МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»

Кафедра консультативной психологии

Особенности самоотношения и семейного окружения женщин, идущих на прерывание беременности.

АВТОРЕФЕРАТ МАГИСТЕРСКОЙ РАБОТЫ

Студентки 3 курса 301 группы
направления 37.04.01 «Психология»

факультет психологии
Соловьевой Татьяны Александровны

Научный руководитель
доцент., к. псх.н _____ М.М. Орлова
подпись, дата

Зав. кафедрой
профессор., д.псх.н _____ Т.В. Белых
подпись, дата

Саратов, 2022

Общая характеристика работы

Актуальность темы исследования. "Казнить нельзя помиловать" - в деле аборта запятую каждый ставит сам. Одной из наиболее актуальных проблем современной медицины является проблема нежелательной беременности. Несмотря на значительные усилия, предпринимаемые большинством стран по развитию служб планирования семьи, темпы снижения числа абортов продолжают оставаться достаточно низкими. Ежегодно в мире проводится около 45 млн. абортов. Хотя в России наблюдается снижение абортов, становится все больше женщин, которые прерывают первую беременность.

Внедрение методов современной контрацепции снижает частоту абортов, но не может полностью устранить потребность в них, так как ни один из используемых способов не дает стопроцентной гарантии предотвращения беременности. Таким образом, даже в странах с широким распространением контрацепции аборт необходим в качестве крайнего средства в случае несостоятельности примененной контрацепции.

Право на репродукцию в равной мере принадлежит обоим родителям. Но медицинский аспект аборта (с юридической точки зрения) может касаться только матери. Проблему прерывания беременности вправе решать только она. Проблему правомерности аборта и его запрета невозможно разрешить без определенного ограничения свободы распоряжения репродуктивными правами. Возможен либо полный запрет абортов, либо их разрешение при крайней необходимости, либо расширение этого права до пределов жизнеспособности плода. Бесспорно, абсолютный запрет любых абортов нецелесообразен, но разрешение этой операции по воле женщины без учета других обстоятельств допустимо лишь в самые ранние сроки.

Испокон веков искусственное прерывание беременности было вне закона. Все религиозные конфессии запрещали верующим участвовать в этой процедуре. 20 век легализовал аборты. Появление во второй половине 20 века альтернативных средств регуляции рождаемости, изменение культурных

традиций мирового общества заострило вопрос о нравственной оценке процедуры искусственного прерывания беременности.

Искусственное прерывание беременности в наши дни распространено более чем когда-либо в истории. Как отмечала в 1996 году Комиссия по народонаселению и развитию ООН "во многих странах, как развитых, так и развивающихся, искусственному прерыванию беременности общественность уделяет повышенное внимание". При этом озабоченность вызывают как медицинские последствия абортов, так и морально-правовые проблемы его допустимости на разных сроках беременности и законодательной регламентации.

Прерывание беременности относится к числу старейших проблем медицинской этики, а также философии, юриспруденции, теологии.

В современном мире право женщины самостоятельно принимать решение о сохранении или же прерывании беременности рассматривается как неотъемлемая составляющая понятия репродуктивных прав. Как известно, в странах, где аборты узаконены, гораздо реже отмечаются их осложнения, и, напротив, там, где легальное проведение абортов недоступно, женщины часто прибегают к небезопасным методам прерывания беременности, сопряженным с высоким риском развития серьезных осложнений и даже смерти.

Проблема безопасности искусственного прерывания беременности нашла свое отражение в рекомендациях Международной федерации гинекологов и акушеров (FIGO, 2000), суть которых заключается в том, что после соответствующего консультирования женщине должно быть предоставлено право на проведение медикаментозного или хирургического (инструментального) искусственного аборта и что система здравоохранения обязана оказывать ей такие услуги, стараясь обеспечить при этом максимальную безопасность. Появление в распоряжении врачей такой сравнительно новой технологии, как медикаментозный аборт, расширило возможности выбора метода прерывания беременности как для специалистов здравоохранения, так и для самих женщин, которые получили право выбора

наиболее приемлемой для них методики с точки зрения индивидуальных предпочтений.

Проблема прерывания беременности многозначна. Она имеет и демографический смысл, она имеет и политическое и социальное значение, а также она имеет очень важный этический и психологический аспект.

Проблема абортов стоит на особом месте в нашей стране, в связи с социально-демографическими условиями. Эффективность мер принимаемых государством по охране репродуктивного здоровья женщин и здоровья населения в целом оценивается с учетом динамики, количества проведенных абортов. Также учитывается уровень материнской смертности после прерывания беременности.

Статистика Министерства здравоохранения РФ по данным числа абортов за 2019 год: произведено абортов методом вакуум-аспирации: 7229; произведено абортов в сроке до 12 недель: 25389; произведено абортов в сроке 13-21 неделя: 2273; самопроизвольные аборты: 5550; искусственные аборты: 14882; искусственные по медицинским показаниям: 594; искусственные по генетическим показаниям: 744; искусственные по социальным показаниям: 403; искусственные криминальные: 1. Важнейшей мерой, принимаемой государством является создание в регионах страны кризисных центров помощи беременным. Основной задачей таких центров является помощь специалистов-медиков и социальных психологов женщинам, беременность которых не была запланирована. Именно они чаще других попадают в группу риска по прерыванию беременности. Такие нужные учреждения запланировано открывать на базе существующих женских консультаций или центров семейного планирования. Ожидается, что подобные принятые меры помогут существенно снизить количество абортов и помогут увеличить рождаемость примерно на 5-10 тысяч малышей ежегодно.

Объект исследования: психологическая готовность к рождению ребенка, характер семейного окружения и эмоциональное состояние беременной.

Предмет исследования: влияние семейного окружения на психологическую готовность к рождению ребенка.

Цель данной работы: анализ факторов, влияющих на решение женщины о прерывании беременности.

Задачи данной работы:

1. Изучить выявление роли семейных отношений в отношении женщины к беременности;
2. Исследование депрессивных состояний у беременных женщин.
3. Рассмотреть прерывание беременности как социальную и психологическую проблему;
4. Исследование отношений к материнству у беременных женщин;
5. Описать специфичность отношения к беременности у женщин, прерывающих беременность;
6. Рассмотреть специфичность самоотношения женщин, прерывающих беременность;
7. Изучить специфичность семейного окружения у женщин, прерывающих беременность.

Гипотеза работы предполагает, что психологическая готовность или не готовность к рождению ребенка определяются факторами семейного окружения.

Методы исследования:

- теоретический анализ литературы;
- анкетирование;
- тестирование;
- методы математической и статистической обработки данных.

Структура работы. Данная работа включает в себя введение, две главы, заключение, список литературы, приложения.

Содержание работы

Во введении обосновывается актуальность выбранной темы исследования, характеризуется степень ее разработанности, определяются цели и задачи, осуществляется выбор предмета и объекта исследования.

В первой главе произведен обзор теоретических подходов к исследованию психологических причин прерывания беременности. Описаны роль семьи и другие факторы, влияющие на решение женщины о прерывании беременности.

Рассмотрена роль семьи и семейных отношений женщины в процессе подготовки к беременности. Семья - это основанная на браке или кровном родстве малая группа, члены которой объединены совместным проживанием и ведением домашнего хозяйства, эмоциональной связью, взаимными обязанностями по отношению друг к другу.

Трудности в общении часто возникают из-за низкой коммуникативной компетентности супругов и использования ими высказываний типа коммуникационных барьеров, затрудняющих процесс эффективного общения. Причинами нарушения межличностного общения в семье также выступают, перегруженность информационного канала и требование учета системы опосредующих образов, неадекватность самих опосредующих образов, личностные особенности супругов.

Наиболее распространенными факторами, предопределяющими успех или неудачу в супружестве, являются личные качества супругов и их умение решать всевозможные проблемы, быть в гармонии друг с другом. При отсутствии этих умений нередко возникают конфликтные ситуации как следствия несовместимости каких-либо сил внутри одной личности или между супругами. Важно учитывать и индивидуально-психологические особенности каждого из супругов. Рациональным и комплексным показателем их индивидуальности может служить тип личности: наиболее распространенной причиной супружеских конфликтов, а также разводов является «несходство характеров», несовместимость супругов. Источником трудностей в семейной

жизни могут быть особенности личности одного или обоих супругов. Речь идет о чертах, которые вначале соответствовали норме, но не были вполне адекватными личностным качествам партнера или партнер не находил правильного подхода к общению, был не в состоянии справиться с некоторыми особенностями своей собственно психики.

В супружестве оба партнера пытаются приспособить свои отношения к внутренним схемам-ожиданиям. Под влиянием влюбленности человек некоторое время может проявлять «уступчивость» или, вернее, «близорукость», частично отказываясь от реализации своей программы ради партнера, желая приспособиться к нему. Обычно это вызывает внутреннее противоречие, поэтому появляется стремление вернуться на запрограммированный путь. Социальное наследование личностных свойств и поведенческих шаблонов определяет и сходство супружеских отношений, которые также наследуются, поэтому мы часто повторяем не только выбор партнера, но и многие ошибки и проблемы родителей. Два важнейших измерения родительских взаимоотношений во многом определяют успешность брака ребенка. Первым важным измерением является доминирование в семье (кто из родителей «командовал», а кто подчинялся), вторым - общее благополучие (уравновешенность и взаимопринятие) взаимоотношений. Сравнение отношений в благополучных и конфликтных супружеских парах показывает, что на уравновешенность отношений существенное влияние оказывают благоприятная модель брака родителей, хорошее отношение отца к матери, счастливое детство.

Таким образом, любая семья сталкивается в процессе своей жизнедеятельности с проблемными ситуациями, разрешение которых осуществляется в условиях противоречивости индивидуальных потребностей, мотивов и интересов ее членов.

Проанализированы факторы, влияющие на решение женщины о прерывании беременности.

Жизненный путь личности беременной женщины с опытом аборта представляется в более негативных тонах и оценках большинства жизненных событий. Если нормобеременные женщины находят в своем прошлом и будущем ресурс развития, то женщины имеющие негативный опыт беременности имеют скорее дисбаллансированную жизненную перспективу, а прошлое для них выступает как основание для формирования будущих тревог. Данное положение сопровождается сложностями в принятии социальной роли матери, так как событийный контекст жизни беременной женщины выступает не как подкрепляющее, ресурсное образование, а как дестабилизирующий контекст.

Адекватный стиль переживания беременности содействует включению нового события беременности в субъективную картину жизненного пути личности. У нормобеременных женщин в субъективной картине жизненного пути женщины наблюдается преобладание позитивных событий, жизненные отношение наполнены жизненным смыслом, настоящее женщины оценивают как позитивно, присутствует ориентация на будущее. Женщины с опытом аборта стремятся трансформировать прежнюю субъективную картину жизненного пути личности. В контексте жизненного пути личности преобладают негативные события, присутствует ориентация на прошлое. Факторами дезадаптивной взаимосвязи аборта и события беременности выступают: тревожный и игнорирующий стиль готовности к материнству.

В период беременности наиболее ярко проявляется весь спектр социальных проблем, влияющих на репродуктивные установки женщины, состояние ее здоровья, так как именно в данный период изменяется жизненный мир женщины. Все противоречия, обусловленные воздействием социальной среды на женщину, обостряются в период ожидания ребенка: это гендерная дискриминация на рынке труда, вынужденный отказ от участия в общественной жизни, потеря экономической самостоятельности, изменения во внутрисемейных отношениях.

Очень многие женщины, приходящие за направлением на аборт, говоря о причине, которая привела их к этому шагу, сообщают, что семейное окружение (родители, муж, и т.д.) против рождения малыша. Это нежелание семьи воспитывать ребёнка может быть как единственной причиной намерения прервать беременность, так и одной из нескольких. Звучит это обычно следующим образом: «Муж против» или «У нас мало денег, такие-то и такие-то проблемы, да и мой муж считает появление ребёнка сейчас несвоевременным…». Для большинства женщин мнение мужа (или партнёра) является решающим. Так же значительное влияние на принятие решения об аборте оказывают родители и уже рождены дети.

Во второй главе проведен анализ влияния факторов семейного окружения на решение о прерывании беременности.

В первом параграфе дано описание выборки и методов исследования.

Исследование проводилось на основе статистической обработки анкетного опроса. Была разработана специальная анкета, на основе которой проведено электронное анкетирование, с использованием персонального компьютера. В анкетировании участие приняли 208 беременных женщин из разных городов. Женщины были разделены на две группы: первая группа – женщины, принявшие решение прервать беременность - 34 человека (16%), вторая группа – женщины, сохраняющие беременность – 174 (84%).

Для оценки отношения семейного окружения и самой женщины к себе, в процессе принятия решения о рождении ребенка были использованы следующие методики:

1. Социологический метод (анонимное анкетирование);
2. Методика шкал оценки отношений С. Хендрик;
3. Тест отношений беременной (ТОБ) И.В. Добрякова;
4. Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS;
5. Методика исследования самоотношения С.Р. Пантелеева (МИС).

Во втором параграфе проведен анализ результатов исследования.

На основании анкетирования были выявлены основные причины абортов, по мнению респондентов.

Таблица. Распределение респондентов по отношению к вопросу о наиболее частой причине абортов

Показатели	Женщины 18-26 лет		Женщины 35-45 лет		X^2	P
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%		
Материальные трудности	107	35,4	80	40,0	35,72	<0,05
Плохие жилищные условия	0	0	6	3,0		
Нежелание иметь детей	119	39,4	42	21,0		
Медицинские показания	16	5,3	7	3,5		
Социальные причины	20	6,6	26	13,0		
Настояние родственников	20	6,6	11	5,5		
Другие причины	20	6,6	28	14,0		
Всего	136	100,0	72	100,0		

Большинство респондентов считают, что основные причины абортов - это материальные трудности и нежелание иметь детей. Среди женщин 26-35 лет на первом месте стоит причина, как материальные трудности 40,0%, на втором - нежелание иметь детей 21,0%. Среди женщин 18-25 лет, напротив, на первом месте - нежелание иметь детей 39,4%, на втором материальные трудности 35,4%.

Для изучения взаимосвязи удовлетворенности отношениями и браком с желанием женщины сохранить беременность была использована методика шкал оценки отношений С. Хендрик, итоги которой показаны в таблице. Исследование велось для беременных женщин в отдельности от их супругов, помимо этого, были вычислены корреляции отличительных факторов, влияющих на желание женщины сохранить беременность и удовлетворенностью браком.

Таблица. Коэффициенты корреляции Пирсона между параметрами, определяющими желание женщины рожать ребенка, стажем супружеских отношений и удовлетворенностью браком и отношениями

Показатели		Стаж	Шкала оценки отношений	Удовлетво-ренность браком	Шкала оценки отношений	Удовлетворенность браком
Шкала оценки отношений		-0,43	-	0,62	0 89	0,68
Удовлетворенность браком		-0,19	0,62	-	0 54	0,62
Параметры, определяющие желание женщины рожать	Локус	0,41	-0,48	-0,42	-0,42	-0,41
	Стабильность	0,50	-0,56	-0,37	-0,44	-0,36
	Глобальность	0,46	-0,69	.0 55	-0,66	-0,56
	Сознательность	0,40	-0,60	-0,41	-0,64	-0,45
	Мотивация	0,50	.0 71	-0,53	-0,68	-0,48
	Вина	0,37	.0 55	.0 51	-0,50	-0,43

Исследование полученных корреляций говорит о том, что все без исключения факторы, влияющие на решение женщины о сохранении беременности значительно объединены с их удовлетворенностью отношениями и браком. Следующие итоги были получены в выборке беременных женщин. Размер корреляций (от –0,37 до –0,71) свидетельствует о том, что имеется крайне близкая взаимосвязь удовлетворенности отношениями и браком с основными факторами, влияющими на решение женщины о сохранении беременности. Подобная отличительная черта женщин способна указывать на то, что их удовлетворенность отношением и браком, а, следовательно, и их желание сохранить беременность, в большей степени базируется на поведении и поддержке супруга. Такие выводы соответствуют и результатам зарубежных отношений.

Выявление особенностей психосоматических детерминант вынашивания беременности осуществлялось у беременных испытуемых с помощью методики ТОБ.

В таблице представлены показатели тревожно-депрессивной симптоматики у беременных с различными вариантами ПКГД по результатам обозначенной методики.

Таблица. Тревожно-депрессивная симптоматика у беременных женщин с различными типами ПКГД

Показатель		ПО	ПЭ	ПГ	ПТ	ПД
Ситуативная тревога						
Среднее значение, баллы		32,4±9,9	38,6±10,5*	37,0±15,2*	48,6±12,6*	48,9±12,2*
Степень выраженности, %	низкая	64,79	11,82*	38,81*	10,13*	9,80*
	умеренная	24,70	68,97*	28,36	13,92*	15,69*
	высокая	10,50	19,21*	32,84*	75,95*	74,51*
Личностная тревожность						
Среднее значение, баллы		36,7±7,6	38,9±8,8	41,9±9,2*	49,4±12,5*	49,0±12,2*
Степень выраженности, %	низкая	36,39	13,79*	4,48*	6,33*	3,92*
	умеренная	55,33	70,94*	65,67*	31,65*	41,18
	высокая	8,28	15,27*	29,85*	62,03*	54,90*
Депрессивная симптоматика						
Среднее значение, баллы		4,9±3,2	5,7±3,4*	10,8±3,4*	16,8±8,7*	26,9±12,0*
Степень выраженности, %	симптомов депрессии нет	92,01	86,21*	50,75*	13,92*	0,00*
	депрессия умеренно выражена	7,99	13,79*	41,79*	58,23*	25,49*
	критический уровень	0,00	0,00	7,46*	27,85*	74,51*

Примечание: * – $p<0,05$ при сравнении с группой беременных с ПО типом ПКГД.

В ходе анализа результатов было выявлено то, что женщин с оптимальным типом ПКГД можно считать более благополучными. Им свойственны такие качества, как уравновешенность, низкий уровень ситуативной тревожности, небольшая индивидуальная тревожность, отсутствие депрессии и ее признаков. Не смотря на это, у них отмечались иногда затруднения при принятии независимого решения, в особенности в неясных обстоятельствах, иногда появлялось немотивированное волнение. Умея довольно хорошо управлять собственными чувствами, им, тем не менее, в некоторых случаях довольно сложно «держать себя в руках», не выражать

избыточной раздражительности. Патологий клинически значимого уровня у них не отмечалось.

Результаты опроса по шкале тревоги и депрессии представим в виде рис.

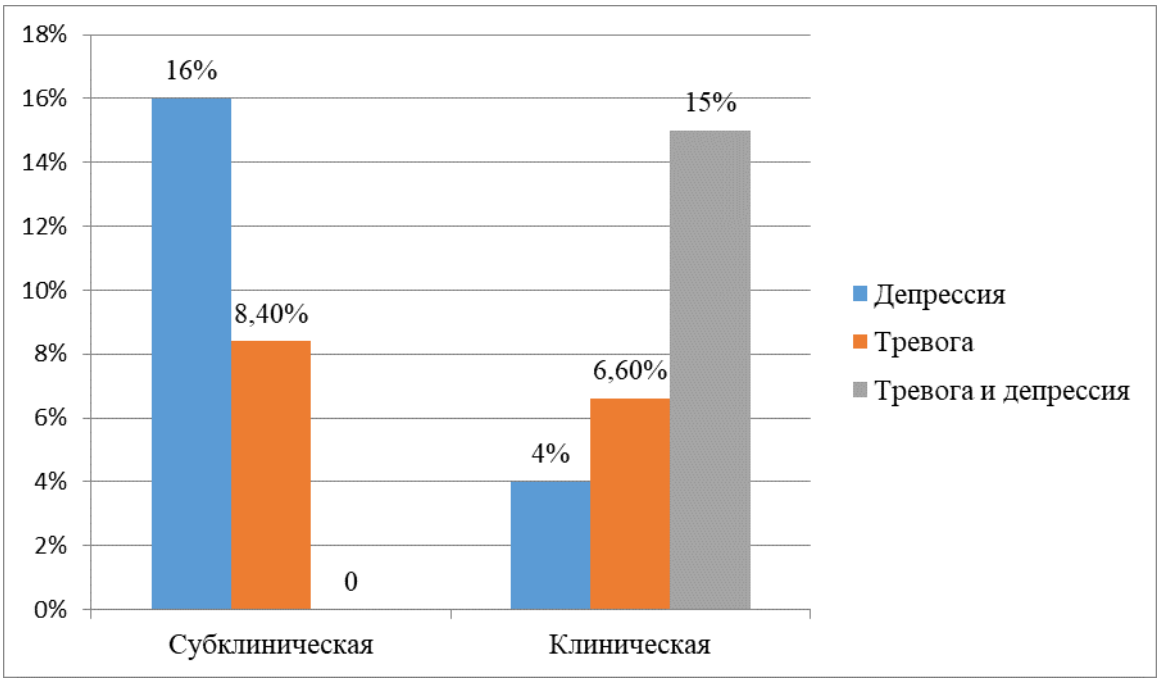

Рисунок. Результаты шкалы тревоги и депрессии (HADS)

Данные, представленные на рисунке, показывают, что среди 50% женщин, у которых были выявлены нарушения, у 20% отмечена депрессия (клиническая – 4%, субклиническая – 16%). У 15% женщин с нарушениями была выявлена выраженная тревога (клиническая – 6,6%, субклиническая – 8,4%). Так же у 15% женщин с нарушениями были выявлены и тревога и депрессия, это объясняется тем, что беременность у этих женщин не была запланирована.

В графическом виде представлено значение факторов самоотношения женщин, принявших решение о прерывании либо сохранении беременности по методике МИС (рис). Рисунок отражает среднее значение по основным факторам.

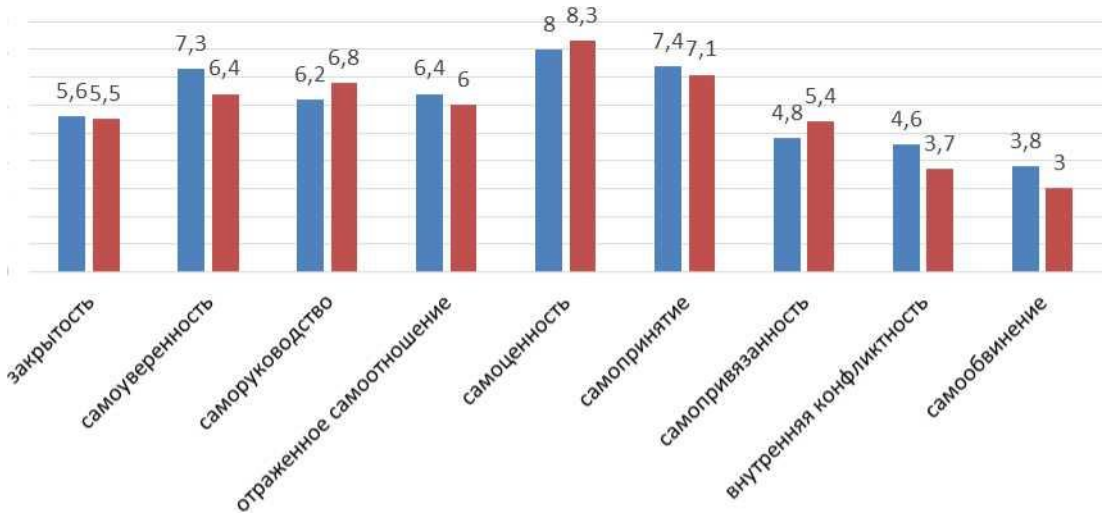

Рисунок. Средние значения женщин, принявших решение о прерывании либо сохранении беременности по методике МИС

Анализируя данный рисунок необходимо отметить, что у всех беременных наблюдается пик по шкале «самоценность». Низкие значения имеются по шкалам «самопривязанность», «внутренняя конфликтность» и «самообвинение».

По результатам полученных данных можно сделать вывод, что у женщин любого возраста имеется связь между решением об аборте и возрастом, желанием иметь в детей, их религиозными взглядами и наличием абортов в прошлом. Не было выявлено связи между решением об аборте и образованием, семейным положением, жилищными условиями, материальным положением, и мнением женщин по поводу вреда абортов. Также было определено, что значительна роль супруга в принятии решения о сохранении беременности.

В заключении подведены итоги исследования, изложены его основные выводы и обобщающие результаты.

Заключение

Проблема искусственного прерывания беременности была актуальна всегда. Россия уже долгое время находится на лидирующей позиции по числу абортов среди стран, где аборт легализован. В ходе анализа литературы было выявлено, что после распада СССР в России число абортов на 100 родившихся живыми незначительно отличалось от соседних стран, как Белоруссия и

Украина. Во всех трех странах действовала программа “Планирование семьи”, однако после прекращения финансирования данной программы в России, количество искусственно прерванных беременностей стало снижаться медленнее, в то время как Белоруссия и Украина, в которых продолжала действовать данная программа, переместились ближе к середине рейтинга стран по числу абортов.

Как указывает ряд литературных источников, в России реже используют гормональную контрацепцию и ВМС, чем в Белоруссии и на Украине, не смотря на то, что в России большее число пар используют средства контрацепции, чем в этих странах. Таким образом, отсутствие государственного содействия планированию семьи в РФ приводит к неэффективному использованию контрацептивных средств и увеличению риска нежелательной беременности. В Белоруссии и на Украине кабинет планирования семьи, является обязательным, в России это заменяется кабинетом психолога, целью которого является отговорить женщину от искусственного прерывания беременности в пользу рождения ребенка.

В России считают, что контроль рождаемости и улучшение доступа к услугам планирования семьи ведет к сокращению рождаемости, поэтому российское руководство ищет пути стимулирование рождаемости через законодательное ограничение искусственного прерывания беременности. Таким образом, уже сокращены перечни медицинских и социальных показаний для аборта, также введена «неделя тишины», консультация психолога, УЗИ для визуализации плода и его сердцебиения перед абортом. В Государственной Думе находятся еще ряд законодательных инициатив, как запрет абортов “по желанию”, выведение абортов “по желанию” из системы ОМС. Однако история разных стран и России в том числе, показывает, что данные ограничения не приносят положительных результатов, ни с демографической точки зрения, ни с точки зрения репродуктивного здоровья женщин. Такие правовые ограничения доступа к медицинской помощи по прерыванию беременности не снижают потребности в ней, а лишь увеличивают число

женщин, выполняющих нелегальные и небезопасные аборты, что ведет к повышению частоты осложнений и материнской смертности.

В ходе данной работы было выявлено, что практически каждая вторая женщина 26-35 лет прибегала к искусственному прерыванию беременности, при этом около половины женщин обеих возрастных групп, в случае незапланированной беременности, допускают проведение аборта. В большей степени на их решение о прерывании беременности влияют такие факторы, как возраст, желание иметь детей и религиозные взгляды. Также было выявлено, что материальное положение и жилищные условия не влияют на их решение об искусственном прерывании беременности, несмотря на то, что материальные трудности, по мнению большинства женщин, являются основной причиной, по которой женщины прерывают беременность. Из этого следует, что государство должно не только материально поддерживать беременных и женщин с детьми, а также вести политику в сфере духовно- нравственного воспитания граждан, пропагандировать семейные ценности.

Что касается методов контрацепции, то их используют большинство опрошенных женщин, живущих половой жизнью 75,0- 80,5%, при этом наиболее часто используют средства контрацепции женщины с более хорошим материальным положением. В связи с этим можно предположить, что женщины группы риска, куда также относятся подростки, наиболее подвержены риску незапланированной беременности, а, следовательно, и ее прерыванию, именно поэтому необходимо, чтоб контрацептивные средства были более доступными для лиц группы риска.

Таким образом, своевременное оказание психологической помощи беременным может способствовать улучшению взаимоотношений в семье, течению беременности и родов, снижению невротических и психических расстройств, а самое главное, к снижению количества абортов. Выявление психических и невротических нарушений у беременных женщин должно способствовать направлению их для дальнейшей работы с психологом или

психотерапевтом, это может способствовать принятию решения беременной женщиной о сохранении ребенка.

Анализ психологического состояния беременных женщин на любом триместре беременности показывает наличие тревожности и депрессии, даже не смотря на количество беременностей в анамнезе. Следовательно, в репродуктивном возрасте необходимо уделять особое внимание психоэмоциональному состоянию женщины, не смотря на количество пройденных беременностей.

Исследование показало, что основными факторами, влияющими на принятие женщиной решения о сохранении или прерывании беременности, является семейное окружение, в основном мнение супруга, и психоэмоциональное состояние самой беременной женщины. Следовательно, гипотеза доказана.