

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 Психологическая готовность к материнству в период беременности

Обучающийся

А.В. Маклакова

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

канд. псих. наук Т.А. Бергис

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

Тольятти 2022

Аннотация

Выпускная квалификационная работа на тему «Психологическая готовность к материнству в период беременности».

Автор: Маклакова Алена Владимировна, студентка 5 курса направления «Психология» ФГБОУ ВО «Тольятинский государственный университет».

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух разделов, списка использованной литературы и использованных источников, приложений.

Во введении раскрывается актуальность выбранного исследования, описываются цели, предмет и объект исследования, практическая значимость работы.

В первом разделе освещены научные подходы отечественных и зарубежных ученых и исследователей по вопросам психологической готовности женщин к материнству.

Во втором разделе обоснованы выбранные методы эмпирических исследований, описаны результаты и анализ эмпирических исследований психологической готовности к материнству женщин в период беременности. Даны рекомендации по работе психолога с беременными женщинами, описаны программы просвещения и психокоррекции.

В заключении обобщаются результаты исследования.

Работа содержит 63 страницы, 11 таблиц, 3 рисунка, 16 приложений.

Оглавление

Введение	5
Глава 1 Теоретический анализ проблемы психологической готовности женщины к материнству в период беременности.....	8
1.1 Психологическая готовность к материнству.....	8
1.2 Этапы онтогенеза пострепностно-мотивационной сферы материнства.....	11
1.3 Понятие материнского инстинкта, его развитие.....	22
1.4 Психологические особенности беременной женщины....	23
Глава 2 Эмпирические исследования психологической готовности женщин к материнству в период беременности.....	26
2.1 Организация и методы исследования.....	26
2.2 Анализ результатов эмпирического исследования.....	28
2.3 Рекомендации по работе с беременными женщинами.....	41
2.3.1 Психологическое консультирование беременных женщин в женской консультации.....	41
2.3.2 Разработка программы психологического просвещения.....	47
2.3.3 Разработка коррекционно-развивающей программы снижения и устранения тревожности у женщин в период беременности.....	49
Заключение	58
Список используемой литературы.....	59
Приложение А Анкета-опросник беременной.....	64
Приложение Б Тест отношений к беременности по И.В. Добрякову	66
Приложение В Эмпирические данные ПКГД в отношении женщины к «себе беременной» к образу жизни.....	69
Приложение Г Выходные данные корреляционного анализа эмпирических данных Приложения В.....	71

Приложение Д Эмпирические данные ПКГД в отношении женщины к «себе беременной» к образу жизни.....	73
Приложение Е Выходные данные корреляционного анализа эмпирических данных Приложения Д.....	75
Приложение Ж Эмпирические данные ПКГД в отношении женщины к «себе беременной» к родам.....	76
Приложение З Выходные данные корреляционного анализа эмпирических данных Приложения Ж.....	78
Приложение И Эмпирические данные ПКГД в системе «мать-дитя» отношении женщины к «себе как матери».....	79
Приложение К Выходные данные корреляционного анализа эмпирических данных Приложения И.....	81
Приложение Л Эмпирические данные ПКГД в системе «мать-дитя» отношении женщины к ребенку.....	82
Приложение М Выходные данные корреляционного анализа эмпирических данных Приложения Л.....	84
Приложение Н Эмпирические данные ПКГД к отношению мужа....	85
Приложение О Выходные данные корреляционного анализа эмпирических данных Приложения Н.....	87
Приложение П Рисуночный тест «Я и мой ребенок» Г.Г. Филипповой.....	88

Введение

Укрепление института семьи и создание благоприятных условий для рождения и воспитания детей лежит в основе социально-демографической государственной политики. Это было подчеркнуто Президентом в Послании Федеральному Собранию.

В России наблюдается снижение рождаемости как в абсолютных, так и относительных показателях. По данным Росстата за последние 5 лет снижение рождаемости составило 23,9 %, с 1888729 родившихся в 2016 году до 1436514 в 2020 году. Рождаемость на 1000 человек в 2016 году составила 12,9, а в 2020 году – 9,8. Коэффициент рождаемости - 1,5, что ниже двух рождений на женщину, а простое замещение поколения происходит при коэффициенте 2,15-2,17.

Проблема материнства не является только медицинской. На желание женщины стать матерью сегодня влияет как ее социально – психологическое положение, так и психологическое благополучие.

В современном мире снижается социальный статус матери, уменьшается потребность иметь детей, рождение детей откладывается на более поздний период, отмечается рост семей, сознательно выбравших бездетность. Образовательная и профессиональная роль женщины сегодня в обществе значительно возросла. Многие современные женщины нацелены на независимость и высокий профессиональный статус, материнство рассматривают как препятствие самореализации. Это часто является причиной отложить рождение ребенка на потом. Если в 2016 году 35,9 % женщин родили первого ребенка после 30 лет, то в 2020 году этот показатель составил – 44,5 %. Очень часто выбор женщины стать матерью определяется не материально – экономической и физической готовностью, иными психологическими причинами или их комплексом. В последнее время научным исследованиям в области психологии материнства уделяется достаточно много внимания, тем не менее, остается актуальной проблема

разработки обоснованных с научной точки зрения индивидуальных программ в работе психолога с беременными женщинами.

Закономерности формирования психологической готовности к материнству описаны в трудах Г.Г Филипповой, М.С. Радионовой, Е.В. Матвеевой, С.Ю. Мещеряковой и др. Данный вопрос изучен в трудах зарубежных ученых К. Хорни, Дж. Боули, А. Фрейда, М. Кляйна, Д. Винникотта.

Анализ научных источников привел к выводу об актуальности работы формирования психологической готовности женщин к материнству в период беременности, выявил **противоречии** между потребностью изучения особенностей формирования психологической готовности к материнству в период беременности и недостаточным исследованием данной проблемы.

Актуальность данной проблемы привела к формированию **темы исследования** «Психологическая готовность к материнству в период беременности».

Цель работы: изучение психологической готовности женщины к материнству в период беременности.

Объект исследования: психологическая готовность к материнству

Предмет исследования: психологическая готовность к материнству в период беременности.

Гипотеза исследования: психологическая готовность к материнству (отношение к беременности, готовность к родам, осознание роли матери, осознание смысла детей, ценность материнства, знание материнских функций, осознание роли родителей в воспитании детей) определяется социальным и психологическим статусом беременной женщины (жилищные условия, уровень образования, материальное положение, семейное положение, отношение близкого окружения

Задачи исследования.

– изучить теоретические основы психологической готовности к материнству в период беременности;

- провести эмпирические исследования особенностей психологической готовности к материнству в период беременности;
- сделать выводы по результатам проведенного эмпирического исследования и сформировать рекомендации по формированию оптимальной психологической готовности к материнству в период беременности.

Методы исследования: теоретический анализ литературы, эмпирические методы, статистические методы.

Новизна исследования: выявлены аспекты формирования типов психологической готовности к материнству в период беременности.

Теоретическая значимость работы: обоснованы факторы, влияющие на формирование психологической готовности к материнству в период беременности.

Практическая значимость работы: данные, полученные в рамках настоящего исследования, могут использоваться в работе психологов женской консультации ГБУЗ «ЦГБ г. Камышина» в рамках психологической помощи женщинам в период беременности.

Экспериментальная база исследования: Женская консультация №2 государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центральная городская больница г. Камышина» с местонахождением: 403874, Волгоградская обл., г. Камышин, ул. Ленина, 8/3. В обследовании приняли участие 46 женщин со сроком беременности от 12 до 36 недель

Структура бакалаврской работы: выпускная квалификационная работа состоит из введения, 2 разделов, заключения, списка литературы. Работа содержит 63 страницы, 11 таблиц, 3 рисунка, 16 приложений.

Глава 1 Теоретический анализ проблемы психологической готовности женщины к материнству в период беременности

1.1 Психологическая готовность к материнству

Тема материнства освещалась в научной литературе во всех исторических периодах. Изучение этого вопроса происходит в следующих направлениях: культурно-историческое, биологическое, психологическое. Каждое направление исследует определенный круг проблем материнства.

Все современные исследователи изучают материнство как личностную часть сферы женщины:

- «онтогенетические аспекты формирования материнства» [39];
- «материнство как стадия половозрастной и личностной идентификации» [39];
- «девиантное материнство» [30].

Общим в исследованиях является идея субъектности матери и ребенка.

Материнство как психосоциальный феномен рассматривается Г. Г. Филиповой и включает «два аспекта: обеспечивает условия для развития ребенка и является частью личностной сферы женщины. Главный этап в формировании последнего - период беременности. В этот период происходит существенная перестройка сознания будущей матери, меняется ее взаимоотношение с окружающим миром. Важное понятие здесь – стиль переживания беременности» [38]. Согласно Г. Г. Филиповой, «психологическая готовность к материнству включает:

- ценность будущего ребенка,
- ценность себя как матери,
- материнскую компетентность» [38].

В исследованиях Е. В. Матвеевой «психологическая готовность к материнству - это специфическое личностное образование, которое состоит из:

- потребностно- мотивационного блока,

- ценностно – смысловой компонентны,
- когнитивно – операционного блока,
- блок социально – личностной готовности» [18].

Потребностно-эмоциональный блок – это отношение к беременности, готовность к родам, осознание роли матери, желание заботиться о ребенке.

Ценностно-смысловая компонента – осознание смысла детей, ценности материнства.

Когнитивно-операционный блок – знание материнских функций, психофизиологических особенностей периода беременности, родов, основ и правил ухода за ребенком, общения с ним, воспитания.

Социально личностная готовность к материнству – осознание роли родителей в воспитании ребенка, ответственность, готовность к трудностям и их преодолению, которые сопряжены с рождением ребенком и дальнейшим его воспитанием.

В работах С. Ю. Мещерякова выделены «три составляющие психологической готовности к материнству:

- коммуникативный опыт женщины в ее раннем детстве,
- отношение в период беременности к неродившемуся ребенку,
- установки женщины на стратегию воспитания ребенка» [21].

Зарубежные исследования рассматривали материнство как материнско-детское взаимодействие. Данный вопрос изучен значительно в трудах К. Хорни, Дж. Боули, А. Фрейда, М. Кляйна, Д. Винникотта.

Тема материнства освещалась в научной литературе во всех исторических периодах. Изучение этого вопроса происходит в следующих направлениях: культурно-историческое, биологическое, психологическое. Каждое направление исследует определенный круг проблем материнства.

Современные исследователи изучают материнство как личностную часть сферы женщины:

- «онтогенетические аспекты формирования материнства» [39],
- «материнство как стадия половозрастной и личностной

идентификации» [39],

– «девиантное материнство» [30].

Общим в исследованиях является идея субъектности матери и ребенка.

Многие теоретические и прикладные исследования посвящены вопросам материнства. При анализе работ в области психологии выделяются два направления в исследованиях:

- изучение поведения матери и влияние его на развитие ребенка,
- идея субъектности матери и ребенка.

Психологическая готовность является составляющей частью общей готовности к какому-либо действию, которая определяется психологическими факторами.

Психологическая готовность к материнству разными исследователями определяется по-разному.

С.Ю. Мещерякова выделяет «два основных взаимосвязанных фактора:

- биологический (инстинктивный);
- социальный (особое личностное образование)» [21].

Г.Г. Филиппова считает, что «психологическая готовность к материнству формируется в течение всей жизни женщины» [39]. На этот процесс оказывают влияние как положительные, так и отрицательные факторы. По мнению Г.Г. Филипповой, «решающими факторами являются:

- значительный опыт или его отсутствие общения с матерью в раннем детстве;
- наличие или отсутствие взаимодействия матери с будущим ребенком;
- беременности в прошлом;
- наличие детей;
- выбор женщиной конкретной стратегии воспитания в будущем» [39].

Психологическая готовность к материнству в период беременности включает: отношение к беременности, готовность к родам, осознание роли матери, осознание смысла детей, ценность материнства, знание материнских функций, осознание роли родителей в воспитании детей.

1.2 Этапы онтогенеза потребностно-мотивационной сферы материнства

При рассмотрении онтогенеза материнской потребностно-мотивационно сферы Филипповой Г. Г. выделено шесть этапов [39].

«Этап взаимодействия с собственной матерью включает все периоды жизни женщины, когда она взаимодействует со своей матерью, начиная с ее внутриутробного развития. Наиболее важен период младенчества и раннего возраста. Материнско-дочерние отношения качественно влияют на формирование материнской сферы женщины рядом факторов:

- привязанностью,
- стилем эмоционального общения,
- уровнем участия матери в эмоциональной жизни дочки;
- насколько участие матери в эмоциональной жизни дочери соответствует ее возрасту» [39].

Нарушения в отношениях со своей матерью оказывают прямое влияние на материнскую сферу женщины.

Второй этап – игровой. «Игровая деятельность имеет большое значение в психологическом развитии ребенка. Некоторые компоненты материнской сферы развиваются и конкретизируются посредством сюжетно – ролевой игры в дочки – матери. Важно, чтобы в рамках этой сюжетно-ролевой игры, девочка была в роли матери. (игра с куклой-пупсом, игра с другими детьми в дочки – матери, в семье с младшими детьми). В начале игры девочка выполняет сюжетно – отобразительные действия (пеленает, кормит, укладывает спать), потом принимает на себя роль матери, моделируя игровые ситуации из реальной жизни» [39]. Это позволяет «отработать» как мотивационные основы, так и операциональный состав материнской сферы.

Третий этап – этап нянчания. Продолжительность третьего этапа обозначена конкретными возрастными параметрами. Начало четыре – пять лет. В данном возрасте сюжетно-ролевая игра достаточно развита. Конец

этапа – начало полового созревания. Возраст от шести до десяти лет наиболее благоприятен. «На этапе няньчения формируется и развивается значение ребенка, он начинает восприниматься как объект деятельности, возникает потребность заботы о нем, охраны его. Рождается «потребность в материнстве» – потребность получать специфические переживания при осуществлении заботы и охраны ребенка. В этом возрасте дети уже имеют представление об особенностях взаимодействия взрослых с малышами и обыгрывания их с куклами, появляется стремление участвовать в реальной жизни взрослых» [39].

Этап няньчения состоит из:

- «налаживания эмоционального и личностного общения с ребенком возраста до шести месяцев, совместные игры с ним;
- частичная забота и уход за ребенком от шести месяцев до года и малышами раннего возраста» [39].

Этап няньчения включает:

- «собственный опыт взаимодействия с младенцем;
- наблюдение взаимоотношений взрослых с младенцем;
- восприятие и рефлексия отношений других людей к взрослым, которые выполняют материнские функции» [39].

Этап няньчения оказывает большое влияние на развитие и формирование всех составляющих материнской потребностно-мотивационной сферы.

Четвертый этап (дифференциация мотивационных основ материнских и половых сфер) развития материнской сферы преимущественное значение имеет для потребностно-эмоционального блока.

Современное общество не устанавливает запрет внебрачных половых отношений, на более раннем возрасте происходит вступление в половую связь, значителен возраст материальной зависимости от старшего поколения. Эти и другие факторы оказывают отрицательное влияние на развитие материнской потребностно-мотивационной сферы.

Пятый этап (взаимодействие с собственным ребенком) сложнейший в развитии всех блоков материнской сферы. В нем выделяются самостоятельные периоды. «Эволюционные психофизиологические, в том числе гормональные, механизмы регуляции обеспечивают периоды беременности, родов, грудного вскармливания. Начинается данный этап для ребенка, когда он начинает чувствовать, для матери с первыми признаками беременности. На пятом этапе женщина непосредственно реализует свои материнские функции по отношению к ребенку» [39].

Периодизация стадий родительства представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Периодизация стадий родительства

Психология	Актуальное материнство	Акушерство и гинекология
Принятие решения о рождении ребенка	От момента принятия решения о рождении ребенка до шевеления плода	Первый триместр беременности
Беременность	Период после шевеления	Второй триместр беременности
Становление родительства	Роды	Третий триместр беременности
Постродительство»	Послеродовый период	Предродовый период
–	–	Роды
–	–	Послеродовый период

Развитие материнской сферы поведения делится на девять этапов:

- идентификация беременности,
- до начала шевеления плода,
- шевеление ребенка – принятие новой жизни,
- симптом завышенных притязаний,
- предродовый,
- роды и послеродовый период,
- новорожденность, феномен бондинга,
- совместно – разделенная деятельность матери и ребенка,
- возникновение интереса к ребенку как личности.

На первом этапе происходит непосредственно осознание факта беременности. Иногда женщина интуитивно ощущает наступившую беременность, когда она еще не подтверждена медицинскими методами. Данный психологический настрой назван установкой на беременность. Появившееся предположение о возможной беременности уже через два-три дня после задержки менструации провоцирует переживания по поводу беременности. Это либо беспокойство, что беременность наступила, либо, что не наступила. В случае нежелательной беременности у женщин, которые склонны ее прервать или отказаться от ребенка, подтверждение беременности может затягиваться, признаки беременности игнорируются. Это феномен «отрицания беременности» – личностные защитные механизмы, инфантильное вытеснение травмирующих переживаний. У женщин, которые планировали беременность, данный симптом встречается редко.

Идентификация беременности занимает около одной недели. В этот период большинство женщин определяют, рожать или прервать беременность.

Симптом принятия решения характерен подсознательным отделением себя от факта своей беременности. Самоощущения акцентированы на «своем Я», а не на будущем материнстве. В большинстве случаев женщина принимает решение единолично и сообщает новость о беременности близким только после того, как решение ею уже принято.

В случае принятия решения в пользу деторождения важным этапом становится принятие себя – беременной. Женщина осознает происходящую с ее телом трансформацию и рефлексивно принимает ее. В этот период резко повышается физическое, эмоциональное и умственное напряжение, которое обусловлено адаптацией к новому положению, приводящее часто к нерациональным поступкам. На это указывал К. Хорни: «Женщина должна преодолеть импульсы мускулиной тенденции прежде, чем она всем сердцем признает и примет то, что происходит с ее телом» [38]. Если женщина не смогла принять адекватное решение, то происходит прерывание

беременности. Это говорит об исключительном значении первого этапа для благополучного протекания беременности и личностного развития женщины как будущей матери.

Второй период протекает до начала шевеления плода. Он длится со второй половины первого триместра и до начала второго. Для данного этапа характерно появление физиологических симптомов беременности: неприятные физические ощущения, изменения эмоционального состояния. Гормональная перестройка сопровождается выраженной тревожностью, резкой сменой настроения, раздражительностью, снижением физической активности. В этом период женщина эмоционально ограничивает контакты, происходит адаптация, направленная на сохранение беременности и успешное развитие плода.

Оценки беременных женщин своего физического и эмоционального состояния различаются. Одни свое эмоциональное состояние объясняют усталостью, сонливостью, желанием побыть в одиночестве, тошнотой и дурнотой. Для других любая внешняя причина становится поводом для слез и обид. Первый триместр беременности занимает существенное место в развитии материнской сферы женщины. С одной стороны, рождение ребенка – реальный факт, с другой, какие-либо конкретные признаки его наличия отсутствуют. Материнская сфера, как бы находится на старте. В данный момент отсутствует внешняя симуляция материнских чувств, которая имеет место при контакте с родившимся ребенком. Но уже чувствуются изменения, которые происходят с женщиной, и она имеет возможность подготовки к будущим изменениям. Можно утверждать, что женщина впервые получает опыт трактования своих ощущений и переживаний как матери.

Если до этого этапа беременность осознавалась под влиянием внешних и внутренних обстоятельств, то знание о том, что ребенок существует и известен срок его появления, стимулирует развитие отношения будущей матери к будущему ребенку. В этот период женщина представляет ребенка абстрактно, описание будущего ребенка сводится, как правило, к описанию

ее эмоций и тревог. Большинство женщин не отмечают значительных изменений в своем отношении к жизни и интересам, состояние оценивают с позиции своего самочувствия.

Переживания по характерным симптомам и эмоциональному состоянию подразделяются на пять вариантов.

Первый – оптимальный, при котором имеет место нечастое и недлительное снижение физической активности и эмоционального фона, которые воспринимаются как усталость и соматические недомогания. Плохое настроение возникает при несоответствии ее состояния и самочувствия бытовым и рабочим условиям, невнимательность или назойливость близкого окружения. Воображение рисует годовалого ребенка или чуть младше. Готовится к родам и материнству планируется на более позднее время. Соматические недомогания воспринимаются как неизбежные, но вполне терпимые. Женщина применяет определенные способы, которые по ее ощущениям способны улучшить ее самочувствие.

Второй вариант характерен усиленным переживанием соматических недомоганий и эмоциональных отклонений. Присутствует раздражительность, недовольство окружающими, сверхмерная требовательность. Отношение близких считается недостаточно внимательным, которое, по мнению беременной, не соответствует тяжести ее состояния. Имеет место либо отсутствие, либо конкретизация образа ребенка. В последнем варианте женщина воображает идеального малыша, который «выстрадан» ею. Физические недомогания воспринимаются как страдания, причем, предлагаемые способы облегчить физические недомогания критически отвергаются.

При тревожном восприятии беременности, женщина склонна прогнозировать неблагоприятный исход беременности. Любые изменения физического состояния или симптомы трактуются как реальная угроза. Беременная все время находится в тревожном состоянии, очень редко эмоциональный фон приходит в норму. Информация воспринимается только

отрицательная, в том числе от медицинских работников, положительная и благоприятная информация игнорируется. Так же характерно отсутствие образа ребенка, основная фраза: «Главное, чтобы родился здоровым». Если в прошлом был опыт общения с детьми, имеющими инвалидность или другие отклонения в здоровье, то женщину могут преследовать мысли об увечьях будущего ребенка.

При четвертом варианте депрессия имеет место постоянно, только время от времени ослабляется или обостряется. Беременность при данном варианте эмоционального переживания – обреченность. Будущий ребенок воспринимается как сверхценность. Часты кошмарные сновидения, в которых происходит гибель ребенка или ее самой. Представление о послеродовом периоде в большинстве случаев отсутствует. Физические недомогания переносятся тяжело, мучительно.

Пятый вариант включает различные формы не восприятия беременности в период, когда женщина принимает решения о сохранении беременности:

– физические и эмоциональные симптомы беременности практически отсутствуют, женщина чувствует себя хорошо, живот не большой, планируется активная жизнь после родов, ребенок представляется в среднем младшем или школьном возрасте, с его школьными успехами и высоким социальным статусом;

– эмоционально отрицаются все симптомы, как мешающие, неуместные, ненужные; напоминания и мысли о подготовке к периоду после родов раздражает, предъявляется множество претензий к близким, не соблюдаются режим дня и элементарные правила питания. В большинстве случаев, отношение к будущему ребенку разное, может быть идеальным, но в данный момент ребенок оценивается как плод, а не человек;

– в особом случае – устойчивом отрицательном отношении к беременности, повторяются попытки прервать беременность.

Типу переживания второго периода беременности имеет огромное

значение для следующего периода формирования материнской сферы – начало шевеления плода и ощущений, связанных с этим событием у беременной. Б. Споком описан «симптом противоречивого отношения к беременности» [29]. С одной стороны, женщина горда тем, что она полноценная женщина, может реализоваться как мать, с другой стороны она испытывает чувство страха и беспокойства, которые обусловлены необоснованными фантазиями и навязаны социальными штампами. Имеет место двойственность чувств по отношению к правильности выбранного решения о сохранении беременности. Одновременно женщина испытывает радость от возможности иметь ребенка и сожаление от ограничений, связанных с беременностью и рождением ребенка.

Третий период связан с появлением и стабилизацией впечатлений, вызываемых шевелением ребенка – симптомом принятия новой жизни внутри себя. Данный период наиболее позитивный относительно физического состояния и эмоционального фона матери. Вторым триместром беременности с момента шевеления плода характерен стабилизацией гормонального фона, значительным снижением симптомов недомогания, пока еще не снижена физическая подвижность и не увеличены физические нагрузки. На этом фоне перепады настроения значительно уменьшаются. Сознание беременной психологически перестраивается, в него постепенно включается образ ребенка, то есть будущая мать принимает новую жизнь в себе. Двойственность переживаний сохраняется. Женщина приняла свой новый статус «будущей матери», испытывает чувство радости от перспективы появления ребенка, но и имеет опасения, сможет ли она стать хорошей матерью. В этот момент женщина начинает «общение с будущим ребенком», обращаясь к нему «мой» или «моя». Это начало взаимного общения матери и будущего ребенка, уникального в плане идентификации его своей матерью после родов. Вместе с ребенком вынашивается готовность стать матерью. После принятия женщиной своего ребенка на сознательном уровне, проявляется новый психологический синдром – психологический

симбиоз матери и плода. Женщина, свыкшись с фактом беременности, уже представляет плюсы и минусы рождения ребенка.

У многих женщин во время беременности проявляются эмоциональные нарушения, которые явно не выражены. В мыслях женщины присутствует страх за итог данной беременности, возможные осложнения, рождение физически или физически неполноценного ребенка – симптом перинатальной дисморфобии. В этом периоде многие женщины прибегают к разным ритуалам, оберегам, верят в приметы. В этот период у большинства женщин меняются интересы, на первый план выходит решение задач, связанных с беременностью и подготовке к материнству после родов.

Четвертый период назван симптомом завышенных притязаний – это третий триместр беременности. Седьмой – восьмой месяцы беременности считаются психологически самыми сложными. Наблюдается ухудшение самочувствия, развивается усталость, снижается двигательная активность, часто беспокоит бессонница, возрастает уровень тревожности и страха по поводу родов и послеродового периода. Интересы направлены в основном на то, что связано с будущим ребенком. Женщина активно готовится к родам и послеродовому периоду, происходит проработка материнских функций, проявляется завышение притязаний к мужу и другим близким родственникам. Это особенно проявляется по отношению к ее мужчине, который становится отцом будущего ребенка. В этом периоде у большинства женщин возникает желание, чтобы все это быстрее закончилось. Одни объясняют это желанием быстрее увидеть ребенка, другие, чтобы закончились неудобства, связанные с беременностью. В этот период повышается материнская компетентность, как следствие близости рождения малыша. В этом периоде происходит сложная динамическая перестройка эмоционального состояния беременной, психика женщины готовится к выполнению материнских функций после родов.

В пятом – предродовом периоде происходят важные физиологические изменения тканей, костной системе. Изменение гормонального фона

способствует развитию гибкости и эластичности костно-мышечной системы. В тоже время организм накапливает энергию для родов и послеродового периода. Эмоциональное состояние характеризуется снижением активности, общей расслабленностью, эмоциональным «отуплением». Многие исследователи отмечают, что адекватное представление беременной женщины о процессе родов и послеродовом периоде, особенностях новорожденного и возможностях женщины как матери имеет важное значение для развития материнской сферы и благоприятного отношения к родившемуся ребенку. Неблагоприятная динамика содержания материнской сферы приводит к возрастанию тревожности, обострения физиологических нарушений. У женщины практически отсутствует ориентация на свое состояние, она не задумывается о последствиях медицинских манипуляций для ребенка, выполняет все рекомендации медицинского персонала.

Игнорирующий стиль переживания свойственен женщинам, планирующим отказаться от ребенка. У них выражено снижена эмоциональность. При таком стиле часто происходят преждевременные роды.

В период беременности содержание материнской сферы претерпевает изменения. Индивидуальный стиль переживания определяется физическими и эмоциональными переживаниями беременной на протяжении всей беременности, который можно отнести к одному из шести вариантов:

- адекватного,
- тревожного,
- эйфорического,
- игнорирующего,
- абвивалентного,
- отвергающего.

В шестом периоде – родов и послеродовом периоде мама встречается с ребенком. В этот период от женщины требуется высокая физическая, интеллектуальная и эмоциональная активность, которая снижается после

родов. Начинается становление комплекса материнства, образуется эмоциональная взаимосвязь матери и ребенка. Для женщины начинается эта связь с послеродовой обработки ребенка и первого прикладывания к груди. При этом происходит восстановление эмоционального состояния и активизация процессов жизнедеятельности.

В седьмом периоде – новорожденности (феномен – бондинг) развивается содержание потребностно-эмоционального и ценностно-смыслового блоков. Это развитие взаимосвязано. В этот период контакты матери и ребенка с другими людьми, как правило, сводятся к минимуму. Кроме заботы о физическом здоровье мамы и малыша, это имеет значение и в психологическом аспекте. Мама концентрирует свое внимание на потребностях ребенка, адекватной организации своих действий и переживаний, связанных с этими проблемами.

Д. Пирсом описан феномен «бондинга – незримой связи между матерью и ребенком, при которой они остаются единым целым даже после родов» [1]. Бондинг – это интуитивные, экстрасенсорные отношения матери и ребенка, которые невозможно объяснить языком или интеллектом. В этот период отношение к ребенку как части себя, дополняется отношением как самостоятельному человеку. Это существенная характеристика материнского отношения, посредством которой происходит приспособление матери к индивидуальным чертам ребенка, что в будущем позволит установить оптимальные детско-родительские отношения.

Восьмой период характерен налаживанием совместно-разделенной деятельностью матери и ребенка. К этому моменту у женщины сформировано определенное эмоциональное сопровождение во взаимодействии с ребенком. В первом полугодии у ребенка формируются естественные потребности (в ласке, любви, тепле матери), а к концу этого периода возникает привязанность к матери и способность выделять ее из других людей. Ответная адекватная реакция матери формирует у ребенка уверенность в ее поддержке и ее достигаемости. Привязанность к матери

оказывает огромное влияние на оптимальное психическое развитие ребенка, формирование его личности, положительных человеческих качеств.

В девятом периоде возникает интерес к ребенку как личности. Это происходит во второй год жизни ребенка. Функции матери в этот период значительно усложняются. Мама включается в деятельность ребенка, в том числе игровую. Это позволяет раскрыть его способности и оценить его реакцию на достигнутые результаты. Женщина начинает раскрывать быстро изменяющийся внутренний мир ребенка, принимать его как индивидуально развивающуюся личность.

На шестом этапе (этап отношений с ребенком после окончания возраста младенчества) теряются яркие проявления гештальта младенчества. Но инфантильность и результативность еще сохраняются. У женщины сформировалась потребность покровительствовать и заботиться о ребенке. Такое отношение подкрепляется его успехами, свидетельствующими о взрослении ребенка, доставляющими радость матери в данный момент. После трех лет материнское отношение устойчиво и напрямую связано с эмоциональным благополучием ребенка, развитием познавательной мотивации, типом поведения в стрессовых ситуациях.

1.3 Понятие материнского инстинкта, его развитие

Материнский инстинкт – инстинкт, лежащий в основе жизни. Это готовность матери выносить потомство, ухаживать за ним, защищать его. Это как бы врожденная бессознательная форма материнского поведения и материнской заботы. Материнский инстинкт – это не врожденное чувство, чтобы он проявился, требуется:

- факт социального научения (девочка с детства видит привлекательный образ матери и действует по ее примеру в будущем);
- импринтинг (запечатление ребенка матерью возникает мгновенно, если после родов ребенка выкладывают на грудь роженицы);

- трепетные переживания, связанные с родами или другими событиями;

- наличие сценария материнства, вовлечение матери в процесс заботы о ребенке и позитивное отношение к нему.

В реальной жизни материнский инстинкт возникает не всегда. Это подтверждается наличием отказников в роддомах и других медицинских и социальных учреждениях.

Основными факторами, формирующими материнский инстинкт как последующую заботу о детях и любовь к ним являются:

- наличие прообраза материнства, положительного опыта, приобретенного в детстве при выраженности материнского и отцовского инстинктов у родителей, дедушек и бабушек;

- стремление иметь детей;

- наличие положительного отклика на беременность (планирование зачатия, ожидание задержки менструации и т.п);

- нежное отношение к зародившейся жизни;

- проявление чувства жалости к ребенку, сострадания и желания ему помочь, которое пробуждается у матери при первом крике родившегося ребенка;

- наличие близости с ребенком, тактильных ощущений, которые означают соучастие в жизни малыша;

- наличие эмоциональной отзывчивости матери, создание эмоционального контакта с матерью.

Перечисленные факторы способствуют адекватному формированию материнских чувств. Возникает эмоциональный контакт с ребенком и возникает привязанность и любовь к нему.

1.4 Психологические особенности беременной женщины

Настроение беременной женщины отличается нестабильностью. Ей

свойственна чувствительность, раздражительность, острота реакций на внешние факторы. Женщине трудно справляться со своими эмоциями. Смена настроения обусловлена физиологическими и эмоциональными изменениями, происходящими в разные периоды беременности. Все это происходит индивидуально, одни совершенно меняются во время беременности, другие характерных изменений не претерпевают. Но в большинстве случаев психология беременной женщины меняется в разные периоды беременности. Данные изменения напрямую связаны с физиологическими изменениями, протекающими в организме женщины. С этой точки зрения выделяется три периода – триместра.

В первом триместре отмечается неуверенность, происходит адаптация. Чувства противоречивы – от счастья иметь ребенка до определенного страха от неизвестности будущего и необходимости решать определенные проблемы. Первый триместр характерен физическими недомоганиями – тошнотой, бессонницей, отсутствием аппетита и др. Поэтому этот период достаточно сложен для женщины. Подавленность может быть вызвана страхом перед неизвестностью. Женщина становится более впечатлительной, чувствует себя слабой физически и зависимой психологически. Она желает, чтобы ее окружили вниманием и заботой. В тоже время, женщина взрослеет. Такая двойственность чувств вызывает смену настроения, которая порой не понятна близким и окружающим.

Второй триместр – период равновесия. Женщина ощущает шевеление плода. Душевное состояние и чувства будущей матери не поддаются описанию словами. Практически все женщины, даже те, что скрывали до этого факт беременности, полностью отдаются радости будущего материнства, теперь они уверены в нем. Теперь существует физическая и эмоциональная взаимосвязь матери и ребенка. Она благоприятно влияет на организм беременной.

В третьем триместре мысли и интересы беременной сосредоточены на будущем материнстве и ребенке. Повседневная жизнь с ее событиями

становится менее значимой. Третий семестр характеризуется процессом погружения в ребенка. Иногда она может отстраниться даже от близких и любимых. Интеллектуально женщина тоже становится безразлична. Особенно это сказывается на работе тех, кто занят умственным трудом. Беременную в третьем семестре часто беспокоят сны, которые нередко являются кошмарами. Психологическая перестройка, связанная с беременностью, является нередко причиной галлюцинаций и тревог. К концу третьего триместра ребенок тяжелеет, подвижность женщины значительно снижается, наступает определенная усталость. Хочется, чтобы это все быстрее закончилось, даже если имеет место страх перед родами.

Как правило, женщина рада известию о беременности. Но на ее протяжении ей приходится пережить разные стрессы. Но любовь к будущему ребенку, стремление защитить его помогают женщине сознательно подавлять отрицательные эмоции. Будущие мамы часто разговаривают с еще не родившимся ребенком, объясняет ему некоторые вещи, успокаивает его. Эту информации ребенок получает на клеточном уровне, что позволит ему в будущем стать сильной личностью.

Выводы по первой главе

Основа психологической готовности женщины к материнству в период беременности – субъектно-объектная направленность в отношении к будущему ребенку. Многие исследователи отмечают прямую связь между эмоциональным состоянием матери, ее социальным статусом и психологической готовностью к материнству. Психологическая готовность к материнству обусловлена опытом общения и семейным опытом в раннем детстве, взаимодействием матери с будущим ребенком в период беременности, установкой женщины на определенную стратегию воспитания будущего ребенка.

Глава 2 Эмпирические исследования психологической готовности женщин к материнству в период беременности

2.1 Организация и методы исследования

При выборе методик необходимо учитывать предмет и объект исследования. Объект исследования – женщины в период беременности, а беременным женщинам присуща особая ранимость, уязвимость, чувствительность, как к внешним, так и внутренним мотивациям, нестабильностью эмоционального состояния. Подбирая психологический инструментарий, была учтена данная специфика и предъявлены следующие требования к методикам:

Анкета – опросник, состоящая из двух разделов. В первый раздел входят вопросы, связанные с социальным положением женщины (возраст, материальное и семейное положение, жилищные условия и.т.п) Во второй раздел вопросы, которые касаются беременности и ожиданий будущего ребенка. (Приложение А).

Тест отношений к беременности (И. В. Добрякова).

Тест отношений беременной разработал И. В. Добряков. И. В. Добряков при создании теста руководствовался концепцией гестационной доминанты. Определение гестационной доминанты введено И. А. Аршавским. Классификация психологической компоненты по И. В. Добрякову представлена в таблице 2 «Типы психологического компонента гестационной доминанты».

Таблица 2 – Типы психологического компонента гестационной доминанты

Тип доминанты	Состояние беременной женщины
Оптимальный	Женщина относится к беременности естественно, тревожность отсутствует. Беременная ведет здоровый и активный образ жизни, посещает курсы для беременных, ребенок желанный, семья полная.
Тревожный	Женщины повышенная тревожность. Беременная неспособна объяснить причины тревоги. Это связано либо с субъективной переоценкой существующих проблем, либо тревога оправдана, если женщина имеет заболевания, проблемы в семье, невысокое материальное состояние. Большинству таких женщин после родов присуща чрезмерная забота о ребенке.
Эйфорический	Беременная декларирует чрезмерную любовь к будущему ребенку, преувеличивает трудности и недомогания. В отдельных случаях, манипулирует беременностью с меркантильной целью. Такие беременные постоянно требуют от окружения выполнения капризов и повышенного внимания.
Игнорирующий	Беременная женщина не намерена менять свою жизнь, которая у нее была до наступления беременности. У молодых женщин – это учеба, активная социальная жизнь и развлечения, у зрелых – карьера. Данный тип беременных, как правило, не занимается своим здоровьем, не посещает врачей и курсы для беременных, порой, не находит времени вовремя встать на учет по беременности.
Депрессивный	У беременной женщины наблюдается резкое понижение настроения, возрастание страха перед предстоящими родами, обязанностями, связанными с заботами о ребенке. Женщина не готова принять изменения в своем теле, считает себя не красивой и не желанной. Если она сталкивается с непониманием ее поведения со стороны родных, то ее эмоциональное состояние ухудшается, депрессия усугубляется. Это состояние иногда может спровоцировать медицинский персонал. К этой группе относится часть беременных, которые в будущем могут отказаться от ребенка или эмоционально отвергнуть и жестоко обращаться с ребенком.

В тесте содержится три блока утверждений. В первом блоке отражается отношение женщины к себе, во втором – в отношении «мать – дитя», в третьем – отношения к беременной окружающим. Каждый блок состоит из трех разделов, раздел из пяти утверждений. (Приложение Б)

С помощью теста выявляются нервно – психические отклонения у беременных на начальных этапах, связанных в том числе и с своеобразием отношений в семье. По результатам тестирования врачи и психологи при необходимости, оказывая квалифицированную помощь, способствуют улучшению ситуации в семье в период беременности, снижению риска возникновения психических расстройств после родов.

Рисуночный тест Г. Г. Филипповой «Я и мой ребенок». (Приложение П). Этот тест в сочетании с вышеописанными методами имеет большую диагностическую ценность.

Исследование психологической готовности женщин к материнству в период беременности на базе Женской консультации №2 Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центральная городская больница г. Камышина». В обследовании приняли участие 46 женщин со сроком беременности от 12 до 36 недель.

2.2 Анализ результатов эмпирического исследования

Математико–статистический анализ проводился с помощью метода описательной статистики – среднего арифметического значения.

Результаты по анкете – опроснику представлены на рисунке 1.

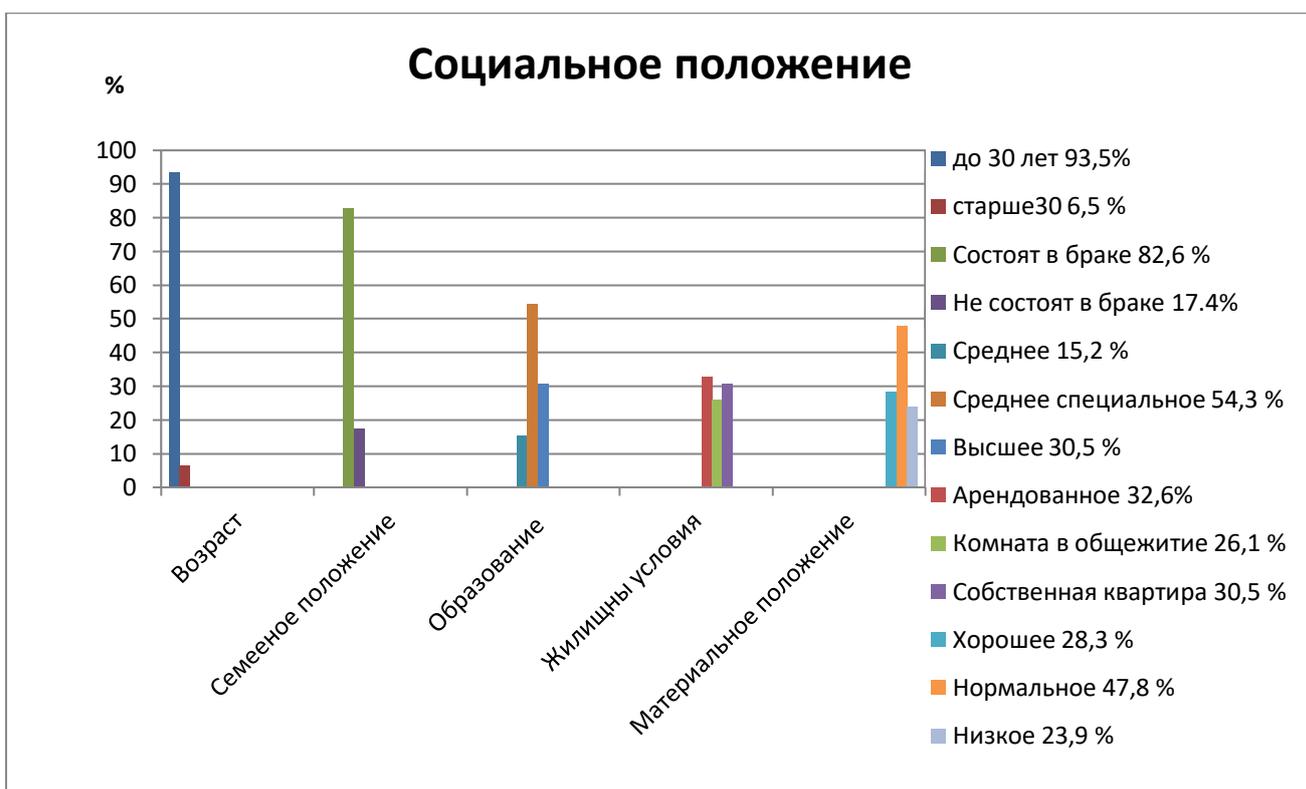


Рисунок 1 – Результаты анкеты-опросника в части социального положения беременных женщин, %

В опросе приняло участие женщин 46 беременных женщин в том числе:

а) возраст:

- 1) 93,5 % до 30 лет,
- 2) 6,5 % 30 лет и старше;

б) семейное положение:

- 3) 82,6 % состоят в браке,
- 4) 17,4 % не состоят в браке;

в) образование:

- 5) 15,2 % среднее образование,
- 6) 54,3 % среднее-специальное образование,
- 7) 30,5 % высшее образование;

г) жилищные условия:

- 8) 32,6 % арендованное жилье,

9) 26,1 % комната в общежитии,

10) 30,5 % собственная квартира или частный дом;

д) материальное положение:

11) 28,3 % хорошее,

12) 47,8 % среднее,

13) 23,9 % ниже среднего.

По второй части анкеты – опросника результаты представлены на рисунке 2.

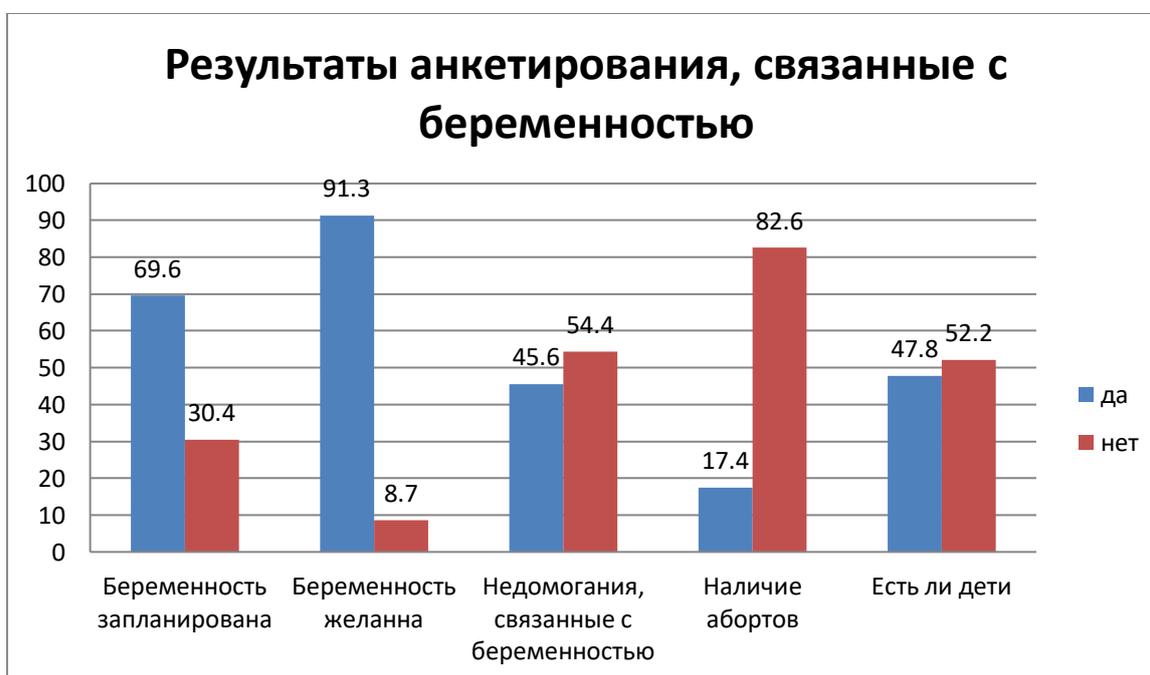


Рисунок 2 – Результаты анкетирования, связанные с беременностью, %

У 69,6 % респондентов беременность запланирована, у 91,3 % – желанна, 45,6 % – имеют недомогания, связанные с беременностью, 17,4 % – имеют в анамнезе аборт, 47,8 % – имеют детей.

Результаты теста отношения беременной И. В. Добрякова выявили в основном оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) беременных женщин. Остальных респондентов можно отнести к смешанному типу. Результаты представлены в таблице 3

Таблица 3 - Выбор типа ПКГД по респондентам по тесту отношений беременной, %

Отношения		Тип ПКГД			
		Оптимальный	Игнорирующий	Эйфорический	Тревожный
к себе беременной»	к беременности	60,5	2,9	36,6	0
	к образу жизни	68,1	8,8	0	23,1
	к родам	66,3	2,1	0	31,6
в системе «мать-дитя»	к себе	60,3	0	36,8	2,9
	к ребенку	55,4	0	20,7	23,9
	к грудному вскармливанию	70,3	0	14,5	15,2
к отношению окружающих	к мужу	44,8	6,7	43,2	5,3
	к близким	89,8	1,8	7,5	0,9
	к другим	36,4	14,5	43,2	5,9

Результаты показали, что отклонения от оптимального ПКГД складывается в основном по эйфорическому и тревожному ПКГД.

При оптимальном типе ПКГД беременная женщина ответственно и без особых поводов не тревожится по поводу своего состояния (60,9%), образа жизни и необходимости его изменения в данном периоде (67,4%), родов (65,2%). Невысокий процент составляют беременные с игнорирующим (гипогестогнозическим) типом ПКГД. Данная категория не настроена изменять свой жизненный ритм (8,8 %). Они работают, учатся, уделяют недостаточно времени на обследования в женской консультации и т.п. Интересное соотношение эйфорического (36,9 %) и тревожного типа, где тревогу за образ жизни высказали 23,9 % респондентов и 32,6 % отметили тревогу за роды. Наряду с этим, 67,4 % беременных утверждают, что внесли

изменение в образ жизни, существенного ограничили или отказались от алкоголя, перешли на «здоровое питание». Такие результаты можно объяснить тем, что в результате сложившегося общественного мнения и средств массовой информации, многие женщины считают, что в период беременности окружающие должны оказывать им повышенное внимание, выполнять все их прихоти. Но само протекание беременности и предстоящие роды вызывают ряд сложностей и опасений. Это отказ от привычных удовольствий и развлечений, сомнения в квалификации врачей и медицинского персонала, дискомфорт и болезненные ощущения. Информирование и психологическая помощь при такой ситуации может помочь скорректировать отношение женщины к беременности и родам, сформировать осознанную позицию к данному состоянию.

В отношениях «мать-дитя» гипогестогнозического (игнорирующего) типа ПКГД нет. Поэтому можно предполагать в данной группе респондентов потенциальное отсутствие гипопротекции, эмоционального отвержения, неразвитости родительских чувств при воспитании детей в семье в будущем. 58,7 % беременных оптимально относятся к себе «матери», 54,3 % - к ребенку, 69,6 % - к кормлению грудью. Таким образом, большинство респондентов осознают свою роль, как матери, по уходу, развитию и воспитанию будущего ребенка. Эйфорический тип ПКГД к себе «матери» продемонстрировали 39,1 % беременных, 21,8 % - к ребенку, 15,2% – к кормлению грудью. Возникшее эйфорическое отношение к себе как матери, свидетельствует о том, что женщины в данном случае до конца не осознали, как сильно изменится их жизнь после рождения ребенка. Невысокий % эйфорического отношения к ребенку, говорит о том, что беременные в основном осознают ответственность возможность возникновения трудностей по уходу за ребенком и его воспитания.

Обратный результат получен по тревожному ПКГД. 23,9 % беременных тревожатся по отношению к будущему ребенку. Меньшая часть (2,2%) по отношению к себе «матери».

В отношениях с окружающими прослеживаются особенности. В отношении к мужу практически равное число беременных показали оптимальное (45,5%) и эйфорическое (34,9%) ПКГД. Тревогу по поводу отношений с мужем выражают 8,7%, негативно относятся – 10,9 %.

Восприятие беременными отношений со стороны близких оптимально в 89,1%. Это связано со сложившимися традициями заботиться о беременной женщине, особенно это присуще старшему поколению. Требование к особому отношению близких выражают только 6,5%, тревожатся по этому поводу – 2,2 %, стремятся переложить значительную часть своих проблем и обязанностей на близких – 2,2 %.

Менее адекватное ПКГД респондентов к отношению незнакомых людей. Первое место занимает эйфорический тип – 43,5%. Это обусловлено в основном радостно – умилительным отношением к беременным со стороны окружающих, в том числе и посторонних. Гипогестогнозический тип присущ 15,2 % респондентов (планируют передать заботы о ребенке окружающим, в основном, няням). Тревожный тип показывают 4,3 % беременных, оптимальный – 37,0%.

Интерпретация рисуночного теста «Я и мой ребенок» проводилась с учетом формальных и содержательных признаков в соответствии с методикой проведения данного теста (Приложение В). По результатам рисуночного теста респонденты распределились на три группы:

- благоприятная ситуация,
- незначительные признаки тревожности,
- тревога и неуверенность в себе.

Рисунки, особенности которых, говорят о конфликтной ситуации материнства и неприятия будущего ребенка, в исследуемой группе отсутствует.

Результаты рисуночного теста «Я и мой ребенок» представлены на рисунке 3.

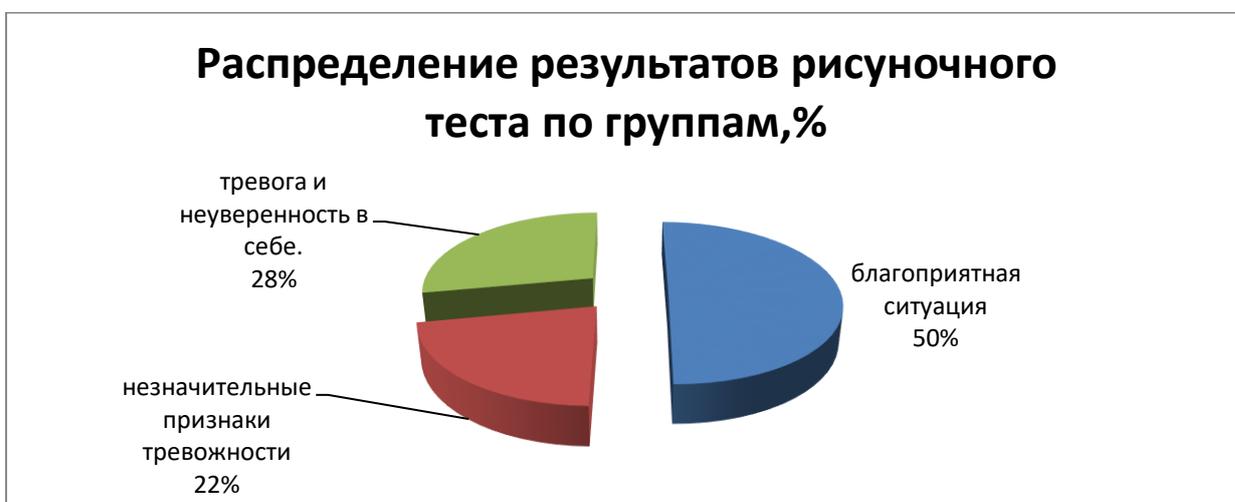


Рисунок 3– Результаты рисуночного теста «Я и мой ребенок», %

Проведено исследование показателей психологической готовности к материнству. Исследование проведено с помощью встроенного пакета обработки данных «Анализ данных» Excel. С помощью функции «корреляция» установлена степень взаимосвязи между типом ПКГД в отношении женщины к «себе беременной» к беременности. Эмпирические данные представлены в Приложение В. Средние статистические данных эмпирических исследований представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Средние статистических данных эмпирического исследования ПКГД в отношении женщины к «себе беременной» к беременности.

к беременности 1-оптимальный, 2 - игнорирующий, 3- эйфорический, 4 - тревожный	Возраст 1-до 30, 2- 30 и старше.	состоит в браке -1, нет -2	Образование среднее-1, специальное -2, высшее -3	Жилищные условия: собственное жилье -1, комната в общежитии - 2, арендованное жилье -3	Материальное положение: 1- ниже среднего, 2- среднее, 3- хорошее	Беременность запланирована 1-да, 2-нет	Беременность желанна 1-да, 2 - нет	Недомогания 1-да, 2-нет	Наличие абортов 1-да, 2-нет	Есть ли дети 1-да , 2-нет
1	1,1	1,0	2,3	2,3	1,7	1,0	1,0	1,7	1,9	1,4
2	1	2	1	3	3	2	2	1	2	2
3	1,06	1,41	1,94	1,71	2,35	1,71	1,18	1,35	1,65	1,65

Выходные данные проведенного анализа эмпирических данных отношении женщины к «себе беременной» к беременности представлены в приложение Г. Данные анализа показали статистически значимую, прямую умеренную связь между типом ПКГД к беременности и семейным положением ($r=0.53$, $p < 0,05$), планированием беременности ($r=0.71$, $p < 0,05$). Таким образом, в исследуемой группе оптимальный тип ПКГД в отношении к беременности формировался у замужних женщин, которые планировали текущую беременность.

Остальные факторы показали слабую статистическую связь или ее отсутствие.

Эмпирические данные ПКГД о отношении женщины «себе беременной» к образу жизни представлены в Приложении Д. Средние статистические данных эмпирических исследований представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Средние статистических данных эмпирического исследования ПКГД в отношении женщины к «себе беременной» к образу жизни

к образу жизни 1-оптимальный, 2 - игнорирующий, 3- эйфорический, 4 - тревожный	Возраст 1-до 30, 2- 30 и старше.	состоит в браке -1, нет -2	Образование среднее-1, специальное -2, высшее -3	Жилищные условия: собственное жилье -1, комната в общежитие - 2, арендованное жилье -3	Материальное положение: 1- ниже среднего, 2- среднее, 3- хорошее	Беременность запланирована 1-да, 2-нет	Беременность желанна 1-да, 2 - нет	Недомогания 1-да, 2-нет	Наличие аборт 1-да, 2-нет	Есть ли дети 1-да , 2-нет
1	1,1	1,1	2,2	2,2	1,9	1,2	1,0	1,5	1,9	1,5
2	1,0	1,0	2,3	2,8	1,5	1,0	1,0	1,8	2,0	1,5
4	1	1,4	2,0	1,6	2,2	1,6	1,3	1,5	1,6	1,7

Выходные данные проведенного анализа эмпирических данных в отношении женщины к «себе беременной» к образу жизни представлены в приложении Е.

Данные анализа показали, что между типом ПКГД к образу жизни исследуемыми факторами имеет место слабая статистическая связь или ее отсутствие. Таким образом, на отношение женщины к необходимости изменения образа жизни в связи с беременностью исследуемые факторы значительного влияния не оказывают.

Эмпирические данные ПКГД в отношении женщины «себе беременной» к родам представлены в Приложение Ж. Средние статистические данных эмпирических исследований представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Средние статистических данных эмпирического исследования ПКГД в отношении женщины к «себе беременной» к родам.

к родам 1-оптимальный, 2 -игнорирующий, 3-эйфорический, 4 - тревожный	Возраст 1-до 30, 2- 30 и старше.	состоит в браке -1, нет -2	Образование среднее-1, специальное -2, высшее -3	Жилищные условия: собственное жилье -1, комната в общежитие - 2, арендованное жилье -3	Материальное положение: 1 - ниже среднего, 2-среднее, 3- хорошее	Беременность запланирована 1-да, 2-нет	Беременность желанна 1-да, 2 - нет	Недомогания 1-да, 2-нет	Наличие аборт 1-да, 2-нет	Есть ли дети 1-да , 2-нет
1	1,1	1,1	2,4	2,0	1,7	1,2	1,0	1,7	1,8	1,4
2	1	1	2	3	1	1	1	2	2	2
4	1,0	1,3	1,7	2,2	2,5	1,5	1,2	1,3	1,8	1,8

Выходные данные представлены в Приложении 3.

Данные анализа показали статистически значимую, обратную, умеренную связь между типом ПКГД к родам и образованием ($r=- 0.52$, $p < 0,05$). Остальные факторы показали слабую статистическую связь или ее отсутствие. Таким образом, можно утверждать, что на оптимальное отношение к родам образование влияет отрицательно.

Средние статистические данных эмпирических исследований представлены в таблице 7.

Эмпирические данные ПКГД в системе «мать-дитя» в отношении женщины к «себе как матери» представлены в Приложении И. Средние статистические данных эмпирических исследований представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Средние статистические данных эмпирических исследований ПКГД в системе «мать-дитя» отношении женщины к «себе как матери».

	к себе «как матери» 1-оптимальный, 2 - игнорирующий, 3- эйфорический, 4 - тревожный	Возраст 1-до 30, 2- 30 и старше.	состоит в браке -1, нет -2	Образование среднее-1, специальное -2, высшее -3	Жилищные условия: собственное жилье -1, комната в общежитие - 2, арендованное жилье -3	Материальное положение: 1- ниже среднего, 2- среднее, 3- хорошее	Беременность запланирована 1-да, 2-нет	Беременность желанна 1-да, 2 - нет	Недомогания 1-да, 2-нет	Наличие аборт 1-да, 2-нет	Есть ли дети 1-да, 2-нет
1	1,1	1,1	2,3	2,1	1,9	1,3	1,0	1,6	1,8	1,4	
3	1	1,2	2,0	1,9	2,1	1,4	1,2	1,4	1,8	1,7	
4	1	2	3	1	1	2	1	2	2	1	

Выходные данные представлены в Приложении К.

Данные анализа показали, что между типом ПКГД к образу жизни исследуемыми факторами имеет место слабая статистическая связь или ее отсутствие. Таким образом, на формирование оптимального ПКГД у беременной женщины к себе «как матери» исследуемые факторы значительного влияния не имеют.

Эмпирические данные ПКГД в системе «мать-дитя» в отношении женщины к ребенку представлены в Приложении Л. Средние статистические данных эмпирических исследований представлены в таблице 8

Таблица 8 – Средние статистические данных эмпирических исследований в системе «мать-дитя» отношении женщины к ребенку.

	к ребенку 1-оптимальный, 2 - игнорирующий, 3- эйфорический, 4 - тревожный	Возраст 1-до 30, 2- 30 и старше.	состоит в браке -1, нет -2	Образование среднее-1, специальное -2, высшее -3	Жилищные условия: собственное жилье -1, комната в общежитие - 2, арендованное жилье -3	Материальное положение: 1- ниже среднего, 2- среднее, 3- хорошее	Беременность запланирована 1-да, 2-нет	Беременность желанна 1-да, 2 - нет	Недомогания 1 -да, 2-нет	Наличие аборт 1-да, 2-нет	Есть ли дети 1-да, 2-нет
1	1,1	1,2	2,3	2,1	1,8	1,2	1,0	1,6	1,8	1,4	
3	1,1	1,1	2,2	2,1	1,9	1,3	1,0	1,6	1,8	1,4	
4	1,0	1,3	1,9	2,0	2,0	1,4	1,3	1,5	1,8	1,8	

Выходные данные представлены в Приложении М.

Данные анализа показали, что между типом ПКГД к ребенку исследуемыми факторами имеет место слабая статистическая связь или ее отсутствие. Таким образом, на формирование оптимального ПКГД у беременной женщины к будущему ребенку исследуемые факторы значительного влияния не имеют.

Эмпирические данные ПКГД к отношению к мужу представлены в Приложении Н. Средние статистические данных эмпирических исследований представлены в таблице 9

Таблица 9 – Средние статистические данных эмпирических исследований к отношению мужа к отношению женщины к отношению мужа.

к отношению мужа 1-оптимальный, 2 - игнорирующий, 3- эйфорический, 4 - тревожный	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Возраст 1-до 30, 2- 30 и старше.	1,1	1,0	2,3	2,3	1,7	1,1	1,0	1,7	1,9	1,4		
состоит в браке -1, нет -2	1	1,2	2,2	2,4	2,2	1,2	1	1,6	2	1,6		
Образование среднее-1, специальное -2, высшее -3	1,0	1,3	2,0	1,7	2,4	1,6	1,1	1,4	1,8	1,6		
Жилищные условия: собственное жилье -1, комната в общежитие - 2, арендованное жилье -3	1,3	1,5	2,0	2,3	1,5	1,5	1,3	1,3	1,5	1,8		
Материальное положение: 1- ниже среднего, 2- среднее, 3- хорошее												
Беременность запланирована 1-да, 2-нет												
Беременность желанна 1-да, 2 - нет												
Недомогания 1 -да, 2-нет												
Наличие аборт 1-да, 2-нет												
Есть ли дети 1-да, 2-нет												

Выходные данные представлены в Приложении О.

Данные анализа показали, что между типом ПКГД к отношению мужа и исследуемыми факторами имеет место слабая статистическая связь или ее отсутствие. Таким образом, на формирование оптимального ПКГД у беременной женщины к отношению мужа исследуемые факторы значительного влияния не имеют.

2.3 Рекомендации по работе с беременными женщинами

2.3.1 Психологическое консультирование беременных женщин в женской консультации

Психолог в женской консультации осуществляет консультирование гинекологических больных, в том числе женщин с проблемами репродукции, беременных женщин, женщин, получивших направление на аборт.

Особая роль отводится консультированию женщин, стоящих перед репродуктивным выбором. Женщины, идущие на прерывание беременности, как правило, попадают к психологу на консультацию по направлению врача, а не добровольно. Зная, что аборт – это аморальный поступок, думают, что психолог предполагают негативную оценку психолога. Очень часто клиентки настроены агрессивно, явно выражают нежелание обсуждать сложившуюся проблему. Поэтому первоочередная задача психолога – это преодолеть недоверие и настороженность женщины. Этому будет способствовать демонстрация позитивного отношения к клиентке, доброжелательный тон беседы.

Доабортное консультирование можно разделить на этапов.

Начало беседы.

Знакомство с клиенткой. Вначале лучше задать вопросы, касающиеся анкетных данных (возраст, семейное положение, информация о детях, срок беременности). Это может помочь одновременно собрать информацию о социальном положении женщины и позволит клиентке успокоиться и настроится на работу с психологом.

Если в начале беседы внутреннее сопротивление женщины не преодолено, то дальнейшая работа с ней вряд ли будет эффективна.

В начале консультации психологу целесообразна пассивная позиция. Основным приемом при этом является активное слушание. На данном этапе необходимо уяснить видение проблемы клиенткой. Уточняющие вопросы так же помогут выявить определенные аспекты проблемы и выработать тактику

дальнейшей работы.

Середина консультативной беседы.

На данном этапе консультант переходит к аргументации. Помимо активного слушания и уточняющих вопросов, применяется интерпретация чувств, конфронтация и т.д. Важно, чтобы аргументы не были прямолинейными (вы поступаете не правильно). Задача психолога обозначить причину, которая толкает женщину на аборт.

Завершение беседы.

Психологическая практика показывает, что самое важное клиенты озвучивают в конце консультации. Поэтому полезны будут вопросы: «Мы с Вами не упустили чего-либо важного для принятия решения?», «Как ваше самочувствие?».

При выборе приемов консультирования женщин, стоящих перед репродуктивным выбором, очень важно учитывать их психологическое состояние.

В момент известия о незапланированной беременности или каких-либо осложнениях при беременности желанной женщиной может растеряться. Иногда чувство растерянности находится на уровне шока. В данной ситуации женщина принимает решение прервать беременность либо, действуя по «подсказке» близкого человека, либо импульсивно принимает это решение самостоятельно. И в первом, и во втором случае это скорее реакция на шок, чем обдуманно принятое решение. В данной ситуации необходимо успокоить клиентку, посочувствовать ей. Совместно найти объяснение ее состоянию и способ решения проблемы, когда она перестанет казаться страшной. Следует исключить вопросы о прерывании беременности, стараться не применять слова «аборт» и «прерывание».

При наступлении незапланированной беременности, в сознание женщины присутствуют два возможных пути аборт/роды. Даже если женщина склоняется к прерыванию беременности и утверждает, что она все решила, в душе все-таки колеблется. Это вызывает внутренний конфликт,

причиняющий страдания женщине. Амбивалентность выражается в разной степени. Это могут быть прямые сообщения о затруднениях в принятии решений, рассуждения плюсах и минусах одного и другого варианта, непосредственное обращение к специалистам за советом, эмоциональная напряженность «глаза на мокром месте». В данной ситуации следует задать вопрос: «Есть ли у вас хоть малейшие сомнения по поводу аборта?» Необходимо дать возможность женщине более подробно высказать свои сомнения. После этого следует, руководствуясь научными данными и клиническим опытом, подтвердить или опровергнуть, что из всего ею озвученного может произойти реально. При помощи специалиста женщина должна прочувствовать и принять взвешенное решение, что для нее лучше для дальнейшей жизни, а не легче в данной ситуации. В ситуации амбивалентности ни в коем случае нельзя игнорировать какие – либо колебания, говорить общие фразы «все будет хорошо...», «все будет в порядке...». Подобные реплики способны загнать сомнения женщины внутрь, а в последствие привести к психологическому неблагополучию.

Зачастую женщину беспокоят страхи и тревога. Опасения, основанные на реальных проблемах, сильно преувеличены. Женщина не может рассуждать адекватно. Страхи не позволяют ей здраво оценивать ситуацию, сложности видятся непреодолимыми, а свои силы недооценены. Если психолог сможет помочь клиентке справиться с паникой и изменить свое решение, то в будущем такие женщины описывают свое решение прервать беременность как временное помешательство. В данной ситуации нужно донести до женщины, что она находится в состоянии тревоги и ей не следует принимать окончательного решения в таком состоянии. Признавая естественность и уместность ее переживаний, предположить, что она недооценивает свои силы. Можно посоветовать отдых, занятие чем – нибудь интересным, а после этого вернуться к проблеме и решить, насколько ее страхи обоснованы и серьезны.

В данной ситуации не следует торопить женщину принять

окончательное решение. Не допустимо, в беседе соглашаться со страхами кризисной беременной «да, конечно это так», предлагать ситуации, которые могут спровоцировать дополнительные страхи.

Беременность, которая наступила неожиданно при сложных жизненных обстоятельствах, является тяжелым эмоциональным состоянием. Решение прервать беременность дается трудно. Настроение подавлено, представлено эмоциями депрессивной направленности: тоской, печалью, растерянностью, тревожностью. Женщина может жаловаться на апатию, чувство усталости, упадок сил, отсутствие интереса к любимым занятиям. Могут присутствовать соматические признаки депрессии: нарушен сон и аппетит, другие болезненные ощущения. В данной ситуации психолог должен разобраться, связано это непосредственно с беременностью или обусловлено субдепрессивным состоянием. Подавленность не позволяет женщине оценить свои реальные силы. Подавленность – это транзиторное расстройство, которое со временем пройдет. Необходимо проинформировать женщину, что данного рода депрессивные реакции могут возникнуть, как на фоне тяжелых событий (смерть родных, развод, потеря работы), так и радостных (свадьба, новоселье, повышение по работе). Депрессия в данном случае будет являться защитной реакцией торможения, дающего возможность адаптации к новым условиям. Женщине нужно донести, что подавленность в данной ситуации это «не желание иметь ребенка», а реакция на событие, которое значимо в ее жизни. В данной ситуации консультанту нельзя отзываться о переживаниях беременной в пренебрежительном тоне, легкомысленно относиться к ним. Ни в коем случае недопустимо моральное давление, формирование чувства вины, актуализация страхов.

В состоянии отрицания (психологической защиты) женщина не воспринимает неприятную для нее информацию. Она уже «все решила» и не хочет ничего слышать о возможных последствиях процедуры прерывания беременности, как для ее физического здоровья, так и психического. Отрицание – это психологическая защита, когда до сознания не доводится

отрицательная информация. Логика такова «ничего плохого не случится, если об этом ни думать, ни знать». Женщина боится передумать, поэтому не допускает до сознания какие-либо весомые аргументы. Консультация женщины с отрицанием должна вестись гибко, осторожно. Можно проговорить момент, что у психолога нет намерений отговорить ее от аборта, а только выполнить свои профессиональные обязанности в соответствии с действующим законодательством и довести до нее информацию о возможных последствиях данной процедуры. В данной ситуации нельзя предъявлять информацию в шокирующей форме. Конфронтация с отрицанием женщины может привести к невозможности эмоционального контакта. Если удастся установить доверительный контакт, то отрицание может ослабевать.

Работа с женщинами по причине прерывания беременности имеет следующие направления:

- выявление причин аборта и работа с ними;
- работа по повышению осознанности ситуации;
- стремление пробудить материнские чувства;
- обсуждать экзистенциальные вопросы.

Каждая женщина и ее ситуация уникальна. Универсальной схемы проведения беседы не существует.

Работа с причинами, побуждающими женщину к прерыванию беременности представлены в таблице 10.

Таблица 10 - Причины аборт и рекомендации по работе с ними.

Причина	Представление женщины	Рекомендации психологу
Возраст	Слишком «молода», слишком «стара»	Сообщить женщине, что если она смогла зачать, осложнения беременности отсутствуют, самочувствие хорошее, то организм женщины готов к рождению здорового ребенка и возраст здесь значения не имеет. Обозначить плюсы рождения ребенка в любом возрасте.
Первая беременность, страх родов	У женщины возникают мысли, что она не готова к материнству, что еще рано, она будет плохой матерью.	Следует сообщить женщине, что ее мысли не связаны с ее возрастом, такие прогнозы редко сбываются. Напротив, волнения женщины связаны с ответственностью за будущее ребенка, а значит, она будет заботливой и любящей мамой. Можно посоветовать специальную литературу о процессе родов, уходу за ребенком или интернет сайты.
Незапланированная беременность	При случайной беременности женщина растеряна, может испытывать стыд, досаду. Беременность потребует значительных изменений в жизненном укладе, она к этому не готова. Может присутствовать паника и тревога, возникает желание отложить рождение ребенка до лучших времен.	Пояснить женщине, что многие чувствуют себя также в аналогичной ситуации. Подробно обсудить жизненную ситуацию, разобраться есть ли в ее жизни действительные непреодолимые препятствия к рождению ребенка. Целенаправленно довести до сознания женщины разницу между «потерять» и «отложить». Решить вопрос, насколько страшно для нее отложить реализацию планов на 2-3 года.
Наличие в анамнезе тяжелой беременности и родов	Женщина боится, что ситуация с текущей беременностью повторится.	Нужно дать возможность рассказать о пережитом. Дать понять что, прошлая беременность уже пережита, а настоящая может протекать по другому. Посоветовать пройти полное медицинское обследование, найти врача, которому она могла бы полностью довериться. От первой беременности у нее есть ребенок, которого она любит. Боль пройдет, а ребенок будет жить и приносить радость.

2.3.2. Разработка программы психологического просвещения

Женщина, выносившая и родившая ребенка, не всегда становится матерью. После рождения первого ребенка, женщину ждут серьезные испытания. Новая социальная роль должна быть принята женщиной. Для этого требуется определенная подготовка. Женщине, особенно при первой беременности, придется многому научиться (воспитание ребенка, уход за ребенком и т.п.).

Психологическая подготовка женщины в период беременности на сегодня недостаточно проработана. В связи с этим в рамках текущей практики была разработана программа психологического просвещения «Я – будущая мама».

Программа включает:

- развитие материнских компетенций,
- повышение психологической грамотности,
- обучение приемам эмоционального взаимодействия с будущим ребенком.

Цель программы - сформировать осознанное и позитивное восприятие материнства.

Задачи программы:

- формирование у женщины понятия о себе – матери;
- воспитание чувства материнства, формирование духовной связи матери с будущим ребенком;
- популяризация здорового образа жизни;
- повышение культурного уровня беременной женщины;
- развитие эмоционального контроля, психической саморегуляции;

Целевая группа: беременные женщины. Состав группы 5-6 человек.

Длительность занятий 2,5 месяца. Программа включает 10 занятий по 1 часу – один раз в неделю.

Ожидаемые результаты. Программа обеспечит эффективное влияние на

психологическую готовность беременных женщин к материнству, особенно женщин, которые не готовы принять ребенка и собираются оставить его в роддоме. Итог работы – положительное отношение к беременности, повышение психологической готовности к материнству, формирование компетентности по вопросам здорового образа жизни.

Содержание программы. Программа состоит из групповых занятий, индивидуальных консультаций, которая включает в себя ряд психотерапевтических методов. Групповая форма предполагает взаимодействие с другими беременными, похожими и не похожими своими эмоциями. Работа в группе дает возможность обсуждения и проработки проблемы женщины, вопросы, которые ее интересуют. Занятие состоит из:

- лекции или беседы,
- практические, два - три упражнения;
- упражнения на эмоциональную расслабленность.

Занятие делится:

- первая часть (25 минут),
- перерыв (10 минут),
- практическая часть (25 минут).

По окончании проводится релаксация.

Теоретическая часть состоит из организационных упражнений, настраиваемых женщин на работу (5 минут), предоставления тематической информации (10 минут).

Практическая часть состоит из практической работы (15 минут), рефлексии и релаксации (10 минут).

В начале занятия обсуждаются эмоциональное состояние, настрой на работу, пожелания и просьбы. В конце занятия обсуждается впечатление от упражнений, чувств, которые они вызывают, пожелания на следующее занятие.

Работа в группе проводится в виде тематических бесед, аутогенных тренировок, телесно-ориентированной терапии, арт-терапии, ролевых игр,

визуализации, голосовых упражнений, дыхательной гимнастики. На всех занятиях проводится ароматерапия, звучит расслабляющая музыка.

Тематическое планирование представлено в таблице 11

Таблица 11- Тематическое планирование.

Занятие	Тема занятия	Содержание занятия
1	«Страна материнства»	Первое занятие посвящено организационным моментам. Психолог и члены группы знакомятся, обсуждают правила группы, ожидания от занятий. Проводится тестирование. Используется слайдовая презентация, музыка и ароматерапии.
2	«Река беременности»	Психологические особенности женщин в период беременности.
3	«Новая жизнь»	Развитие ребенка в утробе матери, психологические особенности этого развития.
4	«Мама, я уже здесь»	Психологические особенности языка прикосновений, грудного вскармливания.
5	«Я жду своего малыша»	Слушаем сказки, потешки. Поем колыбельные и детские песенки. Раздаточный материал женщины уносят с собой
6	«Восстановление. Этапы,	Основные моменты перинатальной психологии. Психологические особенности подготовки к родам, во время родов, после родов.
7	«Материнско-младенческие отношения»	Психологические аспекты и важность грудного вскармливания.
8	«Материнско-младенческие отношения»	Уход за новорожденным. Режим дня.
9	«Чему мы научились»	Проведение анкетирования, тестирование.
10	«Прощание»	Итоги. Релаксация.

2.3.3 Разработка коррекционно-развивающей программы снижения и устранения тревожности у женщин в период беременности

Беременность – это сложный этап в жизни любой женщины, сопровождающийся часто повышенной тревожностью. Женщине чувствует неуверенность и бессилие. Тревожность неблагоприятно влияет на протекание беременности, может вызвать физиологические и

психосоциальные изменения.

Результаты теста отношения беременной И. В. Добрякова выявили в ряде случаев тревожный тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). Тревогу за образ жизни высказали 23,91 % респондентов и 32,6 % отметили тревогу за роды, 23,9 % беременных тревожатся по отношению к будущему ребенку.

Психокоррекционная программа тревожного типа переживания беременности.

Цель программы: Снижение тревожности, формирование положительного эмоционального состояния.

Задачи программы:

- выработка сознательного отношения к беременности;
- снижение тревожности по отношению к родам, как естественного физиологического процесса;
- повышение уверенности женщины по отношению к ее способности правильного ухода за будущим ребенком;
- повышение самооценки;
- нормализация эмоционального состояния;

Закрепление положительных коммуникативных моделей поведения.

Ожидаемые результаты: В процессе реализации программы женщина сможет нормализовать свое эмоциональное состояние, повысить самооценку и уверенность в себе, и в итоге снизится.

Коррекционная программа включает 5 этапов.

Первый этап – Диагностика..(одно занятие)

Во время первой встречи определяется стиль переживания, особенности тревожного стиля. Используются методики:

- рисуночный тест «Я и мой ребенок (Приложение В);
- тест отношений беременной И.В. Добрякова (Приложение Б).

Второй этап. Информационно - организационный(одно занятие).

Во время второй встречи до женщин доводится информация о

результатах диагностики их эмоционального состояния. Формируется группа из 3-4 пар, в которых у беременных женщин выявлен тревожный стиль переживания.

Третий этап.- Практический. (четыре занятия).

На этом этапе проводится основная коррекционная работа, которая призвана сформировать положительный эмоциональный фон, снизить тревожность беременной.

На первом занятии работа ведется по устранению страхов осложнений беременности, которые могут оказать влияние на здоровье еще не рожденного ребенка. На данном занятии формируется сознательное отношение беременных к своему положению. Проводится лекция о перинатальном развитии плода, факторах влияющих на перинатальное развитие (заболевание матери, лекарственные препараты, алкоголь, никотин). Даются рекомендации по питанию и образу жизни в период беременности. Лекция сопровождается видеоматериалами. К лекции могут привлекаться медицинские работники. По окончании занятия раздаются брошюры по теме занятия.

На втором и третьем занятии работа ведется по устранению страха перед родами (боль, беспомощность, не возможность контролировать свое тело). На данных занятиях формируется у женщин представление о родах, как физиологическом процессе. Женщины учатся правильному поведению во время родов.

На втором занятии проводится лекция о процессе родов и его стадиях, методах преодоления боли, возникающей во время родов. Лекция сопровождается видеоматериалами. К проведению лекции могут привлекаться медицинские работники. После лекции предлагаются упражнения, при выполнении которых женщина учится овладевать техникой дыхания, принять и овладеть своим телом, развить доверие и взаимопонимание с партнером, который находится с рядом с женщиной в период беременности, а вероятно и во время родов.

Первое упражнение - Глас в пустыню (пять минут).

Упражнение проводится с целью развития умения владеть своим телом, формирования навыков невербальной коммуникации. Группа становится в круг. Участники группы по очереди выходят в центр и пытаются о чем – либо попросить, обращаясь к одному из участников (чтобы освободили место, помогли сесть в машину и т.п.). Далее обсуждаются полученные впечатления о полученном опыте, что способствовало, а что препятствовало возникновению взаимопонимания. Высказывается каждый участник.

Второе упражнение - Полное дыхание (пять минут).

В процессе выполнения упражнения формируются навыки правильной техники дыхания.

Порядок выполнения: Вдох через нос (две секунды), сначала живот выпячивается, потом поднимается грудная клетка. Вдох переходит в выдох без паузы. Выдох – две – три секунды. В ходе выполнения упражнений необходимо контролировать состояние беременных, не допускать возникновения головокружения.

Третье упражнение - Подсчет дыхания (пять минут)

В процессе выполнения упражнения формируются навыки правильной техники дыхания.

Порядок выполнения: Вдох через нос (две секунды), сначала живот выпячивается, потом поднимается грудная клетка. Пауза – одна секунда. Выдох. В ходе выполнения упражнений необходимо контролировать состояние беременных, не допускать возникновения головокружения.

Четвертое упражнение - Разговор больших пальцев (пять минут).

Упражнение способствует развитию взаимопонимания между партнерами. Партнеры пытаются вести «разговор» посредством больших пальцев рук. В это время они могут погладить, нежно обнять партнера и т.п. Им предлагается провести разговор на какую-либо тему или обмен информацией. Примерно через одну минуту партнеры выясняют, как они

поняли друг друга. Далее обсуждаются полученные впечатления о полученном опыте, что способствовало, а что препятствовало возникновению взаимопонимания.

Пятое упражнение – Зеркало(десять минут).

В процессе выполнения упражнения формируется навык владения своим телом, а именно выражением лица. Члены группы, глядя в зеркало, меняют выражение лица. В этот момент, предлагается зафиксировать при каком выражении они нравятся себе, а при каком - нет. Далее, глядя в зеркало, они должны показать себя в роли мудрых и чутких родителей. Ведущий озвучивает ситуацию (ребенок все время плачет, капризничает, хочет на руки, описался в неподходящей ситуации, сказал первое слово, получил оценку «отлично»), а будущие родители фиксируют выражение лица по озвученной ситуации.

На третьем занятии, как и на втором, предлагаются упражнения , при выполнении которых женщина учится овладевать техникой дыхания, принять и овладеть своим телом, развить доверие и взаимопонимание с партнером, техникой релаксации.

Первое упражнение – Скульптура (Десять минут).

Целью данного упражнения является сплочение группы, приобретение навыков владения своим телом, невербальной коммуникацией. Члены группы встают в круг. Участники по очереди выходят в середину круга и замирает. Пантомима должна выражать определенную психологическую сущность. Остальные пытаются отгадать, что означает «психологическая скульптура».

Второе упражнение – Азбука тела (десять минут).

В ходе выполнения упражнения развиваются навыки управления своим телом, расслабления. Приобретается удобная поза, голова висит, мышцы шеи не напряжены. Дыхание спокойное, брюшное, вдох удлиненный. Мышцы расслабляются в следующем порядке: лица, лба, (веки опущены, язык приложен к верхним зубам), нижней челюсти, шеи, затылка, верхних

конечностей, нижних конечностей. В конце упражнения – выход из состояния упражнения.

Третье упражнение – Сиамские близнецы (десять минут).

Упражнение развивает взаимопонимание между партнерами. Партнеры по желанию решают, кто будет отвечать за другого. Члены группы задают вопросы одному, а отвечает на них партнер, так как будто отвечает тот, кому адресован вопрос. Тот, кому задаются вопросы, мысленно отмечает совпадения или ошибки партнера. Вопросы задаются любые, но предпочтительно о трудностях воспитания будущего ребенка, аспектов отцовства и материнства и т.п. Вопросы должны иметь вид незаконченных предложений: «Если ребенок будет капризничать ...», «Если мне придется выйти на работу...» и т.п. Обсуждение результатов начинается с партнера, который молчал. Он отмечает качественные совпадения и поразившие его ошибки. Далее своими впечатлениями делится отвечающая сторона (какие вопросы были легкие, а какие вызвали затруднение и почему). Далее обсуждаются впечатления и ожидания членов группы, которые задавали вопросы.

Четвертое упражнение – Внутреннее зеркало (десять минут).

В процессе выполнения упражнения формируются навыки снятия эмоционального напряжения, раздражения, гнева методами дыхания.

Порядок выполнения упражнения: глубокий вдох, задержка дыхания на десять секунд, резкий выдох. Данное дыхательное упражнение лучше сочетать с мышечным напряжением и расслаблением. При вдохе – сжать кулаки, напрячь мышцы рук и ног. После выдоха расслабить мышцы, сделать легкие движения руками, имитирующие сбрасывание усталости. Выполняя упражнение необходимо не забывать о своем выражении лица. «Внутреннее зеркало» поможет избавиться от мышечных зажимов лица. После вдоха можно провести слегка рукой по лицу, образно снимая тревогу и раздражение. В конце упражнения – улыбнуться.

Пятое упражнение – Релаксация (десять минут).

Для выполнения этого упражнения необходимо занять удобное положение. Положить левую ладонь на пупок, правую ладонь на левую. Закрыв глаза, нужно подумать о том бесценном, находящемся внутри. Далее необходимо представить дорогой сосуд, который находится под ладонями. Вдох. Вдыхая, представить, что воздух заполняет этот уникальный сосуд. Руки при этом будут подниматься. Волнообразное движение, которое началось в районе живота, перетекает в среднюю и верхнюю части грудной клетки. Вдох продолжается две секунды. Задержать дыхание на две секунды, мысленно повторяя «Мне спокойно. Мое тело расслаблено». Медленный выдох (четыре – пять секунд), сосуд освобождается от воздуха. Продолжается повторение приведенных фраз. После усвоения техники женщиной, партнер, сидя сзади и обнимая партнершу за живот, повторяет упражнение.

На четвертом занятии работа направлена на устранение страхов по отношению к ребенку, повышение уверенности беременной, что она станет хорошей матерью.

На данное занятие проводится при участии неонатологов. Женщины узнают правила ухода за новорожденными, грудного вскармливания, купания, режима дня и т.п.

На четвертом этапе определяется эффективность коррекционной работы, контроль динамики изменений в эмоциональном состоянии беременных. На этом этапе, как и на первом, для диагностики используются:

- рисуночный тест «Я и мой ребенок»;
- тест отношений беременной И. В. Добрякова.

Совместно с психологом проводится сравнение рисунков первого и четвертого этапов, отмечается изменения:

- используемые цвета,
- фигуры матери и ребенка,
- дистанцирование,
- телесный контакт,

– дополнительные предметы и другие люди.

Коррекционную работу можно считать эффективной, если на контрольном этапе по полученным рисункам прослеживается «Благоприятная ситуация» и выявлен оптимальный тип ПКГД по корректируемым аспектам.

В случае, если у беременной женщины эмоциональное состояние не изменилось или снижение тревожности незначительно, следует проводить индивидуальную работу на следующем этапе коррекционной работы.

Пятый этап (пролонгированность работы коррекции тревожного ПКГД) призван поддержать эффект коррекционной работы. На этом этапе проводятся телесно – ориентированные упражнения, индивидуальные консультации, групповые беседы. Занятия проводятся с частотой и продолжительностью, как и на предыдущем этапе. Продолжительность этапа один – два месяца. Обязательное присутствие партнера на этом этапе не требуется.

Выводы по второй главе

В ходе настоящего исследования психологической готовности к материнству в период беременности выявлено, что только 13,0 % имеют оптимальный тип ПКГД по всем позициям. Это женщины, которые принимают беременность и роды, считают их естественным периодом в своей жизни, склонны изменить свой образ жизни, понимают аспекты общения с ребенком, ухода за ним и его развития, адекватно воспринимает отношение мужа, родных и других окружающих.

У 84,8% респондентов оптимальный тип ПКГД сочетается с эйфорическим и тревожным типами. Данная группа женщин характеризуется эйфорическим отношением к беременности, к себе «как матери», к отношению близкого окружения. В тоже время, отношение к будущему ребенку, беременности и родам, образу жизни отмечено, как тревожное.

2,2% женщин продемонстрировали игнорирующий тип ПКГД в сочетании с тревожным.

Таким образом, у 87 % беременных в исследуемой группе отмечается средний и низкий уровень готовности к материнству. В связи с этим, психологом в работе с беременными женщинами должны решаться образовательные, развивающие и психокоррекционные задачи.

Кроме того, корреляционный анализ не выявил не одного доминирующего фактора на формирование оптимального типа ПКГД. Развитие психологической готовности к материнству индивидуально для каждой женщины, на него влияют множество факторов и условий социального плана, физического и психического здоровья.

Беременность – это сложный этап в жизни любой женщины, сопровождающийся часто повышенной тревожностью. Женщине чувствует неуверенность и бессилие. Тревожность неблагоприятно влияет на протекание беременности, может вызвать физиологические и психосоциальные изменения. По результатам теоретический и практических исследований были сформированы программа просвещения и психокоррекционная программа снижения тревожности женщины в период беременности.

Выдвинутая гипотеза подтвердилась частично. На принятие беременности и желание родить ребенка оказывает умеренное влияние семейное положение женщины и факт планирования беременности. Между оптимальным отношением к родам и образованием установлена умеренная обратная связь.

Заключение

Политика Российской Федерации в области демографии, направленная на повышении рождаемости, делает актуальными исследования в области материнства. В данной работе изучена проблема психологической готовности к материнству женщин в период беременности.

Для исследования указанной проблемы были использованы:

- анкета – опросник,
- тест отношений к беременности (И. В. Добрякова),
- рисуночный тест Г. Г. Филипповой «Я и мой ребенок».

В ходе настоящего исследования психологической готовности к материнству в период беременности выявлено, что только 13,0% имеют оптимальный тип ПКГД по всем позициям. Это женщины, которые принимают беременность и роды, считают их естественным периодом в своей жизни, склонны изменить свой образ жизни, понимают аспекты общения с ребенком, ухода за ним и его развития, адекватно воспринимает отношение мужа, родных и других окружающих.

У 84,8% респондентов оптимальный тип ПКГД сочетается с эйфорическим и тревожным типами. Данная группа женщин характеризуется эйфорическим отношением к беременности, к себе «как матери», к отношению близкого окружения. В тоже время, отношение к будущему ребенку, беременности и родам, образу жизни отмечено, как тревожное.

Таким образом, у 87% беременных в исследуемой группе отмечается средний и низкий уровень готовности к материнству.

Корреляционный анализ не выявил не одного доминирующего фактора на формирование оптимального типа ПКГД. Развитие психологической готовности к материнству индивидуально для каждой женщины, на него влияют множество факторов и условий социального плана, физического и психического здоровья и т.п.

Список используемой литературы

- 1.Александрова Ю. В. Психологическая помощь в преодолении семейных проблем. М. : Совр.Гум. Университет, 2000.
- 2.Баженова О. В., Баз Л. Л. , Копыл О. А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий риска для будущего развития ребенка // Синапс. 1994. №5.
- 3.Вилюнас В. К. Психологические механизмы мотивации человека. М. : МГУ, 1990.
- 4.Воронова А. А. Материнство и самоактуализация современной женщины // Вестник психологии образования. 2008. №3.
- 5.Воронова А. А. Сравнительный анализ родительских отношений у незамужних и замужних матерей // Известия Российского государственного университета им. А. И. Герцена. 2008. №76-2.
- 6.Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации [Текст].// Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. 2019.
- 7.Грицай Л. А. Кризис традиционного материнства в России: социально – психологический аспект [Электронный ресурс]./ Л. А. Грицай. URL <https://psyjournal.ru/articles/krizis-tradicionnogo-materinstva-v-sovremennoy-rossii-socialno-psihologicheskij-aspekt>.
- 8.Гурьянова Т. А. Развитие психологической готовности к материнству на стадии планирования беременности, во время беременности и после родов [Электронный ресурс]./ Т. А. Гурьянова. URL: <http://www.dslib.net/obwaja-psixologia/razvitie-psihologicheskoy-gotovnosti-k-materinstvu-na-stadii-planirovaniya.html>.
- 9.Демина А. С. Психологическая готовность к материнству в период ранней взрослости [Электронный ресурс] / А. С. Демина. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-gotovnost-k-materinstvu-v-period-ranney-vzroslosti/viewer>.

10.Добряков Е. С. Перинатальная психология [Электронный ресурс]/
Е. С. Добряков. URL http://elibrary.bsu.edu.az/files/books_163/N_110.pdf.

11.Жуков В. Ф. Психолого-педагогический анализ категории
«Психологическая готовность» [Электронный ресурс] / А.В. Жуков. URL:
<https://cyberleninka.ru/article/n/psihologo-pedagogicheskiy-analiz-kategorii-psihologicheskaya-gotovnost>.

12.Иванкина В. В. Формирование у студенток психологической
готовности к материнству [Электронный ресурс] / В.В. Иванкина.
URL:<http://www.dslib.net/psixologia-vozrasta/formirovanie-u-studentok-psihologicheskoy-gotovnosti-k-materinstvu.html>.

13.Исупова О. Г. Социальный смысл материнства в современной
России: [Электронный ресурс] / О. Г. Исупова. URL :
<ahttp://ecsocman.hse.ru/data/597/180/1217/011.ISSOUPOVA.pdf>.

14.Карабанова О. А. Психология семейных отношений и основы
семейного консультирования [Электронный ресурс] / О. А. Карабанова. URL:
<http://xn--90anb0a.xn--p1ai/images/Bibl/PSO.pdf>.

15.Коваленко Н. П. Перинатальная психология. СПб., 2000.

16.Копыл О. А., О. В. Баженова, Л. Л. Баз Готовность к материнству:
выделение факторов и условий психологического риска для будущего
ребенка [Электронный ресурс]/ О. А. Копыл –
URL:<https://www.psymama.ru/biblioteka/stati/psihologiya-roditelstva/gotovnost-k-materinstvu>.

17.Леус Т. В. Представление женщины о себе как о матери до и после
родов [Электронный ресурс]/ Т.В. Леус. URL :<https://nauka-pedagogika.com/viewer/44267/d?#?>

18.Матвеева Е. В. Анализ материнства с позиции теории деятельности.
Киев : ВГГУ. 2004.

19.Махмутова Р. К. Материнство как психологический феномен
[Электронный ресурс]/ Р. К. Махмутова. URL :
<https://cyberleninka.ru/article/n/materinstvo-kak-psihologicheskii-fenomen/viewer>.

20. Мещерякова С. Ю., Авдеева Н. Н., Ганошенко Н. И., Изучение психологической готовности к материнству как фактор развития последующих взаимоотношений ребенка и матери [Электронный ресурс]. URL: <https://www.psychology.ru/library/00072.shtml>.

21. Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству [Электронный ресурс] / С. Ю. Мещерякова. URL: <http://psychlib.ru/mgppu/periodica/VP052000/MPG-018.HTM#p18>.

22. Новикова Е. С. Проблема репродуктивной мотивации в зарубежных исследованиях // Перинатальная психология и психология родительства. 2010. №3.

23. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 N 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» // Консультант плюс: справочно – правовая система.

24. Приказ Минздрава РФ от 16.09.2003 N 438 «О психотерапевтической помощи» // Консультант плюс: справочно – правовая система.

25. Приказ Минздрава России от 01.11.2012 N 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология» // Консультант плюс: справочно – правовая система.

26. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 18.11.2013 «Об утверждении профессионального стандарта «Психолог в социальной сфере» // Консультант плюс: справочно – правовая система.

27. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 18.11.2013 №1086 «Об утверждении концепции создания интернет службы психологической помощи населению и комплексного плана мероприятий по ее реализации» // Консультант плюс: справочно – правовая система.

28. Пьянкова Л. А., Хомичева В. Е. Психологический контекст феномена материнства [Электронный ресурс] / Л. А. Пьянкова. Режим

доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskiy-kontekst-fenomena-materinstva/viewer>

29.Равич Р. Как родить здорового ребенка. Самара, 2003.

30.Радионова М. С. Динамика переживания женщиной кризиса отказа от ребенка // дис. . канд. психол. наук: 19.00.01. М., 1997. 157 с.

31.Романов В. А., Пазухина С. В. Возрождение ценности материнства в России: от теории к практике [Электронный ресурс]/ В. А. Романов. URL : <https://science-education.ru/ru/article/view?id=8380>.

32.Скромная Ю. Е. Субъективная готовность к материнству как психологический феномен [Электронный ресурс] / Ю. Е. Скромная. URL: <http://childpsy.ru/dissertations/19683/>.

33.Скрицкая Т. В. Материнство как социально обусловленный феномен [Электронный ресурс] / Т.В. Скрицкая. URL: http://sst.nw.ru/wp-content/uploads/2017/02/elibrary_17253584_88306100.pdf.

34.Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» // Консультант плюс: справочно – правовая система.

35.Федеральный закон от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» // Консультант плюс: справочно – правовая система.

36. Филиппова Г. Г., Матушевская Н. В. Взаимосвязь качества привязанности беременных женщин к своей матери в детстве и к мужу во время беременности // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. 2011.№1-2(2).

37.Филиппова Г. Г. Материнство: сравнительно – психологический подход [Электронный ресурс] / Г.Г. Филиппова. URL: <http://childpsy.ru/lib/articles/id/9573.php>.

38.Филипповой Г. Г Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии. [Электронный ресурс]./ Г.Г. Филиппова. URL: <https://hr-portal.ru/article/materinstvo-i-osnovnye-aspekty-ego-issledovaniya-v-psihologi>.

39. Филиппова Г. Г. Психология материнства [Электронный ресурс] / Г. Г. Филиппова. URL: <http://www.school2-uk.ru/images/dejatelnost/soc-psy-slugba/psy-materinstva.pdf>.

40. Филиппова Г. Г. «Метод рисуночного теста в психологической работе с беременными» // Детская психология // <http://childpsy.ru/lib/articles/id/9574.php>.

41. Хорни К. Женская психология. СПб. : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1993.

42. Чибисова М. Ю. Феномен материнства и его отражение в самосознании современной молодой женщины. М. Ю. Чибисова URL: https://static.freereferats.ru/_avtoreferats/01002340252.pdf.

Приложение А

Анкета – опросник беременной

I.

1. Возраст _____
2. Состою в браке
 - Зарегистрированный брак
 - Гражданский брак
 - В разводе
 - Не замужем
3. Срок беременности _____
4. Образование:
 - Среднее
 - Среднее специальное
 - Высшее
5. Жилищные условия
 - Арендованное
 - Собственная квартира
 - Комната в общежитие
 - Проживание с родственниками
6. Материальное положение:
 - Выше среднего
 - Среднее
 - Ниже среднего

II

1. Беременность запланирована?:
 - ДА
 - НЕТ
2. Беременность желательна?:
 - ДА
 - НЕТ
3. Недомогания, связанные с беременностью:
 - ЕСТЬ
 - НЕТ
4. Были аборты?:
 - ДА
 - НЕТ
5. Есть дети?

Продолжение Приложения А

- ДА
- НЕТ

6. Отношение близких к Вашей беременности?

- Положительное
- Отрицательное
- Не могу сказать

7. Отношение мужа к рождению ребенка:

- Положительное
- Отрицательное
- Не могу сказать

8. Сколько вы планируете кормить ребенка грудью? _____

9. Ваше отношение к совместному сну с ребенком:

- Положительное
- Отрицательное
- Не могу сказать

10. Ваше отношение к ношению ребенка на руках:

- Положительное
- Отрицательное
- Не могу сказать

7. Ваше отношение к режиму:

- Строгий режим по часам
- Ориентация на потребности ребенка
- Не могу сказать

Приложение Б

Тест отношений к беременности по И.В. Добрякову

«Инструкция: «Просим Вас из пяти утверждений, представленных в блоках, выбрать одно, наиболее полно отражающее Ваше состояние».

Таблица Б.1 – Форма А.

А

I	1.	«Ничто не доставляет мне такого счастья, как сознание того, что я беременна.
	2.	Я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с тем, что я беременна.
	3.	С тех пор, как я узнала, что беременна, я нахожусь в нервном напряжении.
	4.	В основном мне приятно сознавать, что я беременна.
	5.	Я очень расстроена тем, что беременна.
II	1.	Беременность заставила меня полностью изменить образ жизни.
	2.	Беременность не заставила меня существенно изменить образ жизни, но я стала кое в чем себя ограничивать.
	3.	Беременность я не считаю поводом для того, чтобы менять образ жизни.
	4.	Беременность так изменила образ моей жизни, что она стала прекрасной.
	5.	Беременность заставила меня отказаться от многих планов, теперь не суждено сбыться многим моим надеждам.
III	1.	Я стараюсь вообще не думать ни о беременности, ни о предстоящих родах.
	2.	Я постоянно думаю о родах, очень их боюсь.
	3.	Я думаю, что во время родов все могу сделать правильно и не испытываю особого страха перед ними.
	4.	Когда я задумываюсь о предстоящих родах, настроение у меня ухудшается, так как я почти не сомневаюсь в их плохом исходе.
	5.	Я думаю о родах, как о предстоящем празднике» [10].

Таблица Б.2 – Форма Б

Б

I	1.	«Я сомневаюсь в том, что смогу справиться с обязанностями матери.
	2.	Я считаю, что не смогу стать хорошей матерью.
	3.	Я не задумываюсь о предстоящем материнстве» [10].

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.2

	5.	«Я полагаю, что если постараюсь, то смогу стать хорошей матерью.
II	1.	Я часто с удовольствием представляю себе ребенка, которого вынашиваю, разговариваю с ним.
	2.	Я понимаю ребенка, которого вынашиваю, восхищаюсь им и считаю, что он знает и понимает все, о чем я думаю.
	3.	Я постоянно беспокоюсь о состоянии здоровья ребенка, которого вынашиваю, стараюсь его почувствовать.
	4.	Я не думаю о том, каким будет ребенок, которого вынашиваю.
	5.	Я часто думаю о том, что ребенок, которого вынашиваю, будет каким-нибудь неполноценным, и очень боюсь этого.
III	1.	Я не думаю о том, как буду кормить ребенка грудью.
	2.	Я с восторгом представляю себе, как буду кормить ребенка грудью.
	3.	Я думаю, что буду кормить ребенка грудью.
	4.	Я беспокоюсь о том, что у меня будут проблемы с кормлением грудью.
	5.	Я почти уверена, что вряд ли смогу кормить ребенка грудью.
I	1.	Считаю, что беременность сделала меня еще прекрасней в глазах отца моего ребенка.
	2.	Моя беременность никак не изменила отношения ко мне отца моего ребенка.
	3.	Из-за беременности отец моего ребенка стал внимательнее и теплее относиться ко мне.
	4.	Из-за беременности я стала некрасивой, и отец моего ребенка стал холоднее относиться ко мне.
	5.	Боюсь, что изменения, связанные с беременностью, могут ухудшить отношение ко мне отца моего ребенка.
II	1.	Большинство близких мне людей разделяют мою радость по поводу беременности, и мне хорошо с ними.
	2.	Не все близкие мне люди достаточно рады тому, что я беременна, не все понимают, что я теперь нуждаюсь в особом отношении.
	3.	Большинство близких мне людей не одобряют то, что я беременна, мои отношения с ними ухудшились.
	4.	Меня мало интересует отношение к моей беременности даже близких мне людей» [10].

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.2

	5.	«Некоторые близкие мне люди относятся к моей беременности неоднозначно, и это меня тревожит.
Ш	1.	Мне всегда мучительно стыдно, когда окружающие замечают, что я «в положении».
	2.	Мне немного не по себе, когда окружающие замечают, что я «в положении».
	3.	Мне приятно, когда окружающие замечают, что я «в положении».
	4.	Мне наплевать, замечают окружающие или нет, что я «в положении».
	5.	Я не испытываю особой неловкости, если окружающие замечают, что я «в положении» [10].

Приложение В

Эмпирические данные ПКГД в отношении женщины к «себе беременной» к беременности

Таблица В.1 – Данные по ПКГД

к беременности 1-оптимальный, 2 - игнорирующий, 3- эйфорический, 4 - тревожный	Возраст 1-до 30, 2- 30 и старше.	состоит в браке -1, нет -2	Образование среднее-1, специальное -2, высшее -3	Жилищные условия: собственное жилье -1, комната в общежитие - 2, арендованное жилье -3	Материальное положение: 1- ниже среднего, 2- среднее, 3- хорошее	Беременность запланирована 1-да, 2-нет	Беременность желанна 1-да, 2-нет	Недомогания 1-да, 2-нет	Наличие абортгов 1-да, 2-нет	Есть ли дети 1-да, 2-нет
1	1	1	1	2	3	1	1	1	2	2
1	1	1	2	3	2	1	1	1	2	2
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	2
1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1
1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2
1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2
1	1	1	2	3	3	1	1	1	2	2
1	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	3	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	3	2	1	1	2	2	2
1	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1

Продолжение Приложения В

Продолжение таблицы В.1

1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	2	2	2
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	2
1	2	1	3	3	1	1	1	1	1	1
1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	1
2	1	2	1	3	3	2	2	1	2	2
3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2
3	1	2	3	1	1	2	1	2	2	1
3	1	2	1	3	1	2	2	1	2	2
3	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2
3	1	1	2	3	3	2	1	2	2	1
3	1	1	2	1	3	2	2	1	2	2
3	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2
3	1	2	2	1	3	2	1	1	1	1
3	1	2	1	2	3	2	1	1	1	2
3	1	1	2	2	3	2	1	1	2	2
3	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
3	1	1	1	2	3	2	1	1	2	2
3	1	1	2	1	3	1	1	1	2	2
3	1	2	2	1	3	1	1	1	2	2
3	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1
3	2	2	3	3	2	2	1	1	1	1

Приложение Г

Выходные данные корреляционного анализа эмпирических данных Приложения В

Таблица Г.1 – Результаты корреляционного анализа

Тип ПКГД	Тип ПКГД к беременности	Возраст	Семейное положение	Образование	Жилищные условия	Материальное положение	Беременность запланирована	Беременность желанна	Наличие недомоганий	Наличие аборт 1-да, 2-нет	Наличие детей
Тип ПКГД к беременности	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Возраст	-0,03	1,00									
Семейное положение	0,53	0,11	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Образование	-0,29	0,21	-0,19	1,00	-	-	-	-	-	-	-
Жилищные условия	-0,32	0,28	-0,05	-0,18	1,00	-	-	-	-	-	-
Материальное положение	0,46	-0,23	0,19	-0,49	-0,10	1,00	-	-	-	-	-
Беременность запланирована	0,71	0,21	0,57	-0,30	-0,01	0,30	1,00	-	-	-	-
Беременность желанна	0,32	-0,08	0,47	-0,31	0,06	0,13	0,47	1,00	-	-	-

Продолжение Приложения Г

Продолжение таблицы Г.1

Наличие недомоганий	-0,32	-0,11	-0,27	0,48	-0,01	-0,36	-0,25	-	1,00	-	-
Наличие абортов в анамнезе	-0,35	-0,58	-0,24	0,02	0,05	-0,03	-0,20	0,14	0,16	1,00	-
Наличие детей	0,21	-0,28	0,09	-0,51	0,00	0,24	0,07	0,30	-	0,53	1,00

Приложение Д

Эмпирические данные ПКГД в отношении женщины к «себе беременной» к образу жизни

Таблиц Д.1 – Данные ПКГД в отношении женщины

к образу жизни 1-оптимальный, 2 - игнорирующий, 3- эйфорический, 4 - тревожный	Возраст 1-до 30, 2- 30 и старше.	состоит в браке -1, нет -2	Образование среднее-1, специальное -2, высшее -3	Жилищные условия: собственное жилье -1, комната в общежитии - 2, арендованное жилье жилье -3	Материальное положение: 1- ниже среднего, 2- среднее, 3- хорошее	Беременность запланирована 1 -да, 2-нет	Беременность желанна 1 -да, 2 - нет	Недомогания 1 -да, 2-нет	Наличие аборт 1-да, 2-нет	Есть ли дети 1-да, 2-нет
1	1	1	1	2	3	1	1	1	2	2
1	1	1	2	3	2	1	1	1	2	2
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	2
1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1
1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2
1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2
1	1	1	2	3	3	1	1	1	2	2
1	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	3	2	1	1	2	2	2
1	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1								

Продолжение Приложения Д

Продолжение таблицы Д.1

1	1	2	1	3	3	2	2	1	2	2
1	1	2	3	1	1	2	1	2	2	1
1	1	1	2	3	3	2	1	2	2	1
1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
1	1	1	1	2	3	2	1	1	2	2
1	1	1	2	1	3	1	1	1	2	2
1	1	2	2	1	3	1	1	1	2	2
1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1
1	2	2	3	3	2	2	1	1	1	1
2	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1
2	1	1	3	3	2	1	1	2	2	1
2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2
2	1	1	2	3	1	1	1	2	2	2
4	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
4	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2
4	1	2	1	3	1	2	2	1	2	2
4	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2
4	1	1	2	1	3	2	2	1	2	2
4	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2
4	1	2	2	1	3	2	1	1	1	1
4	1	2	1	2	3	2	1	1	1	2
4	1	1	2	2	3	2	1	1	2	2

Приложение Е

Выходные данные корреляционного анализа эмпирических данных Приложения Д

Тип ПКГД	Тип ПКГД к образу жизни	Возраст	Семейное положение	Образование	Жилищные условия	Материальное положение	Беременность запланирована	Беременность желанна	Наличие недомоганий	Наличие абортов в анамнезе	Наличие детей
Тип ПКГД к образу жизни	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Возраст	-0,17	1,00									
Семейное положение	0,25	0,11	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Образование	-0,12	0,21	-0,19	1,00							
Жилищные условия	-0,25	0,28	-0,05	-0,18	1,00	-	-	-	-	-	-
Материальное положение	0,13	-0,23	0,19	-0,49	0,10	1,00	-	-	-	-	-
Беременность запланирована	0,36	0,21	0,57	-0,30	0,01	0,30	1,00	-	-	-	-
Беременность желанна	0,35	-0,08	0,47	-0,31	0,06	0,13	0,47	1,00	-	-	-
Наличие недомоганий	-0,07	-0,11	-0,27	0,48	0,01	0,36	0,25	0,18	1,00	-	-
Наличие абортов в анамнезе	-0,25	-0,58	-0,24	0,02	0,05	0,03	0,20	0,14	0,16	1,00	-
Наличие детей	0,23	-0,28	0,09	-0,51	0,00	0,24	0,07	0,30	0,53	0,13	1,00

Приложение Ж

Эмпирические данные ПКГД в отношении женщины к «себе беременной» к родам

Таблица Ж.1 – Данные ПКГД в отношении к «себе беременной»

к родам 1-оптимальный, 2 -игнорирующий, 3-эйфорический, 4 - тревожный	Возраст 1-до 30, 2- 30 и старше.	состоит в браке -1, нет -2	Образование среднее-1, специальное -2, высшее -3	Жилищные условия: собственное жилье -1, комната в общежитие - 2, арендованное жилье -3	Материальное положение: 1 - ниже среднего, 2-среднее, 3- хорошее	Беременность запланирована 1 -да, 2-нет	Беременность желанна 1 -да, 2 - нет	Недомогания 1-да, 2-нет	Наличие аборт 1 -да, 2-нет	Есть ли дети 1-да , 2-нет
4	1	1	1	2	3	1	1	1	2	2
4	1	1	2	3	2	1	1	1	2	2
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	2
1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1
4	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2
4	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2
4	1	1	2	3	3	1	1	1	2	2
1	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	3	2	1	1	2	2	2
1	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
4	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	2
1	2	1	3	3	1	1	1	1	1	1

Продолжение Приложения Ж

Продолжение таблицы Ж.1

1	1	2	1	3	3	2	2	1	2	2
2	1	2	3	1	1	2	1	2	2	1
4	1	1	2	3	3	2	1	2	2	1
1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
1	1	1	1	2	3	2	1	1	2	2
1	1	1	2	1	3	1	1	1	2	2
4	1	2	2	1	3	1	1	1	2	2
4	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1
1	2	2	3	3	2	2	1	1	1	1
1	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	3	2	1	1	2	2	1
4	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2
4	1	1	2	3	1	1	1	2	2	2
4	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2
4	1	2	1	3	1	2	2	1	2	2
1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2
1	1	1	2	1	3	2	2	1	2	2
1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2
1	1	2	2	1	3	2	1	1	1	1
1	1	2	1	2	3	2	1	1	1	2
1	1	1	2	2	3	2	1	1	2	2

Приложение 3

Выходные данные корреляционного анализа эмпирических данных Приложения Ж

Таблица 3.1 – Анализ данные Приложения Ж

Тип ПКГД	Тип ПКГД к родам	Возраст	Семейное положение	Образование	Жилищные условия	Материальное положение	Беременность запланирована	Беременность желанна	Наличие недомоганий	Наличие абор	Наличие детей
Тип ПКГД к родам	1,00	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Возраст	-0,19	1,00	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Семейное положение	0,16	0,11	1,00	–	–	–	–	–	–	–	–
Образование	-0,52	0,21	-0,19	1,00	–	–	–	–	–	–	–
Жилищные условия	0,11	0,28	-0,05	-0,18	1,00	–	–	–	–	–	–
Материальное положение	0,47	0,23	0,19	-0,49	0,10	1,00	–	–	–	–	–
Беременность запланирована	0,24	0,21	0,57	-0,30	0,01	0,30	1,00	–	–	–	–
Беременность желанна	0,28	0,08	0,47	-0,31	0,06	0,13	0,47	1,00	–	–	–
Наличие недомоганий	-0,37	0,11	-0,27	0,48	0,01	0,36	0,25	0,18	1,00	–	–
Наличие абортов в анамнезе	-0,04	0,58	-0,24	0,02	0,05	0,03	0,20	0,14	0,16	1,00	–
Наличие детей	0,40	0,28	0,09	-0,51	0,00	0,24	0,07	0,30	0,53	0,13	1,00

Приложение И

Эмпирические данные ПКГД в системе «мать-дитя» отношении женщины к «себе как матери».

Таблица И.1 – Данные ПКГД в системе «мать – дитя»

к себе «как матери» 1-оптимальный, 2 - игнорирующий, 3- эйфорический, 4 - тревожный	Возраст 1-до 30, 2- 30 и старше.	состоит в браке -1, нет -2	Образование среднее-1, специальное -2, высшее -3	Жилищные условия: собственное жилье -1, комната в общежитие - 2, арендованное жилье жилье -3	Материальное положение: 1- ниже среднего, 2- среднее, 3- хорошее	Беременность запланирована 1 -да, 2-нет	Беременность желанна 1 -да, 2 - нет	Недомогания 1-да, 2-нет	Наличие аборт 1-да, 2-нет	Есть ли дети 1-да , 2-нет
1	1	1	1	2	3	1	1	1	2	2
3	1	1	2	3	2	1	1	1	2	2
3	1	1	3	1	1	1	1	2	2	2
1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1
3	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2
3	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2
3	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2
1	1	1	2	3	3	1	1	1	2	2
3	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1
3	1	1	3	1	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	3	2	1	1	2	2	2
1	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
3	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
3	1	1	3	1	1	1	1	1	2	2
3	2	1	3	3	1	1	1	1	1	1

Продолжение Приложения И

Продолжение таблицы И.1

1	1	2	1	3	3	2	2	1	2	2
4	1	2	3	1	1	2	1	2	2	1
1	1	1	2	3	3	2	1	2	2	1
1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
1	1	1	1	2	3	2	1	1	2	2
1	1	1	2	1	3	1	1	1	2	2
3	1	2	2	1	3	1	1	1	2	2
3	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1
3	2	2	3	3	2	2	1	1	1	1
1	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	3	2	1	1	2	2	1
3	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2
1	1	1	2	3	1	1	1	2	2	2
3	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2
3	1	2	1	3	1	2	2	1	2	2
1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2
1	1	1	2	1	3	2	2	1	2	2
1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2
1	1	2	2	1	3	2	1	1	1	1
1	1	2	1	2	3	2	1	1	1	2
1	1	1	2	2	3	2	1	1	2	2

Приложение К

Выходные данные корреляционного анализа эмпирических данных Приложения И

Таблица К.1 – Данные анализа по Приложению И

	к себе как "матери"	Возраст	Семейное положение	Образование	Жилищные условия	Материальное положение	Беременность запланирована	Беременность желанна	Наличие недомоганий	Наличие абортгов	Наличие детей
к себе как "матери"	1,00	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Возраст	-0,22	1,00	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Семейное положение	0,07	0,11	1,00	–	–	–	–	–	–	–	–
Образование	-0,19	0,21	-0,19	1,00	–	–	–	–	–	–	–
Жилищные условия	-0,06	0,28	-0,05	0,18	1,00	–	–	–	–	–	–
Материальное положение	0,08	0,23	0,19	0,49	-0,10	1,00	–	–	–	–	–
Беременность запланирована	0,10	0,21	0,57	0,30	-0,01	0,30	1,00	–	–	–	–
Беременность желанна	0,20	0,08	0,47	0,31	0,06	0,13	0,47	1,00	–	–	–
Наличие недомоганий	-0,09	0,11	-0,27	0,48	-0,01	0,36	-0,25	-0,18	1,00	–	–
Наличие абортгов в анамнезе	0,04	0,58	-0,24	0,02	0,05	0,03	-0,20	0,14	0,16	1,00	–
Наличие детей	0,37	0,28	0,09	0,51	0,00	0,24	0,07	0,30	-0,53	0,13	1,00

Приложение Л

Эмпирические данные ПКГД в системе «мать-дитя»
отношении женщины к ребенку

Таблица Л.1 – Данные ПКГД в системе «мать – дитя»

	к ребенку 1-оптимальный, 2 - игнорирующий, 3- эйфорический, 4 - тревожный	Возраст 1-до 30, 2- 30 и старше.	состоит в браке -1, нет -2	Образование среднее-1, специальное -2, высшее -3	Жилищные условия: собственное жилье -1, комната в общежитие - 2, арендованное жилье, жилье -3	Материальное положение: 1- ниже среднего, 2- среднее, 3- хорошее	Беременность запланирована 1-да, 2-нет	Беременность желанна 1-да, 2 - нет	Недомогания 1-да, 2-нет	Наличие аборт 1-да, 2-нет	Есть ли дети 1-да , 2-нет
1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	2	2
4	1	1	1	2	3	2	1	1	1	2	2
4	1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	2
1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1
1	1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1
4	1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2
3	1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2
3	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2
1	1	1	1	2	3	3	1	1	1	2	2
3	1	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1
3	1	1	1	3	1	2	1	1	2	2	1
1	1	1	1	3	3	2	1	1	2	2	2
1	1	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1
1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
4	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	2
3	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1

Продолжение приложения Л

Продолжение таблицы Л.1

1	1	2	1	3	3	2	2	1	2	2
4	1	2	3	1	1	2	1	2	2	1
4	1	1	2	3	3	2	1	2	2	1
1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
1	1	1	1	2	3	2	1	1	2	2
1	1	1	2	1	3	1	1	1	2	2
4	1	2	2	1	3	1	1	1	2	2
4	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1
3	2	2	3	3	2	2	1	1	1	1
1	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	3	2	1	1	2	2	1
4	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2
3	1	1	2	3	1	1	1	2	2	2
4	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2
3	1	2	1	3	1	2	2	1	2	2
1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2
1	1	1	2	1	3	2	2	1	2	2
1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2
1	1	2	2	1	3	2	1	1	1	1
1	1	2	1	2	3	2	1	1	1	2
1	1	1	2	2	3	2	1	1	2	2

Приложение М

Выходные данные корреляционного анализа эмпирических Приложения Л

Таблица М.1 – Данные по приложению Л

Отношение к ребенку	к ребенку	Возраст	Семейное положение	Образование	Жилищные условия	Материальное положение	Беременность запланирована	Беременность желанна	Наличие недомоганий	Наличие абортгов	Наличие детей
Отношение к ребенку	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Возраст	-0,23	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Семейное положение	0,08	0,11	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Образование	-0,23	0,21	0,19	1,00	-	-	-	-	-	-	-
Жилищные условия	-0,05	0,28	0,05	0,18	1,00	-	-	-	-	-	-
Материальное положение	0,15	0,23	0,19	0,49	0,10	1,00	-	-	-	-	-
Беременность запланирована	0,14	0,21	0,57	0,30	0,01	0,30	1,00	-	-	-	-
Беременность желанна	0,26	0,08	0,47	0,31	0,06	0,13	0,47	1,00	-	-	-
Наличие недомоганий	-0,06	0,11	0,27	0,48	0,01	0,36	0,25	0,18	1,00	-	-
Наличие абортгов в анамнезе	0,05	0,58	0,24	0,02	0,05	0,03	0,20	0,14	0,16	1,00	-
Наличие детей	0,31	0,28	0,09	0,51	0,00	0,24	0,07	0,30	0,53	0,13	1,00

Приложение Н

Эмпирические данные ПКГД к отношению мужа

Таблица Н.1 – Данные ПКГД к отношению мужа

к отношению мужа 1-оптимальный, 2 - игнорирующий, 3- эйфорический, 4 - тревожный	Возраст 1-до 30, 2- 30 и старше.	состоит в браке -1, нет -2	Образование среднее-1, специальное -2, высшее -3	Жилищные условия: собственное жилье -1, комната в общежитие - 2, арендованное жилье -3	Материальное положение: 1- ниже среднего, 2- среднее, 3- хорошее	Беременность запланирована 1 -да, 2-нет	Беременность желанна 1 -да, 2 - нет	Недомогания 1 -да, 2-нет	Наличие аборт 1-да, 2-нет	Есть ли дети 1-да, 2-нет
1	1	1	1	2	3	1	1	1	2	2
1	1	1	2	3	2	1	1	1	2	2
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	2
1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1
1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2
1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2
1	1	1	2	3	3	1	1	1	2	2
1	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	3	2	1	1	2	2	2
1	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1
1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	2
1	2	1	3	3	1	1	1	1	1	1

Продолжение Приложения Н

Продолжение таблицы Н.1

2	2	1	2	3	1	2	1	2	1	1
2	1	2	1	3	3	2	2	1	2	2
2	1	2	3	1	1	2	1	2	2	1
2	1	1	2	3	3	2	1	2	2	1
2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
3	1	1	1	2	3	2	1	1	2	2
3	1	1	2	1	3	1	1	1	2	2
3	1	2	2	1	3	1	1	1	2	2
3	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1
3	2	2	3	3	2	2	1	1	1	1
3	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1
3	1	1	3	3	2	1	1	2	2	1
3	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2
3	1	1	2	3	1	1	1	2	2	2
3	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1
3	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1
3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2
3	1	2	1	3	1	2	2	1	2	2
3	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2
3	1	1	2	1	3	2	2	1	2	2
4	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2
4	1	2	2	1	3	2	1	1	1	1
4	1	2	1	2	3	2	1	1	1	2
4	1	1	2	2	3	2	1	1	2	2

Приложение О

Выходные данные корреляционного анализа эмпирических данных Приложения Н

Таблица О.1 – Данные для анализа по Приложению Н

Отношение	к мужу	Возраст	Семейное положение	Образование	Жилищные условия	Материальное положение	Беременность запланирована	Беременность желанна	Наличие недомоганий	Наличие аборт 1 -да, 2 -нет	Наличие детей
к мужу	1,00	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Возраст	-0,02	1,00	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Семейное положение	0,35	0,11	1,00	–	–	–	–	–	–	–	–
Образование	-0,20	0,21	0,19	1,00	–	–	–	–	–	–	–
Жилищные условия	-0,22	0,28	0,05	0,18	1,00	–	–	–	–	–	–
Материальное положение	0,26	0,23	0,19	0,49	0,10	1,00	–	–	–	–	–
Беременность запланирована	0,44	0,21	0,57	0,30	0,01	0,30	1,00	–	–	–	–
Беременность желанна	0,20	0,08	0,47	0,31	0,06	0,13	0,47	1,00	–	–	–
Наличие недомоганий	-0,35	0,11	0,27	0,48	0,01	-0,36	-0,25	0,18	1,00	–	–
Наличие абортов в анамнезе	-0,29	0,58	0,24	0,02	0,05	-0,03	-0,20	0,14	0,16	1,00	–
Наличие детей	0,26	0,28	0,09	0,51	0,00	0,24	0,07	0,30	0,53	0,13	1,00

Приложение П

Рисуночный тест «Я и мой ребенок» Г. Г. Филипповой

Оборудование: чистый лист, простой карандаш, ластик.

Женщине предлагается нарисовать картинку «Я и мой ребенок».

Тест проводится при положительном отношении к нему и к экспериментатору испытуемой.

В ходе выполнения задания фиксируются следующие особенности (время обдумывания, продолжительность выполнения всего рисунка, стирания, высказывания женщины, интонация высказываний).

Интерпретация результатов по Г. Г. Филипповой [40].

Благоприятная ситуация.

Формальные признаки.

Хорошее качество линии; расположение рисунка в центральной части листа; размеры рисунка соответствуют принятым в психодиагностике, (отражают нормальное состояние без признаков тревоги и неуверенности в себе); при наличии развернутого сюжета (с дополнительными кроме фигур матери и ребенка деталями: обстановка комнаты, дом, деревья и др.) рисунок занимает большую часть листа; отсутствие стираний, зачеркивания, перерисовок, рисования на обратной стороне листа; отсутствие длительных обсуждений (как и что рисовать) или отговорок (я не умею и т.п.), а также пауз в процессе рисования больше 15 секунд; положительные эмоции разной степени выраженности в процессе рисования.

Содержательные признаки

Наличие на рисунке себя и ребенка; отсутствие замен образов себя и ребенка на растения, животных, неживые объекты, символы; соразмерность фигур матери и ребенка; отсутствие других людей; дополнительные предметы и детали одежды не составляют главную часть рисунка, их количество, степень прорисовки, размеры не давят над фигурами матери и ребенка; наличие совместной деятельности матери и ребенка; наличие

Продолжение Приложения П

телесного контакта (мать держит ребенка на руках или за руку); ребенок не спрятан (в кроватке, коляске, пеленках или животе матери) и не изолирован (ребенок, завернутый в пеленки, с прорисованным лицом, которого мать держит на руках — нормальный признак); прорисовка лица ребенка; все фигуры нарисованы лицом к зрителю; возраст ребенка приближается к младенческому прогрессивно с первого к третьему триместру, после родов — ребенок в настоящем возрасте.

Незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности

Формальные признаки. Наличие незначительных признаков тревоги и неуверенности в себе по качеству линии; недостаточно крупный рисунок; расположение в нижней части листа или ближе к одному из углов; наличие линии основания; небольшое наличие штриховки.

Содержательные признаки. Наличие на рисунке себя и ребенка без замены образов; фигура ребенка слишком большая или маленькая; наличие мужа, других детей; большое количество дополнительных предметов, их большие по сравнению с фигурами матери и ребенка размеры; ребенок в коляске или другом подвижном объекте (на санках, в кресле-качалке, на игрушке-качалке и т.п.), при этом мать держит ребенка за руку или за деталь объекта, в котором расположен ребенок, фигура и лицо ребенка прорисованы; все фигуры лицом к зрителю, или в профиль; совместная деятельность может отсутствовать; возраст ребенка в беременности в пределах раннего, к концу беременности приближается к младенческому, после родов — в настоящем возрасте.

Тревога и неуверенность в себе

Формальные признаки. Плохое качество линии; рисунок очень мелкий, расположен внизу листа или в углу; наличие линии основания, штриховки в большом количестве.

Содержательные признаки. Наличие на рисунке себя и ребенка без

Продолжение Приложения П

замены образов; фигура ребенка слишком большая или слишком маленькая; большое количество дополнительных объектов, тщательная прорисовка деталей одежды; недостаточная прорисовка фигур и лиц себя и ребенка, схематизация; отсутствие совместной деятельности; контакт с ребенком может быть по типу 1 и 2, или рядом с ребенком без контакта (при этом ребенок не изолирован), возможно, протянутые друг к другу руки без прямого контакта; наличие на рисунке нескольких членов семьи, своей матери; большое количество дополнительных предметов, их большие по сравнению с фигурами матери и ребенка размеры, они покрывают практически весь лист; возраст ребенка в беременности в пределах дошкольного, к концу беременности приближается к раннему или младенческому, после родов — в настоящем возрасте.

Конфликт с беременностью или ситуацией материнства.

Формальные признаки. Отказ от рисования; переворачивание, сгибание листа; наличие стираний, перерисовок, зачеркиваний; большие пятна черного цвета; неадекватное использование размеров листа (слишком мелко или «не умещаются» важные части рисунка, в первую очередь фигура матери и ребенка).

Содержательные признаки. Отсутствие на рисунке себя и\или ребенка; замена образа ребенка и\или себя на растение, животное, символ; отсутствие совместной деятельности и контакта с ребенком; ребенок спрятан (в пеленках, коляске, кроватке, животе матери); ребенок изолирован при помощи предметов, отделяющих его от матери или полностью изолирован без контакта с матерью (к кроватке, коляске, на коврик, на качелях и т.п.); большая пространственная дистанция между фигурами матери и ребенка; фигуры, нарисованные спиной; отсутствие у фигур лица, режее тела; большое количество дополнительных предметов, их большие по сравнению с фигурами матери и ребенка размеры, они покрывают практически весь лист.