Содержание

Введение

Глава 1. Теоретические аспекты исследования подготовки

беременных к родам

.1 Сущность и содержание беременности

.2 Психофизическое состояние беременной женщины

.3 Роль психологической подготовки беременной женщины к предстоящим родам

Выводы к главе 1

Глава 2. Эмпирическое исследование роли психологической подготовки беременных к родам.

.1 Организация и методы исследования эффективности психологической подготовки беременных к родам

.2 Технология проведения исследования эффективности

психологической подготовки беременной к предстоящим родам

.3 Программа подготовки беременных к родам

Выводы к главе 2

Заключение

Список использованной литературы

Приложения

# Введение

Беременность - это такое событие жизни, в котором женщина играет главную роль. Беременность и роды включают гораздо большее, чем просто вынашивание и рождение ребенка. Весь процесс может играть значительную роль в воссоединении мужчины с положительными сторонами бытия женщины. Беременность помогает женщинам прислушиваться к своему телу и позволяет этим руководствоваться в жизни. Беременность женщины обогащает жизнь мужчины чувством сопричастности с чем-то большим, что освобождает и учит жить не ради какой-то конечной цели, а ради самого ощущения жизни. Это ощущение дает возможность человеку остановиться и посмотреть на мир другими глазами. Войти в период беременности осознанно означает отвечать на нее со своей личной точки зрения. Те, кто принимает этот вызов, впоследствии испытывают радикальную смену взглядов на мир.

Материнство - самый важный и значительный этап в жизни каждой женщины. Материнские чувства проявляются уже в раннем детстве, когда девочки играют в куклы и поют песни как мамы своему ребенку. Когда в семье появляется новый человек, матери теперь есть тот кому можно посвятить свою любовь, заботу, терпение и мудрость. Как правильно спланировать день, заботу о ребенке, муже, что может чувствовать женщина в течение первых двух месяцев после родов, что может ее беспокоить, как научиться женщине чувствовать мир по-новому. В гармоничной и крепкой семье, в атмосфере любви, взаимопонимания, помощи, новорожденный ребенок будет иметь счастливое детство и душевное здоровье, а родители гармонию во взаимоотношениях.

Инстинкт материнства заложен в женщинах природой, и каждая женщина сознательно или неосознанно стремится выполнить свое главное предназначение. Но когда подходит время, когда скоро должен родиться ребенок, многие женщины начинают испытывать страх родов, так как связывают его с обязательными страданиями и нестерпимыми болями. Психологическая и физическая подготовка к родам способствует мобилизации всех сил женщины, для родоразрешения.

В формировании родовой боли участвует также психогенный компонент, основой которого является страх перед болями, убежденность в их неизбежности, воспитанная представлениями о том, что родам всегда сопутствует боль.

Актуальность данной темы обусловлена тем, что, несмотря на современные достижения в области медицины и психологии, повышение научного и технического уровня родовспоможения психологические проблемы в период беременности не уменьшаются.

Важными факторами сохранения репродуктивного здоровья женщины, правильного ведения беременности и родов являются рациональное планирование семьи и повышение медицинской и психологической грамотности, в первую очередь женского населения.

Объектом исследования являются беременные женщины.

Предмет исследования - психологическая подготовка беременных женщин к родам.

Основная цель - изучение различных методик психологической практики в подготовке беременных женщин к родам.

В соответствии с поставленной целью определим следующие задачи:

1. Раскрыть особенности психологической подготовки беременных женщин к родам.

2. Охарактеризовать основные проблемы, встречающиеся в период беременности.

. Отметить психофизические особенности в поведении беременной женщины

. Рассмотреть основные методики работы с беременными женщинами.

. Показать значение психологической подготовки беременной к предстоящим родам и материнству.

# Глава 1. Теоретические аспекты исследования подготовки беременных к родам

# психологический подготовка беременная роды

# 1.1 Сущность и содержание беременности

Беременность женщины - это физиологический процесс, в результате которого оплодотворенная яйцеклетка растет и развивается, формируя плод в организме женщины, этот естественный процесс заканчивается рождением ребёнка. Процесс беременности начинается с момента слияния (оплодотворения) яйцеклетки и сперматозоида, которое происходит в маточной трубе женщины. Оплодотворённая яйцеклетка, в процессе своего развития начинает продвигаться по маточной трубе к матке, данное передвижение осуществляется за счет сокращения мышц трубы и движения ворсинок мерцательного эпителия. Во время своего движения, которое продолжается в течение 7-8 суток, яйцеклетка делится. В результате дробления яйца образуется комплекс клеток - бластомеры, или шары дробления, наружный слой которых называется трофобластом. Эти клетки с помощью ферментов расплавляют слизистую оболочку матки, и яйцо погружается (имплантируется) в неё. Питание яйца с этого момента происходит за счёт материнского организма. Если яйцо имплантируется вне матки (в трубе, в яичнике или в брюшной полости), то есть при внематочной беременности, необходимо операционное вмешательство.

Продолжительность физиологически протекающей беременности составляет 280 ± 14 дней.

Беременность - это физиологический процесс, оказывающий благотворное влияние на весь организм женщины, особенно первобеременной. Однако потребности развивающегося плода налагают повышенные нагрузки на все органы и ткани женщины.

Жизнедеятельность организма беременной женщины направлена на создание и обеспечение оптимальных условий для развития плода. Начиная с имплантации (нидации) оплодотворенной яйцеклетки и кончая рождением ребенка, требования эмбриона - плода - постоянно возрастают, заставляя организм матери совершенствовать адаптационно-компенсаторные механизмы, обеспечивающие его правильное развитие. От матери плод получает необходимое количество кислорода, белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных и других жизненно важных веществ. В свою очередь, продукты жизнедеятельности плода поступают в организм матери и выводятся ее выделительной системой. Эти постоянно меняющиеся процессы определяют новый уровень гомеостаза, характерный для каждого триместра беременности и отличный от гомеостаза здоровой небеременной женщины.

На протяжении беременности перестройка деятельности организма женщины затрагивает практически все органы и системы, начиная с центральной нервной системы и кончая опорно-двигательным аппаратом. Изменяются все виды обмена веществ.

Развивающийся плод получает от матери все необходимые питательные вещества. Благополучие плода полностью зависит от здоровья матери, условий её труда, отдыха, режима питания, состояния нервной и эндокринной систем. Иногда организм женщины не справляется с повышенными требованиями со стороны растущего плода в связи с выраженным увеличением нагрузки на сердечнососудистую, мочевыделительную и другие системы, и тогда беременность протекает с различными осложнениями.

Функции плаценты сложны и многообразны. Дыхательная функция заключается в доставке кислорода от матери к плоду и в удалении углекислого газа в обратном направлении. Газообмен осуществляется по законам простой диффузии.

Питание плода и выведение продуктов обмена осуществляется за счет более сложных процессов. Плацента обладает транспортной, депонирующей и выделительной функциями в отношении многих электролитов, в том числе важнейших микроэлементов (железо, медь, марганец, кобальт и др.). В транспорте питательных веществ к плоду и выведении продуктов обмена плода участвуют ферменты плаценты. Выполняя гормональную функцию, плацента вместе с плодом образует единую эндокринную систему (фетоплацентарная система). В плаценте осуществляются процессы синтеза, секреции и превращения гормонов белковой и стероидной природы. Продукция гормонов происходит в синцитии трофобласта, децидуальной ткани. Среди гормонов белковой природы в развитии беременности важное значение имеет плацентарный лактоген (ПЛ), который синтезируется только в плаценте, поступает в кровь матери, поддерживает функцию плаценты.

Хорионический гонадотропин (ХГ) синтезируется плацентой, поступает в кровь матери, участвует в механизмах дифференцировки пола плода. Определенную роль в образовании сурфактанта легких играет пролактин, синтезируемый плацентой и децидуальной тканью.

Из холестерина, содержащегося в крови матери, в плаценте образуются прегненолон и прогестерон. К стероидным гормонам плаценты относятся также эстрогены (эстрадиол, эстрон, эстриол). Эстрогены плаценты вызывают гиперплазию и гипертрофию эндометрия и миометрия.

Кроме указанных гормонов, плацента способна продуцировать тестостерон, кортикостероиды, тироксин, трийодтиронин, паратиреоидный гормон, кальцитонин, серотонин, релаксин, окситоциназу и др.

Обладая системами синтеза гуморальных факторов, тормозящих иммунокомпетентные клетки матери, плацента является компонентом системы иммунобиологигеской защиты плода. Плацента как иммунный барьер разделяет два генетически чужеродных организма (мать и плод), предотвращая тем самым возникновение между ними иммунного конфликта. Определенную регулирующую роль при этом играют тучные клетки стромы ворсин хориона. Плацентарный барьер обладает избирательной проницаемостью для иммунных факторов. Через него легко проходят цитотоксические антитела к антигенам гистосовместимости и антитела класса IgG.

Плацента обладает способностью защищать организм плода от еблагоприятного воздействия вредных факторов, попавших в организм матери (токсические вещества, некоторые лекарственные средства, микроорганизмы и др.). Однако барьерная функция плаценты избирательна, и для некоторых повреждающих веществ она оказывается недостаточной.

В процессе беременности врачи знакомят женщин с анатомо-физиологическими особенностями их организма, с изменениями, происходящими во время беременности, обучают их правильному поведению при родах.

Рефлекторные реакции, возникающие в результате сложных взаимоотношений организмов матери и плода, составляют важнейшую и неотъемлемую часть развития беременности. Это состояние определено еще в 60-е гг. И. И. Яковлевым как доминанта беременности, существование которой подтверждено электроэнцефалографическими исследованиями.

Исключительно большое значение приобрела проводимая в последние годы физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам.

# 1.2 Психофизическое состояние беременной женщины

Во время беременности происходит перестройка в организме женщины. Серьезные гормональные изменения влияют как на физическое, так и психологическое состояние. Меняется буквально все в ее жизни - привычки, вкусы, эмоции, фигура. Порой самой женщине из-за всех этих перемен становится неприятно и иногда даже стыдно.

Все эти изменения в жизни женщины происходят и обусловлены развивающимся организмом ребенка. Он диктует ей, что и когда кушать, какую музыку слушать и как себя вести. Беременной женщине свойственно переживать буквально обо всем, плакать по пустякам, не спать ночами, думая все ли правильно она делает, кушать все подряд и побольше, и обижаться на всех вокруг. Все эти характеристики свойственны практически каждой будущей маме.

Психологические расстройства будущей мамы помимо гормональных изменений часто вызваны множеством волнений и страхов. Она теперь большую часть времени переживает о том, чтобы малыш был здоров, хорошо развивался, родился без отклонений и в срок. Обязательно в течение беременности на глаза попадаются детки инвалиды, на что, безусловно будущая мама не может реагировать спокойно, непременно накрутит себя и будет переживать по этому поводу.

Тело женщины изменяется, набирая с каждым днем все большую массу. Часто именно внешний вид вызывает тревогу и непринятие себя. Беременная женщина боится потерять привлекательность в глазах мужа, переживает о том, что не сможет вернуть былую форму после рождения ребенка.

Постоянное желание чего-то пожевать является для многих ужасающим. Особенно для строго следящих за своей фигурой женщин. Чувствуя себя обжорой, будущая мама не может принять себя такой и нервничает по этому поводу.

Часто женщин посещают мысли о том, что теперь придется стать домохозяйкой и лишиться общества. Тоска по работе и общению иногда ввергает будущую маму даже в депрессию.

Любая мелочь в период ожидания малыша может вызвать целую истерику будущей мамы. С одной стороны это вполне нормально, однако, как известно, все негативные эмоции сказываются на ребенке. Поэтому давайте поговорим о том, как с ними бороться.

Справиться с психологическими расстройствами беременной женщине позволяет психологическая работа и психологический настрой на роды, появление и воспитание ребенка.

Каждая женщина, вынашивающая дитя, понимает свою ответственность перед ним. Часто именно осознание материнства останавливает ее, не позволяет заходить в своих переживаниях слишком далеко. Это и является первым наилучшим средством от хандры.

Умение расслабляться - это один из наилучших способов отвлечься от дурных мыслей и сконцентрироваться на хорошем. Спокойная музыка, отдых, вкусный десерт, разговор с малышом и с близким человеком обязательно помогут успокоиться.

Будущей маме нужно научиться настраиваться на позитив, не смотря ни на что. Поэтому не упускайте момент и провозглашайте вслух, что ваш малыш здоров, хорошо развивается, что ваши роды будут самыми легкими и т.д. Ваша вера в хорошее обязательно принесет свои плоды!
Чтобы оградить себя от переживаний, обязательно говорите мужу обо всем, что вас беспокоит. Не держите в себе этот негатив. Любящий супруг обязательно успокоит вас и поддержит.

Ходите вместе с мужем на прогулки, УЗИ, делайте покупки для малыша, устраивайте себе праздники, сходите на СПА процедуры примените к себе уход за кожей лица, кушайте все, чего хочется, и ни в коем случае не вините себя и не критикуйте. Помните, что вы милая, красивая будущая мамочка, которая очень нравится своему мужу.

Настрой на лучшее является причиной положительного настроения и отношения к себе, ребенку и окружающему миру.

# 1.3 Роль психологической подготовки беременной женщины к предстоящим родам

Огромное значение для формирования гармоничных отношений между родителями и ребенком играет их подготовка во время беременности. Современные научные медицинские и психологические исследования свидетельствуют о том, что мысли и эмоции, которые испытывает мать во время беременности, оказывают непосредственное влияние на развитие ее ребенка. Поэтому молодым родителям необходимо лучше понять и прочувствовать новые знания о том, что происходит в утробе матери, что происходит с ребенком во время родов и в процессе кормления грудью. Научные открытия изменили наши представления о ребенке, находящемся во чреве матери. Так, например, оказалось, что чувства ребенка, его мозг начинают работать раньше, чем мы это себе представляли. Получены неоспоримые доказательства того, что эмоциональное, психологическое и интеллектуальное развитие личности начинается во внутриутробном периоде. Таким образом, насколько благополучно ребенок пройдет этот этап развития зависит от его родителей. Выполнение этой задачи потребует от Вас значительных личностных изменений, если хотите, определенного «личностного роста», смещения фокуса внимания в сторону ребенка и его потребностей.

Важнейшим условием нормального как эмоционального, так и физического развития ребенка является формирование чувства привязанности между ним и мамой. Привязанность не возникает за один день. Ее формирование начинается еще во время беременности, и с появлением малыша она еще сильнее укрепляется благодаря его усилиям. Существуют определенные условия, выполнение которых позволит вам улучшить контакт с ребенком, помочь ему лучше себя чувствовать и получать удовольствие от роли матери. Знание этих правил значительно облегчит Вам уход за ребенком, а главное поможет установить эмоциональную связь, которая заложит основы его личности и определит всю его дальнейшую жизнь.

С появлением младенца меняется весь уклад жизни семьи. По-новому распределяются роли и ответственность между всеми ее членами. Вопреки традиционным представлениям, роль отца в гармоничном развитии новорожденного очень велика. Поэтому подготовка к рождению ребенка также важна и для Вас, дорогие папы. Она поможет разобраться с теми вопросами, которые возникают у большинства мужчин, в этот период. Кроме того, она позволит родителям подготовить старшего ребенка к появлению малыша. Некоторые из Вас, наверно, сталкивались в детстве с горьким опытом ревности по отношению к брату или сестре. Как не повторить его в своей собственной семье? В Ваших силах сделать детей друзьями на всю жизнь, помочь преодолеть проблему ревности старшему ребенку, избежать возможного соперничества между ними.

Всякий родитель хочет, чтобы его ребенок был не только здоров, но и счастлив. И конечно, каждый из нас готов сделать для этого все от него зависящее. Но как понять, какие Ваши действия принесут пользу ребенку, а какие вред? Как правильно наладить взаимодействие с младенцем? Можно с уверенностью сказать, что нет одного единственного рецепта, как растить ребенка, как нет идеальных детей и родителей. Но Вашему ребенку нужны не идеальные родители, а именно Вы. Быть родителями - значит, все время учиться ими быть. По мере того, как Ваш малыш будет расти, Вы будете приобретать все больше и больше опыта. Ваша задача - создать такие условия, в которых стремление к наиболее полному и открытому общению между вами и ребенком смогло реализоваться. Цель занятий с психологом - помочь Вам в этом, приобрести наиболее важные знания о развитии ребенка, о вашей роли в этом процессе, подготовить к предстоящим родам.

# Выводы к главе 1

Беременность - это особый период в жизни женщины, кроме физиологических изменений в организме женщины, свой отпечаток на поведение будущий матери накладывают гормональные изменения, под влиянием которых изменяется психологической состояние беременной.

Суть психологического дискомфорта беременной женщины состоит в том, что она начинает переживать не только за свое здоровье, но и здоровье будущего малыша.

Основным подходом к решению этой проблемы является осознание женщиной того, что происходит в ее организме. Будущая мать учится правильно ассоциировать себя не только с будущим ребенком, но осознает свое новое социальное положение в мире - матери.

Таким образом, одной из составляющих положительного психологического комфорта женщины во время беременности, родов и последующего воспитания ребенка, является актуальная и своевременная психологическая подготовка, в которую включается обучение будущей матери в отношении ухода за будущим ребенком, ее общения с ним.

# Глава 2. Эмпирическое исследование роли психологической подготовки беременных к родам.

# .1 Организация и методы исследования эффективности психологической подготовки беременных к родам

Исследование посвящено выявлению особенностей изменений психического состояния женщин в период беременности и становления диадических отношений между матерью и ребенком после родов. Проспективно на протяжении всей беременности и после родов по единой программе была обследована 51 женщина детородного возраста. При обследовании после родов выделены группы женщин:

1) со сформированной готовностью к материнству;

2) с несформированной готовностью к материнству.

При исследовании выявлено три типа переживания беременности, три типа материнского отношения к ребенку, показана их взаимосвязь и соотношение с ценностью ребенка для матери (четыре типа ценности ребенка). Предлагаются диагностические методики для определения ценности ребенка, типа переживания беременности и типа материнского отношения, тенденций изменения этих показателей во время беременности. Ключевые слова: готовность к материнству, типы переживания беременности, типы материнского отношения, ценность ребенка.

Цель исследования: определить закономерности динамики психологического состояния женщины во время беременности, на этом основании установить оптимальную картину формирования готовности к материнству и выявить предикторы отклонения от такого формирования. Задачи исследования:

1. Выявить типы отношения матери к ребенку после его рождения, соответствующие готовности женщины к успешному материнству, и отклоняющиеся варианты.

2. Выявить особенности состояния женщины в период беременности, которые являются прогностичными для типа материнского отношения, соответствующего готовности к материнству после родов, и для отклоняющихся вариантов.

. Выявить связи типа материнского отношения и динамики психосоматического состояния в период беременности с ценностью ребенка.

. Разработать и апробировать диагностические методики, направленные на выявление ценности ребенка, типов переживания беременности и материнского отношения, проектирование блока методик для применения в практической работе с беременными и матерьми с детьми.

База исследования:

Обследование проводилось на базе женской консультации при поликлинике N \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_ сплошным методом, на добровольной основе. В исследовании принимали участие женщины детородного возраста (от 21 до 37 лет). Средний возраст составил 26 лет. Всего в исследовании приняла участие 51 беременная женщина.

Беременные обследовались психологами четыре раза: в первом триместре беременности (12-14 недель), во втором триместре беременности (16-28 недель), в третьем триместре беременности (30- 40 недель) и после родов. 98 % женщин живут в зарегистрированном или незарегистрированном браке. Все женщины сохраняли беременность и рожали впервые, 84 % женщин считали данную беременность ожидаемой и желанной.

Беременные женщины проходили психологическое обследование в условиях женской консультации, добровольно по единой программе. В исследовании применялись следующие методики: структурированное интервью; генограмма; тест Люшера; проективный рисунок на тему «Я и мой ребенок»; методики: тест «Фигуры»; тест «Эпитеты». Применялись качественные и количественные способы обработки полученных результатов.

Интервью - использовалось разработанное специально для этого исследования структурированное интервью, в котором женщины отвечали на вопросы о сроке беременности, желанности беременности, отношениях в семье, своем самочувствии, эмоциональном состоянии, испытываемых опасениях, планах, связанных с ребенком и будущей жизнью, представлении о родах и послеродовом периоде. В интервью включались вопросы, направленные на выявление особенностей протекания онтогенетических этапов формирования материнской сферы при послеродовом обследовании - о родах и своих впечатлениях, о послеродовом периоде.

Генограмма являлась одним из блоков интервью. Анализ интервью осуществлялся по критериям, направленным на выявление трех сформулированных в задачах исследования переменных: ценности ребенка и динамики ее изменения; типов переживания беременности и их динамики в период беременности; типов материнского отношения. За основу взяты выделенные в предыдущих исследованиях типы ценности ребенка и стили переживания беременности и материнского отношения. Для анализа психологического состояния женщины во время вынашивания ребенка в интервью включен блок вопросов, направленных на определение типа переживания беременности. С этой целью были включены вопросы о физическом и эмоциональном переживании этапа обнаружения беременности, переживании симптоматики беременности, динамике переживания симптоматики по триместрам беременности, преимущественном фоне настроения по триместрам беременности, переживании первого шевеления ребенка, переживании шевелений в течение всей второй половины беременности, характере активности женщины в третий триместр беременности. Помимо описанных выше, учитывались следующие показатели: данные о восприятии женщиной изменений своего самочувствия, внешнего вида, эмоционального состояния, интересов, отношение к этим изменениям. При анализе данных учитывалась их динамика по триместрам беременности. На основе этих критериев по совокупности показателей в каждом триместре беременности определялся общий тип переживания беременности. Под материнским отношением понимается комплекс поведенческих (что и как делает мать), когнитивных (как представляет себе и на что опирается в выборе целей, средств их достижения и средств контроля) и эмоционально-оценочных (какие эмоции испытывает к себе как субъекту поведения и ребенку как объекту) компонентов, которые в совокупности проявляются как ее отношение к ребенку в каждый момент их взаимодействия.

# 2.2 Технология проведения исследования эффективности психологической подготовки беременной к предстоящим родам

При анализе материнского отношения к ребенку в послеродовом периоде мы опирались на имеющиеся в литературе представления и цели настоящей работы. Были учтены показатели, которые можно было соотнести во время беременности и после родов. Подвергались анализу такие параметры, как:

1. стиль эмоционального сопровождения матерью процесса взаимодействия с ребенком;

2. степень субъективизации ребенка;

. использование средств контроля при определении состояния ребенка;

. уровень развития и скорость возникновения материнской компетентности;

. легкость приспособления к новому ритму жизни и освоения новых обязанностей;

. изменение режима своей жизни и жизни семьи как приспособление к индивидуальному ритму жизнедеятельности ребенка или приучение ребенка к режиму,

. устанавливаемому взрослыми; удовлетворенность собой, ребенком, отношением к себе и ребенку близких людей.

Характеристика ценности ребенка после родов и ценности вынашиваемого ребенка во время беременности анализировалась по ответам на блок вопросов, составленных на основе проведенных ранее исследований, в которых было сформулировано понятие внедряющихся ценностей (из других потребностно-мотивационных сфер), интерферирующих с ценностью ребенка. Анализировалось содержание ценности ребенка по следующим критериям:

1. наличие самостоятельной ценности ребенка как объекта материнской сферы (потребность в контакте с ребенком, в заботе о нем);

2. повышенно-эмоциональная ценность ребенка («сверхценность» по первому типу, концентрация на ребенке потребности в эмоциональном контакте);

. привнесение в ценность ребенка содержания ценностей из других сфер вплоть до полной замены этим содержанием (например, обеспечение семейного и социального положения; своего будущего;

. удовлетворение потребности в объекте привязанности; восприятие ребенка как средства удержания полового партнера;

. как средства самореализации; как средства утверждения возрастного и полоролевого статуса;

. удовлетворение потребности в объекте эмоционального взаимодействия).

Целью методики рисуночный тест «Я и мой ребенок» является выявление особенностей переживания беременности и ситуации материнства, восприятия себя и ребенка, ценности ребенка. В рисуночном тесте «Я и мой ребенок» учитывалось наличие на рисунке фигур матери и ребенка; замена образа матери и ребенка на животное, растение, символ; содержание образа ребенка и его возраст; соотношение размеров фигур матери и ребенка; отражение совместной деятельности матери и ребенка; дистанция и особенности расположения персонажей; изоляция фигуры ребенка; а также характеристика общего состояния (благополучие, неуверенность в себе, тревожность, признаки конфликтности и враждебности, относящиеся к теме рисунка) по формальным признакам рисунка и поведенческим проявлениям во время рисования (качество линии, расположение на листе, детали рисунка, проявлявшиеся эмоции, высказывания, паузы и т.д.). Интерпретация данных проводилась по критериям, принятым в психодиагностике для рисуночных тестов.



Рис. 1. - Распределение типов переживания беременности у беременных в первом триместре (рисуночный тест «Я и мой ребенок»), в (%).

При исследовании типа переживания беременности у женщин, имеющих опыт невынашивания беременности и женщин, беременных впервые на первом триместре были выявлены достоверные различия с уровнем значимости р<0,05. В контрольной группе в основном преобладает адекватный тип переживания 68%, тревожный тип - 24%, 8% - игнорирующий тип переживания беременности. В экспериментальной группе данные показатели следующие: адекватный тип - 23%, тревожный - 72% и игнорирующий 5% (рис.1).

Данные интервью, генограммы и рисуночного теста использовались как взаимодополняющие, их анализ проводился в два этапа. На первом этапе были проанализированы результаты обследования женщин вскоре после родов и выявлены ценность ребенка для матери и особенности психологического состояния и отношения матери к ребенку, на основе которых были выделены группы женщин со сформированной готовностью к материнству и группа с признаками несформированной готовности к материнству. На втором этапе были проанализированы материалы психологического обследования этих групп женщин, полученных во время беременности, с целью определить особенности динамики ценности вынашиваемого ребенка и психического состояния женщин на разных этапах репродуктивного цикла в каждой из групп; выделить возможные психологические предикторы несформированной готовности к материнству. На первом этапе были проанализированы данные интервью и рисуночного теста и установлены несколько вариантов ценности ребенка и материнского отношения: адекватная ценность ребенка с оптимальным балансом ценностей из других потребностно-мотивационных сфер; повышенная ценность ребенка, подавляющая все остальные ценности; пониженная ценность ребенка, когда преобладающими являются ценности из других потребностно-мотивационных сфер; недостаточная ценность ребенка (частичная или полная замена ценности ребенка ценностями из других сфер); адекватное отношение (материнское отношение к ребенку как субъекту, с ориентацией на себя и одновременно на состояние ребенка при контроле состояний ребенка; в этом случае женщинам была присуща высокая, рано появившаяся материнская компетентность, удовлетворенность материнством и отношением к себе и к ребенку других); тревожное, амбивалентное (характеризовалось амбивалентным, неустойчивым отношением к ребенку, с резким противопоставлением ценности ребенка «внедряющимся» ценностям, с противоположными или непоследовательными тенденциями эмоционального сопровождения отрицательных и положительных состояний ребенка; для таких женщин характерна неравномерная компетентность в отношении разных поведенческих проявлений ребенка; конфликт ориентаций в контроле состояний ребенка между собственными состояниями и необходимостью подчиняться мнению других; характерны также недостаточная субъективизация ребенка, постоянная тревога по поводу ребенка и адекватности своих действий, неудовлетворенность собой, отношением к ребенку других, осуждение себя наряду с оправданием, резкие перемены настроения); эмоционально отстраненное, регулирующее материнское отношение (характеризовалось эмоционально отстраненным, регулирующим типом отношения к ребенку; для таких женщин характерно отношение к ребенку как объекту с ориентацией на жесткое приучение к режиму, несмотря на реакции самого ребенка. В своем поведении матери декларировали строгие ориентиры на знания о развитии ребенка и мнения других; этим женщинам присущи такие качества, как стремление к рационализации, поздно появившаяся родительская компетентность, неудовлетворенность характером развития и претензии к особенностям ребенка, неудовлетворенность условиями, отношением других членов семьи, нехваткой времени на себя, необходимостью все время отдавать ребенку). На основе двух этих переменных (материнского отношения и ценности ребенка) выделены две основные группы женщин.

Для группы женщин с адекватным материнским отношением (группа 1, 48%) характерны адекватная ценность ребенка и сформированная готовность к материнству. Для группы женщин с отклоняющимся от адекватного материнским отношением (группа II, 52 %) была характерна неадекватная ценность ребенка и несформированная готовность к материнству. Данная группа включала две подгруппы. Подгруппа с тревожным, амбивалентным типом материнского отношения (18 %). Для входивших в нее женщин были характерны повышенная и пониженная ценность ребенка. Для подгруппы с эмоционально отстраненным, регулирующим типом материнского отношения (34 %) была характерна недостаточная ценность ребенка. Анализ соотношения типа материнского отношения с параметром «ценность ребенка» с применением метода корреляционного анализа установил закономерности, отраженные в табл. 1. Как видно из табл. 1, типы материнского отношения и ценности ребенка в высокой степени коррелируют в соответствующих группах. На втором этапе были проанализированы данные интервью, генограммы и рисуночного теста по триместрам беременности в группах женщин, выделенных по параметру готовности к материнству. На основании полученных данных описаны характерные для каждой группы испытуемых типы переживания беременности. Группа 1. Для входящих в нее женщин характерна адекватная ценность вынашиваемого ребенка и адекватный тип переживания беременности: постепенная конкретизация образа ребенка и восприятие его с положительными эмоциями; выраженность динамики психосоматического состояния, соответствующего физиологической беременности, по триместрам: физическое недомогание, усталость и снижение активности в первом триместре; хорошее самочувствие, бодрое состояние, ориентация интересов на ребенка во втором триместре; повышение активности, направленной на ребенка, в начале третьего триместра; общее расслабление и ожидание встречи с ребенком к концу беременности; достаточно четкие представления о послеродовом периоде и своей материнской роли; удовлетворенность собой и изменениями в своем состоянии; эмоциональная близость со своей матерью; положительное эмоциональное, дифференцированное переживание шевеления ребенка. Группа II. В ней выявляются две подгруппы, одну образуют женщины с тревожным, амбивалентным типом материнского отношения. Для женщин этой подгруппы характерен тревожный или амбивалентный тип переживания беременности. В первом триместре женщинам с подобным типом переживания беременности свойственны тревоги, страхи, беспокойство. Соматический компонент сильно выражен по типу болезненного состояния; эмоциональное состояние повышенно тревожное или депрессивное. Во втором триместре не наблюдается стабилизации, в целом тревога усиливается, эпизодически повторяются депрессивные или тревожные состояния. В третьем триместре эта тенденция усиливается; активность в третьем триместре связана со страхами за исход беременности, родов. Особенностью являются резко противоположные по физическим и эмоциональным ощущениям переживания шевеления ребенка, возникновение болевых ощущений; интерпретация своих отрицательных эмоций преимущественно выражена как страх за ребенка или исход беременности, родов; имеют место ссылки на внешние обстоятельства, мешающие благополучному протеканию беременности. Эта подгруппа характеризовалась пониженной или повышенной ценностью вынашиваемого ребенка. Другую подгруппу составили женщины с игнорирующим типом материнского отношения. Для них характерен игнорирующий тип переживания беременности. В первом триместре имели место два варианта: слишком позднее распознавание беременности, сопровождающееся чувством досады или неприятного удивления; соматический компонент либо не выражен совсем, либо состояние даже лучше, чем до беременности; распознавание беременности сопровождается отрицательными эмоциями, вся симптоматика резко выражена и негативно физически и эмоционально окрашена, беременность переживается как кара, помеха и т.п. Во втором триместре первое шевеление отмечается очень поздно, нет дифференцированного отношения к характеру шевеления ребенка, последующие шевеления окрашены неприятными физиологическими ощущениями, сопровождаются неудобством, брезгливостью. В третьем триместре, к концу беременности, возможны всплески депрессивных или аффективных состояний. Нередко к концу беременности появляются осложнения. Динамики эмоционального состояния по триместрам либо не наблюдается, либо отмечается повышение активности и общего эмоционального тонуса, к концу беременности состояние характеризуется как доставляющее физическое неудобство. Активность в третьем триместре повышается и направлена на обстоятельства, не связанные с ребенком. Ценность вынашиваемого ребенка в этой подгруппе недостаточная. Анализ соотношения типа переживания беременности с параметром «ценность ребенка» установил закономерности, отраженные в табл. 2. Обследованная выборка недостаточно велика для того, чтобы можно было точно оценить соотношение типов переживания беременности и типов материнского отношения, однако различия между группами со сформированной и несформированной готовностью к материнству проявились в виде тенденции. Адекватный тип переживания беременности соответствует готовности к материнству, отклоняющиеся от него - неготовности к материнству.

## Таблица 1

Соотношение типов материнского отношения и ценности ребенка

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тип материнского отношения | Ценность ребенка | Коэффициент Гилфорда | Доверительный интервал |
| Адекватный | адекватная | 0, 99 | 0, 005 |
| Тревожный | повышенная | 0, 66 | 0, 08 |
| Амбивалентный | пониженная | 0, 54 | 0, 08 |
| Эмоционально-отстраненный | недостаточная | 0, 99 | 0, 05 |

## Таблица 2

Соотношение типа переживания беременности и ценности ребенка:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тип переживания беременности | Ценность ребенка | Коэффициент Гилфорда | Доверительный интервал |
| Адекватный | адекватная | 0, 90 | 0, 07 |
| Тревожный | повышенная | 0, 64 | 0, 10 |
| Игнорирующий | недостаточная | 0, 90 | 0, 08 |

# 2.3 Программа подготовки беременных к родам

Одним из важных элементов ведения беременных является физио-психопрофилактическая подготовка к родам, включающая комплекс психопрофилактических, психотерапевтических и физических мероприятий. Основными задачами психофизической подготовки беременных к родам являются: выработка у женщин сознательного отношения к беременности и восприятия родов как физиологического процесса; создание благоприятного эмоционального фона и уверенности в нормальном течении беременности и родов; формирование у беременных умения мобилизовать свою волю для преодоления страха перед родами.

При первом посещении беременной врача важно выяснить характерологические особенности женщины, ее эмоциональные и волевые качества, отношение к беременности, характер взаимоотношений в семье, наличие психических травм, уточнить представление беременной о родах, обоснованность страха перед ними, боязнь боли. В том случае если выявляются какие-либо психологические проблемы, то при необходимости пациентка может быть направлена на консультацию к психологу или к врачу-психотерапевту.

Отношение женщины к беременности и к родам формируется под влиянием различных факторов, включая социальные, морально-этические, экономические и др., и зависит от особенностей личности женщины. Наряду с индивидуальной психопрофилактической работой, которую врач должен проводить при каждом посещении беременной, целесообразным является проведение групповых занятий по психопрофилактической подготовке к родам с началом дородового отпуска. Для проведения таких занятий формируются группы по 6-8 человек с учетом психо-эмоционального статуса пациенток. Так, например, целесообразно формировать отдельные группы из социально-активных женщины, у которых с наступлением беременности может отмечаться более выраженная психическая неустойчивость в связи с лишением их привычных активных социальных позиций. Другую группу могут составить женщины, привыкшие к опеке в семье, и поэтому плохо подготовленные к материнству. Подобные однородные группы могут составить матери-одиночки, беременные после перенесенных травм или стресса, беременные с большим числом искусственных абортов в анамнезе. Следует также принимать во внимание, что в тщательной психофизической подготовке нуждаются беременные с высоким риском возможных осложнений при беременности и в родах, а также женщины с низким порогом болевой чувствительности.

В группе, беременных с однородными психо-эмоциональным особенностям, легче создается атмосфера взаимного доверия, чувства внутренней свободы и раскованности, что позволяет более эффективно формировать установки правильного поведения во время беременности и в родах. Занятия следует начинать с 33-34 недель беременности, проводить их еженедельно в течение месяца. Таких занятий, соответственно будет 4. Продолжительность каждого из них должна составлять 25-30 минут, кроме самого первого, которое может продолжаться около I часа.

Первое занятие

Первое занятие обычно состоит из двух частей: вводной и основной. В вводной части разъясняются возможности обучения беременных управлять своей волей и активностью в родах. Одной из форм такого обучения является аутогенная тренировка, так как с ее помощью можно эффективно мобилизовать энергию женщины в родах и ослабить болевые ощущения. Для этого используются методы аутогенной тренировки, которая позволяет научиться осознанно управлять некоторыми функциями организма путем волевого воздействия на них.

Снятию психо-эмоционального напряжения способствует также самомассаж определенных биологически активных точек, которому обучаются беременные. Точечный самомассаж при регулярных занятиях обладает общеукрепляющим и оздоравливающимим воздействием, что оказывает благоприятное влияние на течении беременности, и способствует поддержанию высокого нсихо-змоционалъного и физического тонуса пациентки. Кроме того, применение элементов пальцевого самомассажа в родах способствует уменьшению родовой боли, нормализации схваток и мобилизации волевых усилий.

В основной части первого занятия пациенткам сообщаются краткие сведения об анатомическом строении женских половых органов, особенностях развития плода, течении беременности и родов. Важно обратить внимание беременной на то, что роды представляют собой естественный физиологический процесс. Следует проинформировать пациентку о том, как правильно распределять свои силы в родах и об особенностях физического напряжения в зависимости от периодов родов. Следует убедить беременных в необходимости спокойного поведения в родах, в выполнении указаний медицинского персонала, обратить внимание на необходимость регулярного мочеиспускания для правильного течения родов.

Далее беременным предлагаются занятия по обучению аутотренингу и точечному самомассажу.

В конце всего занятия дается возможность еще раз проанализировать все свои ощущения после аутотренинга и самомассажа, добиться ощущения максимального отдыха и покоя. Для объективного контроля за состоянием беременной регистрируют показатели пульса до, и после занятия. Для закрепления полученных навыков беременным рекомендуется ежедневно повторять занятия дома, продолжительность 7-10 минут.

Второе занятие

На втором занятии беременных знакомят с характером течения I периода родов, что сопровождается соответствующими иллюстрациями. Пациенткам излагают механизм схваток, которые приводят к постепенному раскрытию шейки матки. Разъясняют длительность и чередование схваток, интервал между ними.

Беременные должны узнать, что болезненность схваток воспринимается по-разному в зависимости от порога болевой чувствительности. В некоторых случаях схватки ощущаются, как небольшие напряжения матки, в других случаях - как более сильные болевые ощущения. При этом пациенток обучают ряду приемов для уменьшения болезненности схваток. Этому, например, помогает регуляция дыхания. При этом предпочтение отдается диафрагмальному дыханию, позволяющему наиболее полно использовать жизненную емкость легких.

Одновременно с дыханием во время схваток должен осуществляться контроль за мышцами. Следует принимать во внимание, что мышечное напряжение вызывает только напрасную трату сил, и поэтому в момент схватки не следует напрягаться, а надо оставаться в расслабленном состоянии. Но это расслабление не пассивное, а активный сознательный процесс, требующий концентрированного внимания. Между схватками роженица должна применять приемы последовательного расслабления мышц под собственным контролем, начинал с мышц лица и заканчивая мышцами нижних конечностей. Вне схваток роженице следует контролировать дыхание, которое должно быть диафрагмально-грудным и ритмичным.

Далее беременных обучают сочетанию дыхательной гимнастики с самомассажем биологических точек, оказывавшим болеутоляющий эффект во время схваток. Занятие заканчивается упражнением, направленным на релаксацию.

Третье занятие

На третьем занятии беременных знакомят с течением II и III периодов родов. При этом пациенток необходимо проинформировать, что период изгнания требует максимальной отдачи физических сил роженицы. Пациенткам важно объяснить значение наиболее оптимальной позы во время потуг и еще раз обратить их внимание на технику дыхания, мышечного напряжения при потугах и умение расслабляться между ними. После каждой потуги следует все внимание сосредоточить на полной релаксации и отдыхе.

Женщинам нужно объяснить, что во время потуг может быть отхождение кала, мочи, газов, и это не должно травмировать роженицу, так как является для всех естественным и привычным актом. Необходимо убедить пациенток, что они должны выполнять все команды акушерки, принимающей роды, что будет способствовать бережному рождению ребенка.

На этом занятии с беременными отрабатываются элементы аутотренинга, облегчающие период изгнания. При этом обращают внимание на необходимо чередования мышечного напряжения в момент потуги и полного расслабления между ними. Если возникает необходимость временно сдержать потуги, то дыхание должно быть частым и поверхностным.

Пациенток также кратко информируют о характере течения последового и раннего послеродового периода. При этом демонстрируют точки самомассажа, способствующие профилактике нарушений сокращения матки и уменьшения молока в послеродовом периоде.

Четвертое занятие

На четвертом занятии повторяется кратко весь курс предыдущих занятий, и закрепляются приобретенные навыки и приемы, полезные в родах. Занятия по психопрофилактической подготовке к родам целесообразно пройти всем беременным. В особо тщательной психопрофилактической подготовке нуждаются беременные с психологическими проблемами. В отношении этой группы необходимо добиваться глубокого освоения ими методов психической подготовки к родам.

Для определения эффективности проведенного цикла занятий по психопрофилактике можно использовать некоторые психологические тесты, применяя их у беременных в начале каждого занятия и после его окончания, или в начале первого занятия и после окончания последнего. Психическую подготовку беременных к родам следует сочетать с физическими упражнениями. Систематические занятия гимнастикой при беременности оптимизируют функциональное состояние жизненно важных органов и систем, повышают защитные силы организма, адаптируют его к физическим нагрузкам в предстоящих родах.

Занятия гимнастикой

Занятия гимнастикой проводятся через день или ежедневно в группе или индивидуально под контролем специально обученного медицинского персонала. Беременные после первичного обследования врачом акушером-гинекологом и терапевтом направляются на занятия физкультурой с указанием срока беременности и состояния здоровья. Группы формируются по 8-10 человек с учетом сроков беременности. При подборе гимнастических упражнений учитывается возраст женщины и особенности ее телосложения.

Использование комплекса гимнастических упражнений, предназначенных для беременных, предусматривает последовательное включение и тренировку мышечных групп и функциональных систем организма женщины, принимающих активное участие в процессе родов. Все физические упражнения делятся на 3 комплекса соответственно для сроков беременности до 16 недель, от 17 до 32 недель, от 32 до 40 недель.

Занятия гимнастикой в первые 16 недель предусматривают обучение навыкам правильного дыхания, произвольному напряжению и расслаблению мускулатуры, постепенной адаптации сердечно-сосудистой системы к физическим упражнениям. В комплекс включаются упражнения для тренировки мышц рук, ног, корпуса, брюшного и грудного дыхания. С 17 по 32 недели особое внимание уделяется упражнениям, натравленным на укрепление мышц брюшного пресса и спины, которые испытывают повышенную нагрузку из-за смещения центра тяжести, а также мышцы стопы, в связи с возможным ее уплощением и плоскостопием. Используются движения, способствующие увеличению гибкости и пластичности позвоночника и тазовых сочленений, при этом многие упражнения выполняются с гимнастической палкой. В период максимальной нагрузки на сердце, в сроки 28-32 недели, целесообразно уменьшить общую физическую нагрузку за счет сокращения повторения упражнений и введения большого количества дыхательных упражнений. Широко используются движения для укрепления мышц ног с целью профилактики венозного застоя в нижних конечностях. В 32-40 недель особое значение придается развитию и закреплению навыков, имеющих важное значение во время родов, включая напряжение и расслабление мышц брюшной стенки и тазового дна, тренировку дыхания с задержкой вдоха и выдоха и последующим расслаблением мышц.

Гимнастическим упражнениям предшествует 15-минутный отдых в положении сидя. Такой отдых особенно полезен беременным, посещающим занятия физкультурой после работы, так как организм в это время приходит в состояние эмоционального покоя. Гимнастика продолжается 20-25 минут в медленном темпе. В процессе проведения занятий осуществляется контроль за частотой пульса, дыхания, величиной артериального давления. После некоторого обучения женщины самостоятельно контролируют вышеуказанные физиологические параметры. Занятия проводятся в утренние и дополнительно в вечерние часы для работающих беременных. Если по каким-либо причинам беременная не может посещать кабинет физкультуры, ее знакомят с комплексом гимнастических упражнений соответственно сроку беременности, после чего под контролем инструктора через каждые 10-12 дней, она выполняет гимнастические упражнения в домашних условиях.

# Выводы к главе 2

Нами показана преемственность типа переживания беременности и формирования готовности к материнству, а также их связь с ценностью ребенка. По нашим данным, адекватный тип переживания беременности, который складывается к концу беременности, устойчиво коррелирует с адекватной ценностью ребенка (коэффициент Гилфорда 0,9) и со сформировавшейся готовностью к материнству (коэффициент Гилфорда 0,75). Игнорирующий тип переживания беременности устойчиво сочетается с недостаточной ценностью ребенка (коэффициент Гилфорда 0,64) и эмоционально-отстраненным, регулирующим типом девиантного материнского отношения (коэффициент Гилфорда 0,7). Для женщин, тип отношения и беременности которых являлся тревожным, амбивалентным, ценность ребенка понижена (коэффициент Гилфорда 0,54) или неадекватно завышена (коэффициент Гилфорда 0,66), тип материнского отношения - тревожный, амбивалентный (коэффициент Гилфорда 0,7). По полученным данным, именно в этом случае отмечается наиболее выраженная динамика переходов, склонность к уменьшению ценности ребенка, появление элементов послеродовой депрессии, наиболее выражено влияние условий послеродового периода на динамику материнского отношения и ценности ребенка, более выражены неблагоприятные особенности развития ребенка. Анализ результатов показал значительную диагностическую ценность рисуночного теста, данные которого устойчиво коррелируют с результатами других методик. Так, «благоприятная ситуация» по рисуночному тесту сочетается с положительными показателями переживания беременности, материнского отношения и ценности ребенка. Незначительные симптомы неуверенности, тревоги и конфликтности сочетаются с незначительными отклонениями в стиле переживания беременности с тенденцией к их улучшению, достаточно стабильной или повышающейся в период беременности ценностью ребенка, благоприятной динамикой интерференции ценностей, коррелируют с незначительными отклонениями материнского отношения (в основном по типу тревожности). Выраженная тревога, неуверенность в себе и недовольство беременностью и материнством по данным рисуночного теста во всех случаях сочетаются с отклонением от адекватного стиля переживания беременности, с неблагоприятной семейной ситуацией, с отрицательным отношением к изменениям в собственном организме и недовольством отношением окружающих, с отклонением от адекватного восприятия ценности ребенка и неблагоприятной тенденцией интерференции ценностей, с отклонением от адекватного типа материнского отношения. Отношение к изменениям в своем состоянии и претензии к другим людям, в том числе к отцу ребенка, близким родственникам, медицинскому персоналу, отражают неудовлетворенность ситуацией материнства (и беременностью) и могут служить одним из диагностических показателей. В процессе исследования выявлены типы переживания беременности, наиболее подверженные динамике в течение беременности и ведущие к самым разнообразным отклонениям в стиле материнского отношения (группа с тревожным и амбивалентным типами переживания беременности). Мы считаем, что группу риска составляют женщины с игнорирующим типом переживания беременности, который не изменялся на протяжении всех трех триместров и после родов. Основываясь на полученных в настоящем исследовании и литературных данных (особенно это касается данных о переживании беременности женщинами, отказывающимися от ребенка), можно высказать предположение, что наиболее трудным для коррекции является игнорирующий тип переживания беременности, который в свою очередь ведет к девиантному материнскому отношению (эмоционально-отстраненному, регулирующему), также плохо поддающемуся коррекции, когда ребенок становится старше (эмоционально-подавляющий, авторитарный, регулирующий). Наше исследование показало, что во время беременности в личности женщины, в ее сознании и самосознании происходят определенные изменения. Полученные данные подтверждают связь формирования готовности к материнству с типом переживания беременности. Они позволяют предположить, что уже в период беременности возможно прогнозирование особенностей материнского отношения после родов, ценности ребенка и динамики интерференции ценностей - как в сторону внедряющихся, конфронтирующих с ценностью ребенка и материнства, так и наоборот. Это позволяет проектировать индивидуально ориентированное психологическое вмешательство. Кроме того, во время беременности возможен прогноз недостаточной материнской компетентности и недостаточного развития таких компонентов материнской сферы, как стиль эмоционального сопровождения, субъективизация ребенка, использование своего состояния и ориентация на состояние ребенка как средств контроля развития ребенка, гибкость приспособления к режиму и т.п., что позволит проводить направленную коррекцию и психотерапию. В период беременности возможен также прогноз возникновения послеродовых депрессий или психозов на основе прогнозируемого резкого снижения ценности ребенка или тенденции к исключительной ценности ребенка в сочетании с общей динамикой стиля переживания беременности и склонности к депрессивным или психотическим состояниям.

# Заключение

Изучение психологии материнства - одна из малоразработанных отечественной наукой областей. Актуальность психологического изучения материнства продиктована противоречием между остротой демографических проблем, связанных с падением рождаемости, огромным числом распадающихся семей с лавинообразным увеличением числа детей-сирот при живых родителях, с ростом числа случаев жестокого обращения с ребенком и неразработанностью программ социальной и психологической помощи семье и в первую очередь женщине.

Материнство - одна из социальных женских ролей, поэтому даже если потребность быть матерью и заложена биологически, общественные нормы и ценности оказывают определяющее влияние на его содержание и проявление у каждой конкретной женщины. Исследования второй половины XX в. свидетельствуют, что в становлении и реализации материнско-детского взаимодействия центральным и определяющим является материнское отношение. Именно оно лежит в основе всего поведения матери, тем самым создавая уникальную для ребенка ситуацию развития, в которой формируются его индивидуально-типологические и личностные особенности. Считается, что нормы материнского отношения нет, так как содержание материнских установок меняется от эпохи к эпохе. В то же время всегда существовали явления, которые во все исторические периоды считались отклоняющими проявления материнского отношения. Они могли носить более скрытые или открытые формы. Само понятие «материнское отношение» не является в настоящий момент строго определенным и общепринятым, но тем не менее достаточно популярным как предмет психологического исследования. Имеющиеся в литературе данные свидетельствуют, что материнское отношение не возникает одномоментно и сразу после рождения ребенка, а проходит определенный путь становления и имеет тонкие механизмы регуляции, свои сензитивные периоды и запускающие стимулы. В этом аспекте особую важность приобретают исследования, связанные с возможностями выявления уже в процессе беременности особенностей состояния и поведения будущей матери, по которым можно прогнозировать успешность материнства, и более конкретно - особенности отношения матери к ребенку после его рождения как определяющего фактора в развитии диадических отношений.

В целях предсказания еще во время беременности будущего типа отношения матери к ребенку традиционно изучаются материнские (и шире - родительские) ожидания, установки, воспитательные стратегии, ожидание удовлетворенности материнской ролью, компетентность матери и пр. Учитываются и другие факторы: личностные особенности, история жизни, адаптация к супружеству, особенности адаптации, удовлетворенность эмоциональными взаимоотношениями со своей матерью, репродукции моделей материнства в семье, культурные, социальные и семейные особенности, физическое и психическое здоровье женщины.

В некоторых отечественных исследованиях для этих же целей используется комплексный мультидисциплинарный подход. Однако и в этих исследованиях анализируются лишь отдельные факторы, не объединенные в целостные конструкты, которые отражали бы взаимосвязь разных качеств и их целостной динамики у конкретной женщины. С одной стороны, обобщая все предыдущие исследования, можно говорить о наличии закономерных изменений психического функционирования женщин во время беременности и после деторождения. С другой стороны, ранее проведенное нами изучение психологического состояния женщин, вынашивающих нежеланную беременность и впоследствии отказывающихся от ребенка, обнаружило резкие, но также вполне стереотипные изменения в психической сфере. Отсюда возникло предположение, что, по-видимому, существует стереотипная динамика психического состояния беременных, предшествующая эффективному («нормативному») материнству (которое можно было бы условно принять за норму), и особая динамика этих же функций, предшествующая отклоняющимся типам материнского отношения (и поведения). Выявление этих закономерностей поможет обнаружить предикторы отклоняющегося материнского поведения. Для решения данной задачи необходима разработка методов диагностики и критериев оценки получаемых данных, основываясь на которых можно прогнозировать указанные особенности, выявлять возможности их девиации и строить индивидуально ориентированную психологическую помощь.

Исходя из имеющихся исследований в этой области, мы предположили, что:

1. Готовность к материнству, которую мы рассматриваем как способность матери обеспечивать адекватные условия для развития ребенка, проявляется в определенном типе отношения матери к ребенку.

2. Тип материнского отношения, соответствующий готовности или неготовности к материнству, связан с ценностью ребенка для матери.

. В период беременности можно обнаружить особенности психологического состояния и его динамики, которые являются прогностичными для выявления типа отношения матери к ребенку после родов.

. Связующим показателем, соответствующим типу материнского отношения и динамике психологического состояния в период беременности, является ценность ребенка для матери.

Таким образом, разумный режим жизни, занятия физкультурой, соблюдение гигиены, правильное и рациональное питание сохраняют здоровье беременной женщины и её будущего ребёнка, способствуют нормальному течению родов и послеродового периода, а доброе и внимательное отношение родных и близких призваны поддерживать у неё бодрое настроение, оберегать от лишних волнений и забот, тогда ничем не будет омрачена радость предстоящего материнства .

# Список использованной литературы

1. Абрамова Г.С. Психология материнства / Г.С. Абрамова. - М.: Академический проект, 2006. - 704 с.

2. Айламазян Э.К. Акушерство: Учебник для медицинских вузов. 4-е изд., доп. / Э.К. Айламызян. - СПб.: СпецЛит, 2003. - 528 с.

. Акушерство и гинекология: Краткое пособие по практическим умениям. / Под ред. Д. Ф. Костючек. - СПб: СПбГМА, 2001. - 116 с.

. Алешина Ю. А. Индивидуальное и семейное консультирование / Ю.А.Алешина. М.: Класс, 2000. - 242 с.

. Аптулаева А.Г. Я скоро стану мамой. / А.Г. Аптулаева, О.Д. Ворожцова. - СПб.: У-Фактория, 2001. - 460 с.

. Аршавский И.А. Очерки по возрастной физиологии / И.А.Аршавский. - М.: Просвещение, 1997. - 88 с.

. Батуев А.С. Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать-дитя» / А.С.Батуев, Л.В. Соколова. - М.: - СПб, 1994. - 245 с.

. Браун Дж. Антенатальная охрана плода / Дж. Браун, Г. Диксон, М.: Медицина, 2002. - 520 с.

. Браш Х. Самые важные девять месяцев / Х. Браш, И.М. Рихберг. - М.: Сигма-Пресс, 2005.- 256 с.

. Брутман В.И. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности. / В.И. Брутман, М.С. Радионова. - М.: Смысл, 2003. - 160 с.

. Вельвовский И.З. Система профилактического обезболивания родов / И.З. Вельвовский. - М.: Медицина, 2003. - 156 с.

. Винникотт Д.В. Семья и развитие личности. Мать и дитя. - Екатеринбург: Изд-во «ЛИТУР», 2004.- 400 с.

. Гинекология: Учебник. / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 480 с.

. Детская психиатрия. Учебник. / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. - СПб: Питер, 2005. - 1120 с.

. Добряков И.В. В ожидании ребенка. / И.В.Добряков. - СПб.: ИК - Комплекс, 2004. - 415 с.

. Жариков Ж.В. Отношение к беременной в народной традиции. / Ж.В. Жариков. - М.: Рождение, 1995. - 87 с.

. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология / Б.Д. Карвасарский. - М.: Медицина, 2002. - 350 с.

. Кондаков В.С. Психологическая и психотерапевтическая помощь молодой семье. / В. С. Кондаков Т.Ю. Кондакова. - Ижевск: Литра - Информ, 2000. - 180 с.

. Кошелева А.Д. Алексеева А.С. Диагностика и коррекция материнского отношения. / А.Д. Кошелева, А.С.Алексеева. - М.: НИИ Семья, 1997. - 154 с.

. Медицинская помощь: учебн. пособие/ Научные основы сестринского дела. - М.: Медицина, 1996 № 5. - 231 с.

. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству. / С.Ю.Мещерякова. - М.: Мир, 2000. - 231 с.

. Минухин С. Техника семейной психотерапии. / С. Минухин, Г. Фишман. - М.: Класс, 1998. - 464 с.

. Мухамедрахимов Р. Мать и дитя: психологическое взаимодействие. / Р. Мухамедрахимов. - СПб.: СПб ГУ, 1999. - 400 с.

. Навайтис Г. Семья в психологической консультации. - М.: МОДЭК, 1997. - 352 с.

. Нарциссова Г.П. О материнстве. / Г.П. Нарциссова. - М.: AKADEMA, 2005. - 144 с.

. Овчарова Р.В. Психология родительства. / Р.В.Овчарова. - М.: AKADEMA, 2005. - 368 с.

. Перну, Л., Я жду ребенка. / Л. Перну. - М.: Медицина, 1996. - 224 с.

. Практическая психология: учеб. пособие. - М.: АСТ-ПРЕСС, 2000. - 368 с.

. Рамих В.А. Материнство как социокультурный феномен. / В.А.Рамих. - Ростов-на-Дону.: Ростовский ГУ, 1997. - 407 с.

. Рыжков В.Д. Психопрофилактика и психотерапия функциональных расстройств нервной системы у беременных женщин. / В.Д. Рыжков. - М.: Медицина, 1996. - 33 с.

. Скоробогатова Л.Г. Книга о гармоничной беременности. / Л.Г. Скоробогатова. - СПб.: У-Фактория, 2006. - 272 с.

. Соловьев Н.Я. Брак и семья сегодня. / Н.Я. Соловьев. - Вильнюс: Минтис, 1977. - 288 с.

. Сорокина Т.Т. Роды и психика: Практическое руководство - Мн.: Новое знание, 2003. - 352с.: ил.

. Фадеева В. Самая важная российская книга мамы. Беременность. Роды. Первые годы. - М.: АСТ, Астрель, 2010. - 768 с.

. Филиппова Г.Г. Психология материнства и ранний онтогенез. / Г.Г. Филиппова. - М.: Жизнь и мысль, 1999. - 232 с.

. Филиппова Г.Г. Психология материнства. Учебное пособие. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. - 240 с.

. Чарлиш А. Ваша беременность. / А. Чарлиш. - М.: Ниола - Пресс, 1998. - 185 с.

. Чеботарева И.С. Эмоционально-личностные особенности беременных женщин и динамика их изменений в процессе позитивной психотерапии / И.С. Чеботарева. - Казань: Медицина, 2001. - 490 с.

. Эйдемиллер Е.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия. / Э.Г. Эйдемиллер, И.В.Добряков, И.М.Никольская. - СПб.: Речь, 2003. - 336 с.

# Приложение 1

# Личностная шкала проявлений тревоги (Дж.Тейлор, адаптация Т.А.Немчина)

Опросник состоит из 50 утверждений. Он может предъявляться испытуемому либо списком, либо как набор карточек с утверждениями.

Инструкция к тесту

Вам предлагается ознакомиться с набором высказываний, касающихся черт характера. Если вы согласны с утверждением, отвечайте «Да», если не согласны - «Нет». Долго не задумывайтесь, важен первый пришедший вам в голову ответ.

Тест

.Обычно я спокоен и вывести меня из себя нелегко.

.Мои нервы расстроены не больше, чем у других людей.

.У меня редко бывают запоры.

. У меня редко бывают головные боли.

. Я редко устаю.

. Я почти всегда чувствую себя вполне счастливым.

. Я уверен в себе.

. Практически я никогда не краснею.

. По сравнению со своими друзьями я считаю себя вполне смелым человеком.

. Я краснею не чаще, чем другие.

. У меня редко бывает сердцебиение.

. Обычно мои руки достаточно теплые.

. Я застенчив не более, чем другие.

. Мне не хватает уверенности в себе.

. Порой мне кажется, что я ни на что не годен.

. У меня бывают периоды такого беспокойства, что я не могу усидеть на месте.

. Мой желудок сильно беспокоит меня.

. У меня не хватает духа вынести все предстоящие трудности.

. Я хотел бы быть таким же счастливым, как другие.

. Мне кажется порой, что передо мной нагромождены такие трудности, которые мне не преодолеть.

. Мне нередко снятся кошмарные сны.

. Я замечаю, что мои руки начинают дрожать, когда я пытаюсь что-либо сделать.

. У меня чрезвычайно беспокойный и прерывистый сон.

. Меня весьма тревожат возможные неудачи.

. Мне приходилось испытывать страх в тех случаях, когда я точно знал, что мне ничто не угрожает.

. Мне трудно сосредоточиться на работе или на каком-либо задании.

. Я работаю с большим напряжением.

. Я легко прихожу в замешательство.

. Почти все время я испытываю тревогу из-за кого-либо или из-за чего-либо.

. Я склонен принимать все слишком серьезно.

. Я часто плачу.

. Меня нередко мучают приступы рвоты и тошноты.

. Раз в месяц или чаще у меня бывает расстройство желудка.

. Я часто боюсь, что вот-вот покраснею.

. Мне очень трудно сосредоточиться на чем-либо.

. Мое материальное положение весьма беспокоит меня.

. Нередко я думаю о таких вещах, о которых ни с кем не хотелось бы говорить.

. У меня бывали периоды, когда тревога лишала меня сна.

. Временами, когда я нахожусь в замешательстве, у меня появляется сильная потливость, что очень смущает меня.

. Даже в холодные дни я легко потею.

. Временами я становлюсь таким возбужденным, что мне трудно заснуть.

. Я человек легко возбудимый.

. Временами я чувствую себя совершенно бесполезным.

. Порой мне кажется, что мои нервы сильно расшатаны и я вот-вот выйду из себя.

. Я часто ловлю себя на том, что меня что-то тревожит.

. Я гораздо чувствительнее, чем большинство других людей.

. Я почти все время испытываю чувство голода.

. Ожидание меня нервирует.

. Жизнь для меня связана с необычным напряжением.

. Меня нередко охватывает отчаяние.

Обработка и интерпретация результатов теста

Ключ к тесту

Подсчитывается количество ответов испытуемого, свидетельствующих о тревожности.

• Ответы «Да» на высказывания: 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50.

• Ответы «Нет» на высказывания: 1, 2, 3,4, 5, 6, 1, 8, 9, 10, 11, 12, 13.

Ответы, совпадающие с ключом оцениваются в 1 балл. Количество баллов суммируется.

Оценка результатов теста

• 40-50 баллов рассматриваются как показатель очень высокого уровня тревожности,

• 25-40 баллов свидетельствуют о высоком уровне тревожности,

• 15-25 баллов - о среднем (с тенденцией к высокому) уровне тревожности,

• 5-15 баллов - о среднем (с тенденцией к низкому) уровне тревожности,

• 0-5 баллов - о низком уровне тревожности.

# Приложение 2

# Исследование тревожности (Ч.Д.Спилбергер, адаптация Ю.Л.Ханин)

Шкала ситуативной тревожности

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вопросы | Нет, это не так | Пожалуй, так  | Верно | Совершенно верно |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Я спокоен |  |  |  |  |
| 2. Мне ничто не угрожает |  |  |  |  |
| 3. Я нахожусь в напряжении |  |  |  |  |
| 4. Я внутренне скован |  |  |  |  |
| 5. Я чувствую себя свободно |  |  |  |  |
| 6. Я расстроен |  |  |  |  |
| 7. Меня волнуют возможные неудачи |  |  |  |  |
| 8. Я ощущаю душевный покой |  |  |  |  |
| 9. Я встревожен |  |  |  |  |
| 10. Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения |  |  |  |  |
| 11. Я уверен в себе |  |  |  |  |
| 12. Я нервничаю |  |  |  |  |
| 13. Я не нахожу себе места |  |  |  |  |
| 14. Я взвинчен |  |  |  |  |
| 15. Я не чувствую скованности, напряжения |  |  |  |  |
| 16. Я доволен |  |  |  |  |
| 17. Я озабочен |  |  |  |  |
| 18. Я слишком возбужден и мне не по себе |  |  |  |  |
| 19. Мне радостно |  |  |  |  |
| 20. Мне приятно |  |  |  |  |

Шкала личной тревожности (ЛТ)

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вопросы | Нет, это не так | Пожалуй, так  | Верно | Совершенно верно |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. У меня бывает приподнятое настроение |  |  |  |  |
| 22. Я бываю раздражительным |  |  |  |  |
| 23. Я легко расстраиваюсь |  |  |  |  |
| 24. Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие |  |  |  |  |
| 25. Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть |  |  |  |  |
| 26. Я чувствую прилив сил и желание работать |  |  |  |  |
| 27. Я спокоен, хладнокровен и собран |  |  |  |  |
| 28. Меня тревожат возможные трудности |  |  |  |  |
| 29. Я слишком переживаю из-за пустяков |  |  |  |  |
| 30. Я бываю вполне счастлив |  |  |  |  |
| 31. Я все принимаю близко к сердцу |  |  |  |  |
| 32. Мне не хватает уверенности в себе |  |  |  |  |
| 33. Я чувствую себя беззащитным |  |  |  |  |
| 34. Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей |  |  |  |  |
| 35. У меня бывает хандра |  |  |  |  |
| 36. Я бываю доволен |  |  |  |  |
| 37. Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня |  |  |  |  |
| 38. Бывает, что я чувствую себя неудачником |  |  |  |  |
| 39. Я уравновешенный человек |  |  |  |  |
| 40. Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах |  |  |  |  |

Обработка и интерпретация результатов теста

Ключ к тесту

|  |  |
| --- | --- |
| Ситуативная тревожность | Личностная тревожность |
| № ответа | 1 | 2 | 3 | 4 | № ответа | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | 4 | 3 | 2 | 1 | 21 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 22 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 23 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 25 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 26 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 27 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | 4 | 3 | 2 | 1 | 28 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | 1 | 2 | 3 | 4 | 29 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | 4 | 3 | 2 | 1 | 30 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11 | 4 | 3 | 2 | 1 | 31 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 32 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | 1 | 2 | 3 | 4 | 33 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | 1 | 2 | 3 | 4 | 34 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | 4 | 3 | 2 | 1 | 35 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | 4 | 3 | 2 | 1 | 36 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17 | 1 | 2 | 3 | 4 | 37 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | 1 | 2 | 3 | 4 | 38 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | 4 | 3 | 2 | 1 | 39 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20 | 4 | 3 | 2 | 1 | 40 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Обработка и анализ результатов теста

При анализе результатов самооценки тревожности надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной).

При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

· до 30 баллов - низкая,

· 31 - 44 балла - умеренная;

· 45 и более - высокая.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадачам.

Для низкотревожных людей, напротив, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

# Приложение 3

# Результаты тестов исследования тревожности по Ч.Д.Спилбергеру в адаптации Ю.Л.Ханина

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Беременная | I триместр | II триместр | III триместр |
| Первородящие |
| 1 | 32 | 27 | 29 |
| 2 | 29 | 21 | 31 |
| 3 | 35 | 35 | 33 |
| 4 | 37 | 31 | 29 |
| 5 | 44 | 21 | 39 |
| 6 | 41 | 24 | 40 |
| 7 | 39 | 27 | 31 |
| 8 | 27 | 25 | 33 |
| 9 | 28 | 26 | 39 |
| 10 | 31 | 21 | 29 |
| 11 | 35 | 26 | 31 |
| 12 | 32 | 24 | 35 |
| 13 | 39 | 27 | 37 |
| 14 | 41 | 27 | 31 |
| 15 | 24 | 20 | 21 |
| 16 | 27 | 21 | 24 |
| 17 | 31 | 35 | 27 |
| 18 | 29 | 29 | 27 |
| 19 | 44 | 45 | 45 |
| 20 | 41 | 43 | 52 |
| Среднее значение | 34.3 | 27.75 | 33.15 |
| Повторнородящие |
| 21 | 20 | 21 | 27 |
| 22 | 29 | 25 | 29 |
| 23 | 31 | 21 | 24 |
| 24 | 37 | 35 | 27 |
| 25 | 44 | 21 | 39 |
| 26 | 41 | 24 | 39 |
| 27 | 39 | 25 | 29 |
| 28 | 29 | 37 | 31 |
| 29 | 31 | 44 | 21 |
| 30 | 27 | 41 | 24 |
| 31 | 28 | 39 | 27 |
| 32 | 31 | 25 | 27 |
| 33 | 35 | 21 | 26 |
| 34 | 32 | 18 | 29 |
| 35 | 39 | 21 | 29 |
| 36 | 29 | 26 | 35 |
| 37 | 31 | 24 | 37 |
| 38 | 21 | 19 | 26 |
| 39 | 24 | 21 | 23 |
| 40 | 27 | 27 | 31 |
| 41 | 31 | 27 | 29 |
| Среднее значение | 31.2380952 | 26.7619048 | 29 |
| Беременные, у которых был негативны опыт |
| 42 | 44 | 57 | 52 |
| 43 | 41 | 43 | 41 |
| 44 | 46 | 51 | 43 |
| 45 | 37 | 38 | 29 |
| 46 | 44 | 41 | 32 |
| 47 | 41 | 39 | 29 |
| 48 | 39 | 43 | 37 |
| 49 | 65 | 67 | 46 |
| 50 | 57 | 56 | 49 |
| 51 | 63 | 68 | 56 |
| Среднее значение | 47.7 | 50.3 | 41.4 |