

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра «Дошкольная педагогика, прикладная психология»

(наименование)

37.03.01 Психология

(код и наименование направления подготовки / специальности)

## **ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)**

на тему Психологические особенности эмоциональной сферы личности беременных женщин

Обучающийся

М.Б. Китаева

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

канд. пед. наук Л.Ф. Чекина

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2022

## Аннотация

Бакалаврская работа посвящена актуальной проблеме психологических особенностей эмоциональной сферы личности беременных женщин.

Целью работы является разработка программы по психологическому сопровождению женщин в период беременности.

В ходе работы решаются задачи: изучить теоретические аспекты проблемы изучения особенностей эмоциональной сферы беременных женщин; выявить их острые психологические проблемы; разработать и апробировать комплексную программу по психологическому сопровождению женщин в период беременности; выявить динамику психологических изменений и оценить эффективность разработанной программы.

В работе представлен теоретический обзор исследований по проблеме изучения особенностей эмоциональной сферы беременных; с помощью подобранных диагностических методик составлен психологический портрет и выделены наиболее актуальные проблемы в эмоциональной сфере беременных женщин.

Составлена комплексная программа по психологическому сопровождению женщин в период беременности «Новая я» и определена эффективность применения специально подобранных занятий и упражнений, выполнение которых приводит к гармонизации, эмоциональной стабильности, снижению уровня стресса.

В бакалаврской работе представлена актуальность исследования, научный аппарат, теоретические положения работы, экспериментальная часть, заключение, список используемых литературных источников (41). Объем работы составил 52 страницы.

## Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретические основы исследования психологических особенностей эмоциональной сферы беременных женщин .....	8
1.1 Беременность, как этап становления личности женщины	8
1.2 Особенности психоэмоциональных изменений у женщин в период беременности.....	16
1.3 Характеристика психологического сопровождения беременных женщин.....	23
Глава 2 Экспериментальное исследование психологических особенностей эмоциональной сферы беременных женщин.....	29
2.1 Организация и методы исследования.....	29
2.2 Результаты констатирующего этапа эксперимента.....	31
2.3 Разработка программы по сопровождению эмоциональной сферы в период беременности.....	37
2.4 Выводы по реализации программы по сопровождению эмоциональной сферы в период беременности.....	42
Заключение.....	48
Список используемой литературы.....	50

## Введение

**Актуальность исследования.** Влияние беременности оказывает огромное воздействие на нервную систему и психику женщин. В некоторых случаях оно бывает настолько сильным, что рассматривается как кризис или переломный период в жизни женщины.

В настоящее время анализ и оценка течения беременности и родов сводится преимущественно к исследованию физиологических процессов и осложнений, соответствующих данным периодам. Психологические же особенности женщин в целом не рассматриваются, несмотря на то, что в последнее время основным фактором возникновения патологии при родах являются перенесенные в период беременности стрессы, продолжительные депрессии, страхи и негативные переживания.

Большое число исследований на сегодняшний день обращено к изучению беременности с позиции условий для развития ребенка. Однако не менее важно рассматривать беременность не только в аспекте способности обеспечения условий для благоприятного развития ребенка, но и как значимый этап развития личности самой беременной женщины. Беременность должна рассматриваться как этап индивидуального развития и становления женщины, так как во время беременности происходит изменение множества сторон жизни, происходят серьёзные изменения самосознания, трансформация ценностно-смысловых составляющих и проявлениях.

Многими исследователями, подчеркивается неблагоприятное воздействие эмоционального стресса матери на беременность и роды, а также отмечаются психологические факторы, которые способствуют появлению эмоционального стресса при беременности: высокая эмоциональная чувствительность, впечатлительность, ранимость, тревожность, беспокойство и необоснованные страхи. В настоящее время существует небольшое количество программ и проектов по психологическому сопровождению

беременных женщин. Нередко врачами-акушерами отслеживается только физиологическое состояние беременной женщины, в то время как психологическое остается без внимания до того времени, пока не станет ярко-выраженным. Таким образом, проблема психологического сопровождения женщины в период беременности должна решаться совместно со специалистами, экспертами-психологами и близкими родственниками, чтобы работа с беременной женщиной была эффективной и результативной, а возможные трудности с увеличением уровня стресса и тревоги не были спровоцированы.

На основании выше изложенного установлено **противоречие** между:

- необходимостью выявления психологических проблем у беременных женщин и недостаточностью развития психологического сопровождения в современных медицинских учреждениях;
- необходимостью психологической работы с каждой женщиной в период беременности с целью выявления проблем в эмоциональной сфере.

Выявленное противоречие позволило обозначить **проблему исследования**: каковы эффективные и действенные способы психологического сопровождения беременных женщин. Исходя из актуальности данной проблемы, сформулирована тема исследования: «Психологические особенности эмоциональной сферы личности беременных женщин».

**Цель исследования**: разработать комплексную программу по психологическому сопровождению женщин в период беременности.

**Объект исследования**: эмоциональная сфера женщины.

**Предмет исследования**: психологические особенности эмоциональной сферы женщин в период протекания беременности.

**Гипотеза исследования**: предполагается, что эффективному сопровождению беременных женщин будет способствовать специально разработанная программа, включающая цикл занятий и упражнений,

направленных на снижение тревожности и стресса, на изучение методов саморелаксации и самопринятия.

**Задачи исследования:**

- изучить феномен беременности как этапа становления личности женщины;
- проанализировать основные изменения эмоциональной сферы личности беременных женщин;
- рассмотреть основные подходы психологического сопровождения беременных;
- разработать программу психологического сопровождения беременных женщин с учетом особенностей эмоциональной сферы;
- реализовать программу «Новая Я», оценить её эффективность.

**Теоретико-методологическую основу исследования проблемы психологического сопровождения беременных женщин составили отечественные и зарубежные подходы к изучению психологии беременности В.В. Абрамченко, Н.Н. Авдеева, Н.П. Коваленко, Д.С. Малышевой, концепция психологии материнства Г.Г. Филипповой, С.Ю. Мещеряковой, Г.Ф. Гопуровой и другими.**

Для решения поставленных задач использовались следующие **методы исследования:**

- теоретические: анализ, сравнение, систематизация психологических сведений по теме исследования;
- эмпирические методы;
- качественный и количественный анализ эмпирических данных.

**Новизна исследования:** представлены эффективные методы психологического сопровождения беременных женщин с проблемами в эмоциональной сфере (высокий уровень тревожности, стресса).

**Теоретическая значимость исследования:** представленный в данной исследовательской работе анализ теоретических аспектов проблемы психологических особенностей эмоциональной сферы личности у

беременных женщин и полученные краткие выводы могут быть использованы в качестве теоретической основы похожих исследований в психологии, медицине. Проведенный анализ теоретических положений позволяет конкретизировать, и уточнить ранее полученные данные по указанной проблеме.

**Практическая значимость исследования:** разработанная комплексная программа психологического сопровождения беременных женщин с выявленными проблемами в эмоциональной сфере может быть использована психологами и медицинскими работниками в практической деятельности с беременными женщинами.

**Экспериментальная база исследования:** бюджетное учреждение «Няганская окружная больница» (родильное отделение) г. Нягань. В исследовании психоэмоциональных изменений у женщин в период беременности приняли участие 20 беременных женщин в возрасте от 21 до 36 лет с различным опытом материнства.

**Структура бакалаврской работы:** введение, две главы, в каждой из которых по три раздела, заключение, список используемой литературы (в количестве 41 источник), 10 рисунков, 2 таблицы. Основное содержание работы изложено на 52 страницы.

# **Глава 1 Теоретические основы исследования особенностей эмоциональной сферы беременных женщин**

## **1.1 Беременность, как этап становления личности женщины**

Беременность представляет собой психологически многообразное и достаточное сложное состояние. На данном этапе с женщиной происходят физические (гормональные) и социальные изменения, которые оказывают сильнейшее влияние на эмоциональное состояние, а также на изменения в отношении к себе, к ребенку и к окружающему миру и обществу в целом.

К.В. Кулешова отмечает, что «в период беременности для женщины свойственно колебание настроения, актуализация тревог, внутренних конфликтов и неразрешенных психологических вопросов» [23, с. 65].

В психологии беременность изучается «как один из значимых этапов в формировании материнской сферы, который подготавливает женщину к выполнению определенной роли в постнатальном периоде. Таким образом, беременность представляет этап психологической подготовки к предстоящему материнству» [7, с. 110].

На течение всей беременности оказывает влияние множество различных факторов. Например, «индивидуальные и эмоциональные характерные черты, её поведение, а также нарушение материнско-детских отношений, а именно, материнские установки, заложенные с детства» [3, с. 10].

Н. Удденберг и М. Ринглер изучали беременность женщины как один из наиболее ярко выраженных кризисов развития. Они отмечают, «что беременность, особенно первая, является «кризисной точкой в поиске женской идентичности, так как это точка, из которой нет возврата, независимо от того, рождается ли ребенок, случается выкидыш или делают аборт». Беременность, с такой точки зрения, представляется, как окончание



существования независимой отдельной личности женщины и начало непреходящих и безвозвратных отношений мать-дитя» [28].

Согласно мнению Н.П. Коваленко, этап беременности является переходным и достаточно острым периодом, сопровождающийся кризисными переживаниями. В данный момент с девушкой (женщиной) происходят значительные изменения в осознании себя и в построении системы взаимоотношений с миром [18, с. 47].

Ряд других авторов, таких как Н.В. Боровикова, Н.Н. Королева, К.В. Кулешова «рассматривает беременность, как подготовительную фазу в формировании взаимной привязанности матери и ребенка, связанную с возникновением новых ощущений и физиологических изменений в организме женщины в данный период» [2, 20, 22].

В перинатальной психологии значимую роль играет возможность прогнозирования и моделирования отклонений от адекватного материнского поведения, то есть вероятность определить стиль отношения женщины к своей беременности. Стиль переживания беременности включает в себя:

- физическое и эмоциональное переживание момента идентификации беременности;
- переживание и принятие признаков беременности (физические изменения, токсикоз);
- динамика переживания симптоматики согласно триместрам беременности;
- преобладающий фон настроения в эти периоды;
- переживание первого шевеления и шевелений в течение всей второй половины беременности;
- содержание активности женщины в третий триместр беременности» [15, с. 71].

В период беременности психологические перемены наиболее ярко выражены в синдроме беременности. В данной ситуации, под понятием синдром определяется новое психогенное состояние, которое имеет

ограничение конкретными периодами времени. При этом границы начинаются не с дня зачатия, а при осознании женщиной своего нового положения и завершаются не родами, а в момент принятия своего ребенка. Зачастую женщины переживают синдром беременности на бессознательном уровне, имея определенные характеристики и временные границы.

Как отмечает Е.А. Ряплова: « на первом этапе беременности чаще всего наблюдается аффект осознания себя беременной. Данный признак, как правило, ярко выражает следующее различие: чем выше у беременной женщины интеллектуальный и социальный уровень, чем более она независима и профессионально успешна, тем больше вопросов о смысле рождения ребенка будет поставлено перед собой, тем сложнее ей будет решиться стать матерью» [34, с. 36].

«Следующим шагом развития синдрома беременности считается рефлексивное принятие нового собственного образа: «Я – в положении». Данная стадия характеризуется признанием физиологических перемен в собственном организме. Настоящие биологические и нейроэндокринные изменения, которые сопутствуют беременности, могут оказывать глубокое психологическое воздействие на ожидающих матерей» [34, с. 36]

Так как в начале беременности данные изменения носят больше интенсивный характер, то необходимо некоторое время для адаптации женщины к ним, вероятно, что эмоциональные переживания и перемены в течение первого триместра, характеризуются такими проявлениями, как тошнота, головокружение, рвота, головные боли и нарушение аппетита.

У некоторых женщин наблюдается противоположная картина «уровень пассивности увеличивается и возникает чувство высшей удовлетворенности и удовольствия. В первый триместр наступает легкая депрессия и усиливается физическая активность, это связано с тем, что женщина пытается опровергнуть новое ощущение своей пассивности. Колебания настроения проявляются в разной степени внутреннего напряжения: в

ощущениях грусти, скуки, печали, в медлительности, в усиливающемся недовольстве собой, в чувстве одиночества и угнетенности».

С момента внутреннего принятия и осознания женщиной ощущения «Я беременна» выявляется симптом двойственного и противоречивого отношения к беременности. И.Н. Земзюлина, Т.Ф. Дремина отмечают, «что в этот период прослеживаются характерные стремительные колебания настроения и оживление прежних тревог и страхов, аффектов, в которых одновременно присутствуют оптимизм, радость, надежда и бдительное ожидание, печаль, скука. Также здесь отмечаются страхи и тревоги, которые тесно связаны с предстоящими родами, доходящие до паники (например, «смогу ли я родить?»); 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 своих телесных изменений и связанной с этим сексуальной непривлекательности» [15].

Затем «появляется отличительная для беременности психологическая перестройка самосознания женщины с постепенным включением в него образа ребенка. На данном этапе будущая мать начинает переживать симптом новой жизни в себе. Данная стадия нередко начинается тогда, когда женщина начинает чувствовать первые шевеления плода. Малыш своими движениями вынуждает признать себя отдельным человеческим существом со своей собственной жизнью, которой мать не может управлять. По мере роста плода, эмоциональный компонент этих ощущений становится более ярким, приобретает оттенок предметности. Женщина в этот период, как правило, начинает толковать и описывать поведение будущего ребенка как: «проснулся», «веселится», «балуется». Наделенная смыслом беременность вдохновляет будущую мать, формируется соответствующий эмоциональный фон, которым она одухотворяет собственного малыша, его присутствие

вызывает ощущение нежности и приобретает теплые эмоциональный тона» [21, с. 27].

Некоторые женщины настолько погружаются в свои переживания, что в их поведении начинают появляться черты детскости. Они становятся более внушаемыми, беззащитными и размягченными. Как считает С.Ю. Мещерякова, «на этом этапе беременности обычно возникает внутренний диалог матери с ребенком. Особое эмоциональное состояние содействует формированию образа ребенка, который включается в самосознание женщины. Данный образ заполняется особенным эмоционально – смысловым содержанием, которое можно характеризовать как «соединство», «сроднение». Симптом принятия новой жизни в себе является вершиной синдрома беременности, считается своеобразным индикатором восприятия, переработки и оценки женщиной опыта этого психофизиологического состояния» [28, с. 21].

Г.Г. Филипповой выделяются «шесть основных стилей переживания беременности.

- адекватный стиль. В данном случае, идентификация беременности проходит без сильных и продолжительных отрицательных эмоций; соматические чувства отличаются от состояния небеременности и характеризуются позитивным эмоциональным настроением;
- тревожный стиль отличается проявлением существенного уровня беспокойства и тревожности, периодически возобновляющимся, при этом соматический элемент сильно выражен по типу болезненного состояния;
- эйфорический стиль характеризуется не критичным отношением к возможным проблемам беременности и материнства;
- игнорирующий стиль отличается поздней идентификацией беременности, которой сопутствуют такие чувства, как досада, скука, печаль, при этом соматический компонент либо не выражен вовсе, либо состояние даже лучше, чем до беременности;

- амбивалентный стиль подобен тревожному типу, его характерной чертой считается проявления противоположных переживаний соматического и эмоционального состояния;
- отвергающий стиль характеризуется внезапными отрицательными эмоциями, соматическая симптоматика резко выражена и негативно эмоционально окрашена» [40, с. 79].

Р.В. Овчарова отмечает, «что беременность, роды и материнство – это три определенных этапа формирования зрелой женской личности. Согласно её мнению, данные этапы взаимосвязаны таким образом, что от того, насколько полноценно протекает один этап, зависит возможность прохождения следующего» [30, с. 146].

По мнению О.Г. Исупова, «одним из факторов, оказывающий сильное влияние на протяжении всей беременности, в том числе и на отношение женщины к себе и к ребенку, является мотивация. Он выделяет три основные группы мотивов репродуктивной активности: «ради ребенка», «ради себя», «ради мужчины», – каждый из этих мотивов может осуществлять как терминальную, так и инструментальную функцию» [5, с. 18].

Н.В. Боровикова и С.А. Федоренко выделили следующую классификацию мотивов сохранения беременности:

- «беременность ради ребенка – наиболее положительная причина (мотив), которая отражает психологическое стремление женщины к материнству и готовность к нему. В целом такой мотив характерен для социально зрелых, лично состоявшихся, а также одиноких женщин в возрасте;
- беременность от любимого человека содействует формированию высокого уровня адаптивности женщины к беременности. Будущий ребенок представляется как часть любимого человека, знак «светлого» прошлого или настоящего, который женщина желает пронести через всю жизнь;

- беременность как соответствие социальным и общественным ожиданиям – данный вид мотивации чаще встречается среди молодых девушек из обеспеченных семей или вышедших замуж по расчету, когда пожилые родители не имеют внуков (в данном случае рожают ребенка для своих родителей).
- беременность для мужчины, при котором ребенок рождается не столько в соответствии со своим желанием, сколько по просьбе мужа или значимого мужчины;
- беременность как протест – данная причина характеризуется, как сделать «назло» важному человеку (родителям или мужчине). Подобное поведение характерно для молодых девушек. В этом случае беременность носит характер противостояния миру и вызов взрослым. Будущий ребенок может использоваться в качестве объективного аргумента, который объясняет невозможность возврата к прежним отношениям;
- беременность ради сохранения отношений, когда женщина принимает решение родить ребенка, чтобы внести нечто новое в близкие отношения с мужчиной и удержать его рядом;
- беременность как отказ от прошлого рассматривается самой женщиной как стремление ощутить себя личностью, обрести женскую индивидуальность, зачеркнуть собственное прошлое. Зачастую олицетворяет начало нового этапа в жизни и наиболее часто встречается у женщин с «туманным и бурным» прошлым;
- беременность ради сохранения собственного здоровья – мотив, который обусловлен боязнью причинить вред своему здоровью абортom, или утратить возможность деторождения в будущем» [29, с. 96-97].

Первые два мотива выражаются как на бессознательном, так и на сознательном уровне, в то время как остальные обычно не осознаются женщинами. Описанные мотивации не существуют в психике женщины в

чистом виде, а взаимно дополняют друг друга на фоне доминирования одной из них.

Кроме того, их присутствие отличается особым мотивационным фоном. «В психологии выделены три основных фона.

– Для молодых женщин фоном считается привлекательность неизвестности, желание почувствовать новые острые ощущения. Решение родить ребенка обычно сопровождается недопониманием степени ответственности, что обуславливается, прежде всего, несформированностью и незрелостью личности. При условии благоприятной атмосферы социального окружения женщины беременность может протекать в позитивном, приподнятом настроении. Поведенческие реакции характеризуются как игровые, с преобладанием в них детских паттернов поведения.

– Для женщин после 25 лет, решение сохранить беременность может определяться стремлением «не быть хуже других». Особенно это выражается у женщин, которые состоят в бездетном браке несколько лет. В данном случае беременность обретает позитивную эмоционально-психологическую окраску: ребенок является ожидаемым и желанным, а сама женщина испытывает чувство гордости, которое напрямую связано со своим новым положением.

– Самоутверждение через беременность. Главным отличием фона является его приобретенность. Он навязывается женщине в процессе социализации посредством воспитания и комплекса установок, которые ей прививают с самого детства» [7, с. 59].

Таким образом, беременность представляет собой переломный период развития женщин, который характеризуется изменением различных граней в жизни женщины. В этот период происходит изменение физиологических процессов, ценностно-смысловых ориентаций, самоидентичности в новых условиях, беременность провоцирует глубокие изменения самосознания, отношения к другим и к миру, и другие изменения.

## **1.2 Особенности психоэмоциональных изменений у женщин в период беременности**

Психологические эмоциональные перемены в состоянии беременной женщины напрямую оказывают влияние на протяжении всей беременности и развитие плода. Согласно последним исследованиям в области нейрофизиологии исследователи отмечают, что «наше настроение и эмоции оказывают значительное влияние на иммунную систему, снижают сопротивляемость болезням. Если в течение продолжительного времени женщина испытывает злость, тревогу или депрессию, то у нее возрастает вероятность возникновения соматических осложнений, таких как плацентарная недостаточность или развитие внутриутробных инфекций».

М.Е. Воробьева отмечает, «что у беременной женщины появляется особое психологическое состояние сосредоточенности на своем внутреннем мире и на будущем ребенке, которое в значительной степени. Данное состояние материнской сосредоточенности достигает пика во время родов и сохраняется в течение всего периода кормления грудью.

В период беременности у женщины меняются ощущения, чувства и эмоции. Ей может показаться, что мир и общество вокруг нее изменились из-за перемен, происходящих с ней самой. Перемены в психическом состоянии женщины при нормальной беременности возникают под влиянием изменений, которые происходят в ее нервной и эндокринной системах, регулирующих беременность» [10, с. 59].

Зачастую женщину преследует чувство попадания в «ловушку» – это «непостоянное эмоциональное состояние, которое объясняется бурными гормональными изменениями, которые происходят в организме. Например, даже если до беременности женщина отличалась устойчивым характером, то в период беременности любое, даже самое малозначительное событие может вызвать реакцию гнева, обиды и раздражения. При этом женщина может испытывать не вполне осознанные страхи, которые тесно связанные с



детскими травмами, всплывшими из глубины подсознания и связанные с воспоминаниями о своем опыте из детства. Такие воспоминания могут оставаться с человеком на протяжении всей жизни, проявляясь постепенно и оказывая сильное влияние на поведение женщины. Также встречаются такие случаи, когда в ожидании родов женщину начинает мучать страх смерти. И зачастую здесь речь идет не о собственной смерти, а скорее о предчувствии переживаний за ребенка, который в процессе рождения проходит стадию психологического «умирания». Это небольшой перечень нарушений в эмоциональной сфере, с которыми встречаются медицинские работники и психологи при работе с беременными.

К.А. Анисимова отмечает, «что главной характерной чертой беременных женщин является беспокойное, нервно-психическое положение. Так в начале и в конце периода беременности женщинам свойственно ощущение тревоги, однако, его степень напрямую зависит от индивидуальных особенностей женщины и внешних факторов в виде течения беременности, семейной и домашней обстановки и других» [1, с. 68].

Наиболее часто «перемены эмоционального фона в период беременности приводят к развитию тревожных и депрессивных расстройств. Важную роль в развитии таких состояний играет конкретный физический дискомфорт и психологические факторы, к которым относятся вынужденные перемены в образе жизни, построении общения в семье и с коллегами, тревожность за здоровье ребенка, материально-финансовые трудности – все это оказывает огромное влияние на появление или усугубление психоэмоциональных нарушений при беременности. Наступление беременности для некоторых женщин является неожиданностью и не всегда является желанным сюрпризом, однако в силу сложившихся обстоятельств принимается решение о сохранении беременности, что может приводить к дальнейшему увеличению тревоги и стресса».

По мнению Д.И. Сиротенко большинство «симптомов беременности: лабильность эмоционального фона, изменения аппетита, повышенная

утомляемость и снижение когнитивных функций часто встречаются и при физиологически нормально протекающей беременности. При стрессе гормоны надпочечников женщины выбрасывают в кровь катехоламины (гормоны стресса), а во время переживания положительных эмоций (радости, успокоения и др.) гипоталамические структуры вырабатывают эндорфины, которые, проникая через плацентарный барьер, непосредственно воздействуют на плод. Из этого следует что, мать и ребенок представляют собой единый организм, который в равной степени страдает от неблагоприятного влияния внешнего мира. Позитивные материнские эмоции вызывают усиление роста плода и возрастание уровня его сенсорного восприятия» [37, с. 68].

К 12-16 недели (второй триместр) при условии нормально протекающей беременности «эмоциональное состояние женщины стабилизируется, наблюдается снижение уровня тревожности – он становится более спокойным и адекватным, имеет периодические всплески и соответствует физиологическому состоянию и индивидуальным особенностям женщины».

В первом триместре беременности организм оказывается под влиянием определенных гормонов и начинает приспосабливаться к новому состоянию беременности и происходит «первоначальная настройка» организма. В третьем триместре наблюдается вторая «перестройка» организма, которая уже подготавливает организм к родовой деятельности.

Нередко наступление беременности вызывает сильнейший стресс у женщины, порождает огромное количество страхов и беспокойств, которые зачастую являются необоснованными, что приводит к развитию и усилению стрессовых ситуаций. С физиологической точки зрения, организм начинает реагировать на стресс следующими способами: учащение сердечного ритма, повышение уровня сахара, увеличение потоотделение, скачки артериального давления. На данном этапе пищеварительная и выделительная системы могут замедлять свою работу, что приводит к появлению отеков и запоров.

В случае если стрессовая ситуация не может разрешиться быстро, то у женщины возникает чувство возбуждения или беспокойства, раздражения, нарушается сон и мгновенно возрастает уровень тревожности.

Характеристика протекание беременности у женщин зависит от индивидуально-психологических особенностей и в зависимости от них, выделяются различные возможности к адаптации в новых условиях.

Н.П. Коваленко отмечает, «что эмоциональная сфера женщины испытывает максимальные изменения, и основной причиной негативных нарушений в состоянии здоровья матери и плода является эмоциональный стресс» [19, с. 167].

С.Ю. Мещерякова выделяет «три уровня психологической готовности к материнству:

- низкий уровень – для него свойственно наличие сомнений при принятии решения иметь ребенка, отрицательные эмоции и тревожность в течение всей беременности. При обследовании таких женщин было выявлено, что в детстве у них отсутствовала привязанность к собственной матери, и в семье преобладал жесткий подход к воспитанию;
- средний уровень – отличается наличием противоречий в содержании переживаний женщиной собственной беременности, что находит свое отражение в амбивалентных установках к материнству и отношением к ребенку;
- высокий уровень готовности к материнству – характеризуется отсутствием сомнений в принятии решений иметь ребенка, позитивные эмоциональные реакции на факт беременности и позитивный эмоциональный фон на протяжении всей беременности» [28, с. 23].

Как отмечает И.М. Кыштымова, «психологическая готовность к материнству состоит из 6 основных компонентов:

- эмоциональный компонент содержит самосознание личности, ее умение к поддержанию оптимального уровня эмоционального возбуждения, стрессоустойчивость;
- ориентационный компонент включает представления и познания об особенностях и условиях деятельности, ее требованиях к личности;
- оценочный компонент содержит самооценку своей подготовленности и соответствия процесса решения задач оптимальным образцам;
- интеллектуальный компонент (познавательный) необходим для деятельности знания и значимые особенности мышления;
- волевой компонент включает способность к преодолению вероятных проблем, самоконтроль, ряд умений управлять действиями, из которых формируется выполнение обязанностей;
- мотивационный компонент: отношение к деятельности, желание к совершенствованию» [24, с. 58].

Еще одной значительной особенностью психоэмоциональных перемен у женщин во время беременности является готовность к материнству. В трудах зарубежных исследователей «психологическая готовность к материнству рассматривается в основном в рамках теории привязанности М. Айнсворт, Дж. Боулби, Д. Винникота. В соответствии с данной теорией основой материнского поведения является материнский инстинкт, который «запускается» в момент рождения ребенка, а источник материнской любви носит естественный, инстинктивный характер, заложенный природой» [29].

Исследования М. Айнсворт аргументировали, «что уровень и качество привязанности ребенка к своей матери обуславливается поведением самой матери во время взаимодействия со своим ребенком. В основе этих исследований возникло представление о «материнской привязанности к ребенку», образующееся задолго до рождения ребенка и объясняющей такие различные виды поведения матерей по отношению к своим детям» [29].

Н.В. Боровикова в своих работах, «исследуя акмеологический потенциал беременной женщины, анализирует беременность как

соматическое состояние женщины. Новые психологические особенности, которые проявляются во время беременности, автором рассматриваются в рамках синдрома беременности, в котором выделяет характерные симптомы, носящие универсальный характер» [4, с. 10].

К данным симптомам Н.В. Боровикова отнесла следующие проявления:

- «аффект осознания себя беременной;
- симптом принятия решения;
- симптом образа нового «Я»;
- симптом эмоциональной лабильности, симптом противоречивого и двойственного отношения к беременности;
- симптом принятия новой жизни в себе;
- симптом перинатальной дисморфофобии;
- симптом завышенных притязаний по отношению к другим» [29, с. 101-102].

В.И. Брутман и М.С. Радионова акцентируют внимание на том, «что даже самая желанная беременность окрашивается противоречивым аффектом, в котором одновременно уживаются оптимизм, радость, надежда и настороженное ожидание, страх, печаль. Здесь же встречаются страхи и опасения, связанные с предстоящими родами, иногда доходящие до паники («Вынесу ли я роды?»); и нерешительность в своей способности родить и стать полноценной матерью; а также страх за судьбу и здоровье будущего малыша, обеспокоенность возможным ухудшением финансового положения своей семьи, возможным ущемлением личной свободы» [5, с. 60].

Г.Г. Филиппова отмечает, «что беременность считается критическим этапом в жизни женщины, стадией полоролевой идентификации, особой ситуацией для адаптации. В данный период могут актуализироваться не переработанные детские психологические проблемы, личностные конфликты, трудности во взаимодействии со своей матерью, в переживаниях беременности важную роль играют особенности модели материнства своей матери, адаптация к супружеству. В динамике индивидуальных изменений

личности женщин отмечается инфантилизация, повышение зависимости, обострение внутриличностных конфликтов и уровня тревожности» [40, с. 115].

И.В. Добряков отмечает, «что также воздействие на эмоциональную сферу беременной женщины оказывает ее возраст и срок беременности.

По мнению автора наиболее «благоприятным детородным периодом является возрастная группа от 18 до 25 лет. У женщин, которые стали матерями в этот период, отмечается наиболее благоприятное течение беременности, существенно уменьшается уровень детской смертности и травматизма матери и плода в родах. В возрасте от 25 лет до 35 лет у женщин ещё не отмечается показатель, отягощающий акушерский анамнез но, тем не менее, в этот период гораздо чаще наблюдаются осложнения в течение беременности и родов».

Изучение женщин по сроку беременности (первая и вторая половины беременности) объясняется тем, что эти периоды кардинально и качественно отличаются по состоянию женщины и формированию и развитию ребенка. В первой половине беременности со стороны матери наблюдается глобальная модификация организма, включая все органы и системы, для формирования маточно-плацентарного кровообращения, необходимого для развития плода.

Во второй половине беременности со стороны матери прослеживается стабилизация эмоциональной сферы и здоровья в целом. Гормональный фон изменяется кардинально – происходит выработка большого количества анти стрессовых гормонов, так как организм женщины и ребенка начинают готовиться к предстоящим родам. У развивающегося ребенка происходит окончательное созревание всех органов и систем. Только при полностью стабильном состоянии матери гипофиз ребенка может дать сигнал ее гормональной системе для начала естественных родов. Поэтому вторую половину беременности отличают уравновешенность, спокойствие, погруженность в себя и настроенность на своего ребенка [12].

Таким образом, к психоэмоциональным изменениям у женщин в период беременности относится: изменение эмоционального фона (от депрессии до ощущения эйфории), неустойчивое реагирование на события (обидчивость, плаксивость), увеличение уровня тревожности, актуализация страхов, психологическая «перестройка организма» на роды и материнство.

### **1.3 Характеристика психологического сопровождения беременных женщин**

Психологическое сопровождение как вид профессиональной деятельности психолога обладает на современном этапе огромное практическое значение. Однако, как показал анализ научной и методической литературы, данное понятие в психологической науке имеет большое количество определений.

Н.Г. Осухов рассматривает сопровождение, «как специально организованный процесс, который ориентирован на создание так называемого «переходного пространства», то есть таких условий, в которых возможен выход личности из негативного отчуждения (от себя, других людей, мира в целом)» [18, с.153-166].

По мнению Т.Ф. Дреминой психологическое сопровождение представляет собой метод формирования условий для принятия наилучших решений в различных ситуациях жизненного выбора [14, с. 55].

Опираясь на результаты своего исследования, О.И. Белкина предполагает, что психологическое сопровождение – крайне деликатная система деятельности психолога, которая может быть сформирована как на психологических, так и на социальных условиях. Отмечается, что психологическое сопровождение беременных женщин включает в себя присмотр за будущей мамой в период всей беременности. Данное направление предполагает совместную работу психолога с будущей мамой в

период всей беременности, начиная от зачатия ребенка и заканчивая родами [3, с .55].

Выделяются «следующие этапы психологического сопровождения беременных женщин:

- постановка задачи зависит от индивидуальных особенностей личности, которой оказывается психологическая помощь, и той непосредственной ситуации, в которой реализуется сопровождение;
- выявление и анализ причин психологической проблемы;
- овладение новыми способами поведения и взаимодействия с окружающими людьми и их закрепление.

В настоящее время программы и проекты медико-психологической помощи беременным, которые реализованы на базе женских консультаций, включают в основном медицинские аспекты подготовки к родам, исключая эмоционально-психологический компонент.

По мнению О.С. Васильевой, Е.В. Могилевской, «работа, направленная на формирование системы значимых отношений беременной женщины, существенно влияет протекание беременности и родов, физическое и психическое состояние матери и ребенка» [8, с. 83].

К основным методам работы по психологическому сопровождению беременных женщин относятся: «профилактика, индивидуальная и групповая диагностика, индивидуальное и групповое консультирование, личностная и групповая развивающая и коррекционная работа, психологическое образование и просвещение. Данные методы направлены на развитие психологической культуры и формирование психологической компетентности».

Добряковым И.В. выделены 4 группы подходов к обоснованию психологического сопровождения беременных женщин:

- Эклектически-дилетантский подход. Для него характерна склонность к сверхценным идеям, чаще религиозно-мистического происхождения,



этот подход тесно связан отсутствием объективных представлений о физиологических и эмоциональных особенностях беременных женщин. Помимо этого, психолог способен применить собственный авторитет и повышенную внушаемость женщин, осуществлять активную пропаганду отказа и непринятия врачебной помощи, отвержение партнерства с медицинским персоналом.

– Медико-редукционистский подход связан с тем, что, несмотря на увеличения интереса к перинатальной психологии, ее понимание у многих врачей весьма поверхностно. «Все проблемы репродуктивной сфере женщины объясняются только биологическими причинами, а психология воспринимается как набор тестов и техник, используемых лишь для психодиагностики».

– Психолого-редукционистский подход характеризуется попытками найти психологические причины возникновения репродуктивных проблем, а физиологические, биологические и медицинские факторы недооцениваются.

– Биопсихосоциальный подход, «представляет собой интеграцию психологических, биологических и социальных факторов в одну теоретическую модель, которая нацелена на максимально полное осмысление закономерности и взаимосвязи процессов, связанных с репродуктивной системой» [12 с. 45-46].

В современной практике сопровождения беременных женщин доминирует медико-редукционистский подход, который реализуется на базе женских консультации, без учета индивидуально – психологических особенностей пациенток. Коммерческие и некоммерческие медицинские и психологические центры, а также специалисты, осуществляющие индивидуальную практику, зачастую используют психолого-редукционистский подход в основе своей деятельности, а также предпочитают лекционной (теоретической) форме подачи материала, разные варианты взаимодействия и воздействия (практики). Например, обучение

различным видам дыхания в родах, видам релаксации; формирование навыков и умений стабилизации эмоционального состояния (выполнение упражнений на расслабление); проведение занятий по арт-терапии и телесно-ориентированной терапии, а в некоторых случаях, практикуется реализация техник, которые направлены на развитие творческих способностей, развитие эмоционально-чувственной сферы, снятие тревоги, личностный рост, проработку страхов и др.

Большинство программ психологического сопровождения женщин предполагают создание условий поддержки будущим матерям в зависимости от проблем, которые актуальны для нее на момент обращения.

Изучив, нормативно-правовую литературу и законодательство РФ в сфере обеспечения гарантий и помощи беременным женщинам, можно сделать вывод, «что большее количество нормативно-правовых актов направлены на регулирование социальных гарантий и трудовое право беременных женщин, а также контролируют деятельность учреждений здравоохранения в области оказания медико-социальной помощи и медицинского сопровождения беременных женщин. В то время как психологическая поддержка и психологическое сопровождение практически никак не регулируется на уровне нормативных актов и законодательства в целом».

Можно выделить несколько нормативных актов, которые были приняты на региональном уровне, предполагающих лишь оказание медико-психосоциальной помощи беременным, находящимся в трудной жизненной ситуации. Например, «в Свердловской области приняты: Комплексная программа Свердловской области «Здоровье уральцев» принятая на 2015–2017 годы, в рамках которой предлагается высококвалифицированное медицинское сопровождение несовершеннолетних беременных и родоразрешение в ФГБУ «УрНИИ ОММ» МЗ РФ. С несовершеннолетними будущими матерями предполагается работа психологов и социальных работников центров медико-социальной помощи беременным женщинам.

Специалисты центров работают с юными беременными над формированием у них мотивации к репродуктивному здоровью, оказывают посильную психологическую помощь, осуществляют социальное сопровождение».

В 1995 году по Приказу Минздравмедпрома России, начали осуществлять работу психотерапевтические кабинеты при женских консультациях с введением в штат психологов для реализации психологической работы с беременными женщинами. В это время начали появляться «школы материнства». Основой для организации работы таких школ в медицинских учреждениях стали следующие нормативно-правовые документы Российской Федерации, приказы и распоряжения Министерства здравоохранения:

– Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» № 572н от 01.11.2012 г. предполагает осуществление физической и психопрофилактической подготовки беременных женщин к родам, а также подготовка семей к рождению ребенка.

Также в некоторых регионах осуществляет работу центр Кризисной беременности (далее КБЦ) – это центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, организованный в структуре перинатальных центров.

Основные виды деятельности, которые реализуются в КБЦ:

- психотерапия, психопрофилактика, психологическое консультирование беременных и родильниц;
- медико-социальная помощь беременным и родильницам – подразумевает обеспечение своевременной, доступной и эффективной помощи женщинам, которые нуждаются во временном приюте, своевременной маршрутизации и помощи (например, постановка в социальные службы);

- методическая работа – включает проведение обучающих вебинаров, лекций и семинаров с целью повышения качества предоставления медико-социально-психологических услуг;
- постоянная просветительская работа с персоналом (собрания, лекции, практикумы).

Таким образом, психологическое сопровождение предполагает активную работу специалистов с беременными женщинами, с целью нормализовать эмоциональное, психологическое и физическое состояние женщины. Для этого могут быть применены следующие методы: психодиагностика, консультирование, коррекционная и профилактическая работа. В настоящее время законодательством РФ рассматриваются вопросы медицинского обеспечения беременных женщин, а программы, направленные на подготовку к родам, которые реализуются в медицинских учреждениях, разрабатываются без учета индивидуально-психологических и физиологических особенностей беременных женщин и включают в себя медицинские аспекты, исключая эмоционально-психологический компонент.

## **Глава 2 Эмпирическое исследование психологических особенностей эмоциональной сферы беременных женщин**

### **2.1 Организация и методы исследования**

Эмпирическое исследование проводилось на базе бюджетного учреждения «Няганская окружная больница» (родильное отделение).

Родильное отделение больницы много лет оказывает высококвалифицированную помощь беременным женщинам, в том числе с экстрагенитальной и акушерской патологией. Высококвалифицированные специалисты проводят консультирование пациенток групп высокого риска. В отделении развернут родильный и операционный блоки, в которых есть все необходимое для оказания экстренной медицинской помощи маме и малышу. В полном объеме оказывается оперативная помощь с применением современных методик. Прием родов осуществляется в индивидуальных родильных залах, с возможностью применения метода водной релаксации, имеются гимнастические мячи.

В мае 2004 года родильное отделение больницы получило почетное звание ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». Послеродовое отделение представлено палатами, которые укомплектованы по принципу «Мать и Дитя» для того, чтобы мама и ребенок могли находиться вместе круглосуточно.

В исследовании психоэмоциональных изменений у женщин в период беременности приняли участие 20 беременных женщин в возрасте от 21 до 36 лет с различным опытом материнства.

На первом этапе исследования были сформированы цели и основные задачи, проведен теоретический анализ особенностей изменений личности беременных женщин на основе изучения научной и методологической литературы в области перинатальной психологии.

На втором этапе была проведена психологическая диагностика, осуществлена обработка и анализ данных с целью исследования проблем личностных изменений женщины на разных уровнях, возникающих в период беременности.

На третьем этапе проведен эксперимент психологического сопровождения беременных женщин. По итогам проведения программы была осуществлена повторная диагностика изменения выявленных проблемных зон с целью определения эффективности программы.

Для проведения психологической диагностики были применены следующие методики:

- Проективная методика «Цветовой тест отношений А.М. Эткинда» применяется для выявления субъективного отношения женщины к принятию физиологических изменений;
- Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI) применяется для выявления уровня личностной и ситуативной тревожности.

Проективная методика «Цветовой тест отношений» А.М. Эткинда «представляет собой проективный диагностический метод, предназначенный для изучения эмоциональных компонентов отношений человека к значимым людям или понятиям». Данная методика основана на предположении о том, что характеристики невербальных компонентов отношений к значимым другим и себе самому отражаются в цветовых ассоциациях к ним.

В нашем исследовании беременные женщины оценивали такие понятия как «беременность», «моё тело», «роды» и «ребенок».

Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI) представляет собой опросник, который позволяет дифференцированно измерить уровень тревожности, как личностное свойство и как текущее состояние. Тест содержит по 20 высказываний в каждой из 2 частей, отдельно оценивающих два варианта тревожности (личностную и ситуативную). При анализе результатов сумма баллов подсчитывается по каждой шкале в соответствии

ключом. Чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной).

## 2.2 Результаты констатирующего этапа исследования

Для исследования физиологического уровня нами проанализировано отношение женщин к понятию «моя беременность» и «моё тело во время беременности». В начале исследования было предположение, что при определении отношения к своей беременности, женщины будут опираться не только на собственное ощущение и отношение, но и на образ, который представлен в современной культуре (СМИ, рекламе, рассказы знакомых и прочие варианты, где образ беременности, как правило, склонен к идеализации). Понятие «моё тело во время беременности» позволяет вернуть женщину к реальному отношению своего тела и изменениям, проходящих в этот период, тем самым конкретизируя её настоящее отношение. Результаты отражены на рисунке 1.

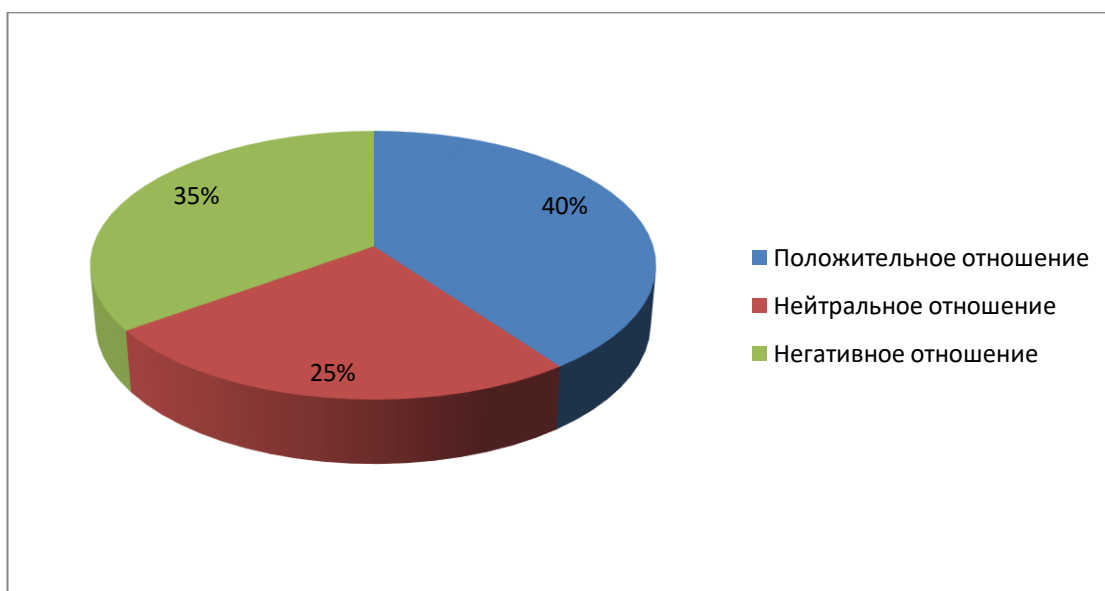


Рисунок 1 – Результаты проведения «Цветовой тест отношений А.М. Эткинда»

На этапе сопоставления цветов, которые ассоциируются с понятием «моя беременность» с их ранговым местом в ряду цветовых предпочтений были получены следующие результаты: 8 женщин (40%) имеют эмоционально-положительную окраску образа беременности, у 5 женщин (25%) выявлено нейтральное отношение и 7 участниц (35%) испытывают к понятию «моя беременность» негативное отношение.

На рисунке 2 представлена степень выраженности эмоционально-личностного отношения женщин к своей беременности.

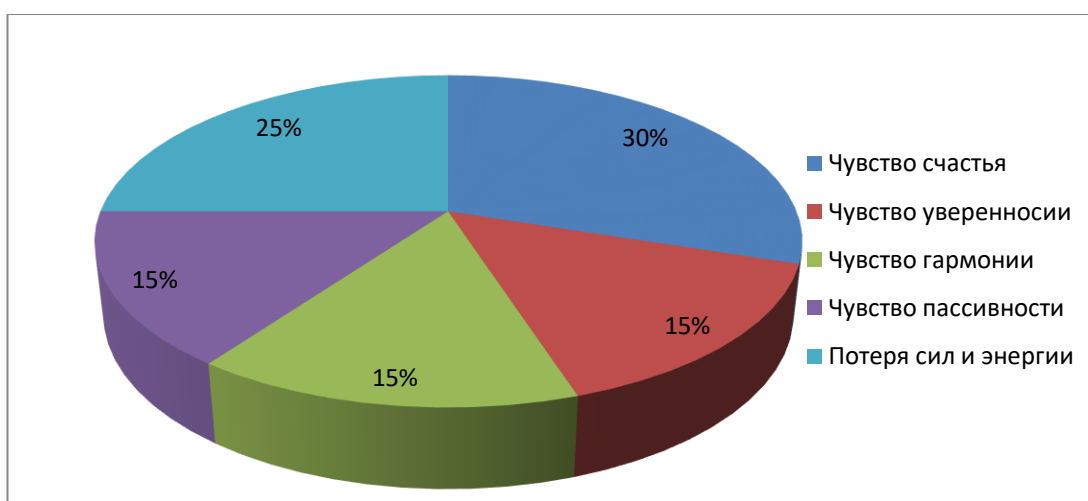


Рисунок 2 – Уровень эмоционально-личностного отношения женщин к своей беременности (%)

При исследовании эмоционально-личностного компонента отношения женщин к своей беременности были получены следующие результаты. Большая часть участниц (6 участниц – 30%) ассоциируют беременность с чувством наслаждения и счастья; в то время как 15% участниц беременность воспринимают как доминантный процесс, они погружаются в свое состояние и обладают чувством уверенности в благоприятном исходе; у 15 % женщин ощущается внутреннее психологическое удовлетворение, безопасность и гармония. Однако часть женщин отметили, что беременность отбирает много



энергии и сил (25% участниц), а так же, заставляет испытывать чувство пассивности и отрешенности (15%).

При исследовании отношения женщин к своему телу и возникающим у неё изменениям, были получены следующие результаты (рисунок 3).

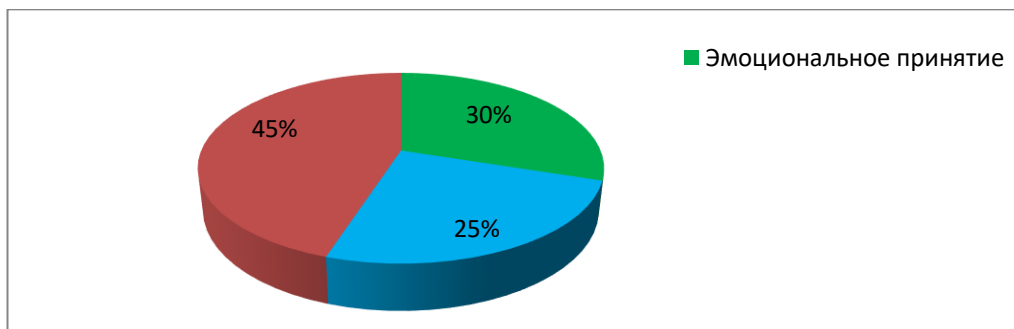


Рисунок 3 – Эмоциональное отношение участниц к своему телу во время беременности (%)

Согласно полученным данным – эмоциональное принятие своего тело отмечено только у 6 участниц (30%), нейтральное отношение к своему телу выразили 5 участниц (25%), эмоциональное отвержение было выявлено у 9 участниц (45%).

На рисунке 4 отображены результаты исследования уровня эмоционально-личностного отношения женщин к своему телу во время беременности.

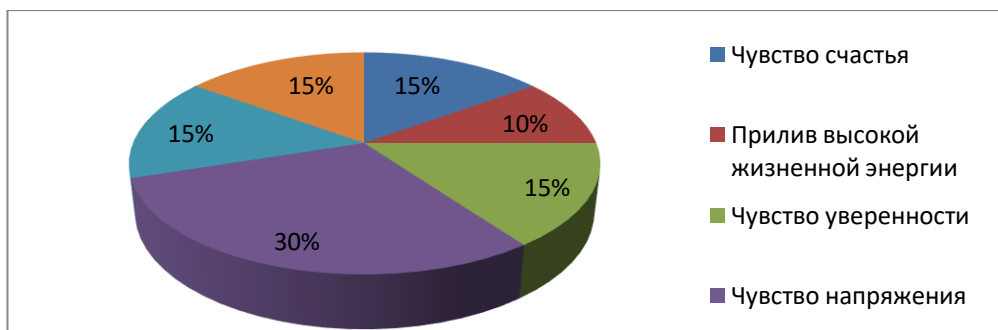


Рисунок 4 – Уровень эмоционально-личностного отношения женщин к своему телу во время беременности (%)

Из них только 15% ассоциируют изменения своего тела с чувством счастья, радости, легкости; 10% ощущают прилив высокой жизненной энергией, 10% испытывают естественность и уверенность в происходящих процессах. В тоже время, 25% женщин испытывают напряжение и повышенную тревожность, у них отмечается нестабильность восприятия: от принятия до полного отвержения своих изменений; у 15 % проявлено пассивное отношение и безразличие к своему телу, что выражает конфликт с происходящими изменениями; 5% женщин и вовсе проявляют открытую агрессию, воспринимая своё новое тело враждебно.

Таким образом, данные, полученные в ходе исследования, показывают, что образ беременности у многих беременных женщин, склонен к идеализации. Он вызывает у женщин яркие положительные чувства и эмоциональный отклик. Для многих женщин период беременности выглядит как красочный, яркий и беззаботный процесс. Мы предполагаем, что на эти результаты, оказало влияние массовых и культурных тенденций в мире. В СМИ, рекламе, социальных сетях, фильмам и сериалах часто наблюдается распространение «мифа о счастливой беременности». В нём женщина чувствует себя самой важной и значимой для всех: ей все любуются, её все любят, уступают место в транспорте, исполняют ее пожелания и прихоти, она прекрасно выглядит, а ее физические изменения ограничиваются лишь увеличившимся животиком.

Исследование уровня эмоционально-личностного отношения женщин к своему телу во время беременности не позволяет дать полноценной оценки образа «Я – беременная», но появляется возможность уточнить большую часть этого образа. Здесь мы отмечаем, обратную картину, где новые физические ощущения и изменения не приносят чувств радости, удовлетворения и эмоционального спокойствия большинству опрошенных женщин. Именно такая огромная разница между идеализированным образом беременной женщины и действительностью является причиной повышения

уровня тревожности женщины и снижению ее уверенности в благоприятном материнстве.

Для исследования эмоционального уровня беременных женщин нами применена методика «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI)». При оценке тревожности женщин, мы получили результаты, представленные на рисунке 5.

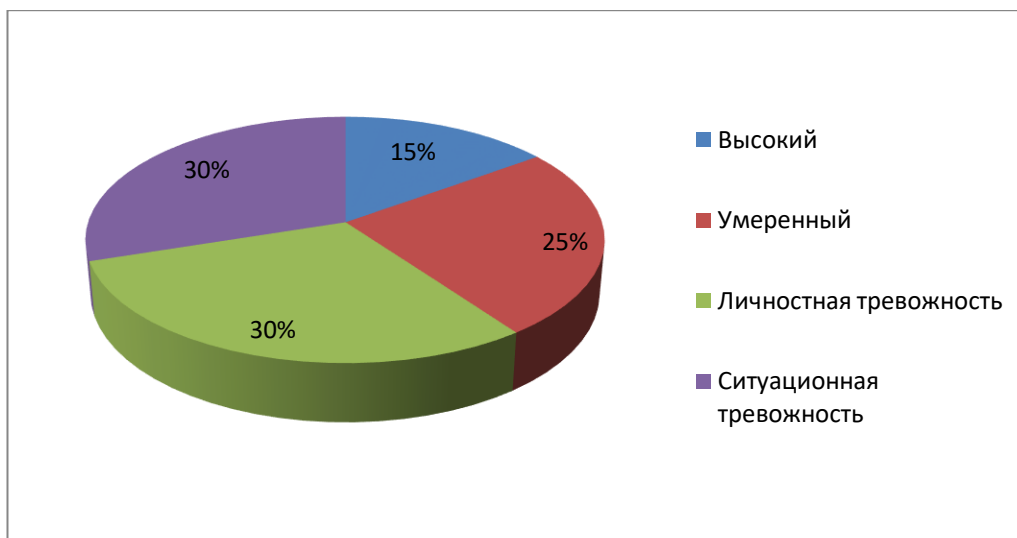


Рисунок 5 – Определение уровня тревожности по методике «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI)» (%)

В процессе проведения опроса по методике «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI)» были получены следующие результаты: 6 участниц испытывают тревожность в определенных ситуациях (30 %), ещё 6 участниц испытывают личностную тревожность (30%), у 5 участниц выявлен умеренный уровень тревожности (25 %), высокий уровень тревожности выявлен у 3 участниц (15%).

Из полученных данных, мы можем сделать вывод, что женщины наиболее склонны воспринимать угрозу в различных ситуациях, каждая из которых может обладать стрессовым воздействием.

Проведя психодиагностическое исследование беременных женщин, мы можем сделать следующие обобщающие выводы:

- женщины часто выражают положительные эмоции по поводу своей беременности и появления малыша, однако, изменения, которые происходят в реальности, не приносят им морального удовлетворения;
- большинство женщин испытывают чувство неприятия собственного тела, изменений и ощущений, связанных с этим периодом. Помимо этого женщины зачастую отрицают появление негативных чувств;
- у беременных женщин наблюдается слабо сформированное представление о будущем материнстве и родительских позициях, наблюдается достаточно сильная зависимость от ожиданий, возложенных на них социальным окружением;
- женщины обладают выраженной тревожностью, на которую значимое влияние оказывает страх социального неодобрения, неприятие на себя ответственности за происходящие в жизни изменения, а также недостаточно сформированная значимость материнства и семьи в жизни женщины.

### **2.3 Разработка программы психологического сопровождения беременных женщин с учетом особенностей эмоциональной сферы**

В ходе работы была разработана программа психологического сопровождения беременных женщин с учетом особенностей эмоциональной сферы. Программа представляет собой комплекс мероприятий по обеспечению психологического сопровождения беременности и подготовки женщины к осознанному материнству как новой психосоциальной роли с выработкой психологического принятия ребенка в новой системе семейных отношений.

Цель программы: оказание психологической помощи будущей матери с целью снижения уровня тревожности и страха.

Задачи программы:

- оптимизация эмоционального состояния будущей матери;
- понимание и активизация психологических ресурсов женщин;
- развитие способности к принятию ребенка;
- повышение психологической грамотности в сфере безопасной беременности и ответственного материнства.

Целевая группа: Беременные женщины, с высоким уровнем тревожности и стресса.

Программа включает в себя 8 консультаций. Длительность консультации – один час. Общее количество времени – восемь часов.

Ожидаемые результаты:

- оптимизация представлений матери о беременности и родах;
- выработка психологической устойчивости к стрессу;
- расширение знаний в сфере перинатальной психологии;
- повышение эмоциональной стабильности женщин, снижение тревожности.

Программа была разработана на основе изучения работ по психологии материнства Г.Г. Филипповой, С.Ю. Мещеряковой, Г.Ф. Гопуровой и других. Так, Г.Г. Филиппова выделяет 6 стилей переживания беременности: адекватный, тревожный, эйфорический, игнорирующий, амбивалентный, отвергающий [29].

Также в ходе разработки программы были учтены основные психологические особенности психоэмоциональных изменений у женщин в период беременности.

Большая часть участниц исследования находятся на третьем триместре беременности, поэтому за основу были взяты «три уровня психологической готовности к материнству С.Ю. Мещеряковой:

- низкий уровень готовности – отличается наличием небольших колебаний при принятии решения иметь ребенка, тревожность и негативные ощущения на протяжении всего периода беременности. У

женщин с данным уровнем готовности к материнству было выявлено, что отсутствие привязанность к собственной матери в детстве и отмечалось весьма строгое отношение родителей;

– средний уровень – для него характерно наличие противоречий в содержании переживаний женщиной своего положения, что отражается в амбивалентных установках к материнству и отношению к ребенку;

– высокий уровень готовности к материнству – основное отличие данного уровня отсутствие колебаний в принятии решений иметь ребенка, позитивные эмоциональные реакции на факт беременности и позитивный эмоциональный фон во время всего периода беременности» [29, с. 94-95].

В таблице 1 представлен тематический план программы психологического сопровождения беременности «Новая Я».

Таблица 1 – Тематический план программы психологического сопровождения беременности «Новая Я»

Тема	Цель	Задачи	Форма работы	Кол. ч.
Знакомств о «Я скоро мама»	Подготовка участниц к групповой работе	– знакомство участниц друг с другом; - формирование у участниц адекватных представлений о беременности и развитии плода. - формирование осознанного отношения к своему образу жизни во время беременности; - изучение приемов релаксации;	Групповая форма, беседа, приемы релаксации	1ч.
Занятие «Мои чувства»	Формирование осознанного отношения к своим эмоциям	- формирование навыка выражать свои эмоции; - формирование навыка саморегуляции; - обучение приемам релаксации;	Групповая, беседа, арт- терапия, рисуночная техника	1ч.

Продолжение таблицы 1

Тема	Цель	Задачи	Форма работы	Кол. ч.
Занятие «НоваяЯ»	Формирование умений принимать новую себя и изменения, которые происходят во время беременности, формирование адекватной оценки	- формирование адекватной оценки изменений организма, которые наблюдаются на протяжении беременности; - изучение способов принятия этих изменений;	Лекционные занятия, тематические беседы, приглашение специалистов (косметолог, инструктор по йоге, врач-гинеколог)	1ч.
Занятие «Мой страх»	Принятие своих страхов и формирование умений выходить из тревожного состояния и стрессовых ситуаций	- формирование навыка саморегуляции; - обучение приемам релаксации.	Индивидуальная встреча с психологом, рисуночная техника	1ч.
Занятие «Мой дом, моя крепость»	Формирование адекватных представлений о родительстве и предстоящих изменений в семейной и бытовой жизни	- формирование адекватных представлений об изменениях, которые ожидают семью после рождения ребенка; - изучение релаксационных методик и способов саморегулирования; - формирование навыков поиска новых решений в бытовых проблемах	Тематическая беседа, лекция, занятия по релаксации	1ч.
Тренинг «День X»	Снятие психоэмоционального напряжения связанного с подготовкой к родам	- обучение методам снятия психоэмоционального напряжения, которое связано с предстоящей родовой деятельностью - формирование навыков самопомощи и саморегулирования	Беседа, тренинговые упражнения	1ч.
Занятие «Я мама»	Формирование ценностного отношения к собственному материнству	- формирование и укрепление доверия к себе, поиск внутренней и внешней опоры – формирование объективного представления о материнстве - развитие самоконтроля	Групповая работа, арт-терапия (коллаж «Я мама»), беседа	1ч.

Продолжение таблицы 1

Тема	Цель	Задачи	Форма работы	Кол. ч.
Занятие «Привет, мой сладкий малыш»	Формирование и развитие навыков готовности к личностному принятию ребенка	- формирование позитивного отношения к ребенку и родительству в целом; - обучение методам и способам эмоциональной разгрузки перед родами; - формирование позитивных установок на предстоящее материнство.	Групповая форма, беседа, арт-терапия	1ч.

Программа «Новая я» включает в себя пять блоков занятий:

Первый блок занятий «Личность беременной: психологический анализ личности матери, формирование осознанного отношения к себе и к своим эмоциям». На этом этапе проводится психологический анализ личности женщин, в этих целях происходит получение психологического портрета личности. Средствами групповой терапии, арт-терапии проводятся занятия по формированию навыков саморегуляции, навыков выражать свои эмоции, проходит обучение приемам релаксации.

Второй блок занятий «Формирование ценностных установок будущей матери: ребенок в жизни матери, чем будет заниматься ребенок». Осуществляется формирование психологического комфорта беременной на основе контроля происходящих в период психологических и физических изменений с рефлексией жизненных целей и психологических прогнозов жизни будущей матери.

Третий блок занятий «Формирование адекватной оценки своего состояния и представлений о родительстве». Целью блока является формирование адекватной самооценки и принятие женщиной себя и изменений, которые происходят во время беременности. Основные методы – беседы с психологом, с приглашенными экспертами, рисуночные техники, методы арт-терапии.



Четвертый блок занятий «Формирование ценностного отношения к собственному материнству», направлен на снятие психоэмоционального напряжения связанного с подготовкой к родам и материнству. Основные методы – проведение тренинга, рисуночная техника (создание коллажа), беседы и консультации с психологом.

Пятый блок занятий «Формирование ценностного отношения к ребенку» включает формирование позитивных установок на предстоящее материнство.

Каждое занятие программы строится по схеме:

- вводная часть включает: приветствие, упражнения, которые настраивают на работу: несложные арт-терапевтические техники;
- основная часть включает тематические беседы, лекции, дискуссии, практические и тренинговые упражнения, арт-терапию, встречи со специалистами, изучение приемов релаксации;
- заключительная часть состоит из подведения итогов, рефлексии, и прощания.

Таким образом, программа психологического сопровождения беременности «Новая Я» направлена на оказание психологической помощи будущей матери с целью снижения уровня тревожности и страха. Для этого в рамках программы проводятся индивидуальные и групповые занятия, направленные на формирование позитивного мышления и отношения женщин к своей беременности и к предстоящим родам. Также задачей проведения тренинговых занятий и техник арт-терапии является развитие навыков и умений саморегуляции, способов выражения и контроля своих эмоций, обучение приемам релаксации и восстановления эмоционально-положительного психологического состояния.

## 2.4 Выводы по реализации программы психологического сопровождения беременных женщин

С целью проверки динамики изменений каждого из уровней личностных проблем, которые могут возникнуть у женщины в период беременности, после реализации программы «Новая Я» была проведена повторная диагностика по методикам: Проективная методика Цветовой тест отношений А.М. Эткинда; шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI). С помощью этих методик нам удалось отметить ряд изменений, которые произошли после прохождения занятий.

На этапе сопоставления цветов, ассоциируемых с понятием «моя беременность» с их ранговым местом в ряду цветовых предпочтений были получены следующие результаты (рисунок 6).

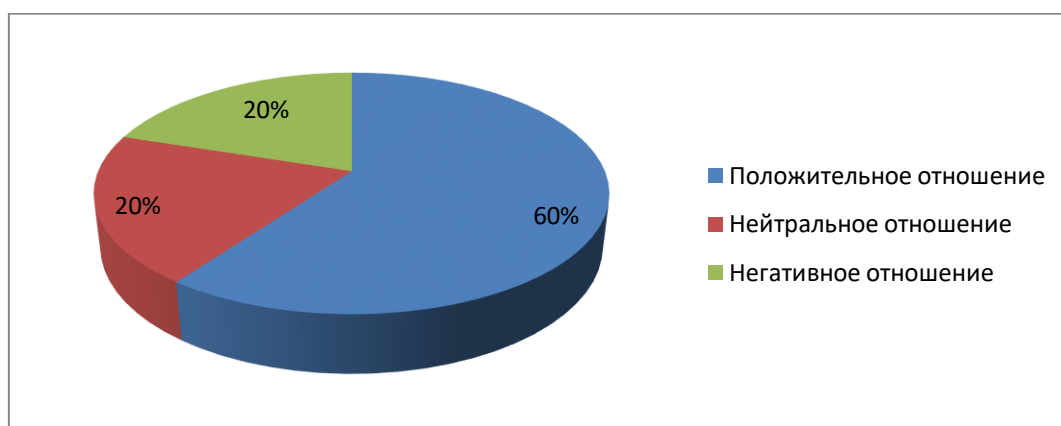


Рисунок 6 – Результаты повторного проведения «Цветовой тест отношений А.М. Эткинда» (%)

Согласно полученным данным, большинство участниц – 10 женщин (60%) имеют эмоционально-положительную окраску образа беременности, у 4 женщин (20%) выявлено нейтральное отношение и 4 участницы (20%) продолжают испытывать по отношению к понятию «моя беременность» негативное отношение.

При исследовании эмоционально-личностного компонента отношения женщин к своей беременности получены следующие результаты (рисунок 7).

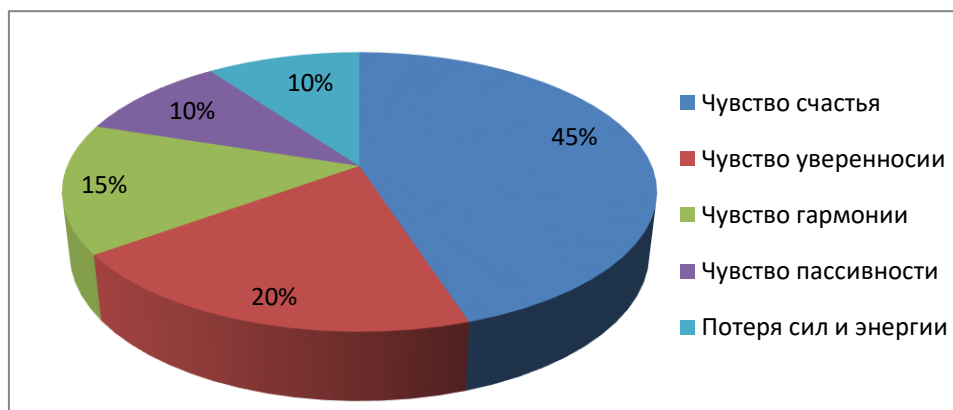


Рисунок 7 – Уровень эмоционально-личностного отношения женщин к своей беременности (%)

Большая часть участниц (9 участниц – 45%) ассоциируют беременность с чувством наслаждения и счастья; 20% участниц воспринимают беременность как доминантный процесс, они погружены в свое состояние и обладают чувством уверенности в благоприятном исходе; 15 % женщин ощущают внутреннее психологическое удовлетворение, гармонию и безопасность. Однако, осталась небольшая часть женщин, которые ощущают, что беременность отбирает много сил и энергии (10%), а также, заставляет испытывать чувство отрешенности и пассивности (10%).

При исследовании отношения женщин к своему телу и возникающим у неё изменениям, были получены следующие результаты (рисунок 8).

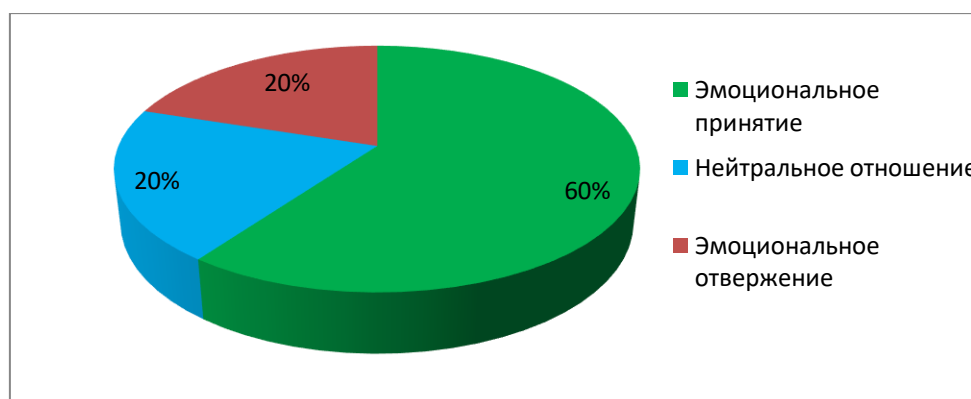


Рисунок 8 – Эмоциональное отношение участниц к своему телу во время беременности (%)

Согласно полученным результатам, эмоциональное принятие своего тело отмечено только у 10 участниц (60%), нейтральное отношение к своему телу выразили 4 участницы (20%), эмоциональное отвержение было выявлено у 4 участницы (20%).

Данные результаты отражены на рисунке 9.

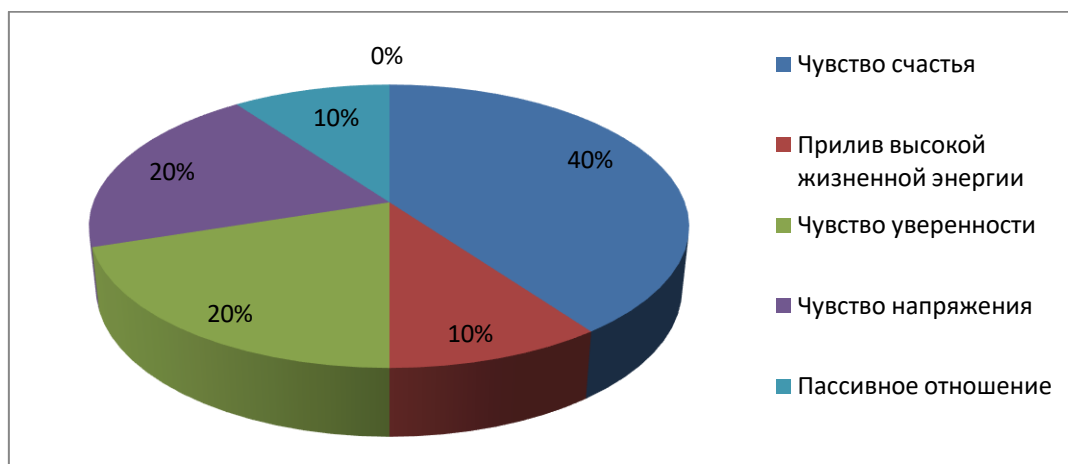


Рисунок 9 – Уровень эмоционально-личностного отношения женщин к своему телу во время беременности (%)

Из них 40% ассоциируют изменения своего тела с чувством счастья, радости, легкости; 10% ощущают прилив высокой жизненной энергией, 15% испытывают уверенность и естественность в происходящих процессах. Снизилось количество женщин, у которых изменения в теле вызывают напряжение и повышенную тревожность, с нестабильностью восприятия – 20% участниц; у 10% проявлено безразличие и пассивное отношение к своему телу, что выражает конфликт с происходящими изменениями; уровень женщин, проявлявших открытую агрессию снизился до нуля.

Результаты, отраженные в таблице 2, позволяют нам отследить динамику субъективного отношения женщин к принятию физиологических изменений.

Таблица 2 – Динамика изменения эмоционально-личностного отношения женщин к своей беременности и к своему телу

Уровень эмоционально-личностного отношения женщин к беременности						
	Положительное отношение к беременности		Нейтральное отношение к беременности		Отрицательное отношение к беременности	
	до	после	до	после	до	после
«Цветовой тест отношений А.М. Эткинда»	40%	60%	25%	20%	35%	20%
«Цветовой тест отношений А.М. Эткинда»	30%	60%	25%	20	45%	20%

Из данных таблицы 2, можно увидеть, что отношение женщин к образу своей беременности несколько изменилось. Большое количество участниц проявили к образу беременности более позитивное отношение. Также значительно улучшился показатель эмоционального отношения женщин к своему телу. Многие участницы отметили, что большее влияние на их решение оказали встречи со специалистами и беседы, в которых они смогли проработать свои основных страхи.

В процессе проведения опроса по методике «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI)» были получены следующие результаты: 2 участниц испытывают тревожность в определенных ситуациях (10%), количество участниц, которые испытывают личностную тревожность не изменилось (30%), у 4 участниц выявлен умеренный уровень тревожности (20 %), высокий уровень тревожности выявлен у 2 участниц (10%), также у 6 участниц не выявлены явные признаки тревожности.

При оценке тревожности женщин, мы получили результаты, представленные на рисунке 10.

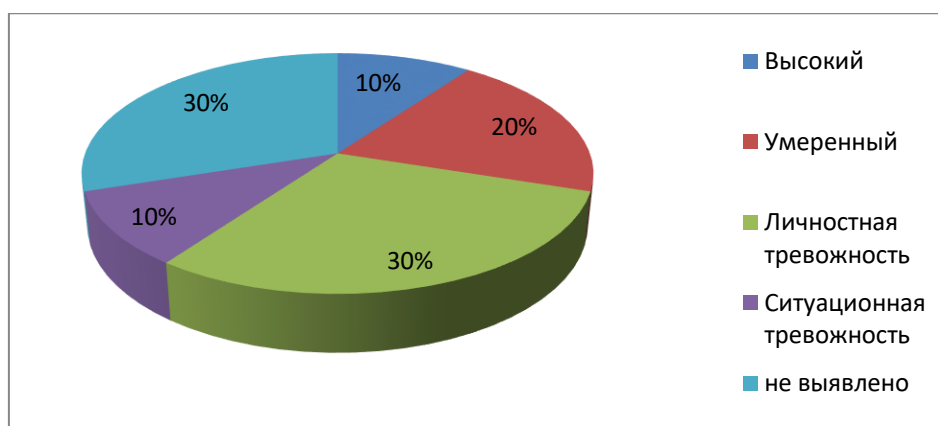


Рисунок 10 – Определение уровня тревожности по методике «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI)» (%)

На эмоциональном уровне мы наблюдаем значительное снижение уровня ситуационной тревоги. При этом, личностная тревожность не подверглась изменениям, оставшись практически на том же уровне. В ходе повторного исследования у 6 участников не выявлены явные признаки тревожности.

Проведя повторное психодиагностическое исследование беременных женщин, мы можем сделать следующие обобщающие выводы.

– В ходе реализации программы психологического сопровождения беременных женщин «Новая Я» удалось улучшить отношение женщин к своему образу, укрепился контакт с телом, а изменения, которые связаны с периодом беременности стали вызывать у женщин положительный отклик. Многие участницы отметили, что большее влияние на их решение оказали встречи со специалистами и беседы, в которых они смогли проработать свои основные страхи. Женщины стали лучше понимать процессы, связанные с родовой деятельностью и предстоящим материнством, что позволило снизить уровень ситуационной тревоги.

– Женщины стали лучше понимать процессы, которые связаны с родовой деятельностью и предстоящим периодом материнства, что позволило снизить уровень ситуационной и личностной тревоги.

## Заключение

Целью данной бакалаврской работы является разработка программы по психологическому сопровождению женщин в период беременности. Для достижения поставленной цели был реализован ряд задач: проведен теоретический анализ научной и методической литературы, изучены различные подходы к изучению беременности, рассмотрено влияние динамики ее проживания на развитие личности ребенка, а также на изменение собственной личности. Также были изучены характеристики психологического сопровождения беременных женщин с учетом особенностей их эмоциональной сферы.

Период беременности определяется как наиболее острый, кризисный и переломный этап становления личности женщины. На нем происходит изменение физиологических процессов (увеличение пропорций, токсикоз), ценностно-смысловых ориентаций, самоидентичности в новых условиях. Эмоциональное состояние беременной женщины можно охарактеризовать как непостоянное, что объясняется бурными гормональными переменами, которые происходят в организме.

К основным формам работы психологического сопровождения относят: профилактику, индивидуальные и групповые занятия, тренинги, психологическая диагностика, консультирование, развивающая работа, профилактическая и коррекционная работа, психологическое просвещение и образование.

В ходе работы было проведено практическое исследование психологических особенностей эмоциональной сферы беременных женщин. Для проведения исследования были подобраны следующие методики: цветовой тест отношений (А.М. Эткинд), шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI). В ходе определения уровня эмоционально-личностного отношения женщин к своему телу и беременности в целом получены следующие

результаты: большинство женщин имеют высокий уровень тревожности, на который зачастую оказывает влияние страх социального неодобрения, принятие на себя ответственности за происходящие в жизни изменения.

На основании данных исследования была разработана и апробирована программа психологического сопровождения беременных женщин «Новая Я», направленная на улучшение и формирование позитивного отношения женщины к беременности и своим изменениям. Программа включает в себя 8 консультаций, включающих тематические беседы, лекции, встречи со специалистами, арт-терапию и другие мероприятия.

После реализации программы было проведено повторное психодиагностическое исследование беременных женщин. В ходе реализации программы значительно улучшился показатель эмоционального отношения женщин к своему телу. Многие участницы отметили, что большее влияние на их решение оказали встречи со специалистами и беседы, в которых они смогли проработать свои основные страхи. Женщины стали лучше понимать процессы, связанные с родовой деятельностью и предстоящим материнством, что позволило снизить уровень ситуационной тревоги.

Критерием субъективной оценки эффективности реализации программы психологического сопровождения «Новая Я» для беременных женщин было улучшение эмоционального состояния, удовлетворение от предъявленных запросов, осознание ценности ребенка и переосмысление мотивов материнства.



## Список используемой литературы

1. Анисимова К. А. Психологические особенности отношения к будущему ребенку у женщин во время беременности // Психолог. 2014. № 1. С. 1–24.
2. Барканова О. В. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум. Красноярск: Литера-принт, 2009. 237 с.
3. Белкина О. И., Клюкина А. А., Козлова А. В. Психологическое сопровождение беременности и родов // Портал научно-практических публикаций [Электронный ресурс]. URL: <https://portalnp.snauka.ru/2016/09/3512> (дата обращения: 09.05.2022).
4. Боровикова Н. В. Синдром беременности М.: УРАО, 2015. 316 с.
5. Брутман В. И. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. 2008. № 1. С. 59-68.
6. Брутман В. И. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. 2002. №1. С. 110-118.
7. Василенко Т. Д., Дремина, Т. Ф. Анализ взаимосвязей индивидуально-психологических особенностей беременных женщин и показателей психологической адаптации к беременности // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2020. Т.11. № 1. С. 57-65.
8. Васильева О. С. Групповая работа с беременными // Психологический журнал. 2001. № 3. С. 82-89.
9. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. СПб : Питер, 2009. 336 с.
10. Воробьева М. Е. Особенности социальной идентичности женщины до и после рождения ребенка: специальность 19.00.05 «Социальная

психология»: дис.... канд. психолог. наук Ярослав.гос. ун-т им. П.Г. Демидова. Курск, 2015. 177 с.

11. Гопурова Г. Ф. Особенности психоэмоциональных изменений у женщин в период беременности // Медицина и здравоохранение : материалы II Междунар. науч. конф. URL: <https://moluch.ru/conf/med/archive/119/5442/> (дата обращения: 07.02.2022).

12. Добряков И. В. Перинатальная психология. Санкт-Петербург: Питер, 2010. 272 с.

13. Дремина Т. Ф. Структура социальной идентичности женщин в период беременности // Человек в сложной жизненной ситуации: клинико-психологические аспекты: материалы международной научно-практической конференции / под общ. ред. Т. Д. Василенко. Курск, 2017. С. 73-75.

14. Дремина Т. Ф. Особенности психологической адаптации беременных женщин к ситуации беременности // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Познание. № 1-2. 2018. С. 51-55.

15. Земзюлина И. Н., Дремина Т. Ф. Психологическое сопровождение беременных женщин // Ананьевские чтения. Санкт-Петербург, 2014. С. 277-279. URL: <http://www.psy.spbu.ru/uploads/science/ananyevskie/ananyevskie2014/>. (дата обращения: 17.04.2022).

16. Калачёв В. Н. Роль психоэмоциональных нарушений у беременных в развитии затянувшегося второго периода родов // Проблемы здоровья и экологии. 2020. № 5. С. 58-64.

17. Качалина Т. С., Лохина Е. В. Применение новых методов психологического сопровождения беременности и психопрофилактической подготовки к родам // Медицинский альманах. 2013. № 6. С. 37-41.

18. Коваленко Н. П. Перинатальная психология. М. : Эксмо, 2008. 290 с.

19. Коваленко Н. П. Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщины в период беременности и родов: дис. ... канд. психол. наук: Рос. гос. пед. ун-т им А.И. Герцена. СПб., 1998. 321 с.
20. Королева Н. Н. Психологическое здоровье во время беременности // Молодой ученый. 2010. №28 (19). Т. 2. С. 119-121.
21. Крамаренко Е. А. Эмоциональное состояние женщины в течение беременности // Научные тенденции: Педагогика и психология. Сборник научных трудов по материалам международной научной конференции (Москва, 04 ноября 2016 г.). М.: ЦНК МНИФ «Общественная наука», 2016. Ч. 2. С. 26-29.
22. Кулешова К. В. Беременность как период психологической трансформации // Русский медицинский журнал. 2015. №14. С. 857-860.
23. Кулешова К.В. Эмоциональные состояния беременных женщин // Психология и психотехника. 2011. №11. С. 64–73.
24. Кыштымова И. М. Взаимосвязь психологической готовности к материнству с социально-психологическими установками женщин // Известия Иркутского государственного университета. 2021. Т. 36. С. 53-64.
25. Лысенко О. Ф. Психолого-педагогическое сопровождение процесса формирования психологической готовности к материнству // Педагогическое образование в России. 2020. № 6. С. 218-223.
26. Малышева Д. С. Внутренний мир беременной женщины в возрасте ранней взрослости // Изв. ИГУ. Сер. Психология. 2017. Т. 22. С. 30.
27. Мальгина Г. Б. Эффективность проведения комплексной профилактики и коррекции перинатальной патологии при психоэмоциональном стрессе в период беременности // Журнал акушерства. 2018. № 2. С. 66-72.
28. Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2010. № 5. С. 18-27.
29. Овчарова Р. В. Родительство как психологический феномен. М. : Московский психолого-социальный институт, 2006. 496 с.

30. Овчарова Р. В. Психологическое сопровождение родительства. М.: Изд-во института психотерапии, 2003. 318 с.
31. Онищук Е. Ю. Влияние прерывания беременности на психологическое состояние женщины // Перинатальная психология и психология родительства. 2016. № 5. С. 43-50.
32. Перинатальная психология: психология материнства и родительства. Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. 276 с.
33. Психологическая готовность беременных женщин молодого репродуктивного возраста // Европ. журн. соц. наук. 2013. Т. 1. № 10 (37). С. 293-297.
34. Ряплова Е. А. Изменения в организме и психике женщины во время беременности // Психологический журнал. № 5. 1996. С. 34–39.
35. Сафонова М. В. Диагностика и анализ факторов, отражающих состояние психологической готовности беременных женщин к материнству // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. 2018. № 2. С. 126-136.
36. Сидоров П. И. Перинатальная психология. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015. 143 с.
37. Сиротенко Д. И. Особенности формирования психологической готовности к материнству // Инновационная наука. 2018. № 9. С. 67-75.
38. Скрипицкая Т. В. Психологическое сопровождение беременных женщин в рамках программ по подготовке к родам. М. : Аналог, 2009. 84 с.
39. Субочева А. Р., Каргина Н. В. Проблемы современного ценностного отношения к материнству в России // Научные труды Московского гуманитарного университета. 2017. № 1. С. 14-17.
40. Филиппова Г. Г. Психология материнства. М. : Юрайт, 2018. 212 с.
41. Эриксон Э. Идентичность женщины // Хрестоматия по перинатальной психологии. М. : Феликс, 2005. С. 57-62.