санитарно-просветительской деятельности.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ АБОРТОВ ПО ДАННЫМ СТАТИСТИКИ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г. БЕЛГОРОДА

2.1 Материалы и методы исследования

Для проведения исследовательской части работы материалами исследования послужили статистические данные мировой статистики, Минздрава РФ, Росстата, «Основные показатели здоровья матери и ребенка службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации за 2018 год», годовые отчеты лечебно – профилактических учреждений г. Белгорода, в частности, Перинатальный центр ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа», который оказывает населению специализированную квалифицированную поликлиническую и стационарную помощь.

Методы исследования:

1. Метод теоретического анализа.
2. Социологический метод.
3. Метод математической статистики.

2.2. Данные анализа статистики и анкетирования пациенток по проблеме абортов

Анализ статистики за последние 20 лет указывает на тенденцию снижения распространенности абортов, причем в различных возрастных группах женщин. Этот показатель уменьшился в целом на 47 %. Но, по мнению исследователей и экспертов, эта тенденция не до конца доказана и устойчива. Все же количество абортов, которые производятся в нашей стране, (а их производится более миллиона в год), почти в три раза выше, чем в других странах Европы, в том числе и бывших республик Советского Союза. Это

неутешительные факты.

При сравнении величины показателя количества аборт в 2017 и 2018 годах по источникам Министерства Здравоохранения Российской Федерации, имеет место снижение количества абортов на 8,8% в 2018 году. В абсолютных цифрах в 2018 году общее число абортов исчислялось 627,1 тыс., а в 2017 году было произведено 688,1 тыс. искусственных прерываний беременности. При этом среди тех, кто забеременел впервые, зафиксировано 45,8 тыс. абортов (7,3% от общего числа), а в 2017 году соответственно 53,5 тысяч абортов (7,8 %). В таблице 1 очевидно, что на фоне снижения общего количества абортов незначительным является уменьшение количества абортов у первобеременных, всего на **0,5 %**.

Таблица 1

Динамика снижения количества абортов

Общее число абортов		Аборты у впервые забеременевших	
2017 год	2018 год	2017 год	2018 год
688,1 тыс.	627,1 тыс.	53,5 тыс.(7,8 %)	45,8 тыс.(7,3 %)

Минздрав так же отмечает, что более половины (54,1%, по сравнению с 58,9% в 2017 году) абортов были медицинскими (легальными), 17,9% - самопроизвольными, 17,5% проведены медикаментозным способом. Еще 3,6% названы не уточненными, так как проводились вне медучреждений. Абортов по медицинским показаниям зафиксировано только 2,8% (по сравнению с 4,2% в 2017 году), нелегальных (криминальных) - 0,06% (0,5% в 2017 году), что отражено в таблице 2.

Таблица 2

Динамика производства абортов по категориям

Медицинские(легальные) аборты		По медицинским показаниям		Нелегальные (криминальные)	
2017 год	2018 год	2017 год	2018 год	2017 год	2018 год
58,9 %	54,1 %	4,2 %	2,8 %	0,5 %	0,06 %

Статистика аборт в раннем возрасте (Таблица 3) также показала некоторое снижение. Так, в 2018 году зафиксировано 231 случай прерывания беременности у девочек в возрасте до 14 лет включительно (263 в 2017 году), 4,86 тыс. аборт в у девушек в возрасте 15-17 лет (6,49 тыс. в 2017 году).

По данным Перинатального центра ОГБУЗ БОКБ Святителя. Иоасафа у девочек-подростков проводится 3-6 прерываний беременности в год.

Таблица 3

Динамика производства аборт в раннем возрасте

Аборт в возрасте 14 лет и моложе		Аборт в возрасте 15 - 17 лет	
2017 год	2018 год	2017 год	2018 год
263	231	6,49 тыс	4,86 тыс.

Подавляющее большинство аборт (93,5%) пришлось на сроки беременности до 12 нед., в том числе медицинские (легальные) составили 83,7%; в сроки 12–21 нед. произведено 5,1% аборт и 22–27 нед. – 1,4%. Отмечается так же, что аборт преимущественно производятся в наиболее активном репродуктивном возрасте женщин от 20 до 34 лет (69,6%).

Охват же женщин фертильного возраста эффективными учитываемыми средствами контрацепции (внутриматочная спираль и оральные контрацептивы) остается на уровне 24 – 25 %.

Число вынужденных аборт (по социальным и медицинским показаниям), регламентирующихся директивными документами и приказами Минздравсоцразвития России, определяющими показания к ним, в последние годы так же уменьшается.

В частности по данным Перинатального центра ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа по медицинским показаниям в год проводится от 100 до 140 аборт.

По данным Перинатального центра ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа у девочек-подростков проводится 3-6 прерываний беременности в год.

В «Основных показателях здоровья матери и ребенка службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации за 2018 год» (Таблица 4) по проблеме абортотв представлены следующие данные:

Таблица 4

Характеристика абортотв в Российской Федерации (в 2010г. – до 28 недель беременности; в 2012 г. - до 22 недель; в 2013 - до 22 недель)

Показатели	2005	2010	2015	2016	2017
Общее число абортотв					
- абс. число	1501594	1054820	746736	688117	627127
- на 1000 женщин фертильного возраста у первобеременных- всего	38,2	28,2	21,0	19,4	17,0
- абс. число	161485	98702	58433	50672	45852
- % к общему числу абортотв	10,8	9,4	7,8	7,4	7,3
медикаментозным методом					
- абс. число	11593	39012	86885	– *	109483
- % к общему числу абортотв	0,8	3,7	11,6		17,5
- % к числу легальных абортотв	0,9	4,9	19,4		32,2
Абортотв медицинские (легальные)					
- абс. число	1202276	800427	446716	405203	339577
- % к общему числу абортотв	80,1	75,9	59,8	58,9	54,1
Абортотв по медицинским показаниям					
- абс. число	42703	28474	27041	28950	17677
- % к общему числу абортотв	2,8	2,7	3,6	4,2	2,8
Другие виды абортотв (криминальный)					
- абс. число	1477	1002	170	3489	355
- % к общему числу абортотв	0,1	0,1	0,02	0,5	0,06
Абортотв неуточненные (внебольничные)					
- абс. число	72722	51996	36399	26187	22806
- % к общему числу абортотв	4,8	4,9	4,9	3,8	3,6
Абортотв по социальным показаниям					
- абс. число	2683	392	30	169	22
- % к общему числу абортотв	0,2	0,04	0,004	0,02	0,003
- на 1000 женщин фертильного возраста	0,07	0,01	0,001	0,005	0,0023

Проведенный анализ свидетельствует об уменьшении числа абортотв и их показателей в Российской Федерации и регионах, однако уровень их остается достаточно высоким.

Наибольшее число прерываний беременности на тысячу женщин фертильного возраста зафиксировано в Уральском федеральном округе (25,1), Сибирском федеральном округе (26), на Дальнем Востоке (26,3).

В Белгородской области этот показатель прогрессивно снижался и в 2017 году равен 10,3, что демонстрирует таблица 5.

Таблица 5

Количество абортсв (с 2013 г. - до 22 недель)

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	на 1000 женщин фертильного возраста				
	2005	2010	2015	2016	2017
Российская Федерация	38,2	28,2	21,1	19,6	17,9
Белгородская область	29,1	17,3	12,6	11,2	10,3

Количество абортсв у девочек в возрасте 10-14 лет и у девушек 15-17 лет так же снизилось, но не значительно.

Таблица 6

Абортсв у девочек в возрасте 10-14 лет и у девушек 15-17 лет
(на 1000 женщин соответствующего возраста)

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	10 - 14 лет					15 - 17 лет			
	2005	2010	2015	2016	2017	2010	2015	2016	2017
Российская Федерация	0,24	0,19	0,08	0,07	0,06	8,41	3,80	3,31	2,48
Белгородская область	0,12	0,27	0,06	0,03	0,11	4,39	1,40	1,25	1,20

Мы обозначили, что одним из эффективнейших путей профилактики абортсв является адекватная контрацепция и самыми эффективными признаны внутриматочная и гормональная контрацепция. Частота их применения показана в таблицах 7 и 8.

Этот путь будет эффективным, если не менее 65-70 % женщин будут использовать тот или иной метод предохранения от беременности. Но многочисленные источники указывают на то, что на самом деле в нашей стране только 20-25 % женщин детородного возраста используют современные методы контрацепции.

В таблицах 7 и 8 указано количество женщин, состоящих под наблюдением на конец года, имеющих ВМС и использующих гормональную контрацепцию на 1000 женщин фертильного возраста.

Таблица 7

Количество женщин, имеющих ВМС

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Состоит под наблюдением на конец года, имеющих ВМС на 1000 женщин фертильного возраста				
	2005	2010	2015	2016	2017
Российская Федерация	136,8	127,9	113,0	107,5	103,0
Белгородская область	100,4	93,0	84,4	82,4	84,6

Таблица 8

Количество женщин, использующих гормональную контрацепцию

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Состоит под наблюдением на конец года, использующие гормональную контрацепцию на 1000 жен.ферт.возр.				
	2005	2010	2015	2016	2017
Российская Федерация	94,0	125,5	129,6	130,6	129,4
Белгородская область	54,0	60,6	69,5	70,8	77,1

Количество прерываний беременности в сравнении за 2016-2018 годы
представлены в таблице 9.

Таблица 9

Анализ беременности с абортным исходом по данным Перинатального
центра ОГБУЗ БОКБ Святителя. Иоасафа

	2018 год	2017 год	2016 год
Всего абортов	208	263	276
1. По медицинским показаниям	104	141	182
из них:			
-ВПП плода	35	55	99
-неразвивающаяся	69	86	83
2. Самопроизвольные	104	121	91
3. Неуточненные	-	1	3
Из них:			
-до 12 нед	76	107	150
-13-21 нед	132	156	126
Сделано абортов до 14 лет	1	-	-
из них: - до 12 недель	1	-	-
- 12-21 недель	-	-	-
- 22-27 недель	-	-	-
Сделано абортов до 15-19 лет	2	4	3

На основании выше приведенных данных следует отметить, что количество прерываний беременности в 2018 году произошло в 208 случаях, (снизилось на 55 случаев в сравнении с 2017 и на 68 случаев в сравнении с 2016 годом). Из них на сроке до 12 нед. беременности в 76 (36,53%) и 132 случаев (63,46%) на сроке 13-21 неделя. За отчетный период прерываний беременности на сроке 22-27 недель не проводилось.

Литературный и статистический обзоры демонстрируют, что частота различных осложнений после прерывания беременности в момент производства, сразу после него и в последствии достаточно высока. По разным источникам от 18 до 50 %. Отмечается так же, что именно поздние осложнения, чаще всего выражающиеся в хронических ВЗОТ и в бесплодии, встречаются гораздо чаще.

Особо отметим влияние аборт на показатели материнской смертности. Почти 17 % случаев материнской смертности в 2017 году связывают именно с производством аборта и с развитием тяжелых осложнений. Чаще причинами гибели женщин становятся лишь кровотечения, различные инфекционные осложнения, а так же тяжелые формы поздних гестозов. Очевидно так же, что профилактическая работа медицинских работников в учреждениях, занимающихся репродуктивным здоровьем населения, ведется недостаточно, так как на низком уровне находится распространенность эффективных методов предупреждения беременности и по экономическим соображениям и по ментальности наших женщин и по налаживанию контрацептивного скрининга. [11].

Различные источники указывают на то, что и женское и мужское население имеет низкий уровень знаний по культуре и методикам контрацепции. Особенно в некоторых социальных группах. Самое слабое звено – подростки, жители села, население с низким уровнем дохода.

Результаты анкетирования женщин по проблеме абортов.

Что бы установить частоту аборт, а главное, мнение женского населения по поводу возможности производства аборт, знания их осложнений и путей профилактики такого не желательного метода прерывания беременности, мы разработали анкету и провели анкетирование 50 женщин активного детородного возраста с последующим анализом.

Это были пациентки Перинатального центра, вне зависимости от их социального положения, наличия у них детей и семьи.

При анализе возраста оказалось, что больше всего пациенток (58 %), находились в возрасте от 18-ти до 26 лет, до 35 лет – 28 %, и от 35 лет и до 40 лет – 14 % опрошенных.

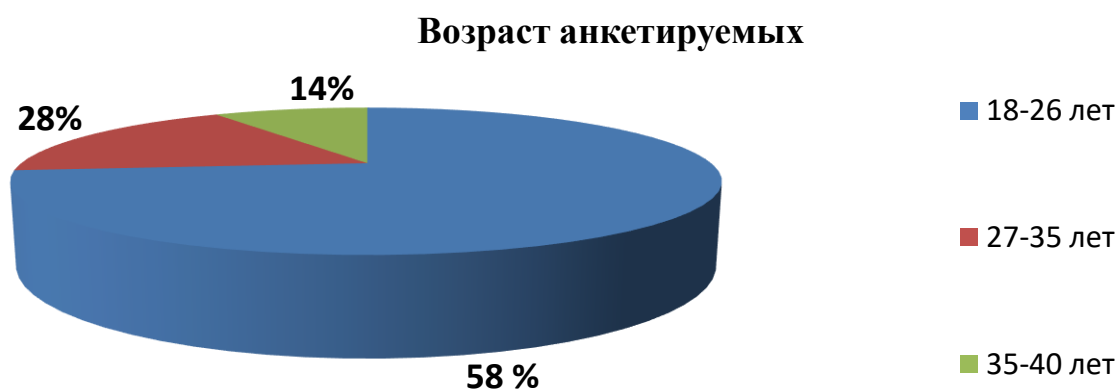


Рис. 1. Распределение респондентов по возрасту

Далее изучено семейное положение и образование, результаты отражены на рисунках 2 и 3.

Семейное положение

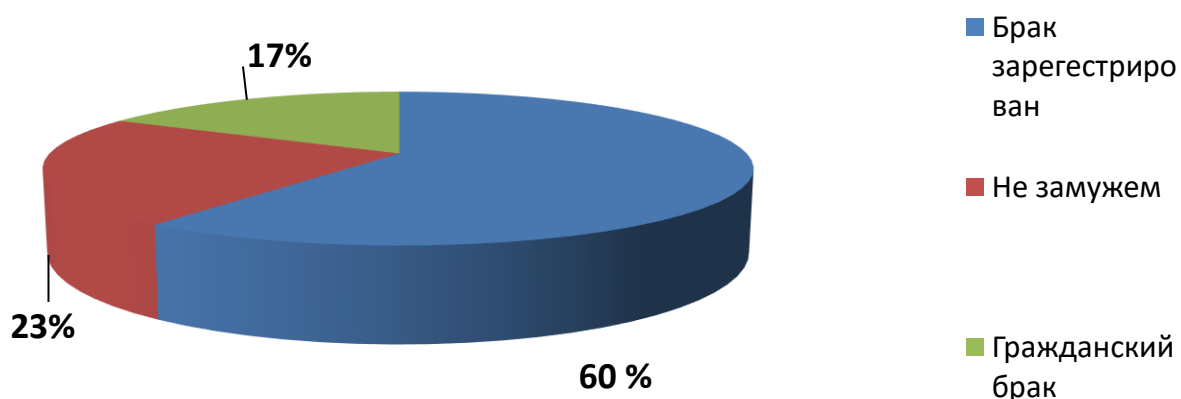


Рис.2. Семейное положение

Образование

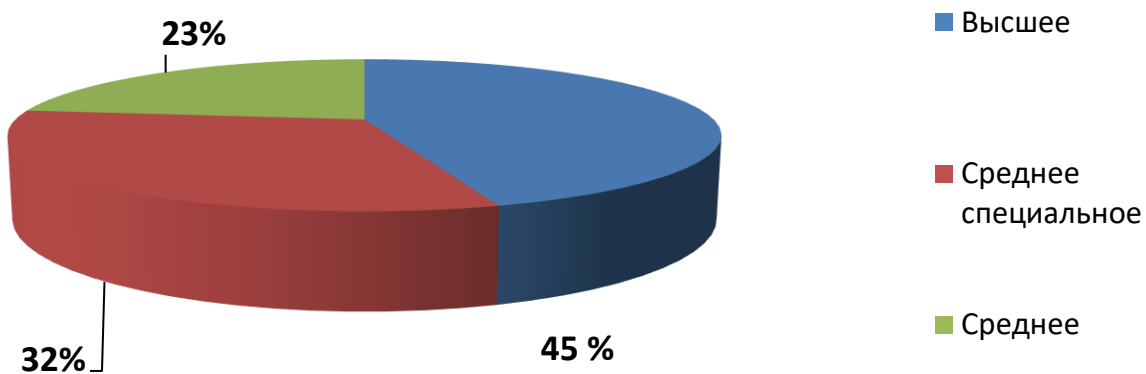


Рис. 3. Уровень образования

В таблице 10 и на рисунке 4 представлено соотношение частоты различных вариантов ответов на заданный вопрос о правовых аспектах производства аборт, а именно, имеет ли женщина право на аборт?

Таблица 10

«Имеет ли женщина право на аборт?»

Вариант ответа	%
Да	59%
Нет	17%
Затруднились ответить	24%



Рис. 4. Правовые аспекты производства аборта

Оказалось, что 59% женщин считают, что женщина должна иметь право на аборт, 17% не согласны. Не ответили на вопрос 24 %.

На вопрос «Прибегали ли опрошенные к операции искусственного аборта», 65% респондентов ответили, что прибегали к операции по прерыванию беременности, 16% не делали ни одного аборта, а 19% опрошенных отказались от ответа. Результаты отражены в таблице 11 и на рисунке 5.

Таблица 11

«Делали ли Вы аборт?»

Вариант ответа	%
Да	65%
Нет	16%
Отказ от ответа	19%



Рис. 5. Наличие аборта в анамнезе у анкетированных (% от количества делавших аборт)

Далее выяснено, сколько раз женщины прибегали к производству абортов. Соотношение ответов о количестве абортов у каждой женщины, производившей аборт, приведено на рисунке 6 и в таблице 12.

Таблица 12

«Сколько беременностей Вы прервали с помощью аборта?»
(% от количества делавших аборт)

Вариант ответа	%
Один	61%
Два и более	26%
Отказ от ответа	13%

Количество абортов в анамнезе

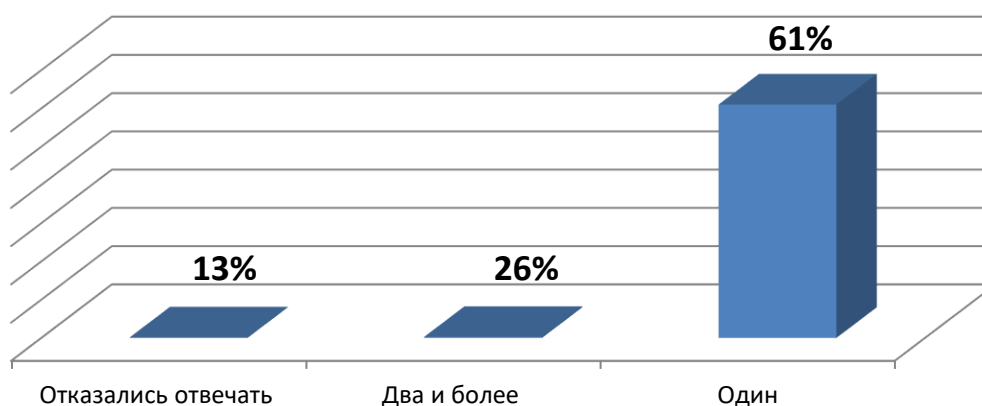


Рис. 6. Количество абортов в анамнезе у анкетированных
(% от количества делавших аборт)

В ходе опроса выяснилось, что в основном женщины обращаются за помощью по прерыванию беременности в медицинские учреждения (94%), но у 2% опрошенных был нелегальный аборт, а 4% отказались от ответа на данный вопрос (Таблица 13 и Рис. 7.).

Таблица 13

«Делали ли Вы аборт вне лечебного учреждения (нелегально)?»
(% от количества делавших аборт)

Вариант ответа	%
Да	2%
Нет	94%
Отказ от ответа	4%

Наличие нелегальных аборт в анамнезе

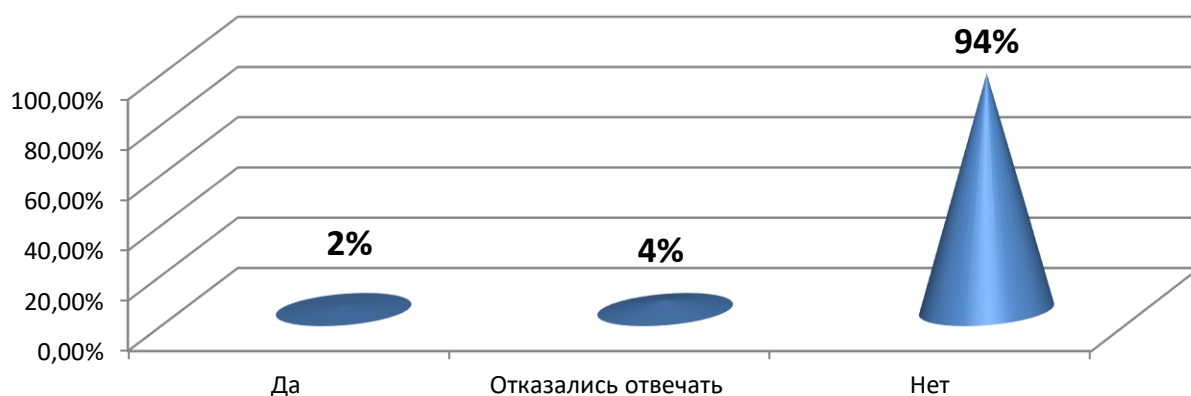


Рис. 7. Соотношение ответов на вопрос о производстве нелегальных абортов (% от количества делавших аборт)

Особенно часто сопровождается осложнениями прерывание первой беременности, поэтому принципиально важным было выяснить, часто ли встречается прерывание первой беременности.

На вопрос «Делали ли Вам аборт при первой беременности?» большинство ответили отрицательно (69 %), 17% женщин сделали аборт при первой беременности, 14% респондентов отказались от ответа. Распределение данных указано на рисунке 8 и в таблице 14.

Таблица 14

«Прерывали ли Вы первую беременность?»
(% от количества делавших аборт)

Вариант ответа	%
Да	17%
Нет	69%
Отказ от ответа	14%

Прерывание первой беременности



Рис. 8. Количество респондентов, прервавших первую беременность (% от количества делавших аборт)

Анализ причин абортс показал, что наибольшую долю занимают материально-бытовые проблемы, из-за которых женщина вынуждена прибегнуть к аборту (69 % ответов).

На втором месте в качестве причины называют нежелательную беременность и аборт был по медицинским показаниям. - 8% ответов.

В 2% случаях аборт был сделан по причине аномалии плода или по настоянию родственников (муж, родители).

Эти показатели отражены в таблице 15 и на рисунке 9 .

Таблица 15

Выбор причины, заставившей произвести прерывание беременности с помощью аборта

Вариант ответа	%
Настояли родственники	2%
Патология плода	2%
Другое	4%
Беременность опасна для здоровья	7%
Не замужем	8%
Не желанная беременность	8%
Материально-бытовые проблемы	69%



Рис. 9. Структура и частота причин, заставивших сделать аборт (% от количества делавших аборт)

Отношение к возможности производства абортов во все времена и в

различных социальных слоях было не однозначное. В нашем исследовании выявлено, что более половины женщин не считают возможным запрещение аборт, небольшая часть (14%) согласна с мнением об обязательном запрете аборта и около трети респондентов (28 %) допускают производство аборта по показаниям со стороны женщины и со стороны плода (Таблица 16 и Рис. 10.).

Таблица 16

«Нужно ли законодательно запретить аборт?»

Вариант ответа	%
Отказались отвечать	7%
Согласна	14%
Только по медицинским показаниям	28%
Не согласна	51%

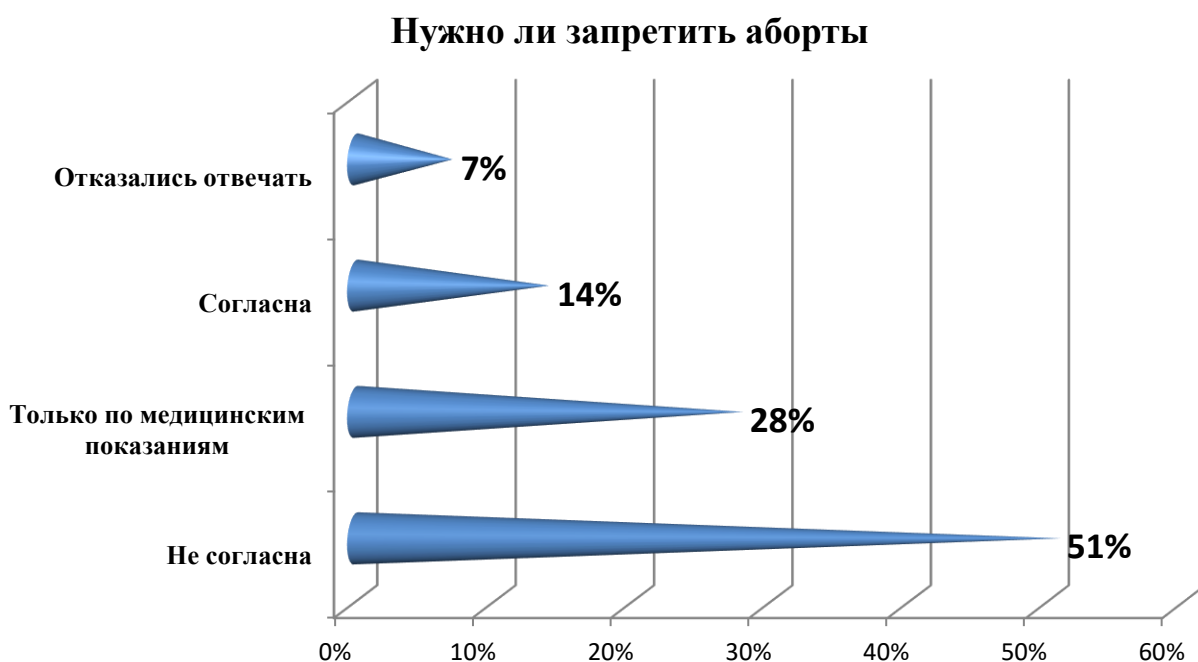


Рис. 10. Отношение респондентов к возможности законодательного запрещения абортов

Из предложенных вариантов ответа на вопрос «Почему Вы считаете не допустимым производство аборта?», в основном респонденты выбирали пагубное влияние его на состояние здоровья, возможное развитие бесплодия, гораздо реже - на психологическое состояние. 19% признают, что аборт – это грех перед Богом, а еще больше (21%) – считают, что аборт – это убийство (Рис. 11. и таблица 17.).

Структура и частота выбора аргументов против аборта

Вариант ответа	%
Нет ответа	4%
Аборт влияет на психику женщины	5%
Аборт-это грех	19%
Аборт может принести вред здоровью	19%
Аборт-это убийство	21%
Аборт способствует бесплодию	32%

Основные аргументы против аборта

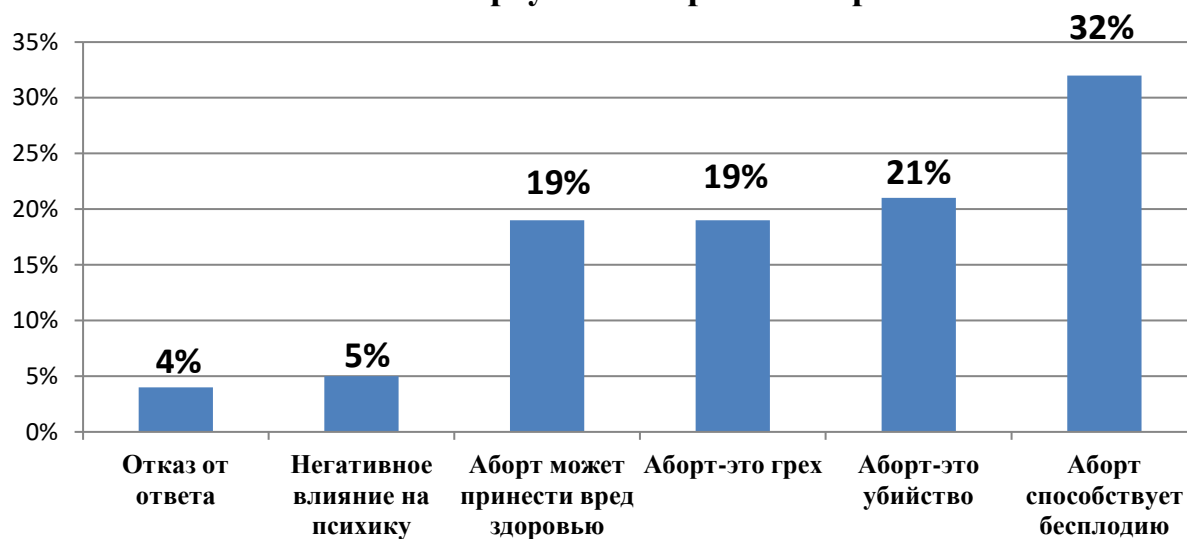


Рис. 11. Структура и частота выбора аргументов против аборта

В вопросах анкеты намеренно поставлен акцент не только на выявлении опасений за здоровье вследствие производства аборта, но так же и на степени проявления нравственной оценки такого распространенного явления, как аборт.

Очевидно, что превалирует страх за возникновение осложнений, влияния аборта на здоровье, хотя моральный аспект в решении этой проблемы не менее важен и результативен.

Выводы по 2 главе.

1. Отрадно отметить, что по данным различных статистических источников, в нашей стране есть не выраженная, но стойкая тенденция к снижению количества производства аборт, хотя во многих странах мира этот показатель гораздо ниже. Но в следствие активизации профилактической

работы, пропаганде контрацепции, в какой-то мере из-за изменения отношения населения к проблеме аборта, все же есть надежда на стойкое снижение этого печального показателя.

2. Определено, что чаще всего причиной прерывания беременности являются отсутствие жилья, материальные затруднения, что требует пересмотра государственной и социальной политики. Но роль профилактических мероприятий по предупреждению беременности всегда будет иметь особое значение. И роль акушерки в этой работе нельзя переоценить.

3. Необходимо продолжать активное изучение медицинских и социальных аспектов прорабатываемой темы, искать новые возможности и пути профилактики. Особенными трудностями являются частота распространенности абортов в России, влиянием их на частоту гинекологической заболеваемости, где превалирует бесплодие трубного генеза, значительным местом среди причин материнской смертности. Причем необходимо отметить, что при изменении медико-социальной политики, активизации профилактической работы, можно избежать многих тяжелых осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе был изучен и проанализирован актуальнейший вопрос «Роль акушерки в профилактике аборт». Была поставлена и с помощью выполненных задач достигнута цель исследования. Выдвинутая гипотеза по ходу проработки разделов дипломной работы подтвердилась: аборты на территории России являются серьезной медико - социальной проблемой и деятельность акушерки может играть значительную роль в их профилактике. Полученные сведения и знания, а так же опыт исследовательской работы позволят акушерке выработать и претворять в своей профессиональной деятельности мероприятия, направленные на профилактику искусственного прерывания беременности. Кроме того, результаты исследования могут быть использованы в санитарно-просветительной работе, а также в учебном процессе медицинского колледжа при изучении акушерства и гинекологии.

Одним из аспектов работы акушерки становится так же и помощь женщинам после прерывания беременности в пост абортном периоде. Это проведение реабилитационных манипуляций после такой калечащей операции, это мероприятия, направленные на физическое и психологическое восстановление организма женщины. Но главным в профилактике является подбор адекватной, эффективной контрацепции и наблюдение за диспансерными группами пациенток. Необходимо разъяснять женщинам правила соблюдения всех рекомендаций и отвечать на все интересующие их вопросы по планированию семьи.

Результаты анкетирования продемонстрировали, что в целом значительная часть опрошенных не приемлют аборт, как метод прерывания беременности. Они мало знают об осложнениях, особенно в более молодом возрасте, причем чаще всего среди осложнений они называют лишь бесплодие и влияние абортов на состояние здоровья в целом. Это требует более интенсивной работы по профилактике абортов, по повышению медицинской грамотности населения, прежде всего акушерками участковой службы.

Анкетированные выбирают самыми частыми побуждающими к аборту причинами бытовые, денежные проблемы, а не нежелание иметь ребенка и жить в счастливом браке. Есть еще проблемы для исследования: это отношение мужчин к данной проблеме, его степень участия в решении прибегнуть к аборту. Кроме того, не в меньшей степени, чем соматическое здоровье, страдает психика женщины, оказывающая пагубное влияние на эмоциональный фон, дальнейшую судьбу.

Недостаток информации по проблеме аборта, незнание его осложнений, путей профилактики, прежде всего неграмотность населения по вопросам контрацепции, побудила нас к разработке материалов для санитарно-просветительской работы. Для проведения санпросвет работы нами были разработаны памятки-брошюры «АБОРТ...». В этих материалах освещены мероприятия и организации, которые могут помочь женщине изменить её решение о производстве аборта, оказать конкретную помощь и психологическую поддержку.

По результатам изучения литературных данных, тенденций в ответах на вопросы анкеты, выявлены приемлемые направления работы по уменьшению количества производимых искусственных абортов, по оздоровлению женщин, особенно в группах риска, имеющих гинекологические заболевания. И здесь большое значение придается улучшению качества диспансерного наблюдения.

Таким образом, аборты в мире и в России стали не только медицинской, но и социальной, государственной проблемой. Требуется изменить отношение женщин и общества в целом к абортам, особый упор на выбор метода контрацепции с акцентом на самые современные и эффективные.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антология гендерной теории [Текст]: сборник / сост. и коммент. Е.И. Гаповой, А.Р. Усмановой. – Минск: Пропилеи, 2000. – 384 с.[С. 141-146]
2. Антуфьева, Н.М. Кровь абортот залила Россию [Текст] / Надежда Антуфьева // Центр Азия газ. – 2012. – 11 ноября – с. 13
3. Байер, К. Здоровый образ жизни [Текст] / К. Байер, Л. Шейнберг /перевод с англ. – М.: Мир, 2014 – 368 с. [С. 103-110]
4. Блиев, Ю. Высвобождая женщину от народного хозяйства...[Текст]/ Юрий Блиев // Медицинская газ. – 2009. – 25 сентября – с. 20
5. Бодяжина В. И. Акушерство / И. В. Бодяжина.-М., 2015.-315 с.
6. Дуда В. И. Гинекология / И. В. Дуда.- М.: Харвест, 2015.- 560 с. Дикке, Г. Б. Медикаментозный аборт: руководство для врачей / Б. Г. Дикке.-М.: Феликс, 2015.- 238 с.
7. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин / М. В. Дзигуа - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
8. Запрет на плод [Текст] // АиФ газ. – 2008. – 13 февраля – с. 14
9. Зима, Т. Ахиллесова пята России [Текст] / Татьяна Зима // РФ сегодня жур. – 2012 – 15 февраля – с. 5-6.
10. Иванюшкин, А.Я. Введение в биоэтику [Текст]: учебное пособие /А.Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатьев, Р.В. Коротких и др. – М.: Прогресс– Традиция, 1998. – 384 с. [С. 197-201, 205-215]
11. Коновалова, Л.В. Прикладная этика [Текст]: по материалам западной литературы/ Л.В. Коновалова. РАН; Ин-т философии. –М.; 1998. – 216 с. [С. 103-119]
12. Куприянова, Е. Минздравсоцразвития приняло меры по ужесточению правил проведения абортот [Интернет] / Елена Куприянова // Жить долго и счастливо жур.сет. – 2013. – 5 февраля

13. Лихачев В. К. Практическая гинекология с неотложными состояниями / К. В. Лихачев.-М.: Медицинское информационное издательство.-2013.-840 с.
14. Марданов, Р.А. Скажи абортам «нет» [Текст] / Рафаэль Марданов //Женское здоровье жур. – 2006.- 24 июня – 17 с.
15. Новая иллюстрированная энциклопедия, Кн. 1, Аа-Ар [Текст] – М.: Большая Российская энциклопедия, 2001. – 255 с. [С. 14-15]
16. Пересада О. А. Репродуктивное здоровье женщины / А. О. Пересада.- М.: Медицинское информационное издательство.-2011.- 680 с.
17. Соколова, Н.А. Аборту - приоритет? [Текст]/ Н.А. Соколова, Ю.С.Массина // Дуэль газ. – 2013. – 27 января – с. 10;
18. «Стратегическая оценка политики, программы и услуг в сфере не планированной беременности, аборт, контрацепции в РФ.» 2017 г.
19. Савельева Г. М. Гинекология Савельевой /М. Г. Савельева.- М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2015.- 704 с.
20. Ужегов, Г.Н. Большая семейная энциклопедия народной медицины от доктора Ужегова [Текст]/ Г.Н. Ужегов.- М.: ОЛМА-ПРЕССОбразование, 2011. – 1200 с. [С. 337-339.
21. Шурыгина, Ю.Ю. Научные концепции здорового образа жизни[Текст] / Ю.Ю. Шурыгина. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2009 – С.148-155.
22. Шурыгина, Ю.Ю. Содержание и методика социально-медицинской работы (с региональным компонентом) [Текст]: учебно-методическое пособие / Ю.Ю. Шурыгина. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2009 – 124 с. [С. 40-41];
23. Шурыгина, Ю.Ю. Социально-медицинская работа в РБ [Текст]: Монография / Ю.Ю. Шурыгина. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2009 –214 с. [С. 128-130];
24. <http://cmpkursk.ru/attachments/article/133/mrsan16.doc>
25. [http://mednet.ru/zdorovyj-obraz-zhizni/sanitarno-prosvetitel'skaya-](http://mednet.ru/zdorovyj-obraz-zhizni/sanitarno-prosvetitel'skaya-deyatelnost/sanitarno-prosvetitel'naya-rabota-v-zhenskoj-konsultaczii.html)
26. [deyatelnost/sanitarno-prosvetitel'naya-rabota-v-zhenskoj-konsultaczii.html](http://mednet.ru/zdorovyj-obraz-zhizni/sanitarno-prosvetitel'naya-rabota-v-zhenskoj-konsultaczii.html)

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета социологического опроса

1. Укажите Ваш возраст
 - а) 18 лет и моложе
 - б) 18-25 лет;
 - в) 26-30 лет
 - г) 30 лет и старше
2. Какое у Вас семейное положение
 - а) в данный момент не замужем
 - б) брак зарегистрирован
3. Укажите Ваше образование?
 - а) высшее
 - б) среднее специальное
 - в) среднее
4. Выскажите Ваше мнение по вопросу о праве женщины на производство аборта?
 - а) имеет право
 - б) не имеет такого права
 - в) нет ответа
5. Прибегали ли Вы к производству аборта хотя бы раз в жизни?
 - а) приходилось
 - б) ни разу
 - в) отказываюсь отвечать
6. Сколько беременностей Вы прервали с помощью аборта?
 - а) всего один раз
 - б) более двух
 - в) отказываюсь отвечать
7. Делали ли Вы аборт вне лечебного учреждения (нелегально)?
 - а) приходилось
 - б) ни разу
 - в) отказываюсь отвечать
8. Прерывали ли Вы первую беременность?
 - а) да
 - б) нет
 - в) отказываюсь отвечать
9. Выберите причины, заставившие Вас произвести прерывание беременности с помощью аборта?
 - а) страдаю заболеванием, при котором беременность противопоказана
 - б) забеременела вне брака
 - в) ребенок не желанный для мужа или членов семьи
 - г) у ребенка выявили пороки развития
 - д) не хватает денег, нет жилья

10. Есть мнение, что аборт должен быть запрещен законодательно, оно совпадает с Вашим?

- а) да
- б) при тяжелых заболеваниях матери это неизбежно
- в) нет
- г) отказываюсь отвечать

11. Выберите самый важный аргумент против абортов:

- а) это тяжелая травма для психики
- б) нельзя по религиозным соображениям - это грешно
- в) будет бесплодие
- г) отразится на состоянии здоровья
- д) ты убиваешь своего ребенка
- е) предложите свою причину
- ж) отказываюсь отвечать

«Задачи консультирования беременной»

Задачи консультирования

✓ 1 задача –

Отделить в сознании женщины беременность от предшествующих и сопутствующих проблем.

✓ 2 задача –

Выявить истинные мотивы прерывания и сохранения беременности.

✓ 3 задача –

Помочь женщине осознать и откорректировать деструктивные мотивы сохранения беременности.

✓ 4 задача –

Это совместный анализ личностных и средовых ресурсов беременной.

(в чём она видит самую проблемную зону, и в чём – опору).

✓ 5 задача -

Строить консультацию с учетом возрастных, социальных, национальных и других.

Аборт негативно влияет на щитовидную железу, а развитие ее заболеваний – на функционирование всего организма. Страдают и молочные железы, на которые аборт оказывает губительное воздействие. После прерывания беременности в груди могут образоваться опухоли и узелки, что чревато онкологическими заболеваниями.

Почти у 60% женщин, совершивших аборт, могут возникать психические нарушения (раздражительность, чувство вины, слезы, страхи, депрессии, изменения настроения), которые часто сопровождаются различными расстройствами функции внутренних органов, сердцебиением, неустойчивостью артериального давления, мигренью, желудочно-кишечными нарушениями и т.д.

ПОМНИТЕ!

АБОРТ – серьезный удар по здоровью женщины, который всегда сопровождается осложнениями.

Всем нам хорошо знакомы истины о том, что каждый человек хочет быть счастливым, иметь детей и семью, а каждая женщина стремится стать матерью.

Поэтому лучшей профилактикой абортов является грамотное планирование беременности, использование современных методов контрацепции.

Беременность должна быть планируемой, а рожденный ребенок – желанным.

Но могут возникнуть ситуации, которые заставляют женщину задуматься о прерывании беременности.

Если вы и ваш доктор приняли решение, что аборт не избежать, в первую очередь нужно совместно с врачом акушером-гинекологом подумать, как максимально сохранить здоровье и предотвратить нежелательные последствия.



ЖИЗНЬ ВАШЕГО РЕБЕНКА НАЧИНАЕТСЯ С МОМЕНТА ЗАЧАТИЯ!

ОСТАНОВИСЬ!

Уже самая первая клетка является неповторимой личностью и содержит всю информацию о человеке: его пол, рост, цвет волос, черты лица, группу крови, способности.

Через несколько дней после зачатия у ребенка формируется дыхательная, нервная и пищеварительная системы, внутренние органы.

Развивается ребенок очень быстро. Уже к 12-й неделе завершается формирование плода: он поворачивает головку, делает различные движения, сжимает кулачок и сосет палец. **Через 18 дней** начинает биться сердце.



УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ
ГУЗОТ «ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»

ПОДАРИ МНЕ ЖИЗНЬ!

ГУЗОТ «Центр медицинской профилактики»
398042, г. Липецк, 9 микрорайон, д. 17
Тел./факс 8 (4742) 31-06-79
e-mail: medprof@lipetsk.ru
www.yazdorov-48.ru

г. Липецк

21 день – приходит в действие его собственная система кровообращения.

42 дня – формируются руки, ноги, глаза и т.д.

6 недель – совершает первые движения.

8 недель – ребенок умеет сосать палец и держит положенный ему на ладошку предмет.

10-11 недель – он уже чувствует боль.

11-12 недель – малыш дышит, реагирует на свет, тепло и шум. Все системы его органов полностью сформированы.

14 недель – сердце ребенка перекачивает 24 литра крови в день. Он засыпает и просыпается вместе с матерью.

ПОМНИТЕ!

Не каждая женщина может познать радость материнства. Сотни женщин годами лечатся от бесплодия, а рядом кто-то идет прерывать нежелательную беременность.

Не убивайте ВАШЕГО малыша. Он вас любит и ждет. И вы дожидаетесь его улыбки!

ВЫБЕРИ ЖИЗНЬ!

Сделайте все, чтобы избежать незаконного детоубийства! Ведь этот маленький беспомощный комочек новой жизни, который обречен на гибель, не в состоянии защитить себя!



В момент зачатия, как только слились мужская и женская половые клетки, сразу же начинается формирование совершенно уникальной личности.

Каждый ребенок с момента зачатия – человек, который никогда не существовал раньше и не повторится снова.

Прерывание беременности относится к сложным по своему влиянию на организм женщины операциям.

ПОМНИТЕ!

Безопасного АБОРТА не бывает!

ЗАДУМАЙСЯ!

Аборт приводит к трагичным последствиям, многие из которых носят необратимый характер.

Одними из осложнений аборта являются кровотечения и перфорация стенки матки, приводящие женщину на операционный стол. У 10-12% здоровых женщин аборт является толчком к развитию острых и хронических заболеваний женских половых органов, приводящих к бесплодию.

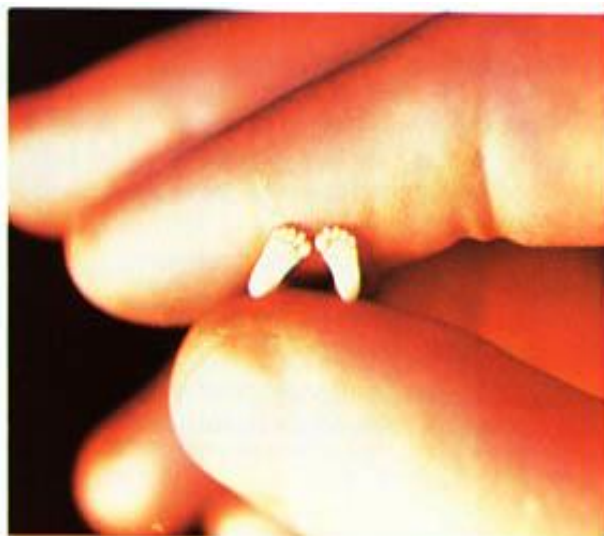


Вот что осталось от 10-недельного ребенка, убитого вакуумным абортom.



By Dr. & Mrs. J.C. Wilke

**Известно
ли вам?**



Так выглядели и ваши ноги в возрасте 10 недель. Превосходно сформированные? Да! Есть даже отпечатки пальцев.



Этот ребенок родился, когда беременность достигла 4,5 месяцев. Сейчас он здоровый ребенок.

**Известно
ли вам?**

А этот ребенок был убит соевым отравлением при беременности в 4,5 месяца.



© 1993, Hayes Publishing Co. Inc.



Известно ли вам?

Известно ли вам, что вы были такого размера, когда вам было всего лишь 11 недель? С этого возраста вы дышали (жидкостью), глотали, переваривали пищу, выделяли отходы, совершали движения, спали, видели сны, просыпались, чувствовали боль, прикосновение, тепло, реагировали на свет и шум и даже могли учиться.

После 11 недель не появляются новые органы – вы просто растете.

