

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

АБОРТИВНАЯ ПРАКТИКА В РОССИИ


АВТОРЕФЕРАТ БАКАЛАВРСКОЙ РАБОТЫ

студентки 4 курса 471 группы
направления 39.03.02 - Социальная работа
Социологического факультета
Вернер Ангелины Фаритовны

Научный руководитель

доктор социологических наук, профессор  19.05.17 Е. И. Уфимцева
подпись, дата

Заведующая кафедрой,

доктор социологических наук, профессор  19.05.17 М. Э. Елютина
подпись, дата

Саратов 2016

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Абортом именуют любое искусственное прерывание беременности. Для верного понимания моральных аспектов данного вида медицинского вмешательства следует осознавать, что беременность являет собой с одной стороны, полноценный физиологический процесс, который происходит с организмом женщины, а с другой, это процесс биологического формирования человека. По этой причине, даже практикуя аборт по принципу "меньшего зла", следует не забывать, что проблема абортов в том, что он являет собой существенную травму (как морального, так и физического характера) для женщины, а также это вне сомнения зло, так как речь идет о прерывании уже начавшейся жизни человека. В связи с этим абсолютно неверно, как это иногда происходит, считать его нормальным средством "планирования семьи" равняя с контрацептивами.

В России в настоящее время широкими темпами развивается абортивная практика. Достаточно часто встречаются женщины, которые стоят на грани выбора сохранить жизнь своего ребёнка или отказаться от возможности стать матерью из-за социальных, психологических и иных проблем. Ввиду этого появился термин «кризисная беременная». Сегодня противоабортное консультирование является обязательной процедурой во всех российских клиниках, где девушка может сделать аборт.

Актуальность обусловлена тем, что один из ведущих факторов, негативно влияющих на репродуктивное здоровье, приводящих к нарушению репродуктивной функции, бесплодию, возникновению гинекологических заболеваний у женщин, — аборты. Второй, но не менее важный фактор — это обесценивание человеческой жизни, отсутствие ответственности, сексуального воспитания у молодого поколения. О необходимости сокращения числа абортов прямо говорится в Концепции демографической политики Российской Федерации. Крайне важно разрабатывать и применять меры, которые смогут помочь женщине сделать осознанный выбор по поводу решения о прерывании

беременности. Это поможет им обсудить свои причины с психологом и социальным работником. Необходимость изучения отношения современных российских женщин к абортam, с одной стороны, и недостаточная изученность этой проблемы с другой стороны, определяет актуальность и значимость темы данной выпускной квалификационной работы.

Степень научной разработанности проблемы. Основные подходы к изучению противоабортного консультирования рассматриваются в работах таких исследователей, как: А. Н. Артемов, Л. В. Барабанова, О.С.Бачинина, И. В. Горохова, В. Г. Дьяченко, И. Р. Ильяшева, М. А. Качан, А. В. Ковалева, В. А. Куташов, Л. А. Куташова, В. А. Кунин, Е. Ю. Онищук, Е. Я. Полякова, В. Пултавская, В. А. Руженков, Е. В. Снегирева, С. Т. Ускенбаева, Г. Г. Филиппова, А. В. Хаменя, Н. А. Цветкова, Г. В. Чижова, , Н. В. Шиганцова, , Е. В. Язева.

Объект исследования – абортивная практика.

Предмет исследования – особенности развития абортивной практики в России.

Цель исследования работы заключается в изучении абортивной практики в России.

Задачи исследования обусловлены поставленной целью и сформулированы следующим образом:

- рассмотреть историю абортов в Российской Федерации
- выявить основные характеристики абортивного поведения в современном российском обществе
- рассмотреть кризисную беременность как основу абортивного поведения
- анализ качественного исследования на тему «Социальный портрет девушек, решившихся на аборт».

Эмпирическую базу исследования составляют:

- вторичные социологические данные исследований, посвященных изучению отношения населения РФ к абортam, материалы официальной федеральной статистики об абортam в регионах Российской Федерации;

- результаты авторского социологического исследования «Социальный портрет девушек, решившихся на аборт», проведенного методом фокусированного интервью с сентября по январь 2016 года. Респондентами выступили социальный специалист, психолог из женской консультации, также кризисные беременные (N=5).

Структура бакалаврской работы представлена введением, двумя главами, включающими четыре параграфа, заключением, списком использованных источников и приложением.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В первой главе исследуются теоретико-методологические основания изучения формирования абортивной практики в России.

В первом параграфе описывается история абортивной практики в России. Аборт – это искусственное прерывание беременности. На основании рассмотренного теоретического материала мы видим, что отношение к абортам в России менялось на протяжении истории: от полного запрета на законодательном уровне до легализации. Если в 17 веке за аборт была предусмотрена смертная казнь, то, начиная с эпохи Петра 1, наблюдается процесс либерализации российского законодательства в сфере аборт. Вместе с тем до революционных событий 1917 г. аборт в Российской Империи приравнивался к убийству и уголовно наказывался. В 1920 г. большевистская Россия стала первой страной в мире легализовавшей аборты. С этого периода аборт становится основным средством государственного контроля за рождаемостью, а абортивная практика усиливается и, прежде всего, в условиях города. Рост числа аборт в довоенной России происходил параллельно со стремительным снижением рождаемости. Уже через 4-5 лет после легализации аборт уровень рождаемости начал активно снижаться. Темпы падения рождаемости составляли 2-2,5% в год, что привело к ее двенадцати процентному сокращению в течение 1925-1930 гг. и к дальнейшему 25%-му снижению за период 1930-1935 гг. Опасаясь дальнейшего

распространения аборт и еще большего снижения рождаемости, 27 июня 1936 г. ЦИК и СНК СССР было принято постановление о запрете, точнее об ограничении, абортов. Однако в период правления Н.С. Хрущева аборты снова были легализованы, и в 1964 г. их уровень достиг максимальной отметки – 5 миллионов 600 тысяч. Статистика абортов в СССР долгое время была засекречена, однако обнародование в конце 1980-х годов этой информации убедительно давало понять, что СССР занимал одно из первых мест в мире по количеству абортов. С конца 90-х годов наблюдается процесс снижения абортов, что связывают с изменением типа репродуктивного поведения населения – более ответственным, рациональным и гуманистическим типом поведения, распространением методов предупреждения нежелательной беременности, в чем важную роль играют медицинские учреждения. Тем не менее, Россия по-прежнему остается в числе мировых лидеров по уровню абортов. В России медико-социальная значимость аборта определяется его высокой распространенностью, значительным удельным весом в структуре причин материнской смертности, гинекологической заболеваемости, в том числе бесплодия, причем в структуре причин материнской смертности аборт занимает одно из ведущих мест, не смотря на то, что эта причина является наиболее предотвратимой.

Во втором параграфе рассмотрены основные характеристики абортивного поведения в современном Российском обществе. Сегодня производство аборта в России входит в систему медицинского страхования и оплачивается из государственного бюджета. Российское законодательство об абортах до сих пор считается одним из самых либеральных в мире. До 12 недель аборт допускается по желанию женщины. При наличии социальных показаний возможно проведение аборта в срок от 12 до 22 недель. По медицинским показаниям – на любом сроке беременности. Основными причинами абортов являются: состояние здоровья беременной женщины или плода; ранние и нежелательные беременности; низкий уровень моральной зрелости в отношениях с половым партнером; неустроенность семейной

жизни (материально-бытовые проблемы; нарушение внутрисемейных взаимоотношений; уровень образования женщины, который во многом определяет возможность сознательного регулирования рождаемости, степень информированности о контрацептивах, о социально-гигиенических аспектах аборта, установку на получение недостающих знаний в этой области; недостаточный уровень заинтересованности и ответственности медицинских работников за профилактику абортот и др. Среди причины распространения абортот в России выделяют изменение под влиянием СМИ репродуктивных установок, внедрение в сознание российской молодёжи зарубежных образцов семейного, репродуктивного и сексуального поведения.

Как показывают результаты исследований, женщины выдвигают на первый план социальные проблемы в качестве причины абортот. Женщины, у которых низкий доход, делают аборт чаще тех, у кого доход средний и выше. Тотально превалирует городское население, 91% к 9% сельского. Религия и семейное положение – это тот фактор, который может повлиять на сокращение количества абортот. Незамужние женщины – это самая большая группа риска, именно они могут в любой момент стать пациентками клиник, которые проводят абортот. Группой меньше являются разведенные женщины. Возраст женщины является главным критерием для того, чтобы измерить возможное количество абортот. По данным исследований, абортот чаще всего делают женщины в возрасте 20-24 лет, а ведь именно этот период является самой сексуально активной и плодородной стадией жизненного периода. У женщин до 19 лет основной причиной прерывания беременности является желание скрыть факт беременности. В системе жизненных ориентаций обследованных женщин, совершивших абортот, отчетливо превалировали материальные ценности (100% обследованных). Женщины, делающие абортот на поздних сроках, отличаются доминированием в системе жизненных ценностей профессионального достижения, при этом отчетливо выражена неудовлетворенность своей профессиональной деятельностью. На решение оставить ребенка влияет уровень образования женщины. Чем выше уровень

образования, тем более высока вероятность того, что девушка оставит ребёнка и подумает о своем здоровье.

Во второй главе рассмотрены социально-психологические факторы abortивного поведения. *В первом параграфе* дается определение понятия кризисной беременности, рассматриваются критерии, факторы, типы кризисной беременности. кризисная беременность – это беременность, которая объективно или субъективно тяжело переносится женщиной, в связи с чем, протекает под угрозой искусственного прерывания. Критерии кризисной беременности:

- негативное отношение к беременности со стороны самой женщины (в той или иной степени выраженное желание прервать беременность);

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

- несовершеннолетний возраст беременной;

- внешние препятствия (наличие у женщины финансовых, социально-бытовых, жилищных и т. п. проблем, затрудняющих обеспечение необходимого ухода за ребёнком);

- медицинские осложнения протекания беременности (наличие у женщины соматического или психического заболевания, риск (реальный или мнимый) 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).

О.С. Бачина, основываясь на практике преабортного психологического консультирования, разработала типологию случаев кризисной беременности, включающую 22 типа социально-психологической ситуации кризисной беременности: женщины (часто замужние), имеющие детей (1-1,5 года); семья, имеющая двух и более детей; одинокая беременная женщина; зачатие до брака; возможная патология по мнению беременной или врачей; беременность на фоне приема лекарств, рентгена или других вредных

факторов; предполагаемая или диагностированная патология плода; наркотизация, прием алкоголя; асоциальная семья; семья мигрантов; беременность в результате изнасилования; аборт как «средство контрацепции»; индивидуальное или семейное «тиражирование» аборта как способа решения жизненных проблем; женщина, не уверенная в надежности мужчины/мужа; психологическое давление на беременную родственников; семья проживает в стесненных жилищных условиях; «Деловая» женщина, ориентация на карьерный рост; зачатие в ситуации измены; несовершеннолетняя (до 18 лет) или юная беременная; «Возрастная» беременная (от 38 лет); женщина, имеющая ребенка с инвалидностью или с проблемами развития.

Основными психологическими особенностями кризисной беременной являются: растерянность и шок, противоречивость, так называемое «тоннельное сознание», тревога, подавленность, депрессия, эмоциональная нестабильность, отрицание, защитная агрессивность, одиночество.

Во втором параграфе представлены результаты качественного исследования на тему «Социальный портрет девушек, решившихся на аборт», которое было проведено с сентября по январь 2016 года, в виде интервьюирования девушек, которые находились в кризисной ситуации (принимали решение оставлять ребенка или сделать аборт), а также двоих экспертов: социального специалиста и психолога из женской консультации.

Разработка программы исследования, постановка исследовательских задач и гипотез, подготовка инструментария, сбор и анализ материала, а также работа над статьей проводилась по методологии «двойной рефлексивности» (n=7, 2016 г.). Как показали результаты нашего исследования:

1. Уровень образования кризисной беременной сильно влияет на принятие решения делать аборт или же оставлять ребёнка, считается это связано с тем, что образованные девушки осведомлены о рисках для их здоровья, о вероятности бесплодия и психологических проблем.
2. Молодой человек\муж кризисной беременной не имеет особого веса в принятии решения оставлять ребенка или нет. Как показывает практика, мужчины в данном вопросе предпочитают воздержаться от яркого высказывания своего мнения, и вся ответственность ложится на женщин.

3. По результатам исследования, преабортное консультирование необходимая мера во время каждой кризисной беременности. Данную процедуру нужно проводить, чтобы осведомлять беременных обо всех возможных рисках при аборте и обо всех преимуществах при рождении ребёнка.
4. Успех преабортного консультирования в первую очередь зависит от настроения кризисной беременной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключении подводятся итоги проведенных исследований, формулируются основные теоретические и практические выводы, практические рекомендации.