

РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДЕЖИ БЕЛАРУСИ И ЕГО
ДЕТЕРМИНАЦИЯ¹

Часть 3. Социальная и поведенческая обусловленность аборта

М.Ю. Сурмач, к.м.н., доцент

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Работа представляет собой третью (последнюю) часть из цикла статей, посвящённых проблемам репродуктивного поведения молодёжи Беларуси. Раскрыты субъективные мотивы принятия решения об аборте в молодом возрасте и объективные факторы риска репродуктивного выбора. Обоснованы пути оптимизации репродуктивного поведения молодёжи. Очерчены направления дальнейших исследований.

Ключевые слова: аборт, социальные факторы риска, поведенческие факторы риска, медико-организационные возможности, репродуктивное поведение, молодёжь.

The article is the third and the last part of the cycle of articles devoted to the problems of reproductive behaviour of Belarusian youth. Subjective motives of decision-making on abortion in young age and objective risk factors of reproductive choice are revealed. Ways of optimization of reproductive behaviour of youth are substantiated. Prospects of further research are outlined.

Key words: abortion, social risk factors, behavioural risk factors, medical-organizational facilities, reproductive behaviour, youth.

Введение

Результаты исследования, изложенные в предыдущих частях данного цикла статей, доказали влияние медико-социальных характеристик первой беременности, наступившей до достижения женщиной 25 лет, на формирование её репродуктивных установок, и, в частности, выявили высокое значение искусственного аборта при первой беременности в формировании установки молодой женщины на мало- и бездетность. Цель данной работы – выявить субъективные мотивы принятия решения об аборте в молодом возрасте и объективные факторы риска репродуктивного выбора.

Материалом исследования являлись данные опроса республиканской репрезентативной выборочной совокупности молодёжи Республики Беларусь. В статистический анализ (данной части исследования) включены материалы опроса 625 женщин 15-24 лет, искусственно прерывающих беременность, и 625 женщин того же возраста, ожидающих рождения ребёнка или находящихся в послеродовом периоде. Выборка предварительно конструировалась с учётом полового и территориального распределения лиц данной возрастной группы; использован оригинальный социологический инструментарий [1].

Результаты и обсуждение

Среди молодых женщин, искусственно прерывающих беременность, планировали деторождение в последующем 66,1% опрошенных. Эти женщины могли оказаться в группе беременных с ориентацией на рождение ребёнка, но по тем или иным причинам решили прервать беременность.

Мотивы, обусловившие выбор прервать беременность, по оценке молодых женщин, оказались следующими (таблица 1).

По содержанию можно выделить три группы мотивов репродуктивного выбора. В первую группу мы объединили наиболее часто указываемые варианты ответа. Они в целом имели экономико-социальный характер.

Таблица 1 – Ранговый ряд мотивов принятия решения об аборте при беременности, наступившей до достижения женщиной 25 лет

Мотив решения об аборте	Ранговое место	Доля женщин, выбравших данный вариант ответа, %
Неуверенность в возможности обеспечить ребёнку благополучное будущее	1	24
Денежные обстоятельства	1	23,5
Отсутствие жилья	1	23
Молодой возраст	2	17
Отсутствие мужа, семьи	2	16,8
Отец ребёнка был против его рождения	3	14,2
Первый ребёнок был слишком мал	3	13
Ваши родители были против рождения ребёнка	4	10,5
Наличие достаточного количества детей	4	7,9
Ребёнок от этого человека был нежеланным	5	4,6
Недостаточно крепкое здоровье для беременности и родов	5	4,6
Ребёнок помешал бы профессиональному росту	6	2,3
Другое: «Ребёнок будет помехой выйти замуж», «Неуверенность в том, что ребёнок родится здоровым», «Ребёнок был зачат в неблагоприятных условиях»	7	В сумме около 2

Почти четверть женщин выбрали варианты ответа «Денежные обстоятельства», «Отсутствие жилья», «Неуверенность в возможности обеспечить ребёнку благополучное будущее», а также сочетание данных причин (23,4% женщин). Каждая шестая выбрала «Отсутствие мужа, семьи» (как единственная причина – около 6% ответов, в сочетании с такими альтернативами, как «Молодой возраст» и «Денежные обстоятельства» – ещё в 10,8% анкет). Вариант ответа «Молодой возраст» указы-

¹ Цикл статей подготовлен на основе доклада на первом пленарном заседании международного научно-практического семинара «Здоровье на селе: проблемы и пути решения» (НАН РБ, РАН, Федерация профсоюзов Беларуси), Минск, 19-21 мая 2011 г. Содержит ряд результатов, полученных при выполнении НИР по гранту Б07М-160 Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований.

вался женщинами в сочетании с другими вариантами, в качестве единственной причины – в 6,2% анкет. Ответ «Ребёнок помешал бы Вашему профессиональному росту» был выбран около 2,3% женщин.

Вторая группа причин объединила медико-социальные факторы. Это следующие варианты ответа: «Первый ребёнок был слишком мал» (7,4% женщин), в сочетании с ответами «Денежные обстоятельства» и «Отсутствие жилья» – ещё 4,5%, и около 1% женщин выбрали данный ответ в сочетании с вариантом «Отсутствие семьи»; «Наличие достаточного, на Ваш взгляд, количества детей» в качестве причины, обусловившей выбор женщины прервать беременность, указали 2,9% женщин, в сочетании с ответами «Денежные обстоятельства», «Отсутствие жилья» и «Неуверенность в возможности обеспечить ребёнку благополучное будущее» – ещё 5% опрошенных; вариант ответа «Ребёнок от этого человека был для Вас нежеланным» выбрали в качестве причины аборта 2,3% женщин, и такая же доля женщин выбрали данный вариант ответа в сочетании с другими вариантами; «Недостаточно крепкое здоровье для беременности и родов» указано в качестве причины выбора прервать беременность 2,6% женщин, в сочетании с ответами «Денежные обстоятельства» и «Неуверенность в возможности обеспечить ребёнку благополучное будущее» – ещё в 2% анкет.

Третья группа причин связана с влиянием на выбор женщины прервать беременность значимых для неё и её будущего ребёнка людей (отца ребёнка, родителей женщины). Это такие варианты ответа, как: «Отец ребёнка был против его рождения» – вариант указан почти в 4% анкет, а в сочетании с другими вариантами («Денежные обстоятельства», «Отсутствие жилья» и «Неуверенность в возможности обеспечить ребёнку благополучное будущее», реже – «Отсутствие мужа, семьи») – ещё в 7,7% анкет; «Ваши родители были против рождения ребёнка» как самостоятельный и единственный вариант ответа был выбран 3% женщин, а в сочетании с другими вариантами («Денежные обстоятельства», «Отсутствие жилья», реже – «Отсутствие мужа, семьи» или «Наличие достаточного, на Ваш взгляд, количества детей») – ещё 5,5% опрошенных; сочетание вариантов ответа «Отец ребёнка был против его рождения» и «Ваши родители были против рождения ребёнка» было выбрано в качестве причины, обусловившей выбор женщины прервать беременность, в 2,5% случаев.

Небольшая доля женщин в качестве ответа на вопрос о причинах, обусловивших выбор прервать беременность, выбрали открытый вариант ответа «Другое», в том числе в сочетании с другими вариантами (всего около 2% женщин). В пояснении женщины указали на следующие причины: «Ребёнок будет помехой в последующем удачно выйти замуж», «Неуверенность в том, что ребёнок родится здоровым», «Ребёнок был зачат в неблагоприятных условиях».

Вышеуказанные факторы в какой-то мере субъективны. Поскольку медико-социальная характеристика первой беременности высоко важна в формировании репродуктивных установок молодых женщин на идеальное количество детей в семье, очевидна необходимость выявить объективные факторы риска неблагоприятного репродуктивного выбора при первой беременности. Сравнительный анализ данных опроса 404 женщин 15-24 лет, в момент сбора данных впервые беременных или недавно родивших первенца от первой беременности, и 267 женщин того же возраста, искусственно прерывающих первую беременность, позволил установить объективные

факторы, способствующие принятию решения об аборте. Ряд из них не являются мотивами, осознаваемыми женщиной, но очевидно значимо влияют на её репродуктивный выбор.

Получены следующие результаты. Подтверждённым фактором риска аборта можно считать ранний *возраст наступления беременности*. Так, средний возраст женщин 15-24 лет, беременных впервые, составил $19,7 \pm 0,1$ лет ($M \pm m$). Первая беременность наступила до достижения женщиной 19 лет у 29% ожидающих рождения ребёнка и у 42% прерывающих первую беременность ($\chi^2=12,06$, $p=0,0005$). Имеет значение также зачатие вне брака (в том числе так называемого «гражданского»). Более 70,8% беременных, ожидающих рождения ребёнка, или недавно родивших первенца от первой беременности, находились в официально зарегистрированном браке. Среди прерывающих беременность доля замужних составила всего 11,2%. Почти 20% ожидающих рождения ребёнка и 14,2% прерывающих беременность женщин считали себя находящимися в «гражданском» браке ($\chi^2=3,73$, $p=0,05$).

Фактором риска является *принадлежность женщины к социальной группе учащихся*. Так, среди прерывающих беременность оказались выше доли учащихся (студенток) – 47,9% против 23,5% среди сохраняющих первую беременность с рождением первенца ($\chi^2=43,2$, $p<0,0001$); в то же время, среди прерывающих первую беременность реже встречались рабочие государственных предприятий (9% и 16,3%, $\chi^2=7,5$, $p=0,006$) и не работающие (4,9% и 13,1%, $\chi^2=12,3$, $p=0,0004$).

Несмотря на отсутствие статистически значимых различий по долям служащих организаций бюджетной сферы, работников сферы обслуживания и торговли, сельского хозяйства, предпринимателей, работающих по найму в частном секторе, военнослужащих, – *наличие у женщины работы является фактором, благоприятно отражающимся на её репродуктивном выборе*.

На выбор решения о прерывании беременности статистически значимое влияние оказывает *фактор проживания*. Прерывающие беременность женщины чаще не имеют отдельного жилья, проживают одиноко, либо их семья проживает в общежитии. Так, собственную квартиру имели семьи 29,2% сохраняющих и 8,2% прерывающих беременность ($\chi^2=42,8$, $p<0,0001$), снимали жильё семьи 10,4% сохраняющих и 3,7% прерывающих первую беременность молодых женщин ($\chi^2=9,95$, $p=0,016$). Доли проживающих совместно с родителями не имели значимых различий: среди сохраняющих беременность выше доля проживающих с родителями, не имея собственной семьи; среди прерывающих – тех, кто проживает с родителями, будучи в браке. Проживание в общежитии характерно чаще для прерывающих беременность (27,3% и 10,9%, $\chi^2=30,2$, $p<0,0001$). Такая же закономерность выявлена для одиноко проживающих (7,2% и около 1%, соответственно, $\chi^2=23,2$, $p<0,0001$).

Отношение женщин, прерывающих первую беременность, к *интимной жизни до брака* более либеральное, чем женщин, чья первая беременность оканчивается рождением первенца. Первые чаще позитивно оценивают добрачные интимные отношения, начинают интимную жизнь в более раннем возрасте и безответственно относятся к *применению контрацепции*. Так, наличие у женщины интимных отношений до брака оценили положительно 41,8% сохраняющих и 63,7% прерывающих беременность респонденток ($\chi^2=37,2$, $p<0,0001$). Средний возраст начала интимных отношений составил $17,65 \pm 0,1$ лет для женщин, ожидающих рождения ребёнка, и

17,026±0,11 лет для прерывающих первую беременность ($p<0,001$). Не использовали никаких средств контрацепции при первом половом контакте 33,2% беременных, ожидающих рождения ребёнка, и 48,3% прерывающих беременность молодых женщин ($\chi^2=15,47$, $p=0,0001$). Презерватив использовали 31,9% ожидающих рождения ребёнка и 23,2% прерывающих беременность ($\chi^2=5,99$, $p=0,014$).

Рискованное сексуальное поведение сочетается у данной группы женщин с другими поведенческими факторами риска здоровью – курением, употреблением алкоголя (более высокой частотой и более ранним возрастом первой пробы), неадекватной медицинской активностью (на примере поведения по отношению к медицинской помощи при наличии клинических симптомов ИППП). Так, женщины, прерывающие первую беременность, значимо чаще положительно отвечали на вопрос о курении (33,1% против 16,5%, $\chi^2=24,26$, $p<0,0001$), чаще впервые пробовали алкогольные напитки в возрасте менее 15 лет (29,2% против 15,8%, $\chi^2=17,2$, $p<0,0001$). Клинические симптомы, характерные для инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), испытывали когда-либо 37,13% женщин, ожидающих рождения ребёнка, и 37,07% прерывающих беременность. При одинаковой частоте клинической симптоматики обратились к врачу при наличии симптомов ИППП 74,7% ожидающих рождения ребёнка и 42,4% прерывающих беременность опрошенных ($\chi^2=71,6$, p приближается к 0). Лечились самостоятельно каждая десятая беременная и каждая пятая прерывающая беременность; не предпринимали никаких действий каждая десятая ожидающая первенца и почти четверть прерывающих беременность женщин.

Рассмотренные выше факторы наводят на мысль о том, что прерывание первой беременности – удел социально неблагоприятных слоёв, либеральных в сексуальных отношениях и в рискованном поведении. В то же время, независимо от исхода первой беременности, основным мотивом первых в жизни интимных отношений у молодых женщин являлась любовь (43,5% ожидающих рождения ребёнка и 41,9% прерывающих беременность). С одинаковой частотой (11,6% и 13,5%, соответственно) в качестве мотива вступления в интимную связь впервые упоминалось любопытство – третья по частоте причина. *Различия, выявленные при анализе причин первой сексуальной связи, состояли прежде всего в том, что для женщин, прерывающих первую беременность, большое значение имели такие неадекватные мотивы, как страх потерять партнёра, желание угодить ему, его настойчивое давление.* Так, с частотой, соответствующей второму месту, женщинами, ожидающими рождения ребёнка, указывалось замужество (12,9% в сравнении с 4,12% прерывающих беременность, $\chi^2=14,47$, $p=0,0001$). Женщины, прерывающие беременность, указывали такие взаимосвязанные мотивы, как страх потерять партнёра, желание угодить ему, либо его настойчивое давление (22,5% прерывающих беременность и 10,6% ожидающих рождения ребёнка, $\chi^2=17,3$, $p<0,0001$). Каждая двенадцатая молодая женщина, прерывающая первую беременность (в 2,5 раза чаще, чем женщины, рождающие от первой беременности первенца), впервые вступила в интимные отношения под влиянием алкогольного опьянения. Существенно значимыми оказались и различия в частоте вступления в интимную связь в связи с желанием утвердиться в кругу сверстников (5,2% прерывающих и около 1% сохраняющих беременность женщин, $\chi^2=11,1$, $p=0,0008$). Следовательно, налицо отсутствие партнёрс-

ких взаимоотношений, взаимопонимания в паре. Очевидно, что в данном случае эффективная контрацепция затруднительна.

На наш взгляд, причины того, что мотивом первых в жизни сексуальных отношений у молодой девушки являются желание угодить и страх, кроются во взаимоотношениях в родительской семье; в воспитании в семьях, где по отношению к девочке применялось насилие. В результате она воспроизводит усвоенную в родительской семье поведенческую модель. Так, около 8,2% женщин, ожидающих рождения ребёнка, и 34,1% прерывающих первую беременность, испытывали насилие со стороны полового партнёра ($\chi^2=71,6$, p приближается к 0). Более четверти (26,6%) искусственно прерывающих первую беременность молодых женщин и 11,6% ожидающих рождения первенца ($\chi^2=24,8$, $p<0,0001$), *воспитывались в семьях, где по отношению к ним применялось насилие, преимущественно со стороны отца или брата.* Около 10,9% прерывающих беременность и 1% сохраняющих её испытывали насилие как со стороны полового партнёра, так и со стороны отца или брата ($\chi^2=33,5$, $p<0,0001$). У половины из этих женщин насилие по отношению к ним продолжалось во время беременности.

Выводы

Таким образом, при принятии молодой женщиной решения об аборте мотивы экономико-социального характера («Денежные обстоятельства», «Отсутствие жилья», «Неуверенность в возможности обеспечить ребёнку благополучное будущее») доминируют в 48,7% случаев, причины медико-социального плана («Первый ребёнок был слишком мал», «Наличие недостаточного количества детей», «Молодой возраст» и другие) – в 30%. Почти в 19% случаев выбор женщины прервать беременность искусственно происходит под давлением со стороны отца неродившегося ребёнка, родителей женщины или под давлением обеих сторон.

Наряду с такими социальными факторами риска неблагоприятного репродуктивного поведения молодой женщины при первой беременности, как зачатие вне брака, принадлежность к учащимся, отсутствие собственного жилья; для прерывающих первую беременность молодых женщин характерны более ранний возраст начала сексуальных отношений и наступления беременности, безответственное отношение к применению контрацепции, высокая распространённость вредных привычек, неадекватная медицинская активность. В то же время, мотивы вступления в первую в жизни девушки сексуальную связь, особенности взаимоотношений с партнёром и с родителями, свидетельствуют о том, что рискованное поведение молодой девушки по отношению к собственному здоровью, одним из наиболее серьёзных проявлений которого является и репродуктивный выбор прервать первую беременность, можно с уверенностью рассматривать как следствие её неадекватной социальной и психологической адаптации, причина которой кроется в воспитании в семье, где применялось насилие.

Заключение: пути оптимизации репродуктивного поведения молодёжи и направления развития исследований

Отношение к беременности – сугубо интимная область. Потому обосновать какие-либо действенные меры, которые могли бы быть приняты со стороны государства с целью повысить уровень запланированности первых беременностей в молодом возрасте, проблематично. Тем не менее, такие меры необходимы.

Поскольку нами было доказано, что уровень медико-гигиенической грамотности существенно влияет на планируемость первой беременности, мероприятия, очевидно, должны включать программы медико-гигиенического обучения молодёжи. Формирование медицинской грамотности – тот инструмент, при помощи которого возможно регулировать репродуктивное поведение молодёжи посредством медико-организационных мер.

Не менее важным является обеспечение 100% охвата молодых женщин прегравидарной подготовкой и её достаточной полноты.

Медико-гигиеническое обучение относится к сфере первичной профилактики, экономическая и социальная эффективность которой доказана однозначно. Её нельзя недооценивать. Следует отметить, что в области репродуктивного здоровья и поведения молодёжи особенно важно использовать возможности системы образования, молодёжных организаций. При этом необходимо подчеркнуть, что неправильным будет вменять медико-гигиеническое обучение акушерам-гинекологам амбулаторной службы в качестве дополнительной служебной обязанности. Более перспективным является использование возможностей отделений профилактики поликлиник, специалистов со средним медицинским и высшим сестринским образованием. С учётом доказанной эффективности принципа «равный обучает равного» следует рассмотреть возможность организации медико-ги-

гиенического обучения школьников студентами старших курсов медицинских университетов.

Однако медико-организационные меры – корректирующие, а не предупреждающие. Они способны положительно повлиять на решение проблемы репродуктивного поведения молодёжи, но не способны решить её, поскольку не устраняют причины. Причина же имеет в большей степени социальную и поведенческую обусловленность. Для решения проблемы необходимо дальнейшее изучение факторов, влияющих на формирование культуры семьи, культуры здоровья, медицинской культуры. В первую очередь таких, как супружеское партнёрство, гендерная идентичность молодых мужчин, семейная толерантность, влияние семьи на здоровье и здоровьесберегающее поведение ребёнка, подростка, молодого человека. Каждый из этих факторов в современных условиях представляет собой отдельную медико-социальную проблему и требует детального комплексного междисциплинарного изучения медиками, психологами, социологами.

Литература

1. Сурмач, М.Ю. Методика изучения социологических аспектов медико-социальной проблемы репродуктивного здоровья молодёжи Беларуси / М.Ю. Сурмач // Социология. – 2006. – №1. – С. 73–80.

Поступила 25.05.2011