



**Медицински университет - Варна  
„Проф. Д-р Параскев Стоянов”**

---

**Факултет „Медицина“  
Катедра „Обща медицина“**

---

**Д-р Стефан Костов Фъртунов**

**МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ И НАГЛАСИ  
КЪМ АБОРТИТЕ ПО ЖЕЛАНИЕ В БЪЛГАРИЯ**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

на дисертационен труд за присъждане на  
образователна и научна степен „Доктор“  
Специалност: „Обща медицина“

Научен ръководител:

Проф. д-р Валентина Маджова, д.м

**Варна, 2021 г.**

Дисертационният труд съдържа 154 машинописни страници и е онагледен с 63 таблици, 38 фигури и 2 броя приложения. Списъкът на цитираната литература включва 144 заглавия, от които 36 на кирилица и 108 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за публична защита от Катедрения съвет на Катедрата по Обща медицина при Медицински университет "Професор д-р Параскев Стоянов" - Варна.

Научно жури:

Външни членове:

1. Проф. Д-р Арман Постаджиян, д.м.
2. Доц. Д-р Радост Асенова, д.м.н
3. Доц. Д-р Кирил Славейков, д.м.

Резервен член: Проф. Д-р Господинка Пракова, д.м.

Вътрешни членове:

1. Доц. Д-р Васил Марков Божков, д.м
2. Доц. Д-р Тошо Йорданов Ганев, д.м.

Резервен член: Доц. Д-р Пламен Милчев Чернополски, д.м

Публичната защита на дисертационния труд ще се проведе 14.02.2022 г. от .....часа в .....град Варна на открито заседание на Научното жури.

Материалите по защитата са публикувани на интернет-страницата на Медицински университет "Професор д-р Параскев Стоянов"-Варна и са на разположение в Катедрата по Обща медицина при МУ - Варна.

Забележка: Номерата на таблиците и фигурите в автореферата не съответстват на тези в дисертационния труд.

## Съдържание

1. Въведение .....	4
2. Цел и задачи.....	5
2.1Цел.....	5
2.2Задачи.....	5
3. Материал и методи на проучването.....	6
3.1. Материал.....	6
3.2. Методи .....	6
4. Собствени резултати.....	7
5. Обсъждане .....	42
6. Изводи .....	49
7. Приноси на дисертационния труд.....	50
8. Списък на публикациите свързани с дисертационния труд.....	51

# 1. Въведение

Забременяването, протичането на бременността и раждането е най-сложният биологичен процес в природата, затова и неуспехите са чести. За този репродуктивен неуспех има много причини.

Статистиката показва, че населението на България бързо намалява поради ниска раждаемост, висока смъртност и емигриране на млади хора. В същото време в страната има над 200 000 бездетни двойки.

Сега броя на абортите у нас е значителен. Абортът е прекъсване на бременността предимно поради неблагоприятно развитие на външни фактори, при което детето е нежелано от родителите. Няма абсолютни критерии за оценка на външните фактори.

Решенията за прекъсване на бременността се вземат под въздействието на културни и материални критерии, различни за българското, циганското и мюсюлманското население и под въздействието на емоционални фактори, различни за отделните индивиди. Голям резерв за преодоляване на демографския срив на българското население може да бъде осъзнатата обществена подкрепа за по-малко на брой аборти.

Обществеността трябва по-активно да се насочва към проблемите на абортите и репродуктивно здраве и здравно поведение в условията на задълбочаваща се демографска криза и на тяхна база да се изработват ефективни стратегии за нейното подобряване.

## 2. Цел и задачи.

### 2.1 Цел.

Цел на дисертационния труд е да се изследват медико – социалните проблеми и нагласи на жените в репродуктивна възраст към абортите по желание у нас с оглед оптимизиране дейността на ОПЛ и АГ специалистите за промоция на женското здраве и семейното планиране.

### 2.2 Задачи.

1. Да се изследват основните медико-социални проблеми за абортите у нас.
2. Да се направи актуален преглед и анализ на нормативните регламенти за абортите в България и ЕС.
3. Да се изследва репродуктивното поведение на пациентки, посещаващи АГ кабинети и/ или ОПЛ на територията на Варна и областта.
4. Да се изследват нагласите за и против аборта по желание у жени в репродуктивна възраст, както и тези на ОПЛ и АГ специалисти.
5. Да се предложат мерки за оптимизиране на дейността на ОПЛ и АГ специалистите за промоция на женското здраве и семейното планиране.

## 3. Материал и методи на проучването

### 3.1 Материали

Анкетирани са 200 пациентки в репродуктивна възраст (15 – 49 г.) посетили АГ кабинети и/или практики на ОПЛ в град Варна по повод предстоящ аборт или консултация по други медицински проблеми.

Анкетирани са и 50 лекари, работещи като ОПЛ и АГ специалисти на територията на гр. Варна.

### 3.2. Методи на проучването:

1. Документален – анализ на документи и литературни източници;
2. Социологически – използване на преки индивидуални анкети;
3. Статистически – статистическа обработка на данни с Jamovi v.2.11 – статистически софтуер.

**Статистическият анализ** на изследването включва две части – дескриптивна и аналитична. Дескриптивния анализ включва честотно описание на данните използвано за описание на основната характеристика на извадката и на показателите включени в изследването.

**Алтернативният анализ** бе използван за изчисляване и сравняване на структурни разпределения по различни показатели с помощта на непараметричния тест Хи-квадрат ( $X^2$ ), както и за търсене на взаимовръзки между показателите с помощта на корелационен анализ по метода ( $\rho$ );

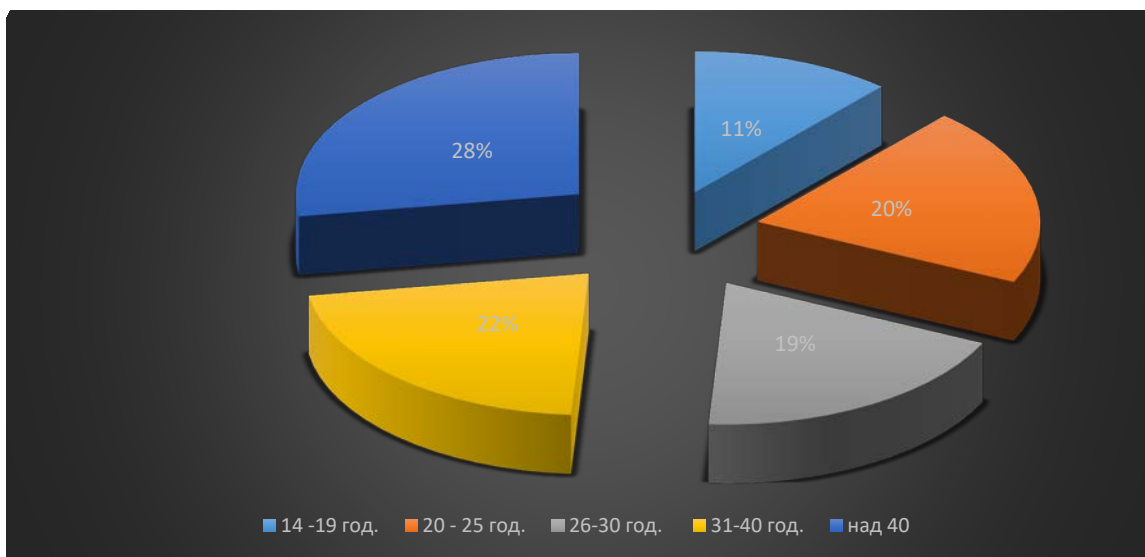
4. Графичен – графично представяне на резултатите с Excel, Windows 10.

## 4. Собствени резултати

### Демографска характеристика на изследваните лица

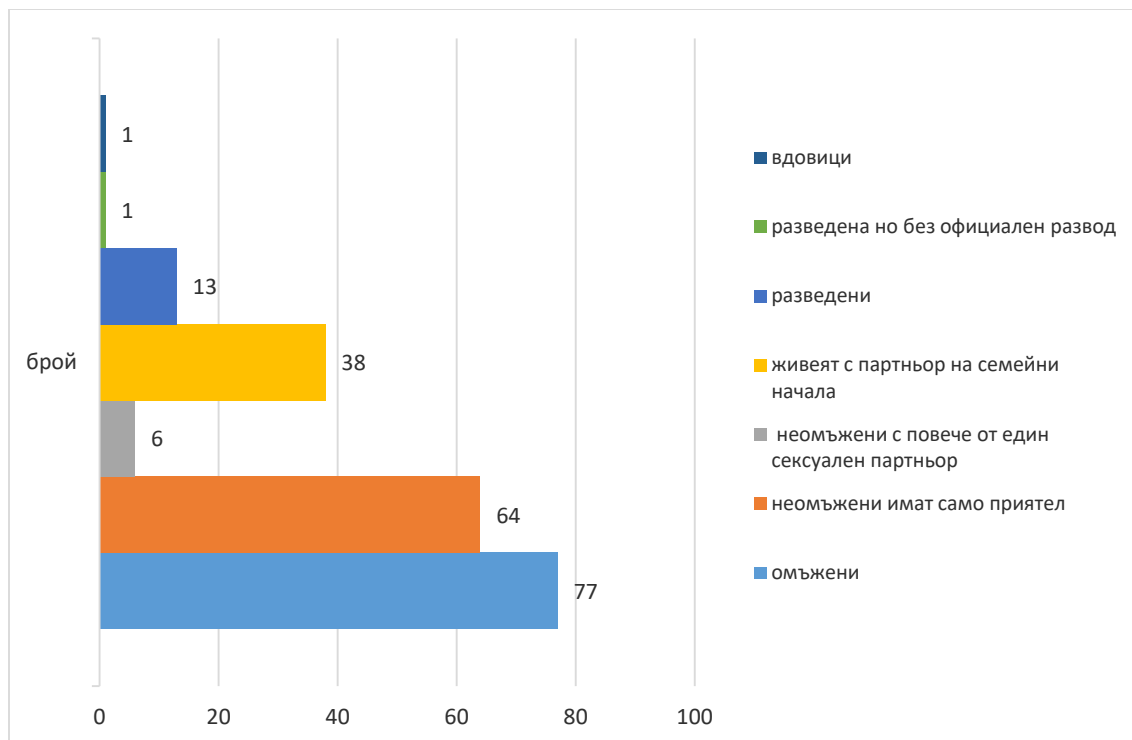
За целите на проучването са анкетираните жени в фертилна възраст, посетили своя личен лекар или акушер- гинеколог на територията на град Варна.

От анкетираните от нас жени във фертилна възраст установихме, че 28% от тях са на възраст над 40 години; 21% на възраст 31-40 години; 19% на възраст 26-30 години; 21% в диапазона 20-25 год. и 11% на възраст между 14 и 19 години. Данните са посочени на Фигура 1.



**Фиг. 1** Разпределение на анкетираните жени по възраст

Анализът от анкетните карти, посочи следното разпределение според семейното положение на жените, представено на фиг.2.

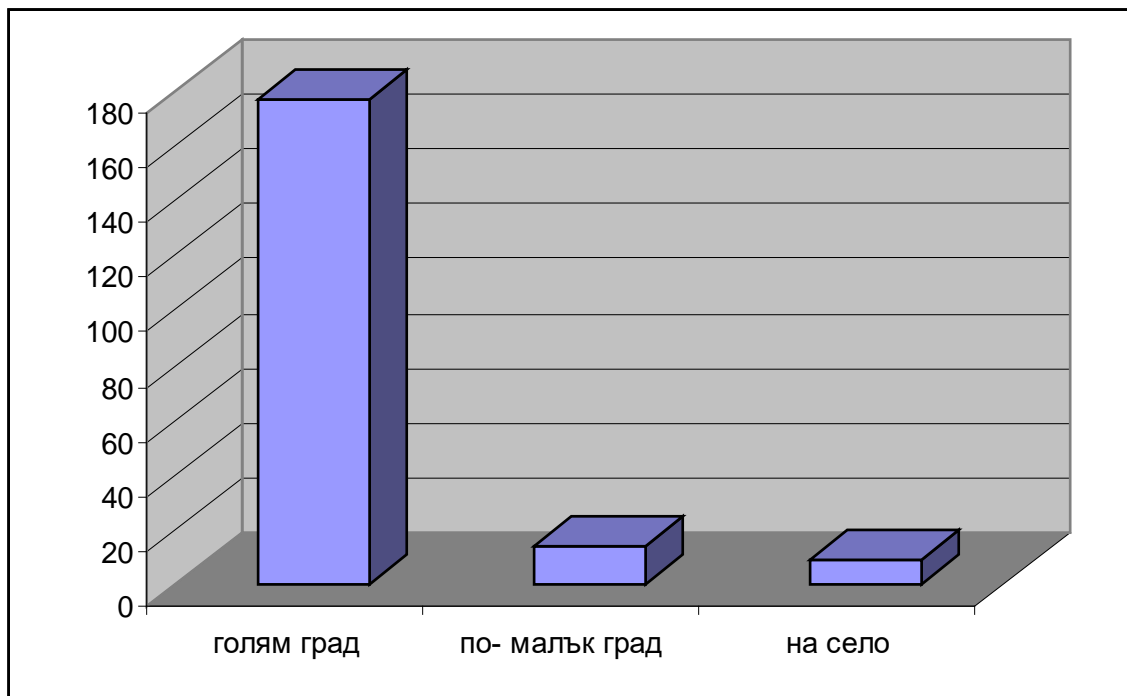


**Фиг.2 Разпределение на жените според семейно положение**

38% от тези жени са омъжени, 32% неомъжени имат само приятел, 3% неомъжени с повече от един сексуален партньор, 19% живеят с партньор на семейни начала, 7% са разведени, 0,5% разведена но без официален развод и 0,5% вдовици. ( Фигура 2)

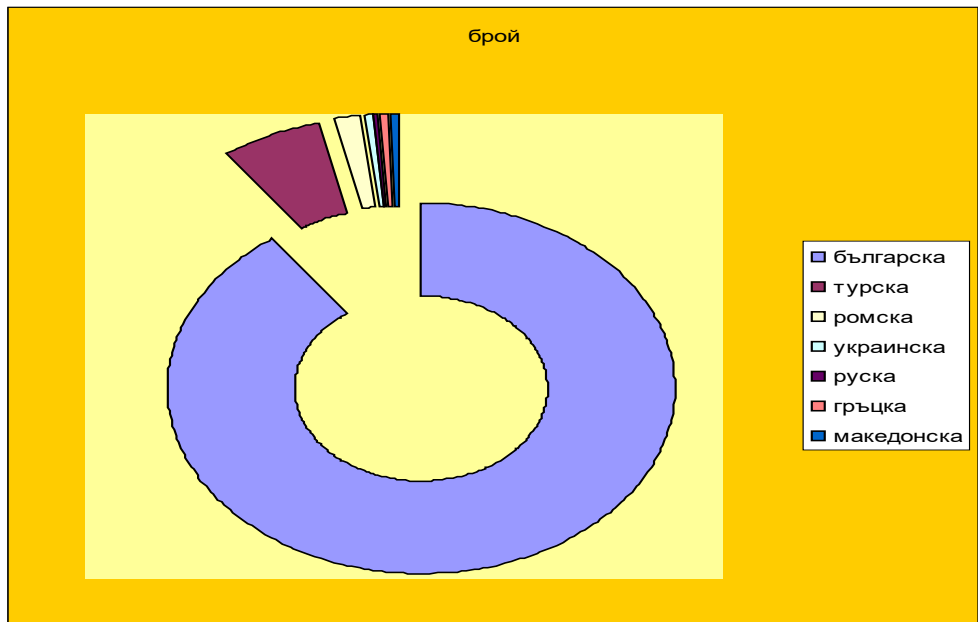
На въпроса „къде живеете?“, 88,5% от анкетираните посочват в голям град, 7% в по-малък град и 4,5% на село. ( Фигура 3)





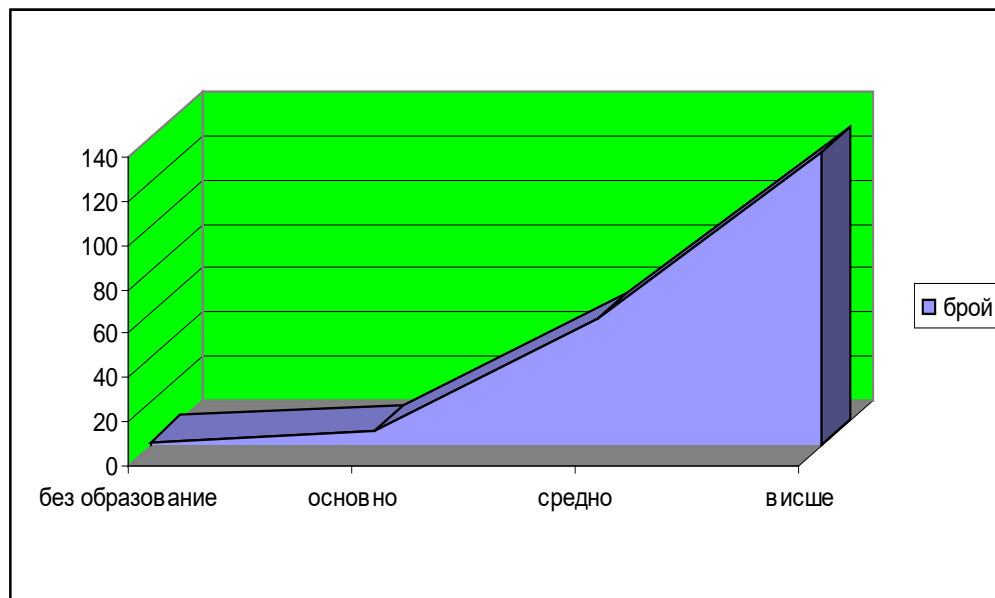
**Фиг. 3** Разпределение на анкетираните жени по местоживее

По-голямата част от интервюираните са с българска принадлежност – 90%; турска – 7,5% , 1,5% се определят като роми и друга етническа принадлежност по 0,5% ( руска, украинска, македонска и гръцка), представено на фигура 4.



**Фиг. 4** Разпределение по етническа принадлежност

Преобладаващата част от жените са с висше образование – 66,5%; 29% са със средно образование; с основно 3,5% и 1% без образование. Фигура 5



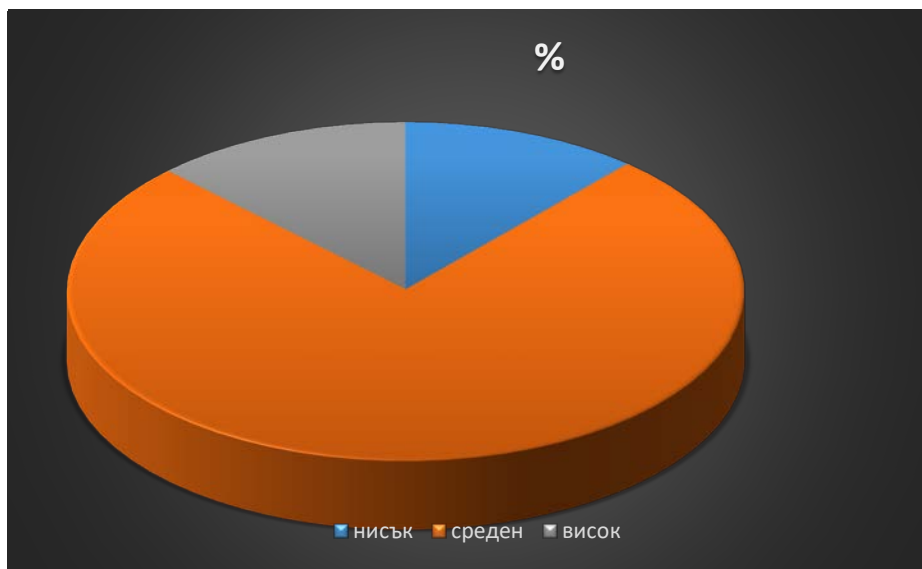
**Фиг.5** Разпределение на анкетираните жени по образование

Общо жените с трайна трудова заетост са 75%, като процентът на здравно осигурените се доближава до почти на максимума – 98,5%.

Анкетираните определят жизнения си стандарт, като висок 12.5 %, среден 76% и като нисък 11.5%, представени на фигура 6 и таблица 1.

**Табл. 1.** Разпределение на респондентите по жизнен стандарт

Стандарт	Брой	%
Нисък	23	11.500
Среден	152	76.000
Висок	25	12.500
Общо	200	100.000

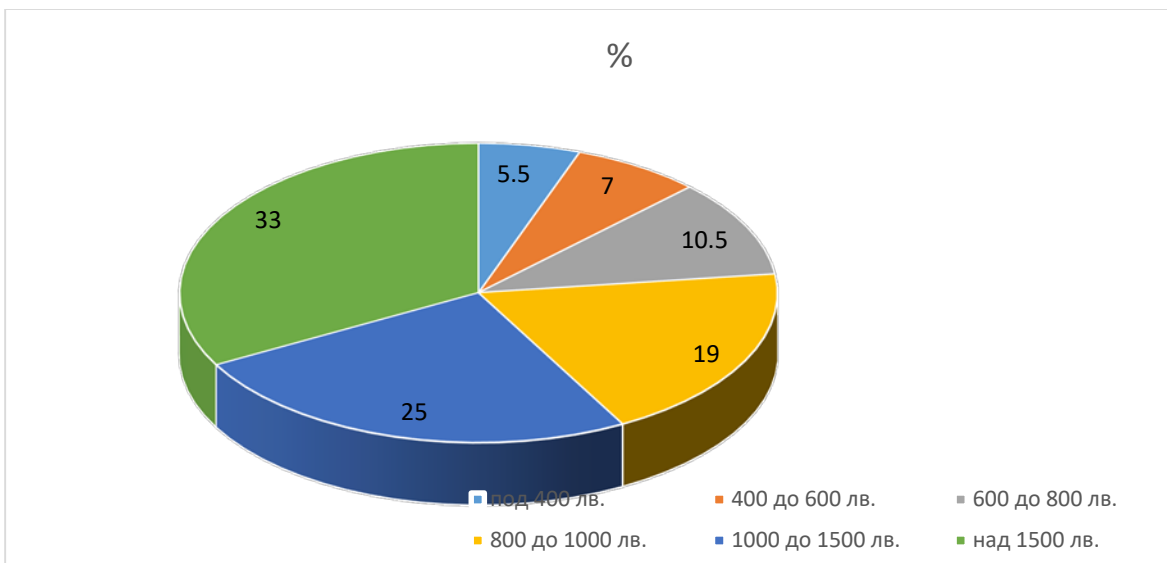


**Фиг. 6. Разпределение на анкетираните според нивото на жизнения им стандарт**

Прави впечатление факта, че по-голямата част от респондентите са са с доход между 600 и 1000 лева, което показва нисък материален стандарт. (Таблица 2 и фигура 6)

**Табл. 2. Разпределение на интервюираните жени в % по доход**

Доход	Брой	%
Под 400лв	11	5.500
400-600лв	14	7.000
600-800лв	21	10.500
800-1000лв	38	19.000
Над 1000лв	50	25.000
Над 1500лв	66	33.000
Общо	200	100.000



**Фиг.7** Разпределение на жените по доход

От таблица 3 се вижда, че средно едно домакинство се състои от трима души обикновено двама родители и едно дете.

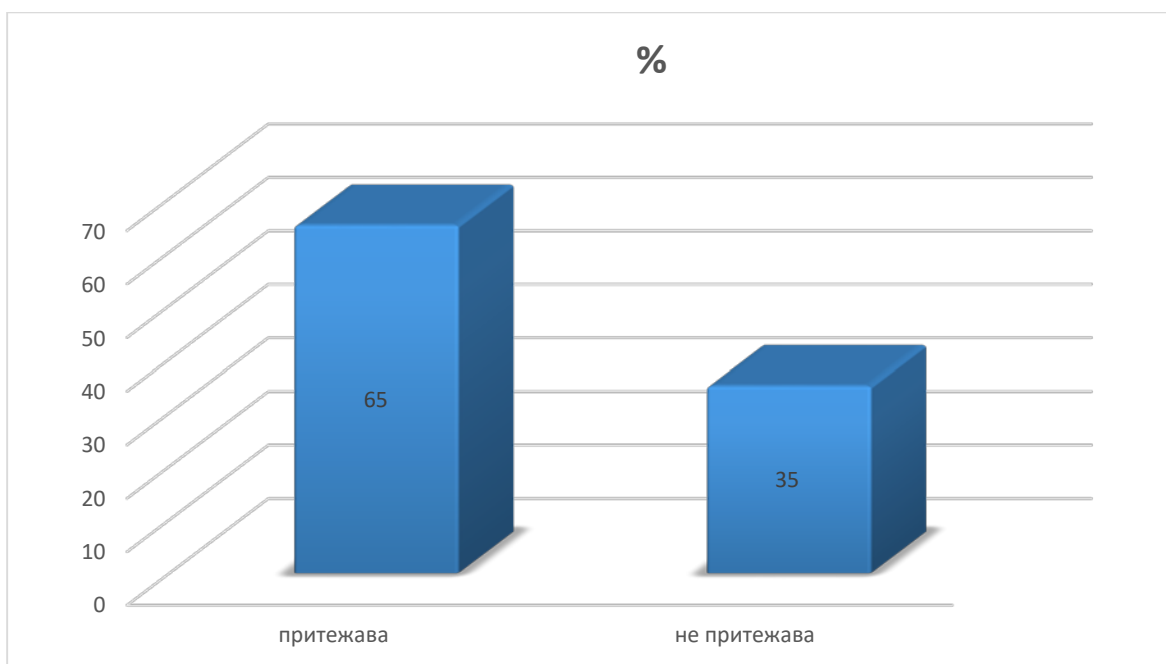
**Табл. 3** Среден брой членове в семейството

Среден бр. хора в семейство	
Ср.аритм.	3.181
Станд.откл.	1.138
Минимум	0.000
Максимум	9.000

На фона на ниския доход прави впечатление високия процент включени в изследването съобщават за собствено жилище близо 65%. (Таблица 4 и Фигура 8)

**Табл. 4 Наличие на собствено жилище**

Собствен дом	Брой	%
Да	130	65.000
Не	70	35.000
Общо	200	100.000

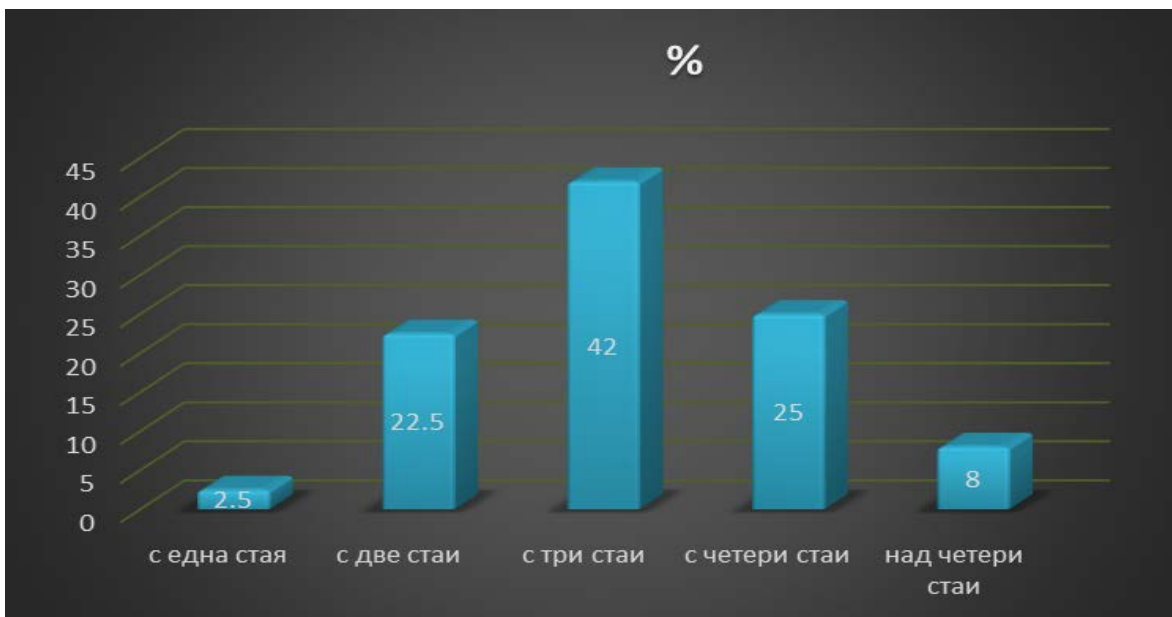


**Фиг. 8 Притежавано собствено жилище**

Жилището, което обитават, близо две трети от жените са посочели, че се състои от три и повече стаи. На таблицата 5 и фигура 9 добре се вижда разпределението по проценти.

**Табл. 5. Брой стаи в обитаваното жилище**

Бр.стаи	Брой	%
1 стая	5	2.500
2 стаи	45	22.500
3 стаи	84	42.000
4 стаи	50	25.000
Над 4 стаи	16	8.000
Общо	200	100.000



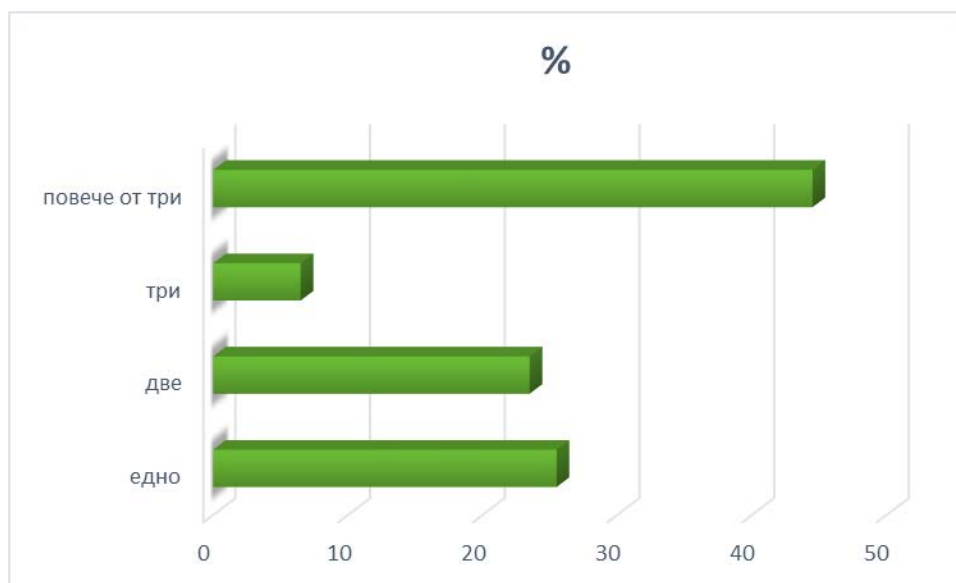
**Фиг. 9 Брой стаи в жилището което притежават**

За голямо съжаление тенденцията за едно и две деца в едно семейство се запазва и съставлява около 50% от двойките . ( Таблица 6 – Фигура 10)

**Табл. 6 Колко деца включва едно домакинство**

Деца	Брой	%
1 дете	51	25.500
2 деца	47	23.500
3 деца	13	6.500
Повече от 3 деца	89	44.500
Общо	200	100.000

Графично, тази тенденция е показана на фиг.10.



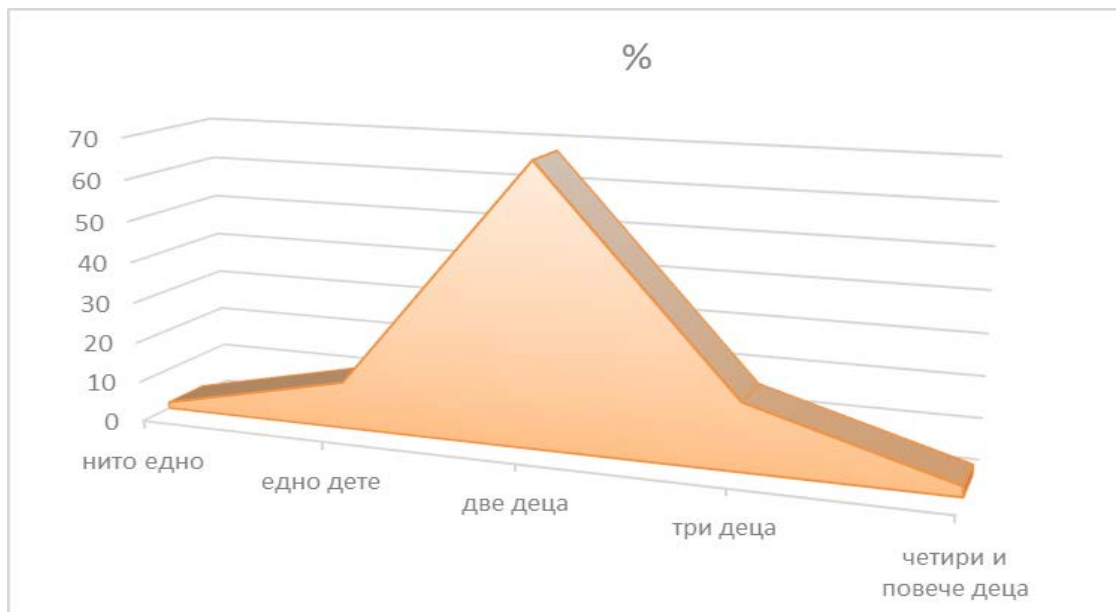
**Фиг.10. Разпределение на анкетираните според броя на децата в семейството**

Един от важните за нас показатели за увеличаване на раждаемостта е и желанието за повече деца в едно семейство. По този показател повечето от интервюираните жени близо 70 % посочват, че не желаят повече от две деца. (Таблица 7 – Фигура 11)

**Табл. 7. Желание за брой деца в семейството**

Показатели	Брой	%
Нито едно дете	3	1.500
1 дете	23	11.500
2 деца	136	68.000
3 деца	33	16.500
4 и повече деца	5	2.500
Общо	200	100.000



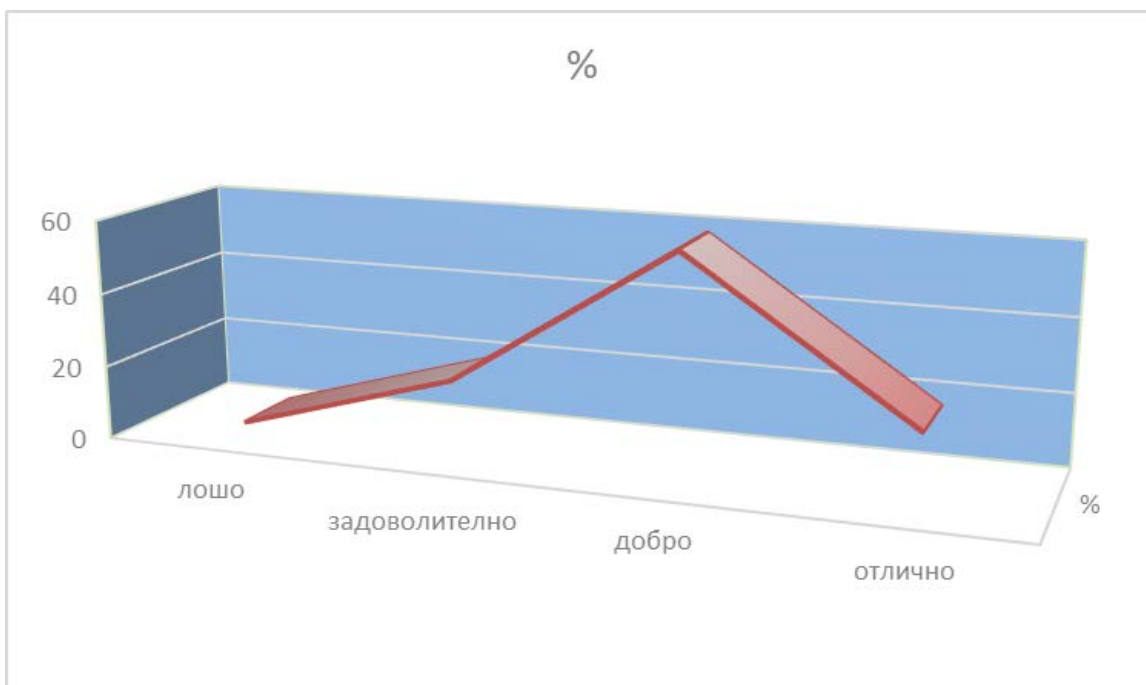


**Фиг. 11. Разпределение на желанието за брой деца в едно семейство**

Повечето от интервюираните жени смятат, че общото им здравословно състояние е задоволително и добро. Оценка отлично поставят за себе си само около 19% от тях. (Таблица 8 - фигура 12)

**Табл. 8 Оценка за здравословното си състояние**

Оценка здраве	Брой	%
Лошо	5	2.500
Задоволително	40	20.000
Добро	118	59.000
Отлично	37	18.500
Общо	200	100.000



**Фиг. 12 Оценка на моментното здравословно състояние**

С хронични заболявания са около 16 % от жените в анкетата , като най – чести заболявания те съобщават: хипертонична болест, захарен диабет, бронхиална асма, щитовидна патология и др. (Таблица 9 )

**Табл. 9. Наличие на хронични заболявания при интервюираните жени**

Хронично заболяване	Брой	%
Да	31	15.500
Не	169	84.500
Общо	200	100.000

За съжаление процента на абортите при жените остава висок повече от 21%.  
(Таблица 10 - Фигура 13)

**Табл. 10 процент на жените правили аборт**

Аборти/брой	Брой	%
Да	15	7.500
Не	158	79.000
Един аборт	12	6.000
Два аборта	8	4.000
Три аборта	3	1.500
Общо	200	100.000

Абортът по желание при жените остава също висок над 30% (Таблица 13)

**Табл. 11 Жени правили аборт по желание**

Аборт по желание	Брой	%	% без не отговорили
Да	23	11.500	31.081
Не	51	25.500	68.919
Не отговорили	126	63.000	
Общо	200	100.000	

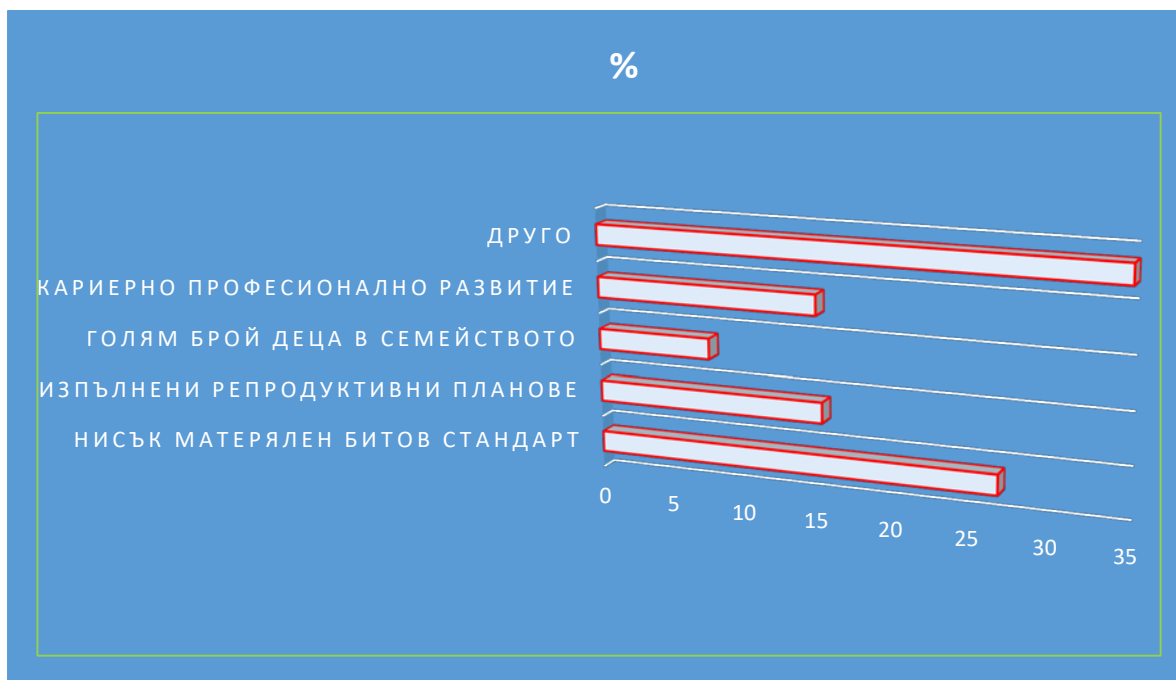


**Фиг. 13 Жени правили аборт**

Причините за аборта пожелание при жените са много, но най-честите от тях се виждат добре на таблица 12 и фигура 14. На първо място нисък материално-битов стандарт, следвано от изпълнени репродуктивни планове и кариера / професионално развитие.

Табл. 12 Основни причини за аборт по желание

Причина за аборт по желание	Брой	%	% без не отговорили
Нисък материално-битов стандарт	7	3.500	26.923
Изпълнени репродуктивни планове	4	2.000	15.385
Голям брой деца в семейството	2	1.000	7.692
Кариера/професионално развитие	4	2.000	15.385
Друго	9	4.500	34.615
Не отговорили	174	87.000	
Общо	200	100.000	

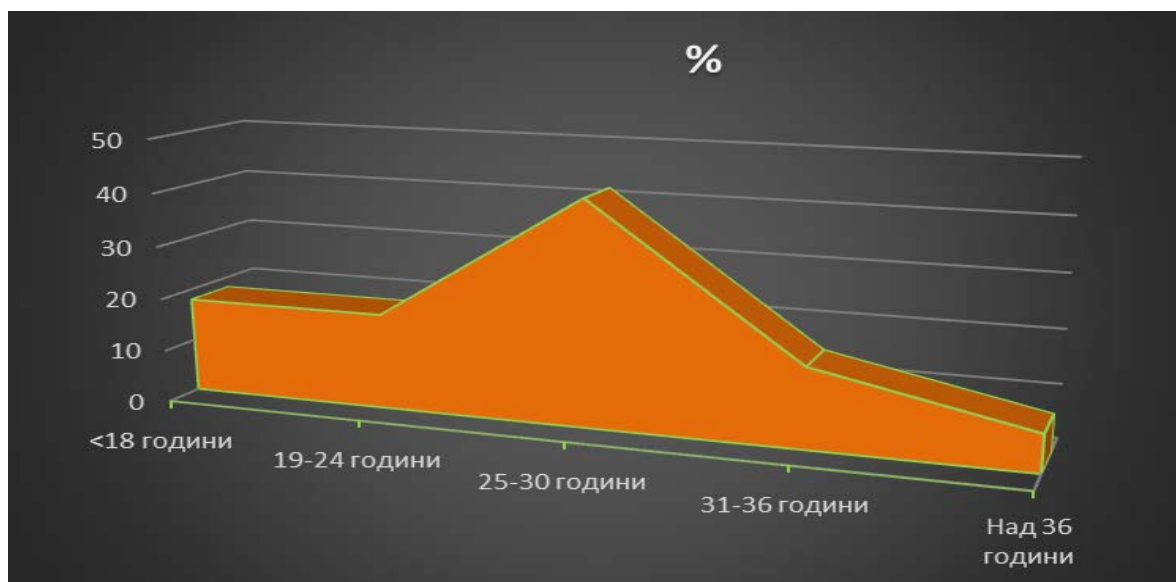


Фиг. 14 Причини за аборт по желание

За съжаление жените правещи аборт за първи път са предимно във възрастовия диапазон между 18 и 30 години. Това са най-активните години за създаване на поколение за всяка една жена. Обезпокояващ е и факта, че близо 20% от жените правят аборт за първи път преди да навършат 18 години. ( Таблица 13 и Фигура 15)

**Табл. 13 Разпределени по възрасти на жени направели аборт**

<b>Възраст първи аборт</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>
<18 години	8	18
19-24 години	8	18
25-30 години	19	42
31-36 години	7	15
Над 36 години	3	7
Общо	44	100.000

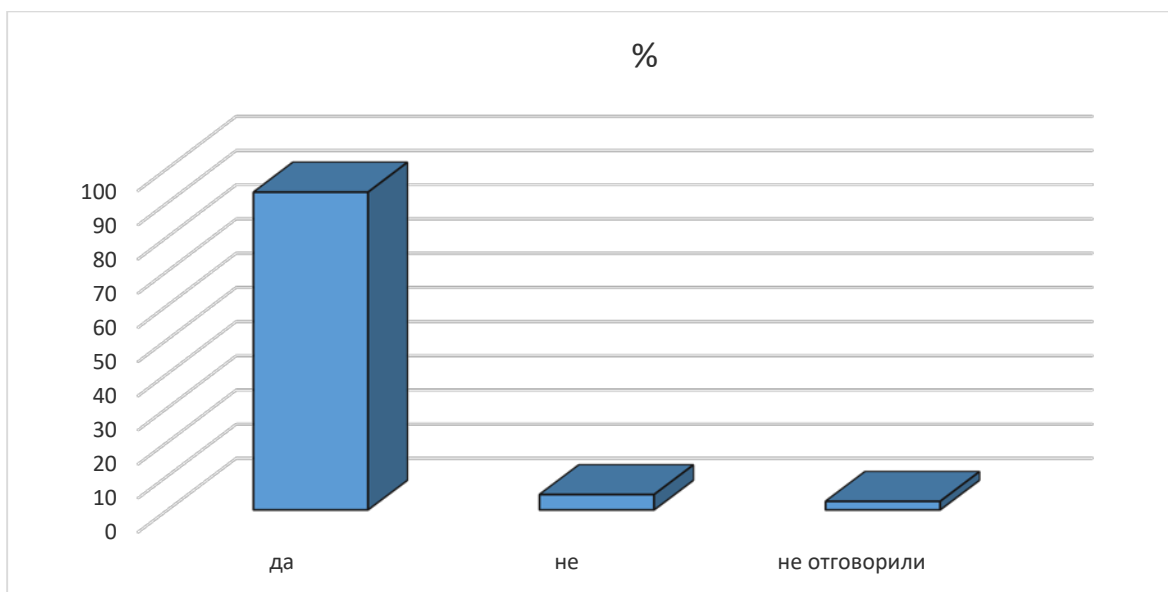


**Фиг.15 Възрастово разпределение на правещите аборт жени**

Над 93% от жените са убедени, че всяка жена трябва да има право на избор дали и кога да направи аборт по желание. (Таблица 14 – Фигура 16)

**Табл. 14 Мнение за правото на избор за аборт по желание**

<b>Мнение за правото на избор за аборт по желание</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>
Да	186	93.000
Не	9	4.500
Не отговорили	5	2.500
Общо	200	100.000

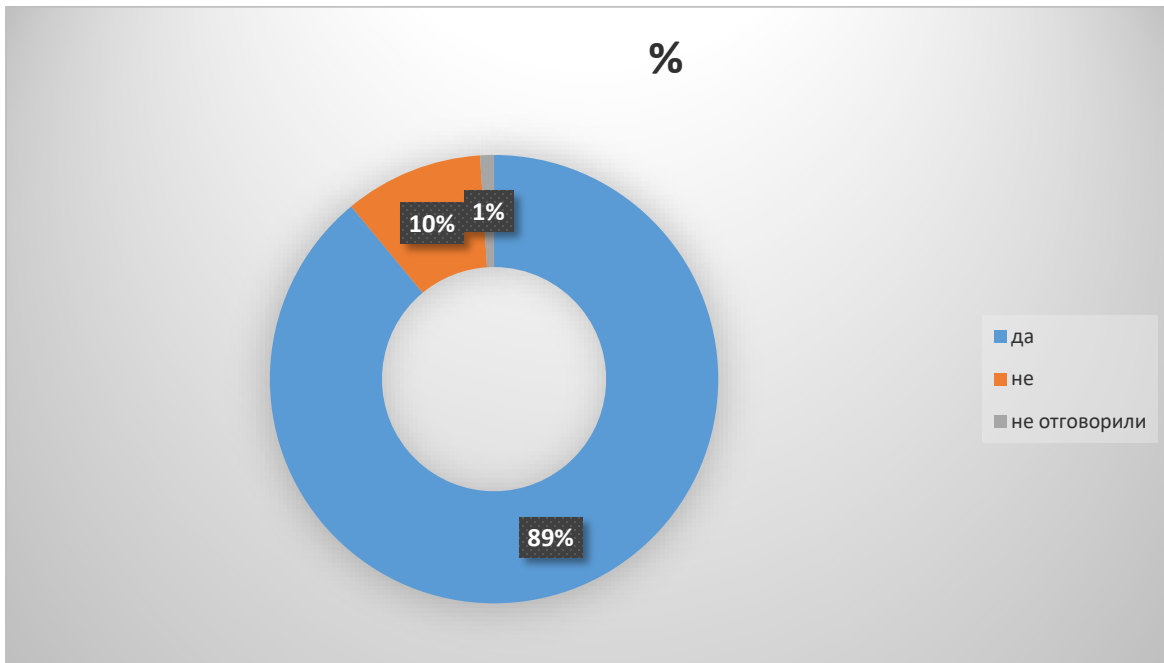


**Фиг. 16 Право на избор на всяка жена за аборт по желание**

Висок е и процента на жените над 89% , които знаят за възможните усложнения, по време и след извършването на манипулацията необходима за прекъсване на бременността.( Таблица 15 и Фигура 17)

**Табл. 15. Наясно с възможните усложнения при аборт**

<b>Яснота за възможни усложнения</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>
Да	178	89.000
Не	20	10.000
Не отговорили	2	1.000
Общо	200	100.000

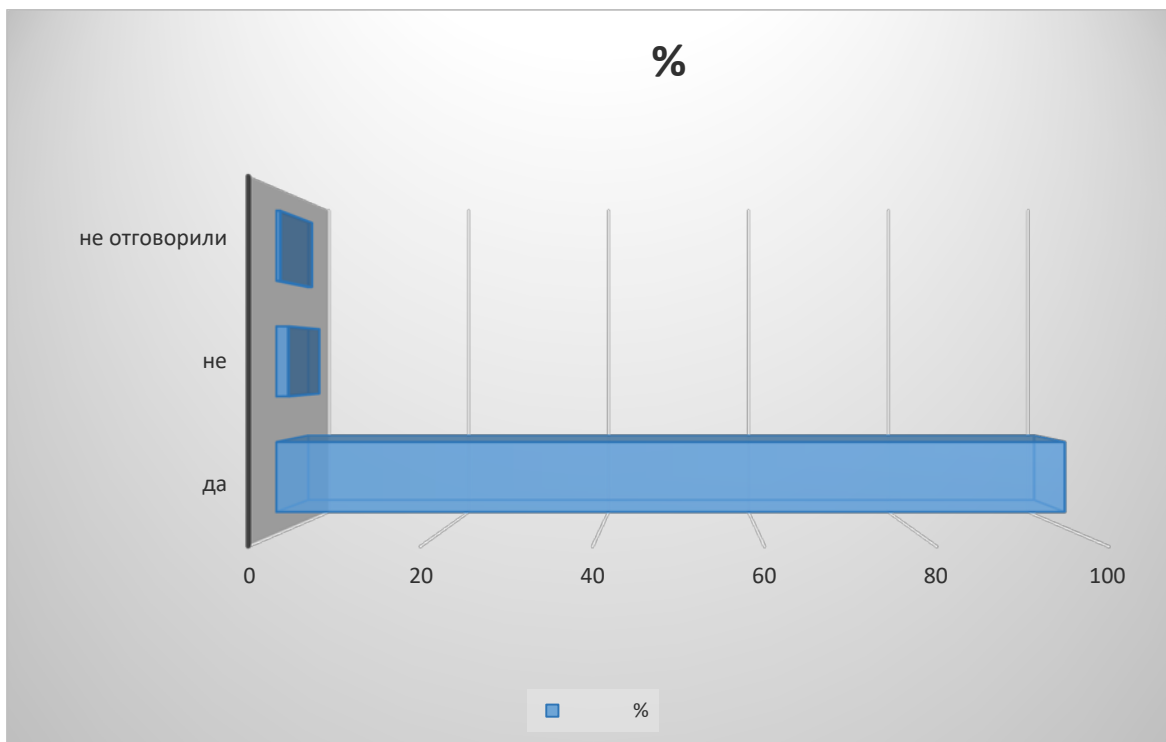


**Фиг. 17 Процентно разпределение на яснотата за възможни усложнения от извършването на аборт от страна на жената.**

Близко 100% от анкетираните жени знаят какво е противозачатъчно средство и не желаят непланирана бременност. ( Таблица 16 – Фигура 18)

Табл. 16. Познаване на противозачатъчните средства

Знаете ли какво е противозачатъчно средство?	Брой	%
Да	196	98.000
Не	3	1.500
Не отговорили	1	0.500
Общо	200	100.000



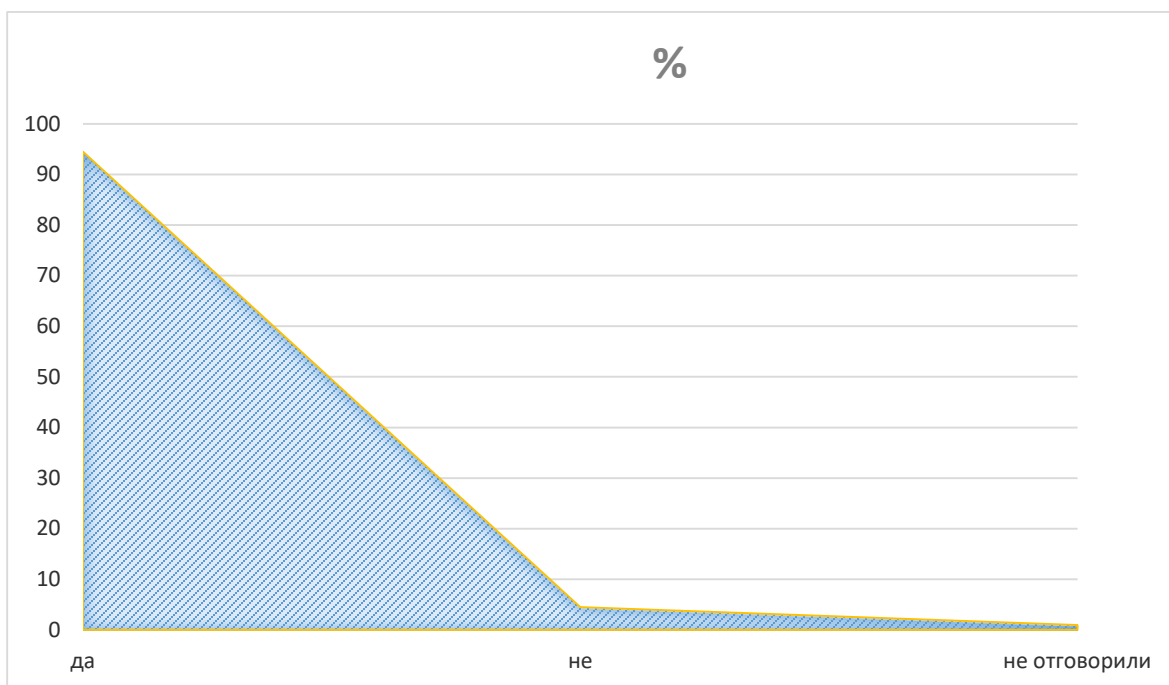
Фиг. 18 Наясно какво е противозачатъчно средство от страна на жените



Склонни са да се предпазват от нежелана бременност близо 95% от участвали в анкетата жени.( Таблица 17 - Фигура 19)

**Табл. 17 Склони да се предпазват от нежелана бременност жени**

<b>Склонност за предпазване от нежелана бременност</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>
Да	189	94.500
Не	9	4.500
Не отговорили	2	1.000
Общо	200	100.000



**Фиг. 19 Желаящи да се предпазват от непланирана бременност жени.**

За голямо съжаление методите за предпазване от нежелана бременност остават още далеч от съвременните начини за това, а именно съвременни хормонални противозачатъчни средства. Продължават да се използват остарели и по- неефективни средства за предпазване от нежелана бременност дадени по проценти по – долу на таблица 18 и фигура 20.

**Табл. 18 Начини за предпазване от нежелана бременност**

<b>Начин за предпазване от нежелана бременност</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>
Спирала	36	18
Хормонални средства	46	23
Прекъснат коитус	26	13
Календарен метод	22	11
Кондоми	31	15.5
Комбинация от изброените методи	39	19.5
Общо	200	100.000

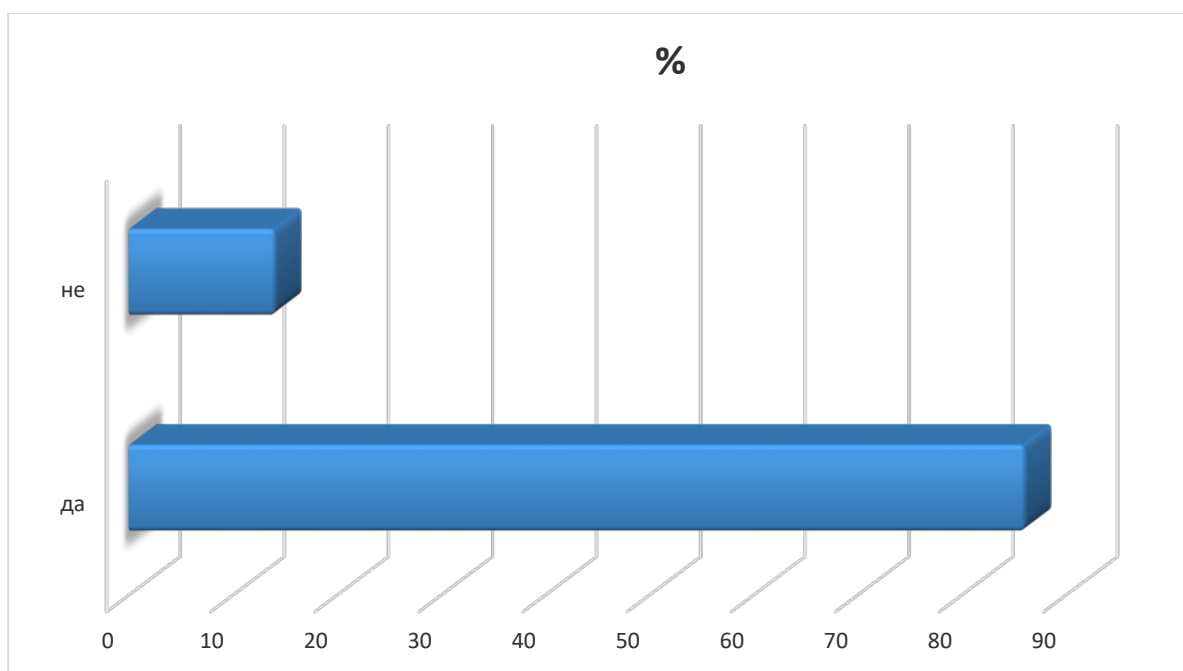


**Фиг. 20 Предпазване на жените от нежелана бременност**

Повече от анкетираните жени над 86% са наясно какво е полово предавана инфекция и последствията и рисковете от нейното предаване. (Таблица 19- Фигура 21)

**Табл. 19** Познаване на това, какво е полово предавана инфекция.

<b>Знаете ли какво е полово- свързана инфекция ?</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>
Да	172	86.000
Не	28	14
Общо	200	100.000



**Фиг. 21** Познаване на полово предавана инфекция

От направеното проучване се установи над 30 % от жените получават необходимата си информация за полово- свързани инфекции и сексуално здраве от личният си гинеколог30%, който има основна роля в набавяне на необходимата информация, следва от приятели и познати25% и интернет 17%. От личните лекари, преса, телевизия и радио те

получават една незначителна част от тази информация общо под 10% .( Таблица 20 - фигура 22)

**Табл. 20 От къде се черпи здравна информация**

Как се информирате?	Брой	%
личен лекар	10	5
личен гинеколог	60	30
преса	4	2
интернет	34	17
телевизия/радио	6	3
приятели и познати	50	25
специализирана литература	1	0.5
комбинация от отговори	35	17,5
Общо	200	100.000



**Фиг. 22 Начин за предобиване на здравна информация**

От всички интервюирани жени само 7% съобщават за поставяна им диагноза отнасяща се до инфекции предавани по полов път, а голяма част над 85% са жени без клинични проблеми.( Таблица 21)

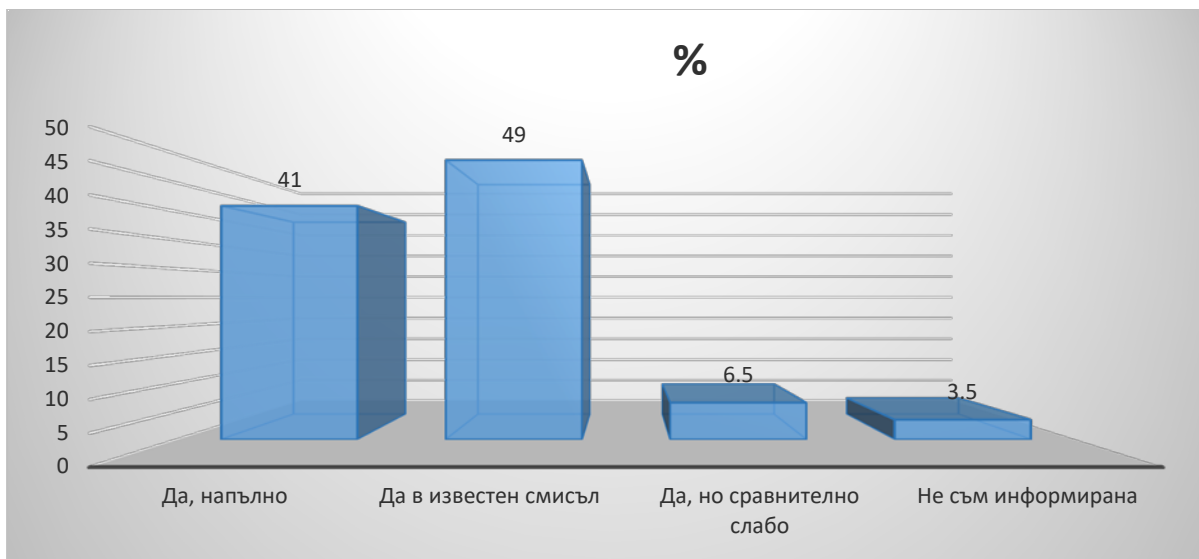
**Табл. 21 Придобити заболявания**

<b>Диагноза отнасяща се до:</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>
Инфекции предавани по полов път	14	7.000
Стерилитет	6	3.000
Злокачествено заболяване	3	1.500
Без открити проблеми	171	85.500
Не отговорили	6	3.000
Общо	200	100.000

Напълно информирани са под половината от жените около 41% за съжаление повече от половината от тях остават информирани недостатъчно.( Таблица 22 – Фигура23 )

**Табл. 22 Степен на информираност на жените**

<b>Достатъчно информирана ли сте?</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>
Да, напълно	82	41.000
Да в известен смисъл	98	49.000
Да, но сравнително слабо	13	6.500
Не съм информирана	6	3.500
Общо	199	100.000

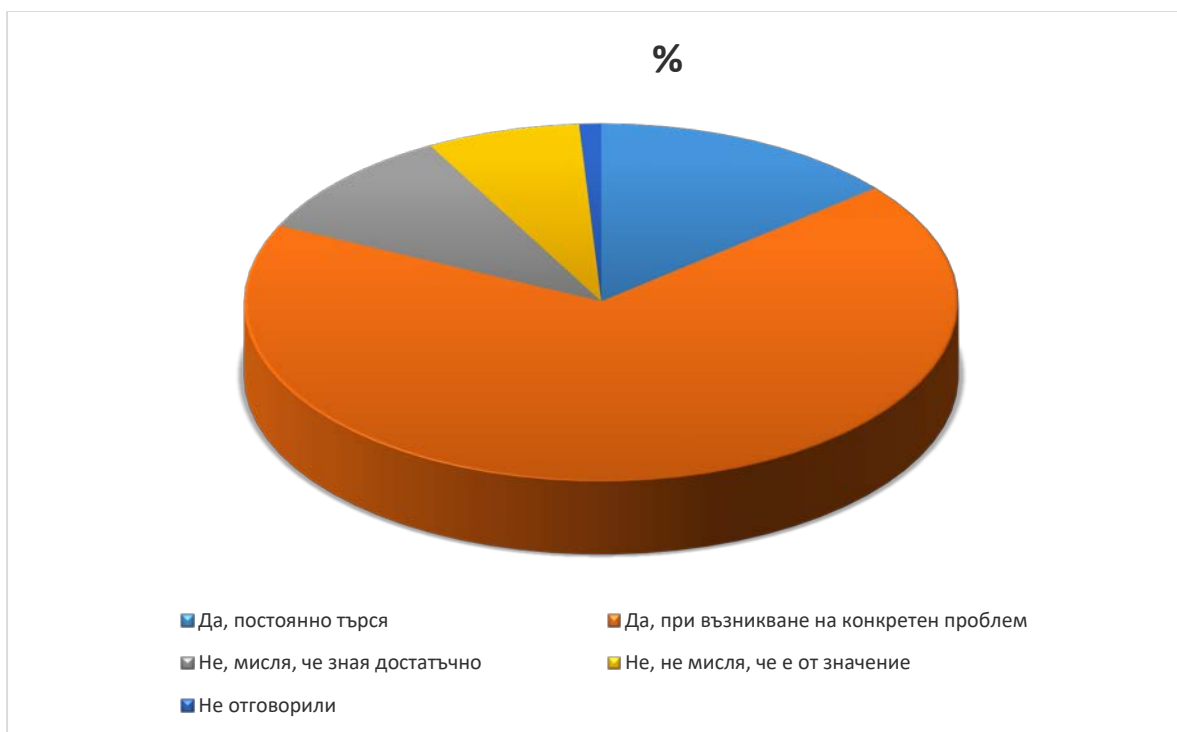


**Фиг. 23 Процент на информираност при жените**

Близо 70% от тях търсят активно информация само при възникване на определен здравословен проблем. За съжаление процента на активно търсещи информация е много нисък под 14% от жените.( Таблица 23 – Фигура 24)

**Табл. 23 Търсене на информация от страна на жените**

<b>31. Търсещи информация</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>
Да, постоянно търся	28	14.000
Да, при възникване на конкретен проблем	136	68.000
Не, мисля, че зная достатъчно	20	10.000
Не, не мисля, че е от значение	14	7.000
Не отговорили	2	1.000
Общо	200	100.000

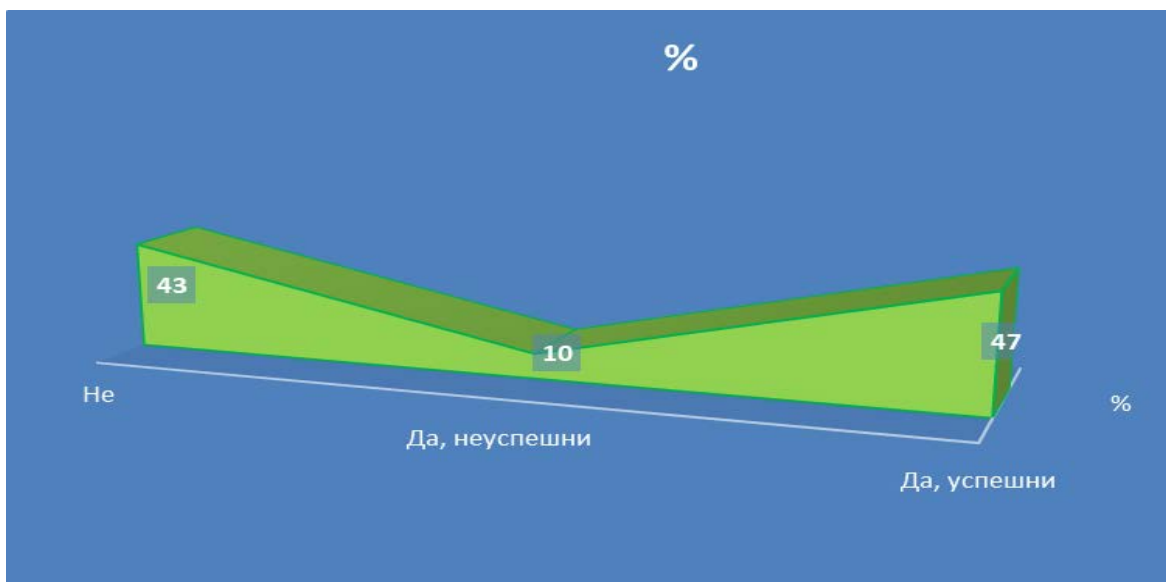


**Фиг. 24 Активно намиране на информация при жените**

Опитите за подобряване на репродуктивното здраве от страна на жените остава твърде нисък над 52 %.( Таблица 24 – Фигура 25)

**Табл. 24 Опити за подобряване на репродуктивното здраве**

<b>Опити за подобряване на репродуктивно здраве</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>
не	84	43.000
Да, неуспешни	20	10.000
Да, успешни	94	47.000
Общо	200	100.000



**Фиг.25 В проценти представяне на опитите за подобряване на общото здраве**

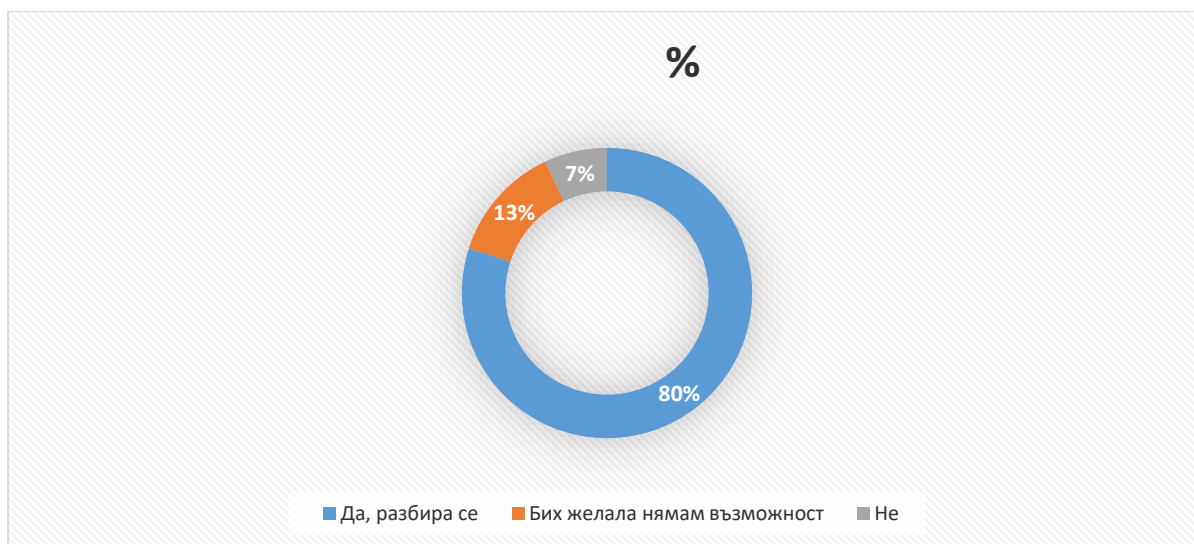
Жените са убедени, че качествената профилактика изисква допълнителни средства и време и те са готови да осигурят необходимите такива над 80% от тях.

( Таблица 25 – Фигура 26)

**Табл. 25 Склонност на жените за отделяне на допълнителни средства и време за репродуктивно здраве.**

Склонност за отделяне на пари и време за репродуктивно здраве	Брой	%
Да, разбира се	156	80.412
Бих желала, нямам възможност	24	12.371
Не	14	7.216
Общо	194	100.000





**Фиг. 26** Процентно представяне на желанието за отделяне на допълнителни средства от страната на жените за профилактика за репродуктивно здраве

Значителен остава процента от интервюираните жени около 35% които рядко посещават АГ специалисти по повод профилактика.

( Таблица 26 – фигура 27 )

**Табл. 26** Период от последния профилактичен преглед

Последен профилактичен преглед с гинеколог	Брой	%
През последната година	130	65.657
Преди повече от 1 година	35	17.677
Преди повече от 2 години	13	6.566
Преди няколко години	9	4.545
Не си спомням	8	4.040
Не ми е правен профилактичен преглед	3	1.515
Общо	198	100.000

**Фиг. 27** Време до следващия профилактичен преглед при жените



Като обяснение за това са посочели около 33% , че се чувстват здрави и толкова също, че нямат навика да посещават личния си лекар и / или личния си гинеколог. Други две групи с приблизително по 10% изтъкват липсата на време и страх да посетят своя личен лекар или гинеколог. Остава много нисък около 13% групата на редовно посещаващи ежегодно профилактични прегледи жени.

( Таблица 27 – фигура 28)

**Табл. 27** Причини за неявяване на профилактичен преглед

<u>Защо не се явявате на ежегодни профилактични прегледи?</u>	<u>%</u>
Нямам време	8.228
Нямам навика	32.278
Чувствам се здрава	32.278
Страхувам се	10.127
Не зная къде и при кого да отида	3.797
Ходя редовно	13.291
Общо	100.000



**Фиг.28** Процентно представяне за причините за пропускане на профилактичните прегледи

Използваният от нас корелационен анализ за изследване на зависимостите между различни показатели показателите и установяване на силата на тяхното влияние показва интересни взаимовръзки. Оценката на силата на зависимостта между променливите се базира на резултатите от коефициента на Spearman ( $\rho$ ), а степента на асоциация между променливите бе определяна като значителна при  $\rho > 0.5 < \rho = 0.7$ ; голяма при  $0.7 < \rho = 0.9$  и изключително голяма при  $\rho > 0.9$  при  $p \leq 0.05$ .

Получените резултатите не показаха значими зависимости между аборта по желание с променливите показатели образование ( $\rho = -0.024$ ,  $p = 0.839$ ) и доходи ( $\rho = -0.055$ ,  $p = 0.642$ ). Асоциация се откри само между величините: доходи и образование ( $\rho = 0.296$ ,  $p = 0.001$ ), като корелацията е положителна при интервюираните жени (т.е. по висока степен на образование се асоциира с по-високи доходи) и умерена като степен.

Открихме взаимовръзка само между етнос и населено място ( $\rho=0.305$ ,  $p=0.001$ ), корелацията е положителна (т.е. жени с ромска и турска идентичност са по-вероятно да живеят на село) и умерена като степен.

Корелационният анализ на степента на образование и броя деца в семейството, показва обратна, т.е. негативна връзка между ниво на образование и наличните деца в едно семейство ( $\rho = -0.152$ ,  $p=0.032$ ). Това означава, че по-високото образование се свързва с по-малък брой деца в семейството. Също така, доходът ( $\rho = -0.157$ ,  $p=0.026$ ) и битовият стандарт ( $\rho = -0.159$ ,  $p=0.025$ ) се оказват важни променливи определящи желанието за деца при респондентите.

При прилагане на метода на **Spearman**, анализът ни не откри зависимост между извършените аборти и броя профилактични прегледи ( $\rho = -0.053$ ,  $p=0.463$ ).

Открихме положителна корелационна зависимост между доходите и жизненият стандарт на анкетираните; по-високите доходи свидетелстват за по-висок жизнен стандарт ( $\rho=-0.315$ ,  $p=0.001$ ) както и между броят на стаите в жилището им и жизненият стандарт. ( $\rho=-0.210$ ,  $p=0.003$ ).

Интересно, че резултатите показаха слаба, но статистически значима връзка между извършените аборти и наличието на собствен дом на запитаните ( $\rho=-0.174$ ,  $p=0.015$ ). Това показва склонността на жени, които нямат собствено жилище да извършват аборт.

Резултатите ясно показаха, че съществува статистически значима връзка между начините за предпазване от бременност и нивото им на информираност ( $\rho=-0.149$ ,  $p=0.037$ ), както и между нивото на информираност и желанието на жените да научат повече за репродуктивното здраве ( $\rho=0.185$ ,  $p=0.009$ ).

По метода „Spearman's Correlations“ – не се открихме зависимост между броя на абортите и възрастта на първия аборт ( $\rho=-0.073$ ,  $p=0.637$ ).

По метода „Spearman's Correlations“ – не се открихме зависимост между променливите ниво на образование и начин на предпазване.

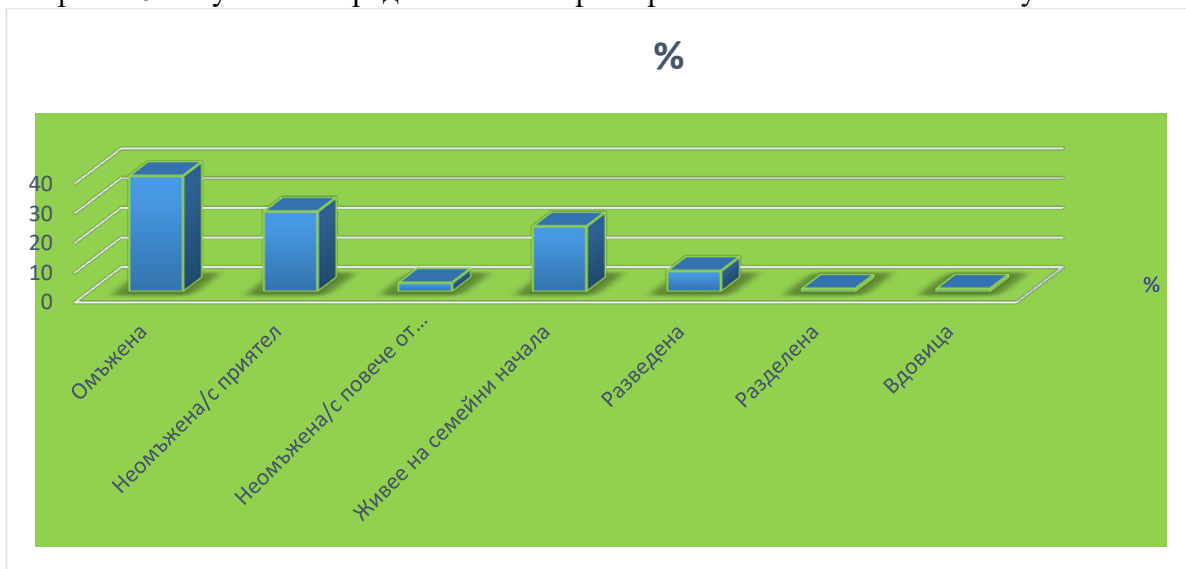
Анализът на данните от проучването не откри никакви корелации между променливите - жизнен стандарт, аборт по желание и аборт по медицински причини.

## СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ

Използван бе методът на “хи-квадрат тест” като непараметричен тест, при който се търсят значими разлики в честотно представяне на категорийни стойности. Статистическа значимост при непараметричните тестове се приема при  $p \leq 0.05$ .

Установихме несъответствие между заявилите, че са имали аборт и броя на декларираните аборти. Затова използвахме абортите по желание и по медицински причини за същия анализ.

На фиг. 29 визуално са представени интервюираните жени по семеен стаус.



**Фиг. 29** Семеен статус

Анализът с хи-квадрат не откри връзка и съществени разлики между видовете семеен статус и аборта по желание ( $\chi^2=7.76$ ,  $p=0.265$ ). Въпреки това прави впечатление, че най-много аборти са правени сред семейните жени.

Анализът с хи-квадрат теста не откри връзка и съществени разлики между видовете семеен статус и аборта по медицински причиние ( $\chi^2=6.69$ ,  $p=0.342$ ). Въпреки това прави впечатление, че най-много аборти са правени сред семейните жени. (Фигура 29)

Анализът с хи-квадрат теста не откри връзка и съществени разлики между различните местонахождения и аборта по желание ( $\chi^2=3.72$ ,  $p=0.155$ ). Въпреки това прави впечатление, че най-много аборти са правени в големите градове.

Анализът с хи-квадрат теста не откри връзка и съществени разлики между различните местонахождения и аборта по медицински причини ( $\chi^2=1.80$ ,  $p=0.406$ ). Въпреки това прави впечатление, че най-много аборти са правени в големите градове.

Анализът с хи-квадрат теста не откри връзка и съществени разлики между аборта по желание сред различните етноси ( $\chi^2=3.07$ ,  $p=0.383$ ). Въпреки това прави впечатление, че най-много аборти са правени от жени с българска принадлежност (25.67%). Подобни са резултатите и при абортите по мед.причини.

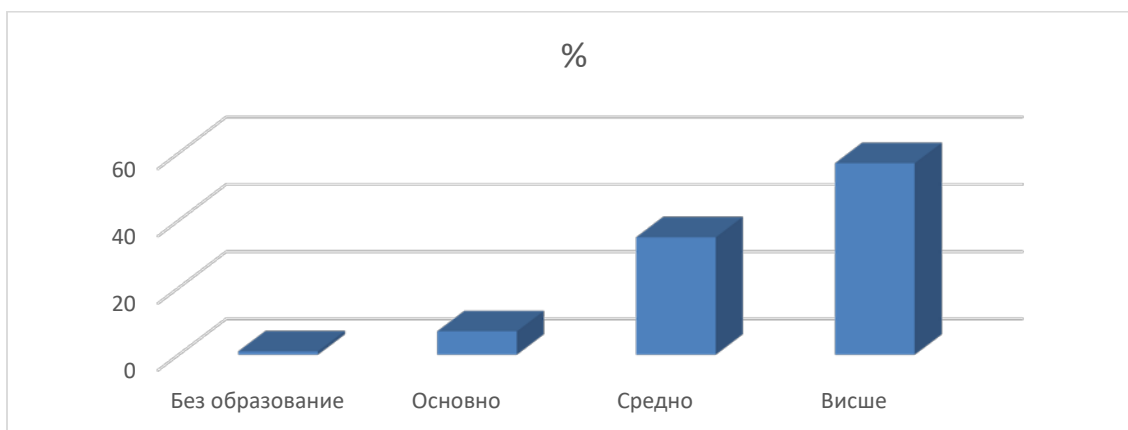


**Фиг. 30 Връзка между местонахождение на жените дали интервю и аборта по медицински причини**

Анализът с хи-квадрат теста не откри връзка и съществени разлики между аборта по мед.причини сред различните етноси ( $\chi^2=2.48$ ,  $p=0.479$ ). Въпреки това прави впечатление, че най-много аборти са правени от жени с българска принадлежност. (Фигура 30)



**Фиг. 31** Аборт по мед.причини сред различните етноси



**Фиг. 32** Аборт по желание сред жени с различна степен на образование

Анализът с хи-квадрат теста не откри връзка и съществени разлики между аборта по желание сред жени с различна степен на образование ( $X^2=3.280$ ,  $p=0.350$ ). Въпреки това прави впечатление, че най-много аборти са правени от жени с висше образование.(Фигура 32 )

Анализът с хи-квадрат теста показва, че жени с висше образование са по-вероятните пациенти при аборт по медицински причини, като тази разлика спрямо другите жени не е случайна, т.е. тя е статистически значима ( $X^2=15.27$ ,  $p=0.002$ )

Резултатите от таблицата след направен хи-квадрат анализ и честото разпределение на данните показват, че най-много аборти са регистрирани сред жени оценили жизнения си стандарт като среден. Сходни са и резултатите при аборти направени по медицински причини.

Не се откри връзка между личностната самооценка за ниво на информираност по проблемите на репродуктивното здраве и направените аборти по желание и мед причини ( $X^2=4.738$ ,  $p=0.315$ )

Не се откри връзка между личностната самооценка за ниво на информираност по проблемите на репродуктивното здраве и направените аборти по желание ( $X^2=1.21$ ,  $p=0.876$ ). Прави впечатление, че тези жени самоопределили се като информирани, сред направилите най-много аборти.

### **Анкета –лекари резултати:**

Общо анкетирани лекари 50 на брой от които 39 ОПЛ и специалисти по АГ 11 на брой.( Таблица 28)

**Табл. 28 Брой лекари ОПЛ и АГ участвали в анкетата**

	<b>брой</b>	<b>%</b>
ОПЛ	39	78.000
АГ	11	22.000
общо	50	100.000

На въпроса колко трудов стаж имате по специалността интервюираните лекари са отговорили средно около 18 год. и общо трудов стаж, като лекари средно 24 години.

Средната възраст на лекарите взели участие в анкетата е 52 години, като най младия е на 26 години, а най възрастния е на 77 години.

По голям процент заемат медицинските специалисти, който изповядват някаква религия.



Общо от респондентите лекари – ОПЛ заемат 77,5 %, докато лекарите с специалност АГ са 22,4 % . Аборти се правят при специалистите със специалност по акушерство и гинекология . Личните лекари имат по – голяма склонност към сръмеж за запазване на бременността и по – малко аборти

Статистически, разлики в нагласите за повишаване на здравната култура на ОПЛ и АГ не се откриха (таблици по-долу); процентни разлики обаче има. За голямо съжаление промоцирането на здравна култура от страна на медицинските специалисти остава сравнително ниско на този етап.

Хи-квадрат анализа не откри статистическа разлика в нагласите между ОПЛ и АГ ( $\chi^2=0.402$ ,  $p=0.526$ )

Хи-квадрат анализа откри статистическа разлика в процентната разлика на изписаните противозачатъчни от ОПЛ и АГ ( $\chi^2=0.817$ ,  $p=0.016$ ), т.е личните лекари са по склонни да изписват противозачатъчни средства.

Тук процентните разлики между хормонални и нехормонални изписани медикаменти не е значима ( $\chi^2=0.274$ ,  $p=0.254$ ), т.е. можем да видим само тенденцията от процентите, но не и да правим някакви изводи.

Хи-квадрат анализа не откри статистическа разлика в нагласите между ОПЛ и АГ ( $\chi^2=2.21$ ,  $p=0.137$ ), но се открояват процентно различията.

Хи-квадрат анализа не откри статистическа разлика в нагласите между ОПЛ и АГ ( $\chi^2=0.036$ ,  $p=0.850$ ), но се открояват процентно различията. Отново ОПЛ специалистите са по – склонни да изписват съвременни противозачатъчни средства.

Хи-квадрат анализа показаха статистическа разлика в нагласите между ОПЛ и АГ ( $\chi^2=11.558$ ,  $p=0.001$ ). По-склонни затова са ОПЛ, докато АГ специалистите претпочитат по малко да разубеждават жените да не извършват аборт.

От данните ясно се вижда , че остава висок процента на жените в нашия регион, при които средство за предпазване от нежеланна бременност остава аборта. Висок е дялът на жените които извършват аборт по желание.

## 5.Обсъждане

В нашето проучване анкетирахме 200 жени в репродуктивна възраст посетили ОПЛ практика и/ или АГ специалист. Демографският анализ показва те са разпределени почти еднакво в четирите възрастови групи: 28% от тях са на възраст над 40 години; 21% на възраст 31-40 години; 19% на възраст 26-30 години; 21% в диапазона 20-25 год. и 11% на възраст между 14 и 19 години. Почти 50 % са омъжени или живеят с партньор на семейни начала, като близо 90 % живеят в голям град. Над 60 % от жените са с висше образование, а жените с трайна трудова заетост са 75%, като процентът на здравно осигурените се доближава до почти на максимума – 98,5%.

Над 70 % от жените определят жизнения си стандарт като среден, а останалите са разделени по равно- с нисък и съответно висок жизнен стандарт. На този фон прави впечатление високия процент ( 65 % ) респонденти със собствено жилище.

За голямо съжаление тенденцията за едно и две деца в едно семейство се запазва- 47 % от анкетираните, а още по – обезпокояващ факт е, че 44 % от жените нямат деца.. Средно едно домакинство се състои от трима души.

Не по-малко обезпокояващ е фактът, че жените от български етнос със средно и висше образование масово желаят само едно, най-много две деца. При жените от малцинствата се наблюдава тенденция да желаят общо през живота си 3 деца.

Нашите резултати препокриват резултатите на проучване през 2017 год. На Тодорка Боева, което показва, че по-голяма част от омъжените и родилите едно дете не планират раждане на второ дете.

Статистическият анализ показва отрицателна корелационна връзка между броя деца в семейството от една страна и образованието на жената от друга. Жените с по - висока степен на образование имат по- малък брой деца.

Над 95% от интервюирани жени са твърдо убедени, че всяка жена трябва да има право на избор за аборт по желание.

Това потвърждава резултатите от проучването Българската асоциация по семейно планиране и сексуално здраве (БАСП) през октомври 2006 г., целящо да анализира нагласите и поведението спрямо аборта по желание сред българските жени и мнението им за право на избор на аборт. Резултатите сочат, че много голяма част от анкетираните жени

– 227 (81.1%), изразяват либерални позиции относно правото на жената на избор на аборт по широки социални индикации.

Повече от половината интервюирани жени не са отговорили на въпроса „Правили ли сте аборт по желание“, което предполага притеснение от морална гледна точка. Около 30% от отговорилите са правили аборт по желание.

Големият процент жени правещи аборт по желание за съжаление са в детородна възраст между 18 – 30 г., предимно с българска етническа принадлежност, със висше образование, със среден жизнен стандарт на самооценка, живеещи в големите градове.

Притеснителен остава фактът, че 21 % от анкетираните жени са правили поне по един аборт до сега, като първият аборт е станал между 18 и 20 годишна възраст, като има жени, извършили аборт и на 16 годишна възраст, въпреки високият процент (над 80%) на информираност сред тях относно възможните усложнения след аборт.

Корелационният анализ не показва статистическа значимост между аборти по желание от една страна и образование и доходи от друга. Прави впечатление факта, че най-много аборти има при омъжените жени и жените живеещи в големите градове с българска принадлежност.Abortите по желание също са най-много при жените от този етнос с висше образование със среден жизнен стандарт на самооценка. Анализът с хи-квадрат теста показва, че жени с висше образование са по-вероятните пациенти и при аборт по медицински причини, като тази разлика спрямо другите жени не е случайна, т.е. тя е статистически значима ( $\chi^2=15.27$ ,  $p=0.002$ )

Наблюдава се тенденция за нарастване на дела на майките с ниско образование и занижен социално-материален статус. Определящи фактори, довеждащи до “желанието” за аборт при тях са тежките социално-икономически условия в семейството. Тези резултати отговарят на резултатите в проучване на Т. Боева през 2017 год., където се установява, че най-важният фактор за вземане на решение за прекъсване на бременността е нестабилното или лошо финансово състояние, следвано от нежеланието за повече деца.

Нашето проучване показва, че причините за аборт по желание са няколко, като на първо място е нисък материално-битов стандарт, следвано от изпълнени репродуктивни планове, и желание за кариерно / професионално развитие. Резултатите показаха слаба, но статистически значима връзка между извършените аборти и наличието на собствен дом на

запитаните ( $\rho=-174$ ,  $p=0.015$ ). Това показва склонността на жени, които нямат собствено жилище да извършват аборт.

В проучване на Л.С. Кострыкина и съавт. е установено, че основа причина за прекъсване на бремеността при младежи е нежеланието да станат бащи, а при девойки е младата възраст и желанието за кариерно развитие.

Около 19% от интервюираните жени определят здравословното си състояние като отлично, а останалите като задоволително и добро. Анкетиранияте жени са здрави и това не е причината за по малко деца в едно семейство. Друг обезпокояващ факт е, че близо половината от респондентките са жени без дете.

В противовес на нашите резултати е проучване на М. О. Карпов през 2004 год, което установява, че 76 % от анкетиранияте жени прибегващи до аборт, вече имат живородено дете.

Нашите резултати отговарят на резултатите от проучване на М. О. Карпов през 2004 год. Той разглежда причините за абортите при три групи жени: под 25 години, 25 -30 години и над 30 години. В първата група основните причини за аборт за незавършено образование, материалното благополучие, липсата на надежден партньор. Във втората група основните причини за аборт са били успешна кариера, самостоятелно постигане на финансово благополучие и избягване от семейния патриархат. В третата група основните причини са били здравословни и финансови проблеми. Това проучване потвърждава липсата на статистическа зависимост между образованието и извършването на аборт, което корелира с нашите резултати. ( Карпов М.О , 2004)

В сексуалното поведение на всички жени се наблюдава и неблагоприятната тенденция за недостатъчно използване на съвременните методи за контрацепция и предпазване от нежелана (непланивана) бременност въпреки , че близо 100% от жените знаят какво е противозачатъчно средство и не желаят непланирана бременност. За голямо съжаление методите за предпазване са далеч от познатите съвременни противозачатъчни средства. Жените в България само в около 22% прилагат модерна контрацепция (кондоми, спирали и орални контрацептиви). Установихме, че хормонални противозачатъчни средства ползват под 20% от анкетиранияте жени.

Нашите резултати потвърждават изводите от проучване на тема "*Контрацепция и българката днес*", проведено от 5 до 13 февруари 2008 г. В него са участвали 600 жени на

възраст от 18 до 35 години от София, Варна и Пловдив. Това проучване установява, че едва 4% от българките се доверяват на плановата контрацепция. Според направеното проучване 46% от българките не използват никакви методи за предпазване от бременност, въпреки че знаят за контрацептивните хапчета.

В развитите страни над 50% от жените в плодоносна възраст системно прилагат противозачаточни средства и методи. От тях половината използват перорални препарати, около 20% си служат с кондоми, а вътрематочните средства заемат 12 – 15%, прекъснатия коитус 8 – 10%, останалите: диафрагми, спермециди, естествени методи – общо 5%.(Маркова.С 2004)

За разлика от нашите резултати, проучване на Л.С. Костръкина и съавт. през 2013 год. показва, че анкетираните студенти практически нямат познания за методите на контрацепция. ( Костръкина Л, 2013)

За съжаление абортът все още остава средство за регулиране на нежеланата бременност над 20%.

Профилактичните прегледи и посещения при АГ специалистите са предимно от жени над 40 год и между 20 и 25 години, над 90% от тази група живеят в голям град. Най – рядко посещават лекарски кабинети жените под 20 години.

Процентът жени, които не посещават АГ специалисти остават сравнително висок - над 35%, като причините са много, но най- честите са: липса на време, липсва необходимия навик и страх от среща със зравния специалист.

Половината жени споделят, че не са достатъчно информирани за здравословните проблеми и начина на профилактика от страна на общопрактикуващите лекари и АГ специалисти. Само 14% от респондентите търсят активна информация.

Жените са убедени, че са необходими допълнителни средства за качествена профилактика и повече от 80% са склонни да отделят допълнителни средства за това.

Като цяло причините за повече аборти можем да търсим в :

- ниския материален статус - неадекватно заплащане;
- ниска степен на образование и ниска сексуална и контрацептивна култура;
- несигурнос в законодателната власт – често сменящи се закони и разпоредби;
- затвърждава се убеждението на семейната жена в България за завършени репродуктивни планове след раждането на едно или две деца въпреки , че желанието за

повече от две деца в семейство е над 70% от интервюираните, което е важен потенциал за развитие;

- липса на достатъчно време за профилактична дейност и обсъждане на здравни проблеми, както от страна на жената така и от страна на лекарите.

Тези наши резултати припокриват резултатите от анализ на БАСПСЗ, според които основните фактори за широкоразпространеното в България прилагане на аборти са: недостатъчно висока степен на контрацептивна и сексуална култура на населението; основаване върху архаични стереотипи и норми за вината в интимните отношения на мъжа и жената и за забременяването като резултат от тях; финансова недостъпност на модерните контрацептиви, и др.

Семейно планиране, репродуктивно здраве и контрацепция. Анализ на практиките и нагласите в седем страни от Източна Европа и Централна Азия. БАСПСЗ, IPPF, UNFPA, 2012. – В: [www.semeinoplanirane.com](http://www.semeinoplanirane.com) ; [www.zdravenmediator.net/pic/articles/Contra ceptive](http://www.zdravenmediator.net/pic/articles/Contra%20ceptive).

Нашето проучване установи, че основния източник за набиране на информация относно репродуктивното здраве на жените, са медицинските специалисти. След това следват: разговори в семейството; разговори с приятели; електронни издания за масова информация; интернет форуми;

Въпреки трудностите на преходния период, в който се намира и българското здравеопазване, ОПЛ и АГ специалисти са основни източници на информация при възникване на конкретни проблеми. Близко 70% от интервюираните жени търсят активно информация само при възникване на определен здравословен проблем. За съжаление процента на активно търсещи информация постоянно е много нисък под 14% от жените.

Това отговаря на резултати от проучване на П. Петров , в което интервюираните ромии споделят, че най -честият им източник на знания за запазване от нежелана бременност са медицинските гинекологични консултации, уроците в училище и обмена на знания между приятели. Сравнително малка е ролята на ромските родители в предаването на съответните знания.

Около 35% от анкетираните жени са провели профилактичен гинекологичен преглед преди повече от една година. Около 33% от тях като причина са посочили, че се чувстват здрави, почти същия процент, че нямат навика да посещават личния си лекар и / или личния си гинеколог. Други две групи с приблизително по 10% изтъкват липсата на време и страх

да посетят своя личен лекар или гинеколог. Остава много нисък около 13% групата на редовно посещаващи ежегодно профилактични прегледи жени.

Над 80% от жените са убедени ,че качествената профилактика и поддържане на добро репродуктивно здраве, изисква допълнителни средства и време и те са готови да осигурят необходимите такива. (Петров П, 2009)

В процеса на репродуктивните си години, жената получава внимание и грижи от здравните заведения като потенциална майка чрез оказваните предродови грижи от специалистите по АГ и ОПЛ.

Анкетирани от нас лекари са разпределени , както следва: 77,5 % от тях са ОПЛ, а специалисти по АГ са 22,4 %. Техният трудов стаж средно аритметично е 18 години. Личните лекари имат по – голяма склонност към стремеж за запазване на бременността и по – малко аборти .

Ние установихме, че промотирането на здравна култура е по – високо при групата на ОПЛ с 76% спрямо АГ специалистите при които е само 23%.

Лекарите, които се опитват да разубеждават пациентките си за извършване на аборт по желание и запазване на бременността са най- вече ОПЛ.

Основната група лекари склонни да извършват аборт по желание са АГ специалистите.

Всички анкетирани лекари (ОПЛ и АГ специалисти) са на мнение, че жените не ги посещават достатъчно често за профилактика. Те смятат, че здравната и репродуктивна култура на жениете не е на добро ниво.

За употребата на контрацептивни средства у нас, лекарите споделят, че все още те не са това необходимо средство за предпазване на жените от нежелана бременност, както е в другите европейски страни. ОПЛ са по – склонни да изписват противозачатъчни средства, отколкото АГ специалистите: Хи-квадрат анализа откри статистическа разлика в процентната разлика на изписаните противозачатъчни от ОПЛ и АГ ( $\chi^2=0.817$ ,  $p=0.016$ ). Не се откри разлика в двете групи лекари в предпочитанията им спрямо хормонални и нехормонални противозачатъчни средства.

ОПЛ имат по-голяма склонност да изписват съвременни противозачатъчни средства. Всички лекари взели участие в анкетата споделят, че в нашия регион продължава да е висок

процента на жените, които извършват аборт по желание, като средство за предпазване от нежелана бременност.

Мнението на анкетираниите лекари е, че е необходима по-висока активност, както от тяхна страна, така и от страна на самите жени, на държавата и на здравните институции за редуциране на броя на абортите у нас.



## 6. ИЗВОДИ

1. Големият процент жени, извършващи аборт по желание са в детеродна възраст между 18 – 30 г., предимно с българска етническа принадлежност, със висше образование, със среден жизнен стандарт според самооценка и живеещи в големите градове.

2. Наблюдава се тенденция за нарастване на дела на жените с ниско образование и занижен социално-материален статус, които са направили аборт по желание, поради тежките социално-икономически условия в семейството.

3. Сегашното законодателство в България дава възможност за такова решение на жените

4. Жените от български етнос със средно и висше образование масово желаят само едно, най-много две деца. При жените от малцинствен произход се наблюдава желание за 3 деца в семейството.

5. Близко половината от респондентките са жени без дете. За голямо съжаление тенденцията за едно и две деца в едно семейство се запазва и съставлява около 50% от двойките, имащи деца. Средно едно домакинство се състои от трима души.

6. Около 50% от анкетираните жени са правили поне по един аборт по желание до сега, като първият аборт е станал между 18 и 20 годишна възраст.

7. В сексуалното поведение на всички жени се наблюдава неблагоприятна тенденция за недостатъчно използване на съвременните методи за контрацепция и предпазване от нежелана (непланивана) бременност въпреки, че близо 100% от жените знаят какво е противозачатъчно средство и не желаят непланирана бременност.

8. Абортът все още остава средство за регулиране на нежеланата бременност.

9. ОПЛ и АГ специалистите са основен източник на информация за пациентките при възникване на конкретни проблеми, като промотирането на женското здраве е по – високо при групата на ОПЛ, спрямо АГ специалистите.

10. Нужно е изработване на програми за достъпно консултиране във връзка с репродуктивното и сексуално здраве, осъществени от ОПЛ и АГ специалисти.

11. Необходимо е да се проведат обучителни курсове за видовете контрацепция, особено сред подрастващите, за което може да се използва помощта на неправителствени организации в тясна връзка и колаборация с ОПЛ.

## **7. Приноси на дисертационния труд**

### **Оригинални приноси:**

1. За първи път се изследвани съществуващите проблеми на абортите по желание в нашият регион и са предложени конкретни инициативи за намаляването им.
2. Установени са актуалните основни демографски и социални фактори, предразполагащи за извършване на абортите по желание.
3. Установена е тревожна тенденция, че въпреки познаването на съвременните орални контрацептивни методи, все още само около 25% от жените ги използват.
4. Установено е, че ОПЛ имат голяма роля в изписването на съвременни перорални контрацептивни средства.
5. Предоставени са ясни препоръки и практически предложения към ОПЛ и АГ специалисти, МУ, Общински власти и МЗ с цел по-добра координация и ефективност на институциите.

### **Приноси с потвърдителен характер:**

1. Потвърждава се необходимостта за намаляване на абортите по желание и увеличаване на естествения принос на българския етнос;
2. Потвърждава се значението на профилактиката и увеличаване на сексуалната култура за намаляване на абортите по желание
3. Потвърждава се ролята на ОПЛ и АГ специалистите в борбата за намаляване на абортите по желание и промоция на женското здраве.

## **8. Списък на публикациите свързани с дисертационния труд**

1. **С. Фъртунов**, Ж.Русева, В.Маджова. „Първична аменорея – основни насоки в диагностиката и лечението. Препоръки към общата медицинска практика“.

Сп. „Обща медицина“, 2018, том XX, брой 2, стр.76-79

2. **С. Фъртунов**, Ж. Русева и В. Маджова. Анализ на някои показатели и тенденции, свързани с раждаемостта и абортите по желание у нас и в Европа и възможности за тяхното оптимизиране ., Сп. „Обща медицина“, 2021, 23 (2): 20-24