

Министерство образования и науки Российской Федерации

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»

Кафедра социологии социальной работы

**СОЦИАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ ЖЕНЩИН В ОТНОШЕНИИ  
СИТУАЦИИ КРИЗИСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

(автореферат бакалаврской работы)


студента 5 курса 551 группы  
направления Социальная работа  
Социологического факультета  
Акифьевой Наталии Михайловны

Научный руководитель  
Доцент

  
14.05.17  
подпись, дата

Иванов Д.Л.

Зав. кафедрой  
доктор социологических наук, профессор

  
14.05.17  
подпись, дата

М. Э. Елютина

Саратов 2017

## Введение.

**Актуальность темы исследования.** На сегодняшний день общая численность женщин в России составляет 77 млн. 600 тыс. человек, это 54% населения РФ. В стране сохраняется характерное превышение численности женщин над численностью мужчин. В настоящее время женщин на 10 млн. больше чем мужчин.

Женщины - это особая социально-демографическая группа. Их жизнедеятельность отличается конкретными социальными функциями, включая все сферы отношений в обществе. Женщины отличаются специфическими чертами характера, особым духовным обликом. Они выполняют роль и труженицы и матери. В настоящее время растет число женщин, занятых в сфере управления, в политической сфере. Женщина стала выступать больше как субъект, чем как объект в жизни общества.

Проблемы материнства в современном обществе давно уже перестали быть проблемой одной отдельно взятой пары потенциальных родителей.

С некоторых пор в России вопросы поддержки материнства стали фактором национальной безопасности.

Но есть особая категория беременных, мы их называем «кризисными беременными» — это те женщины, которые по тем или иным причинам оказываются на пороге жестокого выбора и начинают склоняться к мысли о том, что возможным выходом из их кризисной ситуации может стать решение о добровольном отказе от чуда материнства. И выход этот они видят для себя в аборте.

Технологии социальной работы с женщинами очень актуальны на современном этапе развития общества.

**Степень научной разработанности проблемы.** Теоретико-методологическую базу работы составили труды российских ученых-социологов, а именно: Антонов Г. В. Бедный М.С. Берн Э. Беляев Г.Ф., Гаспарович А.Г. Кочюнас Р. Лозанович Л.А. Линде Н.Д. Максимова Т. М., Белов В. Б., Лушкина Н. П., Никитина С. Ю., Редина М. А.

**Цель исследования** проанализировать особенности социальных установок женщин в отношении ситуации кризисной беременности как фактор репродуктивной стратегии.

**Задачи исследования**

1. проанализировать основные технологии и теоретические подходы в рамках предобортного консультирования в помогающих профессиях.
2. оценить факторы, влияющие на формирование социально-психологических установок в отношении кризисной беременности среди женщин.

**Объект исследования:** социальные установки женщин в отношении ситуации кризисной беременности.

**Структура бакалаврской работы** представлена введением, тремя разделами, заключением, списком литературы, приложений.

**Основное содержание работы.**

**В первом разделе работы** рассматриваются основные понятия и критерии кризисной беременности.

По имеющимся оценкам, численность населения Российской Федерации может сократиться к 2025 году до 125 млн. человек. Уменьшится ожидаемая продолжительность жизни, сократится численность женщин репродуктивного возраста, увеличится доля граждан старше трудоспособного возраста.

На сохранение репродуктивного здоровья, сокращение уровня смертности, увеличение рождаемости и продолжительности жизни населения направлена Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 09.10.2007 № 1351.

Один из ведущих факторов, негативно влияющих на репродуктивное здоровье, приводящих к нарушению репродуктивной функции, бесплодию, возникновению гинекологических заболеваний у женщин, - аборты. О

необходимости сокращения числа абортс прямо говорится в Концепции демографической политики Российской Федерации.

Британский исследователь этой проблемы Р. Джонсон в последней своей социологической работе приводит еще более удручающие цифры. По его оценке, до 70% беременностей в России заканчиваются искусственным прерыванием. Только 2% наших соотечественниц до 40 лет ни разу в жизни не делали подобную операцию.

Безусловно, такая непростая проблема должна решаться комплексом мер, включающим меры материального стимулирования, информационного характера, а также адресную работу в лечебных учреждениях с беременными женщинами, находящимися в ситуации принятия решения о сохранении или прерывании беременности.

Кризисная беременность — это беременность, которая объективно или субъективно тяжело переносится женщиной, сопровождается выраженным соматическим, социально-бытовым и иным неблагополучием в связи с чем протекает под угрозой искусственного прерывания.

Изучение причин абортс является одним из важнейших факторов их профилактики. Одним из показаний к медицинскому абортс является состояние здоровья женщины или плода. Уровень абортс по медицинским показаниям, несмотря на тенденцию к снижению по России, остается достаточно высоким, что связано с ухудшением состояния здоровья беременных женщин и улучшением диагностики врожденных и наследственных заболеваний плода. Профилактика абортс по медицинским показаниям должна быть направлена на укрепление соматического и репродуктивного здоровья женщин как путем пропаганды здорового образа жизни, так и мерами государственной политики в области здравоохранения. Особого внимания требует анализ социальных причин абортс.

Кризисной беременностью следует называть беременность, которая соответствует как минимум одному из следующих критериев:

- негативное отношение к беременности со стороны самой женщины, в той или иной степени выраженное желанием прервать беременность.

- негативное отношение к беременности со стороны кого-либо из близкого окружения женщины.

- несовершеннолетний возраст беременной.

- внешние препятствия, сопровождаемые наличием у женщины финансовых, социально бытовых, жилищных проблем, затрудняющих обеспечение необходимого ухода за ребёнком.

- медицинские осложнения протекания беременности, наличие у женщины соматического или психического заболевания, реальный или мнимый риск ухудшения состояния здоровья во время беременности, тяжелое протекание беременности, обнаружение риска патологии у плода, наличие в анамнезе как минимум одного прерывания беременности, аборт по медицинским показаниям.

- прохождение обучения в учебных заведениях. Возраст с 18 лет до 21 года.

- женщины с непостоянными отношениями. Возраст от 18 лет до 25 лет.

- женщины в гражданском или официальном браке, имеющие одно или двух детей.

- женщины после 40 лет, независимо от семейного положения.

Угроза прерывания может быть по своей степени выраженности латентной и актуальной.

Латентная (скрытая) угроза прерывания — имеется как минимум один из вышеперечисленных критериев, но женщина не высказывает намерения прервать беременность. Подчеркнем, что речь идет хоть и о скрытом, но все же имеющемся риске прерывания, в связи с чем специалисту, консультирующему такую женщину, следует очень чутко и внимательно отнестись к её жизненной ситуации и душевному состоянию, по возможности работая на предотвращение усиления угрозы прерывания.

Актуальная угроза прерывания — женщина высказывает сомнения в целесообразности рождения ребёнка; описывает сложности, связанные с этим событием; высказывает надежды и опасения, связанные с позитивными или негативными изменениями в её жизни, которые могли бы повлиять на её решение о сохранении или прерывании беременности.

Намерение прервать беременность — женщина высказывает, казалось бы, твердое желание прервать беременность, просит предоставить ей направление на аборт. Но очень часто речь идет о «псевдотвердом» и «псевдоокончательном» решении. Даже если женщина утверждает, что она «уже все решила», она, зачастую, подсознательно колеблется, ждет помощи и контраргументов вплоть до момента начала операции по прерыванию беременности. В связи с этим работа, направленная на сохранение ребёнка, представляется перспективной даже для этой группы беременных, хотя в такой ситуации подобная работа, конечно же, требует особого такта, гибкости и мягкости.

Существует три важные закономерности, связанные со степенью риска прерывания беременности:

1. Решение о прерывании беременности принимается только женщиной и связано не столько с наличием объективных проблем и препятствий для рождения ребёнка, сколько с её готовностью отстаивать своё материнство и преодолевать сложности ради сохранения жизни ребёнка. Ярким примером служит рождение детей в военные и послевоенные годы, когда жизненные обстоятельства были гораздо более тяжелыми, чем в современной действительности, однако ценность деторождения была высока и придавала женщинам решимость.

2. Переход латентной угрозы прерывания беременности на уровень актуальной угрозы или в намерение прервать беременность может происходить на любом сроке беременности. Известны случаи, когда женщины приходили к такому решению на сроке 20–24 недели. Вот почему к

состоянию женщин из «группы риска» следует относиться предельно внимательно и поддерживать с ними неформальный, личностный контакт.

3. Степень угрозы прерывания беременности может увеличиваться в связи с неблагоприятными изменениями в жизни женщины, отсутствием моральной поддержки в намерении сохранить беременность.

«Кризисности» беременности способствует ряд факторов. В действительности они тесно переплетены и взаимодополняемы, тем не менее, условно можно выделить 4 группы факторов:

1. Психологические-внутриличностные, межличностные, супружеские.
2. Социально-психологические-социальные стереотипы, внебрачная беременность, давление среды.
3. Социально-экономически-материально-бытовые жизненные условия, финансовое положение, асоциальность, миграция.
4. Медико-психологические -соматические и психические заболевания женщины, обнаруженные риски патологии плода.

Очевидно, что аборт не является объективной необходимостью. Решение о прерывании беременности складывается путем совокупного действия ряда факторов и является негативным, деструктивным выходом из кризисной беременности.

**Во втором разделе** рассматривается такая технология социальной работы с кризисными беременными как «предабортное консультирование».

В условиях низкой рождаемости проблема сохранения жизни каждого ребенка, даже и нарождённого, приобретает особое значение. Опыт ряда организаций, говорит о том, что примерно каждая шестая женщина, пришедшая за направлением на аборт, готова поменять свое решение и сохранить беременность.

Профилактика абортов является одной из приоритетных задач, направленных на охрану репродуктивного здоровья и рождение здоровых детей. В практике врачей акушеров-гинекологов в настоящее время в работе

с пациентками широко используется консультирование по вопросам охраны репродуктивного здоровья, предупреждения нежелательной беременности.

Незапланированная беременность для большинства женщин является фактором стресса, сложной жизненной ситуацией, а в этом состоянии человеку очень сложно сделать осознанный и правильный выбор. В таких случаях необходима помощь квалифицированного специалиста-психолога.

Приказом Минздравсоцразвития России от 01.06.2007 № 389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях» утверждено положение об организации деятельности кабинета медико-социальной помощи женской консультации, который создается с целью реализации медико-социальных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья женщин. Одна из ведущих задач, стоящих перед специалистами кабинета, осуществление мероприятий по предупреждению аборт, проведение консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежелательной беременности, формирование у женщины сознания необходимости вынашивания ребенка и дальнейшая поддержка в период беременности. В рамках выполнения задач ключевая роль принадлежит психологу.

Цель психолога при консультировании – создать условия для осознания клиентом своих чувств, мотивов поступков, причинно-следственных связей и личностного роста.

Предабортное консультирование — это вид кризисного консультирования.

Цель предабортного консультирования – это создание психологом условий для осознания беременной женщиной или членами ее семьи истинных мотивов прерывания и сохранения беременности и активизация поисков ресурсов для решения данной ситуации.

Методика психологической работы с кризисными беременными.



Поскольку обычно женщины, решившие прервать беременность, значительно более психически уязвимы, чаще пребывают ситуации сомнений по поводу предстоящего аборта, психологу необходимо быть предельно корректным и уделять особое внимание следующим этапам консультационной работы:

- установление взаимопонимания между психологом и женщиной, исключение оценочных суждений, проявляемых в любой форме, по поводу решения прервать беременность.

- установление доверительных, но исключающих переключений принятия решения об аборте или сохранении беременности на психолога, отношений сотрудничества, диалогических.

- выявление остроты переживаний женщины по поводу принятого ею решения, субъективной глубины восприятия ситуации как кризисной, конфликтной и причин этого. С согласия женщины психолог выясняет социальную составляющую кризиса (возраст, образование, профессия, жилищные условия, материальная обеспеченность, семейное положение и наличие близких родственников), а также оценку жизненной и социальной ситуации с позиции самой женщины.

- выявление когнитивных и ситуационных, эмоциональных деформаций и их роль в принятии решения о судьбе ребенка, которое под влиянием вышеуказанных аспектов переживаний часто препятствует компетентному и осмысленному поведению женщины, усугубляет уже имеющиеся личностные проблемы, внутриличностные конфликты и осложняет отношения с близкими и окружающими людьми, приводя к импульсивным поступкам и препятствуя адекватному действию в ситуации беременности.

- выявление эмоциональных негативных переживаний: тревожность, низкая самооценка, страх жизненных перемен, страх изменений в здоровье и внешности, которые могут произойти вследствие беременности и родов, боязнь ответственности. Все это препятствует адекватному смысловому самоопределению позиции женщины.

- выявление с согласия женщины мнения мужа, членов семьи, близких людей, которые включают круг значимых для беременной людей, по поводу принятого ею решения о прерывании беременности.

Трудности, которые встречаются при работе с данной категорией беременных женщин однотипны для всей выборки в целом. Основным препятствием для осуществления психологической диагностики, помощи и поддержки беременных женщин, желающих исполнить аборт, является тот факт, что практически каждую такую женщину следует определять, как немотивированного клиента. Не всегда они приходят на консультацию по собственному желанию, в процессе консультирования им недостает мотивации. В специальной психологической литературе такие клиенты обозначены как «немотивированные».

Поэтому первая задача консультанта – постараться преодолеть естественное сопротивление «неистинного», «немотивированного» клиента и сделать все возможное, чтобы он занял позицию истинного. В этом случае в дальнейшем ходе консультации психологу остается только грамотно применять ту структуру психологической консультации, которая ему наиболее близка.

Отдаленные деструктивные последствия абортaм намного серьезнее и опаснее, чем затраты на сопровождение «проблемной» с медицинской или социальной точки зрения беременной. В связи с этим консультанту при обсуждении с женщиной её намерения сделать аборт следует:

1. Полно и подробно проинформировать о последствиях. Женщина имеет право знать, что именно она собирается сделать, и чем это может обернуться для неё и её близких.
2. Настойчиво рекомендовать всесторонне осмыслить это решение на основании новой информации.

С кризисной беременной нужна командная работа, в которой каждый специалист должен выполнять строго свои профессиональные функции:

- врач акушер-гинеколог: профессиональное и полное информирование о вреде аборта, о внутриутробном развитии, сопоставление состояния здоровья женщины с возможностью и целесообразностью продолжения беременности.
- психолог: психологическое консультирование: личностные и внутрисемейные проблемы, страхи, эмоциональные травмы, анализ текущей ситуации, сомнения; психологическая подготовка к родам.
- социальный работник: исследование возможных ресурсов финансовой и социальной помощи, сопровождение женщины.
- юрист, консультирующий по вопросам прав и гарантий беременной женщины в сфере трудоустройства, обучения, льготы, гражданство, размеры и условия выплат денежных пособий, продолжительность отпуска.

В общем случае формы помощи беременным женщинам в кризисной ситуации складываются из трех компонентов:

- медицинское сопровождение.
- психологическое консультирование.
- социальная и юридическая помощь.

Общая стратегия работы при оказании помощи женщине в ситуации кризисной беременности предполагает её реализацию преимущественно силами психологов-консультантов и социальных работников. Но заинтересованное участие врачей, с которыми сталкивается беременная, будет способствовать повышению общей эффективности работы.

**В третьем разделе** «Особенности отношения общества к проблеме кризисной беременности (на примере Саратова)» проведено авторское исследование, **цель** которого является изучение особенностей отношения общества г. Саратова к проблеме кризисной беременности.

Достижение поставленной цели требует решение следующих задач:

1. изучение отношения к проблеме кризисной беременности
2. изучение особенностей контрацептивного поведения женщин города Саратов

Методы исследования: анкетирование

## План социального исследования

### 1. Разработка вида анкет исходя из задачи исследования.

Для исследования отношения к проблеме кризисной беременности как одного из основных компонентов репродуктивного поведения была разработана анкета (см. Приложение 1), которая включает в себя вопросы, составляющие её социальный портрет: возраст, семейное и социальное положение, уровень образования, трудовая занятость, материальной доход, жилищные условия. Так же анкета включает в себя вопросы о количестве уже имеющихся детей и о желаемом количестве детей, которое в дальнейшем хотела бы иметь женщина.

Для изучения особенностей контрацептивного поведения женщин города Саратов в анкету были включены вопросы о том использует ли женщина контрацепцию, о видах используемой контрацепции, о причинах по которым женщина не использует контрацептивные средства.

Так же анкета включает в себя вопросы, ответы на которые помогают получить общее понимание об отношении женщин к абортам, к основным его причинам и о том, кто должен участвовать в принятии решения об искусственном прерывании беременности.

### 2. Формирование выборки, определение дат исследования

Анкетирование проводилось индивидуально. Женщины, давшие добровольное согласие на проведение анкетирования, самостоятельно отвечали на вопросы анкеты, проставляя их в бланках.

### 3. Анализ полученных результатов

Для удобства данные по каждому критерию заносятся в отдельные таблицы. (см. Приложение 2)

В опросе принимали участие женщины до 35 лет (см. таблицу 1 приложение 2).

Ориентируясь на данные, полученные в ходе опроса (см таблицу 4 приложение 2) видно, что в анкетировании принимали участие женщины разных статусов семейного положения, в основном женщины, никогда не

состоявшие в браке, а также замужние, разведенные, состоящие в гражданском браке и вдовы.

Из таблицы 3 (см. Приложение 2) видно, что более 60 % респонденток имеют высшее образование, официально трудоустроены (более 80 %) (см. таблицу 7 Приложение 2) и имеют постоянную трудовую занятость (70%) (см. таблицу 6 Приложение 2)

Из таблицы 2 (см. Приложение 2) видно, что большинство опрошенных женщин, работники торговли (26 %), бухгалтерии (22 %), медицины (10%), юриспруденции (2%), образовательной сферы (4%), сферы общественного питания (10%), а также студентки (12%) и домохозяйки (14%).

По уровню материального благосостояния респонденток можно разделить на 4 группы: (см. таблицу 5 Приложение 2) до 15 000 р. (18%), до 20000р. (26%), до 30 000р. (30%), до 40000(26%).

Из таблицы 8 (см. Приложение 2) видно, что большинство опрошенных проживают в двух и более комнатных квартирах (54%), в однокомнатных квартирах проживают 20 % женщин, 22 % снимают жилье и 4% проживают в общежитии. Более 56 % женщин ответили, что вместе с ними проживают 3 и более человек, вдвоем живут 28 % и 16% женщин живут одни. (см. таблицу 9 приложение 2)

Из таблицы 13 (см. приложение2) видно, что почти половина опрошенных женщин не имеет детей (42%), еще 42 % имеют только одного ребенка и 16% двоих. Так же 42 % хотели бы иметь всего одного ребенка, 40 % -2 детей, 14 % -3 детей и 4 % женщин не планирую вообще заводить детей (см. таблицу 14 приложение 2).

Из таблицы 15 (см. приложение 2) видно, что 32% респонденток считают, что для рождения первого ребенка оптимальным является возраст от 24-25 лет,28% считают, что от 21-23 лет,20 % считают, что родить первого ребенка необходимо до 20 лет, и еще 20 % выделяют оптимальный возраст от 26 лет до 32.

52% опрошиваемых женщин ответили, что не пользуются средствами контрацепции (см. таблицу 10 приложение 2), из них 56 % женщин ответили, что не имеют постоянных отношений, 20% ответило, что средства контрацепции для них дорого, а 24 % просто забывают их принимать (см. таблицу 12 приложение 2). 48 % опрошиваемых ответили, что используют контрацепцию (см. таблицу 10 приложение 2). Большинство респонденток используют «естественное» прерывание полового акта (52%), 26% используют барьерные контрацептивы (презерватив), гормональными препаратами (противозачаточными средствами) пользуются 18 % опрошиваемых и 2 % используют спираль. (см. таблицу 11 приложение 2).

Из таблицы 16 (см. приложение 2) видно, что большинство женщин считают любую беременность желанной (66 %), а 34 % ответили, что не всякая беременность может быть желанной.

Одной из самых часто встречающейся причиной аборта женщины назвали патологическое отклонение у ребенка (44 %), 40 % подтолкнули бы на этот шаг экономические трудности, достаточное количество имеющихся у них детей спровоцировали бы принять решения об аборте 4 % опрошиваемых, 8% женщин считает нежелание отца ребенка веской причиной для совершения аборта, 2 % ответили, что малый возраст является препятствием рождения ребенка, а вот отсутствие партнера и неодобрение со стороны общества не пугает ни кого, 2 % даже считают что рожать нужно в любом случае.

### Интерпретация

При рассмотрении ответов на вопрос характеризующий отношение к абортам (см. таблица 17 см приложение 2), можно сделать выводы, что 54 % респонденток считают аборт приемлемым только в критических жизненных ситуациях, 6 % ответили, что считают прерывание беременности допустимым для других, но не для себя, 16 % считают допустимым, 10 % затрудняются ответить на вопрос, 4 % считают, что аборт допустим в любых случаях, а вот 4 % ответили, что не пошли бы на этот шаг ни при каких

обстоятельствах. 56 % женщин, проходивших анкетирование, считают, что принимать решение об аборте должна женщина, 42 % ответили, что решать должны оба партнера, 2 % думают, что им поможет мнение родственников, а вот то, что решать должен только мужчина не ответил никто (см таблицу 18 приложение 2).

### Вывод

В опросе принимали участие женщины до 35 лет. Они имеют разный статус семейного положения, в основном женщины, никогда не состоящие в браке, различный род деятельности и уровень образования.

Половина опрошиваемых не имеет детей (42 %) или имеют только одного ребенка (42 %), но хотели бы завести еще детей, 4 % не планируют заводить детей вообще.

Самым оптимальным временем для рождения первого ребенка женщины считают возраст от 24-25 лет.

Контрацептивами пользуется только половина опрошиваемых женщин. Самыми используемыми средствами являются «естественное» прерывание полового акта и барьерные контрацептивы «презервативы».

Вторая половина контрацептивы не использует по причине отсутствия постоянных отношений.

Опрошиваемые женщины выделяют основные причины аборта, такие как: критическую жизненную ситуацию, экономические трудности и патологические отклонения у будущего ребенка.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключении обобщены основные результаты проведенного исследования, формулируются основные теоретические и практические выводы, практические рекомендации.

