Особенности проявления тревожности у женщин в период беременности

**Оглавление**

Введение

Глава 1. Эмоциональное состояние женщин во время беременности: теоретические подходы к проблеме

* 1. Беременность и ее влияние на эмоциональное состояние женщин

1.2 Понятие тревожности, причины ее во время беременности

Глава 2. Экспериментальное исследование по выявлению личностной и ситуативной тревожности в период беременности

* 1. Организация и методы экспериментального исследования

2.2 Результаты экспериментального исследования по выявлению личностной и ситуативной тревожности в период беременности

2.3 Выводы по экспериментальному исследования по выявлению личностной и ситуативной тревожности в период беременности

2.4 Рекомендации для женщин, в период беременности

Заключение

Список литературы

Приложение

**Введение**

В наши дни особенностью социальной ситуации в нашей стране является снижение уровня рождаемости, повышается количество осложненных беременностей и родов, снижается уровень здоровья новорожденных. С одной стороны, причиной данной тенденции является нестабильная социально-экономическая ситуация, которая неблагоприятно сказывается на эмоциональной сфере женщины. С другой, воздействие беременности на психику женщин порою столь значительно, что некоторые авторы (Н. Удденберг, M. Ринглер) рассматривают это явление как кризисную ситуацию. В последнее время процент возникновения патологии в родах увеличился вдвое. И с каждым годом неуклонно возрастает число женщин, роды у которых прошли с осложнениями. На начало третьего тысячелетия в стране сложилась ситуация, когда по официальным данным государственной статистики 60% детей имеют родовые травмы, что неизбежно приводит к различным формам нарушения развития ребёнка и в дальнейшем становится важным фактором при возникновении большинства болезней детей [Белогай, 2004].

Исследование такого важного этапа подготовки к материнству как беременность в научной литературе представлена не очень полно, внимание ей стало уделяться только в последнее десятилетие и рассмотрение этой проблемы можно найти у ограниченного количества авторов. В отечественной психологии в последнее время появился ряд работ, связанных с феноменологией (Скобло Г.В., Дубовик О.Ю., 1992; Баженова О.В., Баз Л.Л., Копыл О.А., 1993; Брутман В.И., 1996), психофизиологией (Батуев А.С., 1996; Волков В.Г., Садкова Ю.С., Шабалина Н.В., 1995), психологией материнства (Коваленко Н.П., 1998; Радионова М.С., 1997), психотерапевтическими (Шмурак Ю.И., 1993) и психолого-педагогическими (Брутман В.И., 1994) аспектами беременности и ранних этапов материнства, дивиантным материнством (Филиппова Г.Г., 1996). Однако, сами исследователи считают, что полученные результаты отражают скорее общие индивидуальные особенности женщины, а не специфику материнской сферы и ее формирования. То же самое касается исследований, посвященных изучению психофизиологических основ материнства (Батуев А.С., 1996), психического здоровья матери и ребенка, социального статуса женщины и особенностей ее семьи (Брутман В.И., Варга А.Я., Радионова М.С., 1996).

В настоящее время оценка течения беременности и родов сводится преимущественно к изучению физиологических процессов и осложнений, соответствующих данным периодам. Среди большинства работ по этой тематике проявлялось преобладание научных медицинских аспектов над психологическими и социальными. Психологические же особенности женщин по большей части затрагиваются лишь косвенно, несмотря на то, что в последнее время основной причиной возникновения патологии в родах являются перенесенные в период беременности стрессы, длительные депрессии, страхи и негативные переживания [Филлипова, 2006].

Проблема изучения психических состояний женщины в период беременности, их диагностика и коррекция являются областью исследования общей, возрастной, педагогической, социальной психологии, психофизиологии и т.д. Однако на сегодняшний момент данная проблема изучена более полно с психофизиологической точки зрения, по всем остальным отраслям психологической науки имеются лишь теоретические разработки и эклектичные практические рекомендации по адаптации и коррекции психоэмоционального состояния женщины в период беременности. Многоплановость этой проблемы указывает на необходимость ее комплексного и системного изучения на индивидуально-психологическом, психолого-педагогическом и социально-психологическом уровнях.

Актуальность данной проблемы определяется недостаточной разработанностью методических и методологических подходов, средств и форм психолого-педагогического сопровождения женщины в период беременности. В связи с этим возникла необходимость специального изучения особенностей психического состояния, влияющего на особенности эмоциональной сферы женщин в период беременности, в частности выявления уровня тревожности у женщин в период беременности.

**Гипотеза** нашего исследования: эмоциональная сфера беременной женщины характеризуется повышенной тревожностью, в сравнении с не беременными женщинами.

**Объект** исследования: эмоциональная сфера беременных женщин.

В качестве **предмета** исследования рассматриваются особенности проявления тревожности в период беременности.

**Цель** **исследования** – выявление особенностей проявления тревожности у женщин во время беременности и разработка рекомендаций для снижения уровня тревожности.

З**адачи исследования:**

1. Провести теоретическое исследование данной проблемы в работах отечественных психологов.
2. Изучить уровень тревожности беременных женщин и женщин, которые не являются беременными.
3. Проанализировать взаимосвязь уровня тревожности с будущим материнством.

**Методологической основой** исследования явились исследования по изучению тревожности у беременных женщин И. Брутман, Г.Г. Филиппова, А. Фрейд, З. Фрейд и др., работы по подготовки женщин к беременности, родам и материнству Ж.В. Завьяловой, О.А. Касьяновой.

**Методы исследования:**

1. Теоретический анализ проблемы в научной литературе.
2. Эмпирические методы (анкета, опрос, методика измерения уровня тревожности Тейлора (адаптация Т.А. Немчинова), методика Спилбергера – Ханина).
3. Методы обработки данных (количественный и качественный анализ результатов, различия средних значений между двумя независимыми выборками вычислялся по t–критерию Стьюдента, обработка проводилась в программе STATISTIKA 17.0).

**База исследования**: МУЗ «МУЗ Женская консультация роддома №2» Центрального района города Волгограда.

Исследование проводилось в индивидуальной форме. В исследовании приняли участие 15 беременных женщин (в возрасте от 18 до 39 лет) и 15 женщин, которые не являются беременными (в возрасте от 18 до 30 лет)

Теоретическая значимость: состоит в дальнейшем изучении проблемы тревожности, и рассмотрении стрессовых факторов, влияющих на уровень тревожности в период беременности у женщин.

Практическая значимость: результаты исследования могут найти применение в курсах работы с беременными женщинами. Разработанные рекомендации также могут быть использованы при подготовке женщин к оптимальным условиям протекания беременности

**Глава 1: Эмоциональное состояние женщин во время беременности: теоретические подходы к проблеме**

1.1 Беременность и ее влияние на эмоциональное состояние женщин

Беременность — очень особенное время постоянного изменения, преображения. Процесс развития и роста дитя происходит в маминой матке, и сама женщина во время беременности и родов меняется — становится матерью, постигает свое женское предназначение. Этот процесс перехода к материнству протекает на всех уровнях: физическом, ментальном, эмоциональном, преображается тело и душа женщины. Гормональный фон беременности может привести к частым сменам настроения, повышению тревожности, изменениям либидо, утомляемости и слезливости, к другим неожиданным эмоциональным изменениям. Порой достаточно много испытаний доставляет женщине ее общая жизненная ситуация. Все это, происходящее внутри и около беременной женщины, требует зачастую от нее большого напряжения сил. В это время очень важно качество и достаточность поддержки, которую получает женщина, востребованной может оказаться профессиональная помощь психолога, акушерки или опытной женщины, прошедшей опыт вынашивания и рождения ребенка. [6]

Изучение психологического состояния женщин во время вынашивания ребенка (В.И. Брутман, А.Я. Варга, М.С. Радионова, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова и др.) позволяет предположить, что в беременности есть собственная, присущая ей динамика обострения и ослабления имеющихся у женщины проблем. В первом триместре актуализируется, и остро переживаются проблемы с собственной матерью и другими объектами привязанности, проблемы отношений с мужем. Во втором и третьем триместрах появляется выраженное избегание отрицательных эмоций, проблемы первого триместра явно ослабляются, актуальными становятся страх перед родами и своей некомпетентности в послеродовом периоде. В начале третьего триместра выражен «синдром обустройства гнезда», который проявляется в повышении активности, стремлении упорядочить имеющиеся проблемы. Направление активности в этот период на подготовку к родам и послеродовой период соотносится с благоприятной динамикой течения беременности и ценности ребенка, активность, не связанная с ребенком, - с неблагоприятной динамикой. К концу беременности чаще всего ослаблены страх родов, своей некомпетентности, снижается напряжение всех остальных проблем. Обратная ситуация отражает выраженную неблагоприятную динамику переживания беременности и ценности ребенка. [14]

Кризис первой беременности на субъективном уровне может сопровождаться негативным эмоциональным состояниями. В их число входят раздражительность, эмоциональная неустойчивость, особая чувствительность к стрессогенным факторам, неясность жизненной перспективы, ощущение одиночества. Столкнувшись с этим кризисом, нередко женщина пытается не замечать, как изменилась ее жизненная ситуация, хотя при этом может чувствовать себя несчастной, испытывать депрессию и разочарование. Полное отсутствие негативных эмоций, безмятежное переживание беременности может являться симптомом отказа от усилий по преодолению кризиса. Женщины, которые игнорировали трудности, преувеличивая положительные чувства во время беременности, впоследствии не верили в себя как в мать, у них ухудшились супружеские отношения, труднее протекали роды, они более негативно относились к кормлению грудью, их дети были хуже развиты, чем другие.

Изменение в самосознании женщины во многом обусловлены действием эволюционно выработанных биологических механизмов формирования материнского отношения к ребенку (привязанности). В. Брутман выделяет центральными в формировании привязанности к ребенку возникновение первичного интрацепривного ощущения в ходе беременности, совпадающее обычно с началом шевеления, которое вызывает у будущей матери чувство «сродненности» с собственным ребенком. [5]

Г. Филлипова [19] считает, что переживания беременной шевеления ребенка характеризует стиль переживание беременности и может служить диагностическим показателем для выявление отклонений от адекватной модели материнства и проектирование индивидуально – ориентированного психологического вмешательства. Используя методы наблюдения, феноменологического описания поведения, полуструктурированного интервью, проективных методик, она описала варианты стилей переживания беременности.

Шесть вариантов стилей переживания беременности по Г.Г. Филипповой:

1. Адекватный – идентификация беременности без сильных и длительных отрицательных эмоций; живот нормальных размеров; в первом триместре возможно общее снижение настроения без депрессивных эпизодов, во втором триместре повышение тревожности со снижением в последней неделе; активность в третьем триместре ориентирована на подготовку к послеродовому периоду.

2. Тревожный – идентификация беременности тревожная, со страхом, беспокойством, которые периодически возобновляются; живот слишком маленький или слишком большой по сроку беременности размеров; эмоциональное состояние в первый триместр повышенно тревожное или депрессивное, во втором триместре наблюдается стабилизации, повторяются депрессивные или тревожные эпизоды, в третьем триместре это усиливается; активность в третьем триместре связана со страхами за исход беременности, родов, послеродовой период; первое шевеление ощущается рано, дальнейшие шевеления часто связаны с тревожными ощущениями, наблюдаются волнения по поводу здоровья ребенка и себя.

3. Эйфорический – все характеристика носят неадекватную эйфорическую окраску, отмечается некритическое отношение к возможным проблемам. Обычно в конце беременности появляются осложнения.

4. Игнорирующий – идентификация беременности слишком поздняя, сопровождается чувством досады или неприятного удивления; живот слишком маленький; первое шевеление отмечается очень поздно; последующие шевеления носят характер физиологических переживаний, к концу беременности характеризуется как доставляющее физическое неудобство; активность в третьем триместре повышается и не связана с ребенком.

5. Амбивалентный – общая симптоматика сходно с тревожным топом, особенностью является резко противоположные по физическим и эмоциональным ощущениям переживания шевеления, характерно возникновение болевых ощущений.

6. Отвергающий – идентификация беременности сопровождается резкими отрицательными эмоциями; вся симптоматика резко выражена и негативно физически и эмоционально окрашена; переживание всей беременности как кары, помехи и т.п.; шевеление окрашено неприятными физиологическими ощущениями, сопровождается не удобством, брезгливостью; к концу беременности возможны всплески депрессивных или аффективных состояний [19].

Рассматривая беременность, можно выделить основные отличительные характеристики этого периода. На наш взгляд, изменения затрагивают три уровня человеческой жизни: физиологический, психофизиологический и психологический. Рассмотрим психологический уровень изменения.

Психологические изменения во время беременности проявляются в так называемом «синдроме беременности». Применительно к беременности, синдром – это новое психогенное состояние, ограниченное определенным периодом времени, который начинается не в день зачатия, а при осознании женщиной своего нового положения и заканчивается не родами, а в момент пигмалионизации своего ребенка. Синдром беременности переживается женщиной на бессознательном уровне, имеет определенные временные границы и характеризуется следующими симптомами [9].

На первом этапе чаще всего испытывается аффект осознания себя беременной. В рамках этого симптома, как правило, проявляется следующее различие: чем выше у беременной женщины социальный и интеллектуальный уровень, чем более она независима и профессионально успешна, тем больше вопросов о смысле деторождения будет поставлено ею перед собой, тем труднее ей будет решиться стать матерью.

Следующим этапом развития синдрома беременности является рефлексивное принятие нового собственного образа: «Я – в положении». Этот этап характеризуется признанием физиологических изменений в своем организме. Реальные биологические и нейроэндокринные изменения, сопровождающие беременность, могут оказывать глубокое психологическое влияние на женщин, готовящихся стать матерью. [8]

Так как эти изменения носят интенсивный характер в начале беременности, и требуется некоторое время для адаптации к ним, вероятно, что эмоциональные переживания женщины в течение первого стресса, характеризующегося такими проявлениями, как тошнота, рвота, головокружение, головные боли и нарушение аппетита.

Особого внимания заслуживает симптом эмоциональной лабильности, который, в той или иной степени присущ для всего периода беременности. Под этим симптомом подразумевается эмоциональная дезадаптивность, которая проявляется в колебаниях фона настроения. У некоторых женщин возрастает пассивность и появляется ощущение высшей удовлетворенности и наслаждения. У других в это время наступает легкая депрессия и усиливается физическая активность, возможно, потому что беременная пытается отрицать новое ощущение собственной пассивности. Колебание настроения могут выражаться в различной степени внутреннего напряжения: в ощущениях скуки, в медлительности, в возрастающем недовольстве собой, в вербализованном чувстве угнетенности.

С момента осознания и внутреннего и принятия себя беременной у женщины обнаруживается симптом противоречивого отношения к беременности. Исследователи отмечают, что в это время наблюдаются характерные быстрые колебания настроения и воскрешение прежних тревог, аффектом, в котором одновременно присутствуют радость, оптимизм, надежда и настороженное ожидание, страх, печаль. Здесь и опасения, и страхи, связанные с предстоящими родами, доходящие до паники – «вынесу ли я роды?»; и неуверенность в своих способностях родить и стать полноценной матерью; и страх за здоровье будущего ребенка, обеспокоенность перед ухудшением материального положения своей семьи, перед возможным ущемлением личной свободы; и наконец, переживания своей телесной метаморфозы и связанной с этим сексуальной непривлекательности.

Далее возникает характерная для беременности психическая перестройка самосознания женщины с постепенным включением в него образа ребенка. В этот момент будущей матерью переживается симптом новой жизни в себе. Этот этап чаще всего наступает тогда, когда женщина начинает ощущать первые шевеления плода. Ребенок своими движениями как бы заставляет признать себя отдельным человеческим существом со своей собственной жизнью, которой мать управлять не может. По мере роста плода, чувственный компонент этих ощущений становится более ярким, приобретает оттенок предметности. Женщина в этот период обычно начинает трактовать поведение будущего младенца: «проснулся», «веселится», «беспокоится» и т.п. Наделенная смыслом беременность воодушевляет будущую мать, создает соответствующий аффективный фон, которым она одухотворяет своего будущего младенца, его присутствие вызывает чувство нежности, окрашивается в теплые эмоциональный тона. Некоторые женщины настолько погружены в эти переживания, что в их поведении также начинают появляются черты детскости. Они становятся более сензитивными и внушаемыми, беспомощными и размягченными. Как считают исследователи, в этот период беременности обычно возникает внутренний диалог матери с ребенком. Особое эмоциональное состояние способствует формированию образа ребенка, который включается в самосознание женщины. Этот образ наполняется особым чувственно – смысловым содержанием, которое можно охарактеризовать как «соединство», «сроднение». Симптом принятия новой жизни в себе представляет собой вершину синдрома беременности, являясь своеобразным индикатором восприятия, переработки и оценки женщиной опыта этого психофизиологического состояния. Он характеризуется надвигающейся ответственностью за судьбу ребенка, снами, мечтами и фантазиями о нем. [9]

Таким образом, описанный выше синдром, является типичным для периода беременности у всех женщин. Вместе с тем, его симптомы в конкретных случаях могут быть представлены с различной степенью выраженности в каждом конкретном случае. Наиболее ярко вышеуказанные симптомы, усиленные страхом перед неизвестным, проявляются в течении первой сохраненной беременности.

Исходя из вышесказанного, можно с полной уверенностью считать беременность качественно новым состоянием организма и психики женщины. Более того, это состояние является переходом к одному из самых важных периодов в жизни женщины периоду, когда гармония в семье во многом (если не полностью) будет зависеть от ее умения быть матерью.

Поэтому основным показателем успешного окончания беременности, на наш взгляд, является принятие женщиной новой роли матери [12].

1.2 Понятие тревожности, причины ее во время беременности

В необычных условиях, люди испытывают более или менее сильное эмоциональное напряжение, которое субъективно переживается как чувство беспокойства, тревоги, страха.

Тревога – переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, предчувствием грозящей опасности. В отличие от страха, как реакции на конкретную, реальную опасность, тревога – переживание неопределенной, диффузной, безобъективной угрозы. Согласно другой точки зрения, страх испытывается при «витальной» угрозе (целостности и существованию человека как живого существа, человеческому организму), а тревога – при угрозе социальной (личности, представлению о себе, потребностям Я, межличностном отношении, положению в обществе). Тревога и страх могут использоваться как взаимозаменяемые понятия. Различают ситуативную тревогу, характеризующую состояние объекта в определенный момент и тревожность как относительно устойчивое образование (Р.Б. Кеттел, Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин). В зависимости от наличия в ситуации объективной угрозы выделяется также «объективная», «реальная» тревога и тревога «неадекватная», или собственно тревога, проявляющаяся при нейтральных, не угрожающих условиях.

На физиологическом уровне реакция тревоги проявляется в усилении сердцебиения, учащении дыхания, увеличении минутного объема циркуляции крови, повышении артериального давления, возрастании общей возбудимости, снижении порога чувствительности. На психологическом уровне тревога ощущается, как напряжение, озабоченность, нервозность, чувство неопределенности и грозящей неудачи, невозможность принять решение и др. По мере возрастания состояния тревоги, выражающие ее явления, претерпевают ряд закономерных изменений, составляют явления тревожного ряда – эмоциональные состояния, закономерно сменяющие друг друга по мере возрастания и нарастания состояния тревоги. Оптимальный уровень тревоги необходим для эффективного приспособления к действительности (адаптивная тревога). Чрезмерно высокий уровень, как и чрезмерно низкий – дезадаптивная реакция, проявляющаяся в общей дезорганизованности поведения и деятельности. Тревога может быть ослаблена произвольно – с помощью активной деятельности по достижению цели или специальных приемов (релаксации), а также в результате действия неосознанных защитных механизмов.

Понятие «тревога» было введено в психологию З. Фрейдом (1925), он выделил конкретный страх и неопределенный безотчетный страх – тревогу, носящую глубинный, иррациональный, внутренний характер [21, с. 385].

Тревожность – индивидуальная психологическая особенность, проявляется в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге его возникновения. Рассматривается как личностное образование и как свойство темперамента, обусловлено слабостью нервных процессов [21, с. 386].

Вопрос о причинах тревожности остается открытым; в настоящее время преобладает точка зрения, согласно которой тревожность имеет природную основу (свойства нервной и эндокринной системы, складывается прижизненно, в результате действия социальных и личностных факторов). Во взрослом возрасте тревожность может порождаться внутренними конфликтами, преимущественно самооценочного характера.

Тревожность является показателем неблагополучия личностного развития и, в свою очередь, оказывая на него отрицательное влияние тревожность может явиться предвестником невроза, а также его симптомом и механизмом развития [20].

Интерес к проблеме тревожности нашел отражение в работах многих ученых, как в отечественной психологии, так и за рубежом. Они придают большое значение исследованию состояния тревоги, как универсальной формы эмоционального предвосхищения неуспеха. Данное состояние участвует в механизме саморегуляции, оно способствует мобилизации резервов психики и стимулирует поисковую активность. В тоже время известно, что за границами оптимальных значений тревога оказывает негативное влияние на поведение и деятельность человека. Хронические переживания тревоги как неравновесного состояния и постоянная готовность к его актуализации формирует тревожность. Доказано, что завышенная тревожность является негативной характеристикой и неблагоприятно сказывается на жизнедеятельности человека [15].

Вопрос о разных видах тревожности, прежде всего о том, как соотносятся между собой общая, разлитая тревожность и ее отдельные частные виды («специфические тревоги») широко дискутируется в литературе. Проблема в большинстве случаев формируется следующим образом: насколько частные виды тревожности – школьная, арифметическая, тестовая, компьютерная, межличностная и другие виды частной тревожности – представляют собой отдельные, замкнутые именно на этой сфере переживания, и на сколько они могут являться лишь формой выражения общей тревожности, зафиксировавшей на данной сфере как наиболее значимой в тот или иной период. Существуют разные точки зрения на этот вопрос, обоснованные не столько экспериментальными данными, сколько теоретическими. Как правило исследования общей, разлитой тревожности и ее частных видов проводятся раздельно: некоторые исследователи изучают тревожность, которая рассматривается ими как проявление общего свойства личности или темперамента, другие изучают ее частные виды.

По нашему мнению, продуктивным подходом к анализу этой проблемы явились идеи Л.И. Божович об адекватной и неадекватной тревожности. Согласно этой точки зрения, критерием этой точки зрения, критерием подлинной тревожности выступила ее неадекватность реальной успешности, реальному положению индивида в той или иной области. Только в таком случаи она рассматривается как проявление общеличностной тревожности, «зафиксировавшейся» на определенной сфере. Однако и этот показатель не подвергался специальной экспериментальной проверке, а был постулирован на основе теоретических взглядов.

Под формой тревожности понимается особое сочетание характера переживания, осознание, вербального и невербального выражения в характеристиках поведения, общения и деятельности. Форма тревожности проявляется в стихийно складывающихся способах ее преодоления и компенсации, а также в человека к этому переживанию.

Выделяют две основные категории тревожности:

1. Открытая – сознательно переживаемая и проявляемая в поведении и деятельности в виде состояния тревоги.
2. Скрытая – в разной степени не осознаваемая, проявляющаяся либо чрезмерным спокойствием, нечувствительностью к реальному неблагополучию и даже отрицание его, либо косвенным путем через специфические способы поведения.

Внутри этих категорий были выявлены различные формы тревожности. Выделены три формы открытой тревожности.

1. Острая, нерегулируемая или либо регулируемая тревожность – сильная, осознаваемая, проявляемая внешне через симптомы тревоги, самостоятельно справиться с ней индивид не может. Эта форма одинаково представлена во всех возрастах.
2. Регулируемая и компенсированная тревожность, про которой самостоятельно вырабатываются достаточно эффективные способы, позволяющие справится с имеющейся у них тревожностью. По характеристикам, используемым для этих целей внутри этой формы, выделились две субформы: а) снижение уровня тревожности; б) использование ее для стимуляции собственной деятельности, повышения активности.
3. Культивируемая тревожность – в этом случае в отличие от изложенных тревожность осознается и переживается как ценное для личности качество, позволяющее добиваться желаемого. Культивируемая тревожность выступает в нескольких вариантах. Во-первых, она может признаваться индивидом как основной регулятор его активности, обеспечивающий его организованность, ответственность [15].

Формы скрытой тревожности отмечаются примерно в равной степени во всех возрастах. Скрытая тревожность встречается существенно реже, чем открытая. Она имеет следующие формы:

1. «Неадекватное спокойствие». В этих случаях индивид, скрывая тревогу, как от окружающих, так и от самого себя, вырабатывает сильные и негибкие способы защиты от нее, препятствующие осознанию как определенных угроз в окружающем мире, так и собственных переживаний. Эта форма очень нестойкая, она достаточно быстро переходит в открытые формы тревожности (в основном в острую, нерегулируемую).

2. «Уход от ситуации» – встречается достаточно редко примерно в равной степени во всех возрастах.

Говоря о формах тревожности, нельзя не коснуться также проблемы так называемой «замаскированной» тревожности. Представление о «масках» эмоциональных расстройств заимствовано из психиатрии и психосоматической медицины понятие «маска» используется применительно к несоответствию внешнего вида и поведения пациентов распространенным представлением о типичных проявлениях того или иного эмоционального состояния. В частности, отмечается, что довольно распространенной «маской» тревожной депрессии в юношеском и пожилом возрастах является открытая враждебность к окружающим, а в другие периоды – повышенная, хотя обычно и малоэффективная трудовая активность, суетливость [15].

Говоря в общем виде о тревожности, важно знать причины ее возникновения и закрепления, так как она не возникает на пустом месте и несет в себе глубокое личностное образование. Вопрос о причинах устойчивой тревожности является центральным и вместе с тем наименее исследованным в изучении этой проблемы. Ответ на него во многом зависит от того, рассматривается ли она как личностное образование или как средство темперамента. С ответом на этот вопрос связано представление о способах преодоления тревожности, хотя далеко не всегда определяется им полностью.

Слишком высокий уровень беспокойства – тревожности снижает эффективность выполняемой человеком деятельности приводит к появлению ошибок, вызывает изменения различных вегетативных функций организма (дыхательных, сердечных, эндокринных).

Чувство тревоги является сигналом неожиданных изменений происходящих в окружающем мире или в собственном организме и помогает вовремя среагировать на опасность. Однако если тревога выражена чрезмерно, то напротив мешает нормальной жизнедеятельности.

Во время беременности весь организм женщины претерпевает значительные изменения, что само по себе, способствует развитию тревоги. Физиологическая перестройка в центральной нервной системе приводят к тому, что переутомление, ослабленное физическое состояние вполне может привести к беспокойству. То есть, будущая мама изначально, по физиологическим показателям, предрасположена к тревожности.

Кроме того, в период ожидания ребенка, у женщины преобладают интересы связанные с рождением и здоровьем будущего ребенка, все другое отходит на второй план. При этом женщина может не чувствовать себя готовой заботиться о малыше. Ответственность за ребенка порождает повышенные требования к себе. Завышенные требования к себе, стремление достичь идеала и стать образцовой мамой также ведет к тревоге.

Развитию тревоги способствует оторванность будущей мамы от активной жизни особенно когда она не работает и сидит дома, - отсутствие новых впечатлений и положительных эмоций, а также негативный чужой опыт, то появление тревоги в этот период вполне предсказуемо (по наблюдениям врачей одна треть всех женщин испытывает нечто подобное в период беременности).

Тревога – это неопределенный страх, проецируемый в будущее. Вроде все хорошо, но человек находится в постоянном ожидании, что вот-вот случится что-то нехорошее с ним или с его близкими. Это тягостное переживание надвигающейся беды, когда не знаешь где и когда случится несчастье, но уверен, что оно произойдет.

Факторы, детерминирующие тревожность у будущих мам:

* Незапланированная спонтанная беременность: увидев положительные результаты теста, женщина начинает судорожно вспоминать, какие алкогольные напитки она пила, сколько сигарет выкуривала и какие лекарства принимала. Если результаты подсчетов неутешительные начинается паника.
* Возможные осложнения во время беременности, которые могут повлиять на здоровье будущего ребенка. Спектр волнений здесь весьма объемен: от считающийся вредной для здоровья работы за компьютером до несделанных некогда прививок и опасения заболеть гриппом или краснухой.
* Боязнь родов: ожидание боли, ощущение беспомощности, отсутствие власти над собственным телом.
* Генетические страхи: рождения неполноценного ребенка вследствие необратимых природных причин.
* Эстетические страхи: боязнь тех изменений, которые происходят с лицом и фигурой
* Один из самых распространенных страхов страх о здоровье будущего ребенка.
* Страх стать плохой матерью: сомнение в собственной способности правильно ухаживать за ребенком.
* Боязнь ответственности за судьбу ребенка: никто в такой мере не отвечает за жизнь и здоровье другого человека, как мать за дитя.
* Страх будущего: различных перемен в семье, связанных с появлением ребенка от материальных и жилищных сложностей до изменения отношений с мужем и крушения профессиональной карьеры. [10]

**Глава 2. Экспериментальное исследование по выявлению личностной и ситуативной тревожности в период беременности**

2.1 Организация и методы экспериментального исследования

Цель экспериментального исследования выявление личностной и ситуативной тревожности у беременных и не беременных женщин.

Задачи экспериментального исследования:

1. Подобрать методики для выявления личностной и ситуативной тревожности у испытуемых.
2. Выявить особенности проявления тревожности у беременных женщин и женщин, которые не являются беременными.
3. Разработать рекомендации беременным женщинам для максимально комфортного протекания беременности и родов.

База исследования – МУЗ «МУЗ Женская консультация роддома №2» Центрального района города Волгограда. В исследовании приняли участие 15 беременных женщин (в возрасте от 18 до 39 лет) и 15 женщин, которые не являются беременными (в возрасте от 18 до 30 лет).

Исходя из поставленных задач экспериментального исследования, мы использовали следующие методики:

1. «Методика измерения уровня тревожности Ж. Тейлора, адаптация Немчинова (Приложение №1).

Опросник разработан Ж. Тейлором в 1953 году. Он входит в состав MMPI в качестве дополнительной шкалы. В России опросник адаптирован Т.А. Немчиным в 1966 году.

Целью опросника является выявление уровня личностной тревожности испытуемого. Опросник состоит из 50 утверждений, с которыми можно согласиться или не согласиться; можно дать ответ «не знаю».

Оценка результатов исследования по опроснику производится путем подсчета количества ответов обследуемого, свидетельствующих о тревожности.

Каждый ответ «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 и ответ «нет» на высказывания: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 – оценивается в 1 балл.

Суммарная оценка: 40-50 баллов рассматривается как показатель очень высокого уровня тревоги; 25-40 баллов свидетельствует о высоком уровне тревоги; 15-25 баллов – о среднем (с тенденцией к высокому) уровне; 5-15 баллов – о среднем (с тенденцией к низкому) уровне и 0-5 баллов – о низком уровне тревоги.

Психологический портрет низкотревожных лиц

Для них характерно ярко выраженное спокойствие. Они не всегда склонны воспринимать угрозу своему престижу, самооценке в самом широком диапазоне ситуаций, даже когда она реально существует. Возникновение состояния тревоги у них может наблюдаться лишь в особо важных и личностно значимых ситуациях (экзамен, стрессовые ситуации, реальная угроза семейному положению и др.). В личностном плане такие люди спокойны, считают, что лично у них нет поводов и причин волноваться за свою жизнь, репутацию, поведение и деятельность. Вероятность возникновения конфликтов, срывов, аффективных вспышек у таких людей крайне мала.

Психологический портрет высокотревожных лиц

Для них характерна склонность в диапазоне ситуаций воспринимать любое проявление качеств их личности, любую заинтересованность в них как возможную угрозу их престижу, самооценке. Усложненные ситуации они склонны воспринимать как угрожающие, катастрофические. Соответственно восприятию проявляется и сила эмоциональной реакции. Такие люди вспыльчивы, раздражительны и находятся в постоянной готовности к конфликту и готовности к защите, даже если в этом объективно нет надобности. Для них, как правило, характерна неадекватная реакция на замечания, советы и просьбы. Особенно велика вероятность нервных срывов, аффективных реакций в ситуациях, где речь идет об их компетенции в тех или иных вопросах, их престиже, самооценке, их отношении. Излишнее подчеркивание результатов их деятельности или способов поведения, как в лучшую, так и в худшую сторону, категоричный по отношению к ним тон или тон, выражающий сомнение, – всё это неизбежно ведет к срывам, конфликтам, созданию различного рода психологических барьеров, препятствующих эффективному взаимодействию с такими людьми.

К высоко тревожным людям опасно предъявлять категорично высокие требования, даже в ситуациях, когда объективно они выполнимы для них. Неадекватная реакция на такие требования может задержать, а то и вообще отодвинуть на долгое время выполнение требуемого результата.

Рекомендации для высокотревожных людей. Полезно сместить акцент с внешней требовательности, категоричности и высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности, стоит формировать чувство уверенности в успехе.

Рекомендации для низкотревожных людей. Таким людям требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности и чувства ответственности в решении тех или иных задач.

1. Методика определения уровня личностной и ситуативной тревожности Ч. Спилбергера в обработке Ю.Л. Ханина (Приложение 2).

Вводные замечания. Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельной личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности – это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий “веер” ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения.

Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени. 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.

Большинство из известных методов измерения тревожности позволяет оценить только или личностную, или состояние тревожности, либо более специфические реакции. Единственной методикой, позволяющей дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние является методика, предложенная Ч.Д. Спилбергером. На русском языке его шкала была адаптирована Ю.Л. Ханиным.

Данный тест является надежным информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека).

Шкала оценки состоит из 2-х частей, раздельно оценивающих реактивную (РТ, высказывания №1-20) и личностную (ЛТ, высказывания №21-40) тревожности. Показатели РТ и ЛТ подсчитываются по формулам: РТ = + 35, Где – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; – сумма остальных зачеркнутых цифр (пункты 1,2,5, 8, 10,11,15, 16, 19,20). ЛТ = + 35, где – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 37, 38, 40; – сумма остальных цифр по пунктам – 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39. При интерпретации результат можно оценивать так: до 30 – низкая тревожность; 31 – 45 – умеренная тревожность; 46 и более – высокая тревожность.

1. С целью выявления стрессоров во время беременности мы использовали анкету (Приложении №3).

2.2 Результаты экспериментального исследования по выявлению личностной и ситуативной тревожности в период беременности

Результаты экспериментального исследования по методике «измерение уровня тревожности Тейлора» (адаптация Т.А. Немчинова) представлены в таблице 1 и на рис. 1.

Таблица 1

Результаты по методике «измерение уровня тревожности Тейлора» (адаптация Т.А. Немчинова)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Низкий | Средний (с тенденцией к низкому) | Средний (с тенденцией к высокому) | Высокий |
| Кол-во человек | 3 | 15 | 9 | 5 |
| % | 9 | 47 | 29 | 15 |

По данной методике больше всего было выявлено женщин со средним (с тенденцией к низкому) уровнем тревожности 47% (15 женщин);

29% (9 женщин) со средним (с тенденцией к высокому) уровнем тревожности;

15% (5 женщин) с высоким уровнем тревожности и всего 9% (3 женщины) было выявлено с низким уровнем тревожности.



Рис. 1. Уровень тревожности по методике Тейлора. (Адаптация Т.А. Немчинова)

Также средний балл по этой методике выше у беременных женщин 16,4 балла, а у не беременных женщин 11,3 балла. (см. рис. 2).



Рис. 2. Средний балл по уровню тревожности у женщин с первой и повторными беременностями по методике Тейлора

В таблице 2 и на рисунках 3 и 4 представлены результаты по изучению уровня личностной и ситуативной тревожности по методике Спилбергера – Ханина. Результаты среднего группового показателя методики Спилбергера – Ханина отражены на рисунке 5 и 6.

Таблица 2

Результаты по методике Спилбергера-Ханина

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Низкая | Умеренная | Высокая |
| кол-во человек | % | кол-во человек | % | кол-во человек | % |
| Личностная тревожность | 6 | 18 | 17 | 53 | 9 | 28 |
| Ситуативная тревожность | 8 | 25 | 19 | 59 | 5 | 15 |



Рис. 3. Уровень личностной тревожности Спилбергера - Ханина

При обработке этого теста мы получили следующие результаты:

С низким показателем личностной тревожности 18% (6 женщин); с низким показателем ситуативной тревожности 25% (8 женщин);

Умеренный показатель личностной тревожности у 53% (17женщин) и с умеренным показателем ситуативной тревожности 59% (19 женщин);

Высокая личностная тревожность была выявлена у 28% (9женщин) и высокая ситуативная тревожность у 15% (5женщин).

Таким образом, самый большой процент выявлен у женщин с умеренной ситуативной тревожностью 59% (19 женщин) и умеренной личностной тревожностью 53% (17 женщин).



Рис. 4. Уровень ситуативной тревожности Спилбергера – Ханина

Самым низким является процент по высокой ситуативной тревожности 15% (5женщин) и низкой личностной тревожности 18% (6 женщин). Также процент по показателям высокой личностной тревожности 28% (9 женщин) и низкой ситуативной тревожности 25% (8 женщин) являются промежуточными.



Рис. 5. Средний балл личностной тревожности у беременных женщин и не беременных женщин по методике Спилбергера – Ханина

Средний балл личностной тревожности, как мы и полагали выше у беременных женщин (44), у женщин, которые не беременны средний балл по данному показателю несколько ниже (36,3).



Рис. 6. Средний балл ситуативной тревожности у беременных и не беременных женщин по методике Спилбергера – Ханина

Средний балл показателя ситуативной тревожности, также как личностной, выше у беременных женщин (39,4). У не беременных женщин средний балл по уровню ситуативной тревожности по уровню ниже (34,5), в сравнении с беременными. Сводная таблица по всем проведенным методикам в приложении 4.

Таблица 3

Стрессоры во время беременности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стрессоры во время беременности | Количество | % |
| Недостаток внимания, непонимание со стороны мужа (родителей, родственников, друзей). | 19 | 59 |
| Тревога за будущего малыша. | 17 | 53 |
| Конфликты с начальством, коллегами на работе (учебе). | 7 | 21 |
| Госпитализация в больницу. | 12 | 37 |
| Материально-бытовые проблемы. | 5 | 15 |
| Изменение своего самочувствия. | 20 | 62 |
| Перегрузки на работе (учебе). | 4 | 12 |
| Изменение фигуры. | 13 | 40 |
| Страх перед родами. | 23 | 71 |
| Посещение женской консультации. | 13 | 40 |
| Задержка в карьерной лестнице из-за беременности | 5 | 15 |
| Повышенная усталость, утомляемость | 18 | 56 |
| Болезнь (смерть) мужа, родственников, друзей | 2 | 6 |

По выявлению стресс-факторов мы получили следующие результаты:

62% женщин сказали, что именно изменения своего самочувствия явились для них стрессором во время беременности;

59% женщин определили для себя стрессор – недостаток внимания, непонимание со стороны мужа (родителей, родственников, друзей);

56% женщин было выявлено с повышенной усталостью, утомляемостью;

53% тревога за будущего малыша;

Так же 40% женщин ответили, что стрессом во время беременности является изменение фигуры и посещение женской консультации.



Рис. 7. Стресс-факторы вызывающие стресс во время беременности

Нами был проведен статистический анализ результатов для выявления различий средних значений между двумя независимыми выборками по t–критерию Стьюдента, обработка проводилась в программе STATISTIKA 17.0. Результаты статистической обработки представлены в приложении 5.

В результате нами были выявлены следующие статистически значимые отличия. В группе у беременных женщин уровень тревожности по методике Тейлора статистически отличается от уровня тревожности у женщин, которые не беременны (0,027396, при р < 0,05). По методике Спилбергера-Ханина у будущих матерей значимо отличается уровень личностной тревожности, по сравнению с уровнем тревожности у не беременных женщин (0,027396, при р < 0,05). Статистически значимых различий в проявлении ситуативной тревожности у беременных и не беременных женщин не выявлено.

2.3 Выводы по экспериментальному исследования по выявлению личностной и ситуативной тревожности в период беременности

При интерпретации результатов экспериментального исследования нами были выявлены следующие показатели.

1. По методике «измерения уровня тревожности Тейлора». (Адаптация Т.А. Немчинова) выявлено больше всего выявлено женщин со среднем (с тенденцией к низкому) уровнем тревоги 47% (15 женщин); 29% (9 женщин) со средним (с тенденцией к высокому) уровню тревоги; 15% (5 женщин) с высоким уровнем тревоги и всего 9% (3 женщины) было выявлено с низким уровнем тревоги.

2. По методике Спилбергера – Ханина получены следующие результаты: с низким показателем личностной тревожности 18% (6 женщин); с низким показателем ситуативной тревожности 25% (8 женщин);

Умеренный показатель личностной тревожности у 53% (17женщин) и с умеренным показателем ситуативной тревожности 59% (19 женщин);

Высокая личностная тревожность была выявлена у 28% (9женщин) и высокая ситуативная тревожность у 15% (5женщин).

3. В результате проведенного экспериментального исследования нами были выявлены следующие стресс-факторы во время беременности. Это, недостаток внимания, непонимание со стороны мужа (родителей, родственников, друзей), тревога за будущего малыша, конфликты с начальством, коллегами на работе (учебе). Также госпитализация в больницу, материально-бытовые проблемы и др.

4. По выявлению стресс-факторов мы получили следующие результаты:

- 62% женщин сказали, что именно изменения своего самочувствия явились для них стрессором во время беременности;

- 59% женщин определили для себя стрессор – недостаток внимания, непонимание со стороны мужа (родителей, родственников, друзей);

- 56% женщин было выявлено с повышенной усталостью, утомляемостью;

- 53% тревога за будущего малыша;

- 40% женщин ответили, что стрессом во время беременности является изменение фигуры и посещение женской консультации.

5. В результате нами были выявлены следующие статистически значимые отличия. В группе у беременных женщин уровень тревожности по методике Тейлора статистически отличается от уровня тревожности у женщин, которые не беременны (0,027396, при р < 0,05). По методике Спилбергера-Ханина у беременных женщин с значимо отличается уровень личностной тревожности, по сравнению с уровнем тревожности у не беременных женщин (0,027396, при р < 0,05). Статистически значимых различий в проявлении ситуативной тревожности между двумя выборками не выявлено.

2.4 Рекомендации для женщин, в период беременности

I триместр

* По наблюдениям специалистов, желанные дети появляются на свет более крепкими и активно развиваются, еще находясь у мамы в животике. Поэтому как можно раньше определитесь со своим отношении к беременности.
* Если у вас присутствуют вредные привычки (никотин, алкоголь, никотин и др.) стоит от них отказаться.
* Максимально оздоровите свой организм. Пролечите все свои хронические заболевания, сведите их в стадию ремиссии. Если есть какая-либо острая патология, то приложите максимум усилий к ее устранению.
* Как можно скорее встаньте на учет в женскую консультацию.
* Остерегайтесь бесконтрольного приема лекарств.
* Будьте особо внимательны к себе. В это время любые психологические и физические перегрузки, недосыпание могут привести к нежелательным последствиям. Постарайтесь в этот период не перенапрягаться. Особенно полезен сон, во время которого кроваток через матку повышается в 5 раз. Если есть возможность, то ложитесь спать рано, отдыхайте днем. Если не хочется спать, можно просто полежать, расслабиться, отдохнуть. Постарайтесь больше отдыхать. Стремитесь помочь себе - регулярно слушайте приятную музыку, пойте, читайте детские книги.
* Оказывают благотворное влияние на общее самочувствие водные процедуры, например, комфортный душ. Если разрешает доктор, можно принимать теплую (не выше 370С) ванну с настоем из трав или с добавленными эфирными маслами. Чаи из мяты, мелиссы, лаванды, шиповника, боярышника или спорыша способны уменьшать возбудимость и раздражительность. В определенных случаях помогает аромотерапия, однако, при этом важно грамотно подобрать эфирные масла.
* Не очень желательны активные физические нагрузки, в том числе бассейн.
* Особенно опасны инфекционные заболевания матери. Поэтому важно в этот период уделять внимание профилактике этих заболеваний (ОРЗ, гриппа, ангины, краснухи).
* Выполнять общие рекомендации для беременных.
* Стараться ограничивать физические и эмоциональные нагрузки. Отрицательные эмоции не "пропускать" через себя.
* При непонимании мужа и родных постараться объяснить то, что ваше положение изменилось и теперь стоит некоторые моменты пересмотреть в отношениях друг с другом.

II триместр

* В это время Вам полезно вести активный образ жизни. Пойдут на пользу бег, плавание, дыхательные упражнения, суставная гимнастика, прогулки на свежем воздухе.
* Рекомендуется выполнять специальный комплекс активных физических упражнений, составленный для беременных: упражнения-растяжки, суставная гимнастика, упражнение на расслабление, дыхательные упражнения, упражнения в бассейне.
* Подберите свой гардероб. Одежда должна быть свободной, легкой, удобной, нигде не давить, особенно в области талии. Старайтесь носить хлопчатобумажное белье.
* Причиной плохого сна может быть чрезмерная резвость малыша, когда он сильно бьет ножками. В этом случае надо поговорить с малышом, рассказать, как Вы его любите, успокоить добрыми словами, почитать ему книгу, спеть песенку. Попросите пообщаться с малышом папу. Дети очень отзывчивы на прикосновения папиных рук, им нравится слушать папин голос. Следует выполнять упражнения на расслабление, послушать приятную для Вас музыку, порисовать. Могут помочь водные процедуры – комфортный душ, расслабляющая ванна из трав (если разрешает врач). Стоит избегать суеты и споров, особенно перед сном. Лучше прогуляться, подышать свежим воздухом. Заняться вязанием, шитьем.
* Попробуйте подобрать удобное положение для сна. Используйте маленькие подушечки, чтобы занять удобное положение.
* Очень важно устранить отрицательные эмоции.
* Также воспользоваться общими рекомендациями для беременных.
* Есть смысл посетить специальные занятия для беременных, на которых специалисты расскажут о том, как должна протекать беременность, какие изменения происходят в это время в организме женщины, как развивается плод. Также научат специальным упражнениям для беременных, дыханию. Еще вы получите информацию о физиологии и психологии родах, вас научат как себя вести в процессе родов. Это также возможность отключиться от насущных проблем и просто в хорошей компании таких же будущих мам пообщаться, расслабиться.

III триместр

* Для уменьшения неприятных ощущений используйте правильную осанку. Чтобы уменьшить дискомфорт, стараться не прогибать спину, держать ноги немного согнутыми, ягодицы опущенными вниз.
* Обязательно следите за питанием. Кушайте понемногу и почаще, следите за сочетанием продуктов, чтобы предотвратить брожение, скопление газов и дать пище легко перевариться.
* Если врач не возражает, можно посещать бассейн, проводить водные процедуры дома. Больше бывайте на свежем воздухе.
* Обязательно надо научитесь отдыхать и расслабляться. Выполнять суставную гимнастику, правильно дышать.
* Заранее стоит определиться с местом родов. Подготовить "приданное" малышу и себе в роддом. Составить список обязанностей, которые будут выполнять ваши домашние, когда Вы будете находиться в роддоме.
* Стоит определиться с местом родов. Подойти к этому моменту ответственно и серьезно. По возможности, познакомиться со своим лечащим врачом заранее.
* Не забыть оставить список указаний, что должны приготовить муж и родственники к вашей выписке из роддома. При этом также все тщательно продумать и записать, чтобы этот вопрос после рождения ребенка уже не занимал вас.
* Стараться не примерять все негативные рассказы подруг или соседок по палате в роддоме на себя. Попытаться создать уверенность, что все пройдет хорошо и вскоре у Вас появится здоровый, крепкий малыш.
* Поговорить с близкими (особенно женщинами: мама, свекровь, бабушка), чтобы они помогли в первое время после родов.

**Заключение**

На основе теоретического анализа литературы мы сделали вывод, что проблема тревожности и в частности проблема тревожности у беременных женщин становится в наше время всё более актуальной. Состояние тревожности связано с эмоциональным дискомфортом, оно еще и наиболее значимый риск-фактор, приводящий к возникновению психосоматических заболеваний, а нередко служащий причиной и эндогенной депрессии.

Необходимо отметить, что особенностью современной ситуации в нашей стране является снижение уровня рождаемости, повышается количество осложненных беременностей и родов, снижается уровень здоровья новорожденных. Одной из причин данной тенденции является нестабильная социально-экономическая ситуация, которая неблагоприятно сказывается на психической сфере женщины. Негативные эмоции влекут за собой снижение качества здоровья матери, и, как следствие ребенка.

В основу данного исследования была положена гипотеза о том, что эмоциональная сфера беременной женщины характеризуется повышенной тревожностью, в сравнении с женщинами, которые не беременны.

Для доказательства данной гипотезы выполнены следующие задачи исследования: подобраны методики для выявления уровня тревожности у женщин, составлена анкета и проведен опрос, проведено экспериментальное исследование по выявлению личностной и ситуативной тревожности у беременных и не беременных женщин, выявлена зависимость между показателями уровня личностной и ситуативной тревожности у беременных и не беременных женщин.

Проведенное исследование показало, что гипотеза частично подтвердилась. Был проведен количественный и качественный анализ результатов, различия средних значений между двумя независимыми выборками вычислялся по t–критерию Стьюдента, обработка проводилась в программе STATISTIKA 17.0. Анализ по t–критерию Стьюдента показал следующие статистически значимые отличия. В группе у беременных женщин уровень тревожности по методике Тейлора статистически отличается от уровня тревожности женщин, которые не беременны. По методике Спилбергера-Ханина у будущих матерей значимо выше уровень личностной тревожности, по сравнению с уровнем тревожности у не беременных женщин. Наряду с этим, в проявлении ситуативной тревожности между двумя выборками значимых различий не выявлено.

Результаты исследования по проблеме тревожности в период беременности могут найти применение в курсах работы с беременными женщинами. Разработанные рекомендации также могут найти применение для подготовки женщин к оптимальным условиям протекания беременности. Результаты исследований дают материалы для дальнейшего изучения эмоционального состояния беременных женщин.

**Список литературы**

1. Баженова О.В, Баз Л.Л., Копыл О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребёнка //Синапс,1993, №4.)
2. Белогай К.Н. Современные подходы к психологическому исследованию беременности // Материалы научно-практической конференции. - М.: РГУ, 2004. – 498 с.
3. Боулби Д. Материнская забота и психическое здоровье / Д. Боулби // Хрестоматия по перинатальной психологии. – М.: Изд-во УРАО, 2005. – С. 246 – 251.
4. Брусиловский А.И. Жизнь до рождения./ А.И. Брусиловский – М.: "Знание", 1991. – 224 с.
5. Брутман В.И., Психологические феномены, возникающие в связи с нежеланной беременностью.//Психология сегодня.-вып.4.-1996.-с.150-151.
6. Виткин, Дж. Женщина и стресс/ Дж. Виткин. – СПб: Питер Пресс, 1996. – 320 с.
7. Драпкин Б.З. Психотерапия материнской любовью / Б.З. Драпкин. – М: ДеЛи принт, 2004. – 230 с.
8. Емелина, Н. Жду малыша./ Емелина Н.// Мама, это я! – 2009. - № 11 (44) . – С. 88 – 91.
9. Захарова Е.И. Личностные изменения, связанные с появлением ребенка // Журнал практического психолога 2003 № 4–5 с. 38-45
10. Колосов, Л.Ю. Мамы разные бывают. / Л.Ю. Колосов // Растем вместе. – 2007. - № 05. – С. 3-5.
11. Котельникова, А. Что чувствует кроха / А. Котельникова // Полезные советы и идеи. – 2009. - № 45. – С.16-18.
12. Ломакина, А.В. Особенности отношения родителей к ребенку в перинатальный период / А.В. Ломакина // Перинатальная психология и психология родительства. – 2006. – № 3. – С. – 32-42.
13. Овчарова Р.В. Психология родительства / Р.В. Овчарова. – М.: Издательский центр "Академия", 2005. – 368с.
14. Рыжков В.Д. Психопрофилактика и психотерапия функциональных расстройств нервной системы у беременных женщин // Мед.помощь, 1996, №3, с. 33-36
15. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В.Сидоренко. – СПб.: Речь, 2000 – 350с.
16. Скрицкая, Т.В. Ценностные ориентации женщин в период беременности / Т.В. Скрицкая. – Новосибирск, 2002. – 85 с.
17. Соколова, О.А., Сергиенко, Е.А. Динамика личностных характеристик женщин в период беременности как фактор психического здоровья матери и ребенка / О.А. Соколова
18. Урусова О.А. Динамика психического состояния беременных женщин и их нормализация с помощью авторской программы психофизической подготовки к родам // Калуга, 2004
19. Филлипова Г.Г. Особенности представления матери и отца о будущем ребенке // Перинатальная психология и психология родительства. – №2. – 2006. – С.82-93.
20. Филиппова, Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова. - М.: Издательство Института психотерапии, 2002. – 240 с.)
21. Шапарь, В.Б., Тимченко, А.В., Швыдченко В.Н. / Практическая психология. Инструментарий. – Ростов н/Д: издательство "Феникс", 2002. – 688 с.

**Приложение 1**

Опросник Ж. Тейлор (личностная шкала проявления тревожности)

Инструкция. Вам предлагается ответить на опросник, в котором содержатся утверждения, касающиеся некоторых свойств личности. Здесь не может быть хороших и плохих ответов, поэтому свободно выражайте свое мнение, не тратьте время на размышления. Давайте первый пришедший в голову ответ. Если Вы согласны с данным утверждением по отношению к Вам, напишите рядом с его номером "Да”, если не согласны – "Нет", если не можете четко определить – "не знаю".

Вопросы.

1. Обычно я работаю с большим напряжением.

2. Ночью я засыпаю с трудом.

3. Для меня неприятны неожиданные изменения в привычной обстановке.

4. Мне нередко снятся кошмарные сны.

5. Мне трудно сосредоточится на каком-либо задании или работе.

6. У меня чрезвычайно беспокойный и прерывистый сон.

7. Я хотел бы быть таким же счастливым, как, на мой взгляд, счастливы другие.

8. Безусловно, мне не хватает уверенности в себе.

9. Моё здоровье сильно беспокоит меня.

10. Временами я чувствую себя совершенно бесполезным.

11. Я часто плачу, у меня глаза на «мокром месте».

12. Я замечаю, что мои руки начинают дрожать, когда я пытаюсь сделать что-либо трудное или опасное.

13. Временами, когда я нахожусь в замешательстве, у меня появляется потливость, и это чрезвычайно беспокоит и смущает меня.

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

15. Нередко я думаю о таких вещах, о которых не хотелось бы говорить.

16. Даже в холодные дни я легко потею.

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

18. Жизнь для меня почти всегда связана с необычайным напряжением.

19. Я гораздо чувствительнее, чем большинство людей.

20. Я легко прихожу в замешательство.

21. Моё положение среди окружающих сильно беспокоит меня.

22. Мне очень трудно сосредоточиться на чем-либо.

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

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

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

26. Я склонен принимать все слишком всерьез.

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

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

29. Я почти все время чувствую неуверенность в своих силах.

30. Меня весьма тревожат возможные неудачи.

31. Ожидание всегда нервирует меня.

32. Бывали периоды, когда тревога лишала меня сна.

33. Иногда я расстраиваюсь из-за пустяков.

34. Я человек легко возбудимый.

35. Я часто боюсь, что вот-вот покраснею.

36. У меня не хватает духа вынести все предстоящие трудности.

37. Порой мне кажется, что моя нервная система расшатана, и я вот-вот выйду из строя.

38. Обычно мои ноги и руки достаточно теплые.

39. У меня обычно ровное и хорошее настроение.

40. Я почти всегда чувствую себя вполне счастливым.

41. Когда нужно чего-либо долго ждать, я могу делать это спокойно.

42. У меня редко бывают головные боли после пережитых волнений и неприятностей.

43. У меня бывает сердцебиение при ожидании чего-либо нового или трудного.

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

45. Я уверен в себе.

46. По сравнению с моими друзьями я считаю себя вполне смелым.

47. Я застенчив не более, чем другие.

48. Обычно я спокоен и вывести меня из себя нелегко.

49. Практически я никогда не краснею.

50. Я могу спокойно спать после любых неприятностей.

###### **Приложение 2**

Методика определения уровня личностной и ситуативной тревожности Ч. Спилбергера в обработке Ю.Л. Ханина

#### 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.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Вовсе нет | Пожалуй, так | Верно | Совершенно верно |
| Я спокоен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Мне ничто не угрожает | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я нахожусь в напряжении | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я испытываю сожаление | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я чувствую себя спокойно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я расстроен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Меня волнуют возможные неудачи | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я чувствую себя отдохнувшим | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я встревожен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я уверен в себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я нервничаю | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я не нахожу себе места | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я взвинчен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я не чувствую скованности, напряжённости | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я доволен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я озабочен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я слишком возбуждён и мне не по себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Мне радостно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Мне приятно | 1 | 2 | 3 | 4 |

#### Шкала личностной тревожности

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.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Почти никогда | Иногда | Часто | Почти всегда |
| Я испытываю удовольствие | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я обычно устаю | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я легко могу заплакать | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я хотел бы быть таким счастливым, как и другие | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Обычно я чувствую себя бодрым | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я спокоен, хладнокровен и собран | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я слишком переживаю из-за пустяков | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я вполне счастлив | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я принимаю всё слишком близко к сердцу | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Мне не хватает уверенности в себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Обычно я чувствую себя в безопасности | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей | 1 | 2 | 3 | 4 |
| У меня бывает хандра | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я доволен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Я уравновешенный человек | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах | 1 | 2 | 3 | 4 |

###### **Приложение 3**

**Анкета**

1. Фамилия, имя, отчество

2. Возраст

3. Дата заполнения

4. Образование

5. Кем работаете

6. Зарегистрирован ли брак

7. Срок беременности

8. Какие из перечисленных факторов явились для Вас стрессом во время вашей беременности и в каком триместре? (I триместр – 0-12 нед, II триместр – 12-24 нед, III триместр – 24-40 нед)

|  |  |
| --- | --- |
| Стрессовый фактор | Номер фактора |
| Недостаток внимания, непонимание со стороны мужа (родителей, родственников, друзей). | 1 |
| Тревога за будущего малыша | 2 |
| Конфликты с начальством, коллегами на работе (учебе). | 3 |
| Госпитализация в больницу | 4 |
| Материально-бытовые проблемы | 5 |
| Изменение своего самочувствия | 6 |
| Перегрузки на работе (учебе). | 7 |
| Изменение фигуры | 8 |
| Страх перед родами | 9 |
| Посещение женской консультации | 10 |
| Задержка в карьерной лестнице из-за беременности | 11 |
| Повышенная усталость, утомляемость | 12 |
| Болезнь (смерть) мужа, родственников, друзей | 13 |

**Приложение 4**

**Сводная таблица по проведенным методикам**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Возраст | Образование | Брак | беременность | Сроки | Методика Тейлора | Спилбергера-Ханина | № стресс-фактора |
| ст | лт |
| 1 | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | 19 | среднее | - | - | - | 16 | 33 | 39 | 9 |
| 2 | 18 | среднее | - | + | II | 30 | 61 | 74 | 1, 2, 4, 6 |
| 3 | 22 | среднее спец. | + | + | III | 14 | 27 | 40 | 4, 7 |
| 4 | 19 | среднее спец. |  | + | III | 9 | 32 | 34 | 6 |
| 5 | 25 | высшее | + | + | III | 10 | 32 | 32 | - |
| 6 | 20 | среднее | - | - | - | 13 | 32 | 34 | - |
| 7 | 30 | высшее | + | - | - | 8 | 34 | 30 | - |
| 8 | 29 | высшее | + | - | - | 27 | 49 | 57 | 1, 2, 4, 5, 6, 7,8, 9, 12 |
| 9 | 23 | высшее | + | + | III | 25 | 37 | 37 | 1, 2, 4, 5, 6, 9, 11, 12 |
| 10 | 24 | среднее | - | + | III | 26 | 52 | 53 | 1, 2, 6, 7, 9, 10, 12 |
| 11 | 28 | среднее | + | - | - | 20 | 38 | 53 | 4, 5, 6, 8, 12 |
| 12 | 29 | высшее | + | - | - | 0 | 37 | 28 | 10 |
| 13 | 27 | высшее | + | - | - | 6 | 26 | 30 | 2, 8, 9, 11, 12 |
| 14 | 32 | высшее | + | + | III | 1 | 31 | 46 | 3, 4,9, 10, 11, 12 |
| 15 | 29 | высшее | + | + | III | 11 | 41 | 39 | 6, 8, 9, 12 |
| 16 | 234 | высшее | + | + | III | 14 | 41 | 41 | 2, 4, 6, 8, 9, 10, 12 |
| 17 | 26 | среднее | - | + | III | 20 | 48 | 51 | 8, 9, 10, 12 |
| 18 | 23 | среднее | - | + | III | 6 | 38 | 31 | 8, 12 |
| 19 | 28 | среднее | + | - | - | 11 | 40 | 42 | 1, 8, 12 |
| 20 | 27 | высшее | + | - | - | 3 | 37 | 33 | - |
| 21 | 20 | среднее спец. | + | + | II | 6 | 39 | 43 | 8, 9, 10 |
| 22 | 21 | не законч. высшее | + | + | III | 15 | 30 | 39 | 2, 6,12 |
| 23 | 25 | среднее | - | - | - | 18 | 28 | 42 | 6, 8, 12 |
| 24 | 24 | высшее | + | + | II | 10 |  |  | - |
| 25 | 18 | не законч. высшее | - | + | III | 35 | 43 | 48 | 2, 9, 12 |
| 26 | 20 | среднее | + | + | I | 15 | 48 | 50 | 2, 4, 9 |
| 27 | 22 | среднее | + | - | - | 13 | 37 | 34 | 2, 4, 6 |
| 28 | 20 | среднее | - | + | II | 27 | 37 | 49 | 2, 4, 5, 10 |
| 29 | 26 | высшее | + | - | - | 8 | 31 | 30 | 9 |
| 30 | 30 | высшее | + | - | - | 14 | 30 | 28 | 1, 3, 11 |

Результаты корреляционного анализа STATISTIKA 17.0. для p < 0,05



1. Беременные женщины; 2. Не беременные женщины



1. Беременные женщины; 2. Не беременные женщины

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Тейлор | 5,359722 | 0,027396 |
| СТ | 3,315866 | 0,078279 |
| Спилбергер ЛТ | 5,359722 | 0,027396 |