

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

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра

Педагогика и психология

(наименование)

37.03.01 Психология

(код и наименование направления подготовки / специальности)

Психология

(направленность (профиль) / специализация)

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
(БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)**

на тему Особенности психоэмоционального состояния женщины в период беременности

Обучающийся

Е.Е. Чипышева

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

канд. психол. наук, Т.В. Чапала

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

Тольятти 2025

Аннотация

Бакалаврская работа посвящена важной и актуальной в настоящее время проблеме – особенностям психоэмоционального состояния женщины в период беременности.

Актуальность и выбор данной темы обусловлена несколькими факторами. Современные научные знания о влиянии психоэмоционального состояния матери на развитие плода остаются неполными. Например, несмотря на многочисленные исследования, механизмы влияния стресса, тревоги и депрессии на внутриутробное развитие ребёнка до конца не ясны. Получение новых данных о специфике реакций нервной системы плода на различные стрессовые факторы позволит лучше понять природу и динамику этих процессов, закрыв некоторые пробелы в современных теориях.

Современные теории предполагают связь между уровнем кортизола у матери и степенью формирования мозга плода, однако конкретные пути реализации этой связи требуют дальнейшего изучения.

Получив новую информацию о закономерностях психоэмоциональных изменений в период беременности, учёные смогут адаптировать существующие модели и подходы к практическому применению в различных сферах здравоохранения – от акушерства и гинекологии до перинатальной психологии. Новые факты расширят наши представления о факторах риска и способах профилактики негативных последствий, связанных с нарушением психоэмоционального баланса.

Психологические методики, направленные на снижение уровня тревоги у будущих матерей, могли бы стать частью стандартных протоколов ведения беременности, снижая вероятность возникновения осложнений и улучшая исходы родов.

Диагностика и оценка психоэмоционального состояния беременных женщин часто затруднены из-за субъективности самооценочных шкал и недостаточной чувствительности инструментов измерения. Появление новых

объективных методов оценки (например, использование биометрических показателей, таких как уровень гормонов стресса) повысит точность диагностики и своевременность начала вмешательства.

Применение технологии мониторинга активности вегетативной нервной системы позволило бы выявлять ранних признаки нарушения адаптации у беременных женщин ещё до появления клинических симптомов, что способствует профилактике и снижению рисков.

Психологическое сопровождение беременных женщин должно учитывать индивидуальные особенности каждой пациентки, её культурные и социальные установки, а также особенности взаимодействия с семьёй и медицинским персоналом. Разработка новых технологий, направленных на повышение вовлечённости женщин в процесс заботы о своём здоровье, позволит значительно улучшить результаты вмешательств.

Практическая значимость полученных данных велика: внедрение проверенных методик в систему медицинского обслуживания способно существенно повлиять на благополучие будущих поколений. Улучшенные рекомендации и протоколы подготовки к родам станут основой для снижения частоты материнской депрессии и улучшения качества жизни семьи в целом.

Таким образом, исследование особенностей психоэмоционального состояния женщины в период беременности представляет собой важную научную проблему, решение которой позволит повысить качество медицинской помощи беременным женщинам, снизить риски осложнений и обеспечить благоприятные условия для нормального течения беременности и родов.

Целью работы является теоретическое обоснование и экспериментальное сравнение психологического состояния беременных женщин на протяжении всего периода гестации.

Бакалаврская работа имеет теоретическую и практическую значимость.

Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка используемой литературы. Текст иллюстрирован таблицами и рисунками.

Оглавление

Введение.....	5
Глава 1 Теоретические основы изучения физиологических и эмоциональных изменений в организме женщины во время беременности.....	9
1.1 Гормональные изменения.....	9
1.2 Изменения в работе сердечно-сосудистой системе.....	9
1.3 Эмоциональные изменения.....	11
1.4 Самосознание и самооценка.....	13
1.5 Влияние различных факторов на самооценку женщины в период беременности.....	16
Глава 2 Роль психолога в психологической поддержке женщины в разные периоды беременности.....	21
2.1 Психологическая служба по поддержке беременных.....	21
2.2 Роль психолога в ситуациях репродуктивного выбора.....	24
2.3. Влияние стресса на развитие плода.....	25
2.4 Роль позитивных эмоций и психологического благополучия матери на здоровье ребенка.....	29
2.5 Подготовка к родам и будущему материнству.....	30
Глава 3 Методики по психологической поддержке беременных.....	33
3.1 Психозэмоциональное консультирование в I триместре беременности.....	33
3.2 Психозэмоциональное консультирование в II триместре беременности.....	36
3.3 Психозэмоциональное консультирование в III триместре беременности.....	39
Заключение.....	44
Список используемой литературы	45

Введение

Беременность – это уникальный и многогранный период в жизни каждой женщины, который сопровождается не только физическими, но и значительными психоэмоциональными изменениями. В течение девяти месяцев ожидания нового человека, женщина переживает целый спектр эмоций, от радости и счастья до тревоги и страха. Эти изменения не случайны и имеют глубокие корни как в физиологии, так и в психологии, что делает изучение психоэмоционального состояния женщин в этот период особенно актуальным.

Физиологические изменения, происходящие в организме беременной женщины, имеют огромное значение для ее психоэмоционального состояния. Гормональные перестройки, связанные с подготовкой организма к вынашиванию и рождению ребенка, могут вызывать резкие эмоциональные колебания. Уровень гормонов, таких как эстроген и прогестерон, значительно возрастает, что приводит к изменениям в нейрохимических процессах, влияющих на настроение и общее самочувствие. Это может проявляться в виде повышенной чувствительности, эмоциональной лабильности и даже депрессивных состояний. Таким образом, физиологические изменения, происходящие в организме женщины, становятся важным фактором, влияющим на ее психоэмоциональное состояние.

Психологические аспекты беременности также играют значительную роль в формировании эмоционального фона женщины. Ожидание ребенка связано с множеством переживаний, среди которых можно выделить радость, страх, надежду и беспокойство. Эти эмоции могут быть вызваны различными факторами, такими как изменения в социальной роли женщины, страх перед родами, беспокойство о здоровье ребенка и собственном состоянии. Важно отметить, что каждая женщина воспринимает беременность по-своему, и на ее психоэмоциональное состояние влияют как индивидуальные особенности, так

и социальные факторы, включая поддержку со стороны партнера и семьи, наличие социальных сетей и доступ к медицинской помощи [4]; [8].

Влияние психоэмоционального состояния женщины на развитие плода является еще одной важной темой для исследования. Научные исследования показывают, что стресс и негативные эмоции, испытываемые беременной женщиной, могут оказывать неблагоприятное воздействие на развитие плода. Хронический стресс может привести к различным проблемам, таким как низкий вес при рождении, преждевременные роды и даже нарушения в когнитивном развитии ребенка. С другой стороны, положительное психоэмоциональное состояние матери способствует созданию благоприятных условий для развития плода, что подчеркивает важность поддержки и заботы о психическом здоровье беременной женщины [15].

Таким образом, изучение особенностей психоэмоционального состояния женщины в период беременности представляет собой важную и актуальную задачу. Понимание взаимосвязи между физиологическими изменениями, психологическими аспектами и развитием плода позволяет не только глубже понять сам процесс беременности, но и разработать рекомендации для будущих матерей, направленные на поддержание их психоэмоционального здоровья. В данной работе мы рассмотрим физиологические изменения, происходящие в организме женщины во время беременности, проанализируем психологические аспекты этого периода, а также исследуем влияние психоэмоционального состояния на развитие плода. Наша цель – выявить ключевые моменты, которые помогут лучше понять, как поддерживать психоэмоциональное здоровье беременной женщины и, в конечном итоге, способствовать здоровью ее ребенка [16].

Исследование «Особенности психоэмоционального состояния женщины в период беременности» является крайне актуальным в свете современных тенденций к повышению внимания к психическому здоровью будущих матерей и его влиянию на здоровье детей. В условиях растущего уровня стресса и тревожности в обществе, понимание физиологических изменений в

организме женщины, психологических аспектов беременности и их взаимосвязи с психоэмоциональным состоянием становится необходимым для разработки эффективных методов поддержки и профилактики. Исследование этих вопросов не только способствует улучшению качества жизни беременных женщин, но и имеет важное значение для здоровья и развития плода, что подчеркивает необходимость комплексного подхода к ведению беременности и родовспоможению [18]; [19].

Проблема исследования: изменяется ли психологическое состояние женщин в зависимости от срока беременности, и что может на это влиять?

Цель исследования: теоретически обосновать и экспериментально сравнить психологическое состояние беременных женщин в первом, втором и третьем триместрах беременности.

Объект исследования: беременные женщины на разных сроках гестации.

Предмет исследования: уровень тревожности и риски развития послеродовой депрессии у женщин в период гестации.

Гипотеза исследования: предполагается, что психоэмоциональные характеристики беременных существенно различаются в зависимости от срока беременности.

Исходя из выделенных цели и гипотезы, были поставлены следующие задачи исследования: анализ физиологических изменений, происходящих в организме женщины во время беременности, изучение психологических аспектов, таких как эмоциональные переживания и стресс, а также оценку того, как эти факторы могут влиять на развитие и здоровье будущего ребёнка. Работа стремится выявить взаимосвязь между физическим и психологическим состоянием, что позволит лучше понять важность поддержки беременных женщин в этот критический период.

Для решения поставленных задач в работе использовались следующие методы исследования:

- теоретические – анализ психологической и медицинской литературы по теме исследования;

- эмпирические – беседа, анкетирование, тестирование, беременных, констатирующий эксперимент;
- методы обработки результатов - качественный анализ, статистическая обработка.

Теоретическая значимость исследования состоит в дополнении малочисленных существующих знаний о различии психологического состояния женщин в период беременности, обосновании актуальности изучаемых состояний, их влияния на процесс беременности и родов, и, следовательно, необходимости психологического сопровождения беременных женщин.

Практическая значимость данной работы определяется тем, что полученные данные могут быть использованы медицинскими работниками (врачами), медицинскими психологами, в семейном консультировании, в корректирующих программах, а также с целью профилактики депрессивных и тревожных состояний у беременных женщин.

Экспериментальная база исследования: государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области «ТГП №2» («Тольяттинская городская поликлиника № 2», ул. Горького 61). В исследовании приняли участие 90 беременных женщин, стоящих на учете в женской консультации №1 (ул. Горького 61), в возрасте от 20 до 45 лет, клинический психолог, 3 врача акушера-гинеколога, врач-терапевт женской консультации и 5 акушеров.

Структура и объем работы. Бакалаврская работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка используемой литературы (31 наименования).

Глава 1 Теоретические основы изучения физиологических и эмоциональных изменений в организме женщины во время беременности

1.1 Гормональные изменения

Во время беременности в организм женщины поступают вещества, выделяемые плацентой или проникающие в кровь матери от плода. Этот процесс начинается уже на малых сроках, когда плодное яйцо прикрепляется в полости матки и начинает свое развитие [3]. Определение концентрации этих веществ позволяет судить о течении беременности, диагностировать ПН (плацентарную недостаточность) и осуществлять пренатальную диагностику аномалий развития плода.

Основными гормонами, по которым можно судить о будущем беременности: хорионический гонадотропин (ХГЧ), гидроксипрогестерон, плацентарный лактоген, тиреотропин (ТТГ), пролактин, эстрадиол, эстриол, прогестерон, трийодтиронин, тестостерон и другие.

В они, до 80-го дня беременности вызывают «экстренную» перестройку организма, что отражается на физическом самочувствии женщины. Так, при ускоренной выработки ХГЧ проявляются симптомы токсикоза, что по мере увеличения самой концентрации гормона в крови усиливаются. Помимо этого, вырабатываемый сперва желтым телом (6-8 недель), а после плацентой прогестерон может влиять на пищевое поведение женщины, способствуя выработке жировых клеток, что необходимы для вынашивания плода [2].

1.2 Изменения в работе сердечно-сосудистой системе

Среди самых распространённых нарушений сердечно-сосудистой системе во времена беременности является артериальная гипертензия (АГ). По некоторым авторам АГ встречается у 4-8% беременных. В различных регионах России частота гипертензивных состояний у беременных составляет 7-29%.

Причинами развития гипертонической болезни, ранее не выявленной, у женщины могут быть уже имеющиеся заболевания почек, эндокринопатии (ранее не установленные или не скорректированные), гестоз, наследственный фактор (в 90% всех случаев АГ) и психические и/или нейрогенные нарушения (психогенная артериальная гипертензия, гипоталамический синдром, синдром Райли-Дея) [5].

Помимо основных проявлений, в виде повышения артериального давления, изменение гемодинамики, стоит помнить о депрессивном влиянии беременности на величину АД в первом триместре, в котором показатели особенно систолического давления имеют тенденцию к снижению, а в третьем триместре постепенно повышается.

Помимо повышенного давления вовремя даже малых сроков беременности может наблюдаться умеренная тахикардия. При этом, некоторыми авторами было также отмечено, что уже поставленный диагноз «гипертоническая болезнь» не является обязательным показателем повышенного давления. Многие исследователи отмечали, что АД подвергается умеренным колебаниям, как снижение, так и повышение в разные сроки беременности [20].

Жалобами для подобных состояний могут служить периодическая утомляемость, головные боли, головокружение, нарушение сна, одышка, нарушение зрения, шум в ушах, похолодание конечностей, иногда жажда.

Существует такое понятие как «гипертензия белого халата» (возникает у 20-30% беременных) и в данном случае оно не является истинным заболеванием, требующим коррекцию. В данном случае рекомендовано суточное мониторирование АД в домашних условиях и рациональная психотерапия.

Вторым, более редким, по сравнению с другими осложнениями, является артериальная гипертония – это снижение АД. Распространённость ее колеблется в широких пределах – от 0,6% до 29,1%. Гипотензию чаще всего диагностирую на ранних этапах и протекает она без выраженных симптомов.

Симптомы гипотонии схожи с гипертензией в некоторых проявлениях: апатия, вялость, ощущение слабости и повышение утомляемости, снижение работоспособности, ощущение нехватки воздуха в покое и одышка при умеренной нагрузке, головные боли и боли в области сердца. Помимо физиологических проявлений были отмечены: раздражительная эмоциональная неустойчивость, нарушение сна, снижение либидо [21].

1.3 Эмоциональные изменения

Беременность – это уникальный и важный период в жизни женщины, который сопровождается не только физическими изменениями, но и значительными эмоциональными колебаниями.

Эмоции представляют собой многогранный спектр переживаний, охватывающий широкий диапазон ощущений – от глубокого удовлетворения и восторга до тревожности и беспокойства. Беременность вызывает значительные колебания гормонального фона, что непосредственно влияет на настроение будущей матери. Повышение уровня ключевых гормонов, включая эстроген и прогестерон, нередко провоцирует повышенную восприимчивость и непредсказуемые перемены эмоций. Важно понимать, что такие трансформации вполне нормальны и могут проявляться как позитивно, так и негативно [22].

Для лучшего понимания природы эмоциональных изменений в период беременности обратимся к литературному наследию. Так, в произведении Антона Павловича Чехова, несмотря на отсутствие конкретного романа с названием «Беременность», писатель неоднократно затрагивал тему женских чувств и состояний, связанных с ожиданием ребёнка. Его героини испытывают гамму эмоций: радость и трепет перед первыми движениями плода сменяются сомнениями и страхами относительно будущих обязанностей матери. Именно этот контраст отражает реальность многих беременных женщин, испытывающих одновременно счастье и беспокойство.

Наблюдая за поведением чеховской героини, мы видим, что причиной её волнений часто становится чувство неизвестности, сопровождающее вступление в новую роль. Подобные эмоции подтверждают мысль о том, что эмоциональная лабильность является естественной реакцией на важные жизненные события и возникающие обязательства. Будущие мамы сталкиваются с целым рядом непростых вопросов («Буду ли я достойной матерью? Что ждёт меня впереди?»), что неизбежно порождает стрессовое состояние, подчёркивая одновременно всю глубину и значение, предстоящее роли родителя [24].

Стресс представляет собой реакцию организма на различные стимулы, проявляющуюся в форме нервного перенапряжения, внутреннего дискомфорта и тревоги. Для беременной женщины источником стресса становятся не только гормональные перестройки и физические неудобства, но и социальные факторы, финансовые трудности, а также глубинные опасения относительно родов и ответственности за судьбу ребенка.

Хронический стресс и тревожность способны нанести ущерб здоровью самой матери и отрицательно повлиять на развитие эмбриона, если своевременно не принять соответствующие меры [25].

Находясь в постоянном возбуждённом состоянии, которое также вызывает осложнения и в других системах и органах (ССС), женщина рискует собственным здоровьем и благополучием ребёнка. Научные исследования, проводимые каждый год, как гинекологами, так и психологами, указывают на связь между высоким уровнем стресса и такими негативными последствиями, как преждевременные роды, недостаточный вес новорождённого и другие патологии развития младенца. Следовательно, очевидно, что психическое равновесие женщины играет ключевую роль в поддержании здоровья будущего потомства [6].

1.4 Самосознание и самооценка

Беременность представляет собой уникальный и многогранный период в жизни женщины, в ходе которого проходит значительная трансформация внутреннего мира и восприятия себя. За этот период формируется новое самосознание, а самооценка может претерпевать различные изменения. Изменение самосознания, связанное с беременностью, часто включает в себя всеобъемлющие эмоции – от радости и ожидания до тревоги и неуверенности.

Первоначально, женщина может испытывать усиление своей идентичности как будущей матери. Это может стать источником гордости и удовлетворения. Однако с ростом живота и изменением внутреннего состояния, возникают новые обстоятельства, которые могут поставить под сомнение предыдущие представления о себе. Многообразие эмоций, связанных с физическим самочувствием и изменениями в теле, может привести к переосмыслению своей самооценки [25].

Многие женщины сталкиваются с внутренним конфликтом между привычной ролью и новым образом жизни. Это может вызвать ощущение недостаточности и возникновение комплексов. Женщины могут задумываться о внешнем восприятии со стороны окружающих: насколько они соответствуют идеалам материнства, как они выглядят и как воспринимают себя в данный момент. Социальные ожидания и стереотипы могут оказать дополнительное давление на самооценку, создавая соблазн сравнивать себя с другими будущими матерями.

Иногда возникают страхи, касающиеся материнства, способностей к уходу за ребенком и физического состояния после родов. Эти состояния могут негативно сказываться на психическом здоровье. Самоощущение может быть приведено в смятение, когда женщина начинает замечать изменения в своем теле и сталкивается с физическими недомоганиями. Психология ощущений, связанных с беременностью, становится неотъемлемой частью формирования самосознания, которое испытывает трансформацию, а иногда и кризис [26].

Умение справляться с этим периодом напрямую связано с наличием поддержки. Поддержка близких, друзей или специальной группы может помочь женщине ценить свое самосознание, сохраняя при этом эмоциональное равновесие. Открытый диалог о своих переживаниях и страхах позволяет женщине не только осознать свои эмоции, но и увидеть, что они не уникальны.

Полное принятие своего нового состояния может способствовать более положительной самооценке. Если будущая мать находит способ соединить свою прежнюю идентичность с новой ролью, это может укрепить внутренние ресурсы и уверенность в своих силах. Кроме того, критическим моментом является признание своих чувств, как позитивных, так и негативных, что может помочь наладить гармонию с собой и будущим ребенком [27].

Следовательно, важно подчеркнуть, что беременность – это не только физическое событие, но и глубокий психоэмоциональный процесс, который требует внимания и понимания. Понимание этого процесса может повлиять на формирование полноценного самосознания и повысить самооценку, что в свою очередь, создает благоприятные условия для дальнейшего материнства.

Беременность представляет собой уникальный и многогранный процесс, в который вовлечено не только физическое, но и глубокое психологическое восприятие. Женщина начинает осознавать свою роль в качестве будущей матери, что значительно влияет на её самосознание. В этом контексте формирование женской идентичности становится важным аспектом, ведь оно включает в себя новые ожидания, мечты и порой страхи, связанные с материнством [28].

Как правило, в период беременности на первый план выходят размышления о будущем ребенке, о семейных отношениях и о собственном месте в этом новом контексте. Соответственно, самосознание женщины изменяется, приобретая новые грани. Она может осознать свои сильные и слабые стороны через призму нового опыта, который составляет значительную часть её жизни. Это часто приводит к повышению или

снижению самооценки, в зависимости от личных обстоятельств, эмоционального состояния и реакции окружения.

Динамика самооценки беременной женщины может зависеть от ряда факторов. Например, если женщина ощущает поддержку семьи и партнера, это может способствовать укреплению её положительного образа себя. Напротив, отсутствие поддержки или негативная оценка со стороны окружающих могут привести к чувству неуверенности и сомнениям в своих способностях как матери. Важно, что самооценка не статична — она может изменяться в течение всей беременности, расшатывая привычные представления и формируя новые границы восприятия.

Эмоциональный фон, сопровождающий беременность, также играет важную роль. Страхи, ожидания и переживания формируют не просто самосознание, но и общее состояние женщины. Изменения гормонов, возможные тревожные мысли и физический дискомфорт могут способствовать колебаниям настроения, что, в свою очередь, влияет на субъективное восприятие себя. Самосознание начинает интегрироваться с физическим состоянием, и гормональные изменения могут как усиливать эмоциональное напряжение, так и способствовать более глубокому самопознанию.

Трансформация, происходящая в период беременности, часто включает в себя задумчивость об опыте будущего материнства. Женщина может начать анализировать, как её собственные родители справлялись с задачей воспитания, что формирует её представления о родительстве. Это отражает изучение не только личного опыта, но и культурных и социальных норм, что тоже вносит вклад в самосознание. В свою очередь, желание быть "лучшей матерью" иногда становится источником излишнего давления и критики к себе [29].

Поддержка окружающих и общественное мнение также могут сформировать новый подход к самооценке беременной женщины. Она начинает прислушиваться к рекомендациям и советам, которые часто

становятся мерилем её успеха или неудачи. На этом фоне формируется понятие "хорошей матери", которое может значительно варьироваться в зависимости от культурного контекста и самого окружения.

Таким образом, процесс беременности становится своеобразным зеркалом, в котором отражается не только личный опыт женщины, но и её общественная идентичность. Взаимодействие этих аспектов создает богатую палитру эмоций, восприятия себя и своей роли как будущей матери. Чувство уверенностью или сомнений, надежды или страхов, взаимосвязано с глубоким самосознанием, которое продолжает расширяться и углубляться на протяжении всего этого важного этапа

1.5 Влияние различных факторов на самооценку женщины в период беременности

Беременность является важным этапом в жизни женщины, когда она сталкивается с новыми физическими и психологическими проблемами. Самоощущение и восприятие себя находят глубокие корни в ее жизненном опыте, включая предшествующие отношения, карьерные достижения и личные успехи или неудачи. Этот предшествующий опыт может хорошо объяснить, почему одна и та же беременность воспринимается совершенно по-разному разными женщинами.

Ранее сформированные установки и личные убеждения играют основную роль в формировании самооценки. Женщина, у которой были положительные опыты в прошлом, как правило, будет воспринимать беременность как положительное событие, подчеркивающее её жизненные достижения. Обратная ситуация, когда предыдущие опыты были негативными, может приводить к сомнениям и тревогам. В этом контексте важную роль играют отношения с родителями и другими значимыми фигурами. Если мать имела репрессивное или критическое отношение к своей

беременности, это может повлиять на восприятие будущей матери. Она может ожидать негативного опыта, что значительно снизит её самооценку.

Сравнение себя с другими женщинами также может создать ситуацию, в которой самооценка будет подвергаться колебаниям. Беременные женщины могут подвергать сомнению свои способности, исходя из образов «идеальной матери» или «идеальной беременной», представленных в медиа и обществе. Эта внешняя оценка может затмить собственные чувства и ожидания, создавая дополнительные эмоциональные нагрузки. Сравнительный подход часто ведёт к внутренним конфликтам и снижению самоуважения, особенно если женщина считает себя недостойной занимать роль матери [30].

Женщины, которые придерживались активной профессиональной позиции, могут столкнуться с трудностями в адаптации к новому статусу. Это может углубить чувство неуверенности и страха не справиться с новой задачей.

Кроме того, наличие поддержки со стороны партнеров и близких людей может сильно повлиять на восприятие беременности и формирование самооценки. Если женщина получает внимание и заботу, это способствует увеличению её уверенности и укреплению внутреннего «я». Напротив, отсутствие эмоциональной поддержки может углубить чувство одиночества и неуверенности. Взаимодействия с окружающими женщинами и обмен опытом с другими беременными также помогают в формировании позитивного самовосприятия.

Важную роль в этой динамике играют культурные и социальные ожидания. В некоторых обществах беременность может рассматриваться как источник гордости, тогда как в других она может вызывать стыд, особенно если существует давление по отношению к идеалам красоты и самореализации. Это давление может повысить уровень стресса и беспокойства, тем самым снижая самооценку [7].

Изменения в теле также влияют на восприятие себя. Неудовлетворенность своим изменившимся телом может влиять на общее

самочувствие и уверенность в себе. Здесь необходимо обратиться к пониманию, что беременность – это естественный процесс, в процессе которого происходит адаптация не только физическая, но и психологическая.

Период беременности пронизан многими социальными факторами, которые могут существенно влиять на формирование самооценки женщины. Внешние воздействия, исходящие от семьи, друзей, а также общественных стереотипов, оказывали и продолжают оказывать давление на самоощущение будущей матери. Социальные нормы и ожидания, касающиеся материнства, способны сформировать представления женщин о своей роли и ценности, что непосредственно отражается на их самооценке [9].

Семейное окружение играет важную роль в этом процессе. Поддержка или, напротив, критика со стороны супругов и родственников может укрепить или подорвать уверенность женщины в себе. Если беременная женщина чувствует, что ее воспринимают как полноценную и ценную личность, это способствует формированию позитивного образа себя. В то же время, непонимание или недостаток эмоциональной поддержки со стороны близких может формировать негативные представления о собственной значимости, особенно если от женщины ожидаются идеальные стандарты материнства.

Общественные стереотипы о беременных женщинах также влияют на их самооценку. Иногда они могут быть экстравагантными или неподходящими, задавая высокие требования к внешности, поведению и роли матери. Женщины нередко сталкиваются с критикой или недовольством от окружающих, если не соответствуют этим ожиданиям. Это создает внутренние конфликты, когда природное желание беременной женщины быть счастливой и радоваться новому этапу жизни подрывается внешними давлением и стереотипами.

Культурные различия также влияют на восприятие беременности. В одних культурах большую ценность придают материнству, что может поднимать самооценку женщин, в то время как в других беременность может рассматриваться как временное ограничение, что в свою очередь подрывает

веру в себя. Женщины могут осознавать свою идентичность и ценность по-разному в зависимости от социокультурной среды, в которой они находятся [6].

Работа, которая выполняется в рамках противоречивых социальных ожиданий, также может оказывать значительное влияние на самовосприятие. Многие женщины испытывают беспокойство по поводу своей профессиональной роли во время беременности, что может добавить дополнительный стресс и снизить самооценку, особенно если они ощущают необходимость соответствовать стандартам и ожиданиям своей профессии.

Поддержка со стороны социальных групп, таких как клубы беременных или сообщества матерей, может помочь женщинам справляться с появляющимися негативными чувствами и думать о себе более позитивно. Обмен опытом и получение информации от других женщин в подобной ситуации может значительно улучшить самосознание и чувство самооценности.

Существуют освободительные моменты в социализации, когда женщины обмениваются не только опытом, но и позитивной энергией, способствуя укреплению взаимного доверия и поддержки. Это формирует не только позитивные эмоциональные состояния, но и позволяет женщинам ощущать свою силу и значимость, что в конечном итоге отражается на их восприятии себя в новом качестве – будущей матери.

Выводы по первой главе

В данной главе были рассмотрены теоретические подходы к изучению таких психологических состояний как тревожность и депрессия, а также рассмотрены вопросы о психологических и физиологических изменениях в организме женщины в период беременности. Данное изучение позволило сделать следующие выводы:

- тревожность и депрессия достаточно актуальные состояния, которые в наше время встречаются все чаще;
- и депрессия, и тревожность способны нанести ущерб здоровью беременной женщины и ее будущего ребенка, повышая вероятность осложнений беременности и родов;
- причины возникновения депрессии и тревожности во время беременности различны, но влияние внешних факторов так же играет важную роль.

Глава 2 Роль психолога в психологической поддержке женщины в разные периоды беременности

2.1 Психологическая служба по поддержке беременных

При работе психолога в профильной организации (поликлинике) основным направлением работы психолога являются консультации с пациентами гинекологического профиля. При этом, самым большим кругом пациентом являются беременные, что обязаны проходить консультацию у специалистов дважды за всю беременность: в малом сроке (от начала постановки на учет до 15 недель), в 30 недель и дополнительно, если этого требуют рекомендации психолога, обычно в 22-24 недели (II триместр).

Психологическое консультирование беременных – это процесс оказания профессиональной психологической помощи женщинам в период беременности, направленный на поддержку эмоционального состояния будущей матери, решение психологических проблем и адаптацию к новым условиям жизни.

Несмотря на то, что создание и интеграция психологической службы в организации подобного профиля является недавним введением (в 2020 году вышел приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 февраля №69н/95н, который утвердил порядок оказания медицинскими организациями услуг по правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам в период беременности) создание и функционирование психологической службы в поликлинике имеет важное значение для повышения качества медицинской помощи населению.

Цели психологического консультирования беременных:

- поддержка эмоционального благополучия: помощь женщине справиться с тревогой, страхами, депрессией и другими негативными эмоциями, возникающими в связи с беременностью;

- подготовка к родам: обучение методикам релаксации, дыхательным техникам, способствующим снижению стресса и улучшению общего самочувствия;

- решение личных и семейных вопросов: обсуждение изменений в отношениях с партнером, семьей, друзьями, работа над улучшением коммуникации и взаимопонимания;

- формирование позитивного отношения к материнству: развитие чувства уверенности в себе, осознание своей роли матери, принятие нового статуса;

- обучение уходу за ребенком: предоставление информации о развитии плода, подготовке к рождению ребенка, уходе за новорожденным.

Методы психологического консультирования беременных:

- индивидуальные консультации: личные встречи с психологом, направленные на глубокое понимание переживаний женщины и разработку индивидуальных стратегий преодоления трудностей;

- групповые занятия: участие в группах поддержки, где будущие мамы делятся опытом, получают советы от специалистов и друг друга;

- тренинги и семинары: проведение образовательных мероприятий, направленных на повышение уровня осведомленности женщин о беременности, родах и воспитании детей;

- телефоны доверия и онлайн-консультации: возможность обратиться за помощью дистанционно, особенно полезна для женщин, находящихся далеко от специализированных центров.

Таким образом, психологическое консультирование играет важную роль в поддержании психического здоровья будущих матерей, способствует гармоничному развитию отношений внутри семьи и положительно влияет на здоровье будущего ребенка.

Помимо планового направления беременных на консультацию к психологу бывают и дополнительные причины для консультаций, вне установленного плана.

Во время беременности женщина сталкивается с множеством физических и эмоциональных изменений, которые могут вызывать беспокойство и стресс. Консультация с психологом позволяет ей подготовиться к предстоящему материнству, разобраться в своих переживаниях и выработать стратегии совладания с возможными трудностями.

Основные причины, по которым будущая мама может нуждаться в поддержке психолога (помимо клинических рекомендаций):

- переживания по поводу родов и ухода за младенцем;
- страх перед неизвестностью и неопределенностью;
- изменения в образе жизни и привычках;
- финансовые и социальные проблемы;
- конфликты в семье или паре;
- прошлый опыт неудачных беременностей или потерь.

Консультант-психолог помогает выявить потенциальные риски развития послеродовой депрессии и разработать индивидуальный план действий для минимизации негативных последствий.

Регулярные консультации с психологом дают некоторые преимущества – помогают будущим матерям справляться с повседневными заботами и стрессовыми факторами, укрепляют уверенность в своих силах и повышают качество жизни. Благодаря таким встречам женщина получает необходимые знания и навыки, позволяющие лучше понимать собственные эмоции и потребности своего малыша.

Кроме того, раннее вмешательство способствует укреплению партнерских отношений и созданию благоприятной атмосферы дома, что значительно снижает риск появления депрессии после родов.

Таким образом, консультация с психологом во время беременности представляет собой эффективный инструмент профилактики послеродовой депрессии. Она помогает женщине подготовиться к новому этапу жизни,

укрепить свои ресурсы и создать благоприятные условия для благополучного начала родительского пути.

2.2 Роль психолога в ситуациях репродуктивного выбора

Каждая ситуация репродуктивного выбора и человек, с оказался перед ним – уникальны и, поэтому создание универсальных правил и протоколов действий в психологической помощи невозможно. Благотворительная программа «Спаси жизнь», которая активно осуществляется на территории Российской Федерации с 2015 года, оказывают помощь не только беременным женщинам, оказавшимся в ситуации репродуктивного выбора, но и врачам и психологам, работающим с такими пациентками [1].

По статистике 2023-2024 года, в ГБУЗ СО «Тольяттинская городская поликлиника №2" было направлено на прерывание беременности в рамках ОМС 329 женщин. Самой частой причиной направлений по желанию женщины были «Финансовые проблемы» - 40%. Аборты, связанные с проблемами здоровья и развития ребенка (медицинские показания) составили всего 14%. Результаты отражены в таблице 1.

Таблица 1 – Причины направлений на аборт за 2023-2024 год

Причины аборта	Общее количество абортов	Количество (в %)
Финансовые проблемы в семье	133	40
Незапланированная беременность	81	25
Проблемы, с имеющимися детьми	51	16
Медицинские показания	47	14
Проблема с гражданством	17	5

При этом, статистика прежних годов показывает, что показатель желающих пойти на аборт, после консультации с психологом, снизился в 4 раза.

2.3 Влияние стресса на развитие плода

Стресс оказывает значительное влияние на развитие плода, причем последствия могут проявляться как в краткосрочной перспективе, так и в долгосрочном периоде жизни ребенка. Во время беременности организм женщины вырабатывает различные гормоны, включая кортизол – гормон стресса. Повышенный уровень кортизола вследствие хронического стресса может негативно сказаться на развитии нервной системы и мозга плода. Это связано с тем, что высокие концентрации кортизола проникают через плацентарный барьер и воздействуют непосредственно на плод.

Хронический стресс также влияет на функционирование плаценты, ухудшая её способность обеспечивать плод необходимыми питательными веществами и кислородом. Недостаточное поступление питательных веществ может привести к задержке роста и развития плода, повышению риска преждевременных родов и низкой массы тела при рождении.

Доказано, что хронический материнский стресс ассоциируется с повышенным риском нарушений поведения и когнитивных функций у детей. Например, дети матерей, испытывавших сильный стресс во время беременности, чаще страдают от тревожных расстройств, депрессии и проблем с вниманием [1]; [13].

Исследования 2011 года, проведенное учёными Университета Макгилла (Канада), продемонстрировало, что повышенный уровень стресса у беременных женщин повышает риск появления симптомов гиперактивности и дефицита внимания у их детей дошкольного возраста.

Другое научное исследование, опубликованное в авторитетном медицинском журнале «Pediatrics», подтвердило взаимосвязь между сильным

стрессом матери во время вынашивания ребёнка и возможным последующим снижением интеллектуального коэффициента (IQ) у школьников [10].

Позднее, исследование 2015 года, Kvalevaag et al. подтверждает важную роль семейного окружения в формировании психического здоровья будущего поколения. Авторы исследования обнаружили следующую закономерность: риск эмоциональных и поведенческих трудностей у детей значительно увеличивался, если оба родителя испытывали значительный психологический стресс именно в период беременности [11].

Это открытие подчеркивает значимость комплексного подхода к поддержанию психоэмоционального благополучия семьи. Стресс одного лишь родителя тоже важен, однако наиболее сильное негативное воздействие наблюдается тогда, когда стрессовая нагрузка ложится одновременно на обоих родителей. Такие ситуации могут создавать условия, неблагоприятные для нормального формирования центральной нервной системы плода, приводящие впоследствии к различным нарушениям поведения и настроения у ребёнка.

В рамках данной работы было проведено подобное исследование, по изучению влияния стресса на развитие плода и исход беременности. В исследовании приняли участие 10 родивших женщин, 5 из которых посещали психолога во время беременности и 5 – нет.

Цель данного опроса – определить уровень стресса после окончания беременности у женщин и выявление симптомов послеродовой депрессии.

Для исследования использовался Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS) – это самоопросник из 10 вопросов, разработанный для выявления симптомов депрессии у женщин в послеродовой период.

Особенности данного исследования.

Вопросы касаются эмоционального состояния женщины в течение последних семи дней. Они касаются таких симптомов, как чувство грусти, беспомощности, тревоги, нарушения сна и отсутствие удовольствия от повседневной деятельности.

Отличительная особенность — отсутствие пунктов, указывающих на соматические (физические) симптомы депрессии.

За каждый ответ начисляется определённое количество баллов, на основании суммы которых делается вывод о вероятности наличия послеродовой депрессии.

Результаты проведенного исследования отражены в таблице 2 и 3.

Таблица 2 – Итоговые баллы по выявлению симптомов послеродовой депрессии, не консультированных психологом во время беременности, женщин

Степень выраженности	Общее количество респондентов	Количество (в %)
Низкий уровень (0-4 балла)	1	20
Средний уровень (5-11 баллов)	3	60
Высокий уровень (12 и более)	1	20

Так, по полученным данным можно сделать вывод, что из не проконсультированных психологом во время беременности женщин больше половины имеют средние риски развития послеродовой депрессии – 60%. Низкие шансы развития депрессии после родов – 20% и высокие – 20%.

Таблица 3 – Итоговые баллы по выявлению симптомов послеродовой депрессии, консультированных во время беременности женщин

Степень выраженности	Общее количество респондентов	Количество (в %)
Низкий уровень (0-4 балла)	4	80
Средний уровень (5-11 баллов)	1	20
Высокий уровень (12 и более)	0	0

По полученным данным явно наблюдается влияние работы психолога на исход беременности и послеродовой период. Так, большая часть женщин,

прошедших психолога, имеют низкие риски развития послеродовой депрессии (80%) и лишь 20% - средние.

Данные результаты доказывают, что проведение консультативных визитов к психологу по клиническим рекомендациям имеет большое влияние проявление симптомов и развитие синдромов после родов.

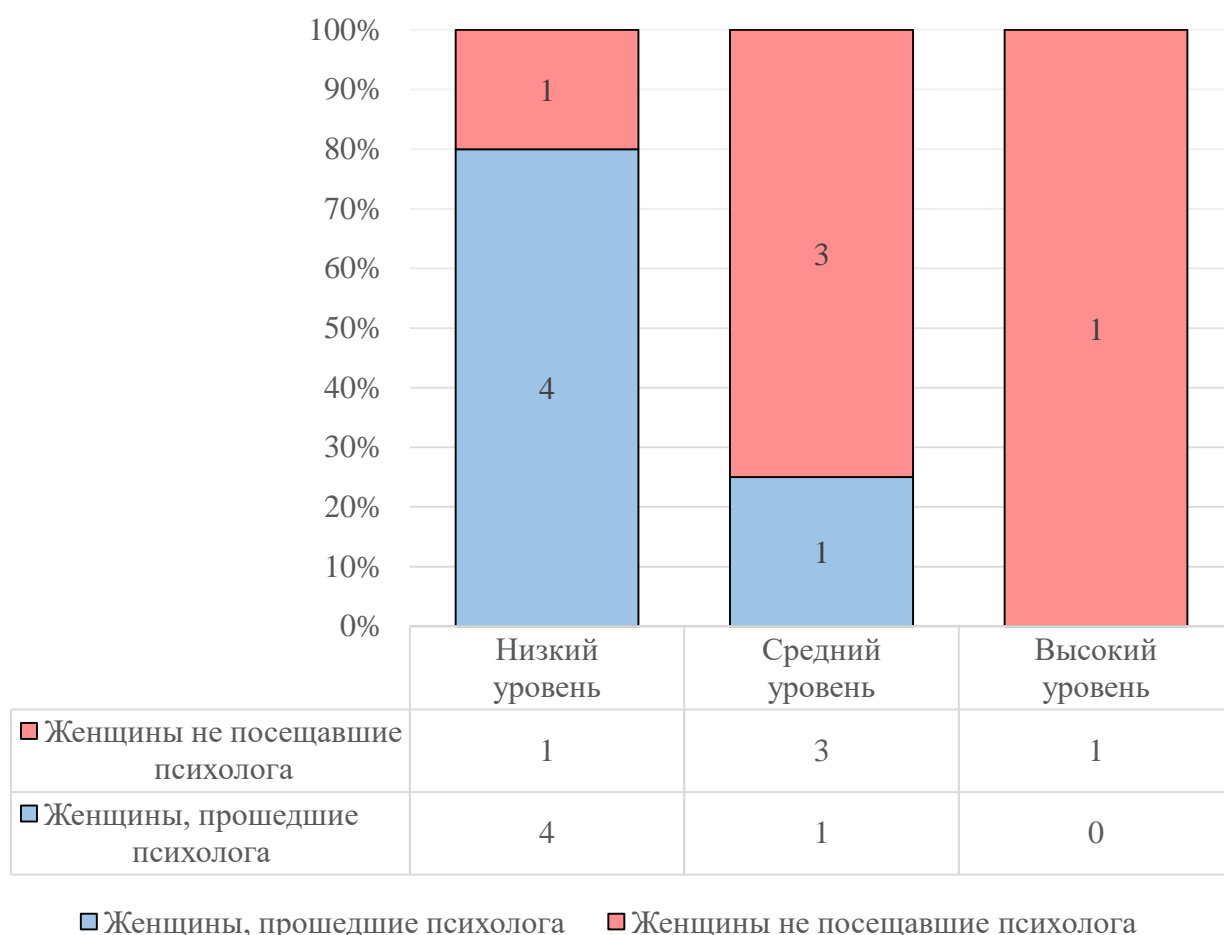


Рисунок 1 – Результаты опросника по выявлении послеродовой депрессии

Таким образом, поддержка будущих матерей, особенно в условиях повышенного стресса, связанного с течением беременности, исходами родов и другими, внешними факторами, становится важной профилактической мерой в период беременности и после родов, а главное – одной из основных направленностей в работе психолога.

2.4 Роль позитивных эмоций и психологического благополучия матери на здоровье ребенка

Позитивные эмоции и психологическое благополучие матери играют ключевую роль в формировании здоровья и общего состояния ребенка. Эти факторы оказывают положительное влияние на разные аспекты развития малыша, начиная с внутриутробного периода и продолжая в раннем детстве.

Психологическое состояние матери тесно связано с физиологическими процессами, происходящими в организме. Когда женщина испытывает положительные эмоции, её тело выделяет гормоны счастья (например, эндорфины и серотонин), которые благоприятно влияют на рост и развитие плода. Исследования показывают, что положительный настрой способствует улучшению кровообращения и обменных процессов, что положительно сказывается на массе тела новорождённого, снижает риски осложнений во время родов и уменьшает частоту случаев преждевременных родов.

Примером, доказавшим взаимосвязь эмоциональной стабильности матери и благополучия ребенка, является одно исследование, проведённое в Гарвардской школе общественного здравоохранения, которое установило, что беременные женщины, ощущавшие поддержку окружающих и пребывающие в хорошем расположении духа, имели меньший риск рождения маловесных младенцев [12]; [13].

Нейронные связи формируются быстрее и эффективнее, когда мать испытывает радость и спокойствие. Положительные чувства стимулируют выработку необходимых нейромедиаторов, обеспечивающих оптимальное формирование структур мозга и создание условий для полноценного функционирования нервной системы в дальнейшем.

Дети рождаются более уравновешенными и адаптивными, если мать находилась в состоянии покоя и радости во время ожидания малыша. У таких

малышей отмечается низкий уровень тревоги, хорошее настроение и успешная социализация в раннем возрасте.

Научные исследования подтверждают положительное влияние положительных эмоций матери на исход беременности и здоровье ребенка. Исследование Йельского университета обнаружило прямую зависимость между положительными эмоциями матери и уровнем активности серого вещества мозга новорожденных. Анализ группы ученых из Норвегии показал, что малыши, чьи мамы регулярно улыбались и радовались во время беременности, лучше спали ночью и демонстрировали меньше раздражительности днем. Доказано, что ощущение удовлетворения от процесса ожидания ребенка способствует улучшению перинатальных показателей и снижает риски неврологических отклонений у младенцев [7]; [11].

Поддерживая свое психологическое благополучие, будущая мама обеспечивает своему ребенку наилучшие стартовые условия для успешного начала самостоятельной жизни.

2.5 Подготовка к родам и будущему материнству

Роль психолога в подготовке женщины к родам и последующему материнству чрезвычайно важна и многогранна. Психолог помогает женщине преодолеть страх перед предстоящими изменениями, разобраться в собственных ощущениях и подготовить себя морально и эмоционально к новой роли.

Основные направления деятельности психолога, работающих с беременными:

- консультирование и информирование;
- эмоциональная поддержка;
- работа над установками и убеждениями;
- подготовка к партнерским родам;

– создание ресурсного потенциала.

Психологическая поддержка беременных женщин является важной частью комплексного подхода к ведению беременности. Психологи работают согласно клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи, разработанным профессиональными ассоциациями и министерством здравоохранения [14].

С 2020 года в России действует система психологической поддержки беременных в рамках государственных медицинских учреждений. Такие кабинеты работают в женских консультациях, перинатальных центрах и специальных Центрах медико-социальной помощи беременным [1].

Некоторые рекомендации по работе психолога в зависимости от срока беременности и её особенностей:

- в начале беременности целесообразно проводить коррекционно-развивающую программу, направленную на адаптацию к беременности;
- во втором триместре беременности наиболее эффективными считаются занятия, направленные на обучение общению с ребёнком и развитие творческого потенциала будущей матери;
- для женщин в третьем триместре беременности полезны занятия, направленные на психологическую подготовку к родам, включающие упражнения на релаксацию и дыхание.

Рассматривая роль психолога в работе с женщинами в третьем триместре беременности, как отмечалось ранее, ведется несколько направлений.

Психолог помогает женщине разобраться в физиологических и психологических изменениях, происходящих во время беременности и родов. Это включает разъяснение процессов, связанных с развитием плода, подготовкой организма к родам и восстановлением после них.

Страх перед неизвестностью, боль, возможные осложнения часто становятся причиной повышенного уровня тревоги у беременной женщины. Задача психолога – выявить страхи и тревоги, обсудить их с женщиной,

предложить методы борьбы с ними и создать атмосферу доверия и спокойствия.

Психолог учит женщину правильным способам дыхания, расслаблению и концентрации внимания, что помогает ей справляться с болью и напряжением во время родов. Эти навыки способствуют снижению болевых ощущений и ускоряют процесс родов.

Психолог учит женщину правильным способам дыхания, расслаблению и концентрации внимания, что помогает ей справляться с болью и напряжением во время родов. Эти навыки способствуют снижению болевых ощущений и ускоряют процесс родов.

Важна работа психолога и с близким окружением женщины и родственниками. Участие супруга в процессе подготовки к родам имеет большое значение. Психолог работает с мужчиной, помогая ему лучше понимать потребности жены, поддерживать её морально и физически, участвуя в совместных занятиях и мероприятиях.

Послеродовой период также требует внимательного отношения психолога. Важно вовремя заметить признаки послеродовой депрессии, оказать необходимую помощь и поддержку молодой маме, наладить контакт между матерью и ребёнком.

Для эффективного выполнения своих функций психолог должен обладать знаниями и опытом в области перинатальной психологии, иметь представление о современных медицинских технологиях и владеть методами диагностики и коррекции различных видов девиантного поведения.

Таким образом, психолог играет ключевую роль в обеспечении благополучия будущей матери и ребёнка, создавая условия для гармоничного протекания беременности и успешных родов. Работая в данном направлении, психолог помогает женщинам стать уверенными, сильными и готовыми принять новую роль с радостью и лёгкостью.

Глава 3 Методики по психологической поддержке беременных

3.1 Психозмоциональное консультирование в I триместре беременности

Первый триместр беременности характеризуется значительными изменениями в организме женщины, как физическими, так и психологическими. Именно в этот период особенно важно проводить грамотное психозмоциональное консультирование, которое способствует адаптации будущей матери к новым условиям жизни и снижает риск возникновения психологических расстройств [17]; [23].

Цель исследования: оценить эффективность психозмоционального консультирования в первом триместре беременности по снижению уровня тревожности, стресса и улучшению адаптации к новому состоянию.

Задачи исследования:

- оценить начальное психозмоциональное состояние беременных женщин первого триместра;
- провести индивидуализированное психозмоциональное консультирование для участниц группы вмешательства;
- оценить изменения психозмоционального состояния женщин после курса консультирования;
- определить различия в уровне тревожности и адаптации между группой вмешательства и контрольной группой;
- сделать вывод о целесообразности внедрения психозмоционального консультирования в первую половину беременности.

Методы и подходы:

- метод анкетирования с использованием опросника Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина;

- индивидуальные сеансы психологического консультирования, направленные на проработку страхов, выработку стратегии преодоления трудностей и освоение техник релаксации и управления стрессом;
- контрольная группа (без психоэмоционального консультирования) для сравнительного анализа;
- повторное тестирование женщин обеих групп спустя три месяца после начала исследования;
- применение количественного метода обработки данных с применением t-критерия Стьюдента для выявления статистически значимых различий.

Участники исследования: выборка составила 90 женщин первого триместра беременности, случайно разделённых на две группы, что сохранялись на протяжении всего срока гестации и проведения исследования:

- группа вмешательства ($n = 45$): участвовали в еженедельных индивидуальных сессиях психоэмоционального консультирования с клиническим психологом женской консультации продолжительностью около 45 минут каждая и консультацию врача акушера-гинеколога;
- контрольная группа ($n = 45$): получили дважды проведенное психоэмоциональное консультирование у клинического психолога женской консультации и консультацию врача акушера-гинеколога.

Данное исследование, основанное на разделении респондентов на две группы и внедрение разных методов консультирования, было проведено на основе добровольного согласия самих женщин.

Критерии включения:

- срок беременности до 13 недель;
- возраст от 18 до 40 лет;
- отсутствие тяжёлых хронических заболеваний и психопатологий.

Итоги исследования.

По предварительным исследованиям уровень тревожности в первой группе составил – 36%, во второй – 31%. Результаты исследования отражены в таблице 4.

Таблица 4 – Первичная оценка тревожности респондентов

Группа	Среднее значение тревожности группы, в %
Группа вмешательства	36
Контрольная группа	31

После проведенных методов были получены следующие данные.

Таблица 5 – оценка влияния проведенных мероприятий

Группа	Среднее значение тревожности группы, в %	Среднее значение тревожности группы после консультаций, в %
Группа вмешательства	36	15
Контрольная группа	31	26

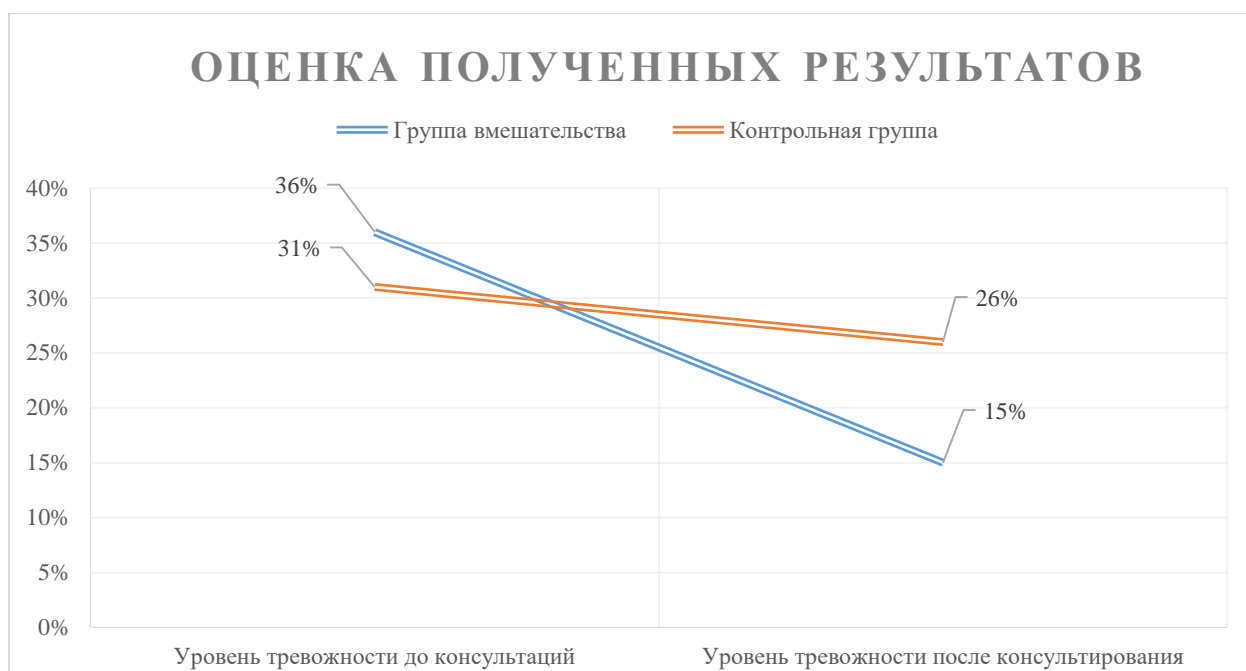


Рисунок 2 – Оценка полученных результатов

Средний показатель тревожности уменьшился в группе вмешательства на 21%, тогда как в контрольной группе снижение составило всего 5%. Средняя оценка уровня адаптации увеличилась на 18% в группе вмешательства и осталась практически неизменной (+2%) в контрольной группе. Статистический анализ подтвердил значительную разницу между группами ($p < 0.05$). Данные указывают на высокую эффективность психоэмоционального консультирования для нормализации психоэмоционального состояния и лучшей адаптации женщин к беременности в первые месяцы.

3.2 Психоэмоциональное консультирование в II триместре беременности

Второй тримест беременности – это период подготовки к предстоящим родам, полноценным физическим изменениям и появлению обострившихся симптомов.

Цель исследования: оценить эффективность психоэмоционального консультирования в снижении уровня тревожности и улучшении психоэмоционального состояния беременных женщин во втором триместре беременности.

Задачи исследования:

- оценить начальное психоэмоциональное состояние беременных женщин второго триместра;
- провести индивидуализированное психоэмоциональное консультирование для участниц группы вмешательства;
- проанализировать динамику изменений психоэмоционального состояния в группе вмешательства и контрольной группе;
- определить статистически значимую разницу между показателями тревожности и психологического комфорта в обеих группах;
- формулировка рекомендаций по внедрению эффективной модели психоэмоционального консультирования в повседневную практику женских консультаций.

Методы и подходы:

- опросник Спилбергера-Ханина («Шкала реактивной и личностной тревожности») для оценки текущего уровня тревожности;
- тест самооценки депрессии Бека (BDI-II);
- индивидуальные консультации психолога, направленные на работу с переживаниями, обучение техникам релаксации и саморегуляции;
- количественный анализ динамики показателей тревожности и уровня депрессии до и после проведения психоэмоционального консультирования;
- контрольная группа (женщины без дополнительного консультирования) для сравнения результатов.

Участники исследования:

- группа вмешательства (n=45): проходили регулярные индивидуальные сессии психоэмоционального консультирования продолжительностью 30–45

минут каждую неделю в течение трех месяцев и наблюдение у участкового акушера-гинеколога;

– контрольная группа (n=45): получали стандартную медицинскую психологическую консультацию у клинического психолога женской консультации и наблюдение у участкового врача акушера-гинеколога, без дополнительного психоэмоционального консультирования.

Для внесения дополнительного курса психоэмоционального консультирования в группу вмешательства у женщин было взято добровольное согласие.

Итоги исследования.

На повторном исследовании уровня тревожности были получены следующие данные: первая группа – 21%, вторая группа – 32%. По сравнению с результатами в первом триместре уровень тревожности у обеих групп увеличился. Данные отражены в таблице.

Таблица 6 – Исследование тревожности во втором триместре

Группа	Среднее значение тревожности группы, в %	Среднее значение тревожности группы после консультаций, в %	Среднее значение тревожности в группе во втором триместре, в %	Среднее значение тревожности в группе во втором триместре после консультаций, в %
Группа вмешательства	36	15	21	13
Контрольная группа	31	26	32	27



Рисунок 3 – Оценка результатов за два периода консультаций

Уровень тревожности снизился в среднем на 8% в группе вмешательства против 5% снижения в контрольной группе. Показатели статистически достоверны ($p < 0.05$). Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности индивидуального психоэмоционального консультирования для улучшения психоэмоционального состояния беременных женщин во втором триместре.

Таким образом, можно наблюдать снижение уровня тревожности в обеих группах, но более ощутимое – в группе вмешательства.

3.3 Психоэмоциональное консультирование в III триместре беременности

Третий триместр беременности характеризуется существенными изменениями в организме женщины, сопровождающимися повышенной

нагрузкой на внутренние органы и физическим дискомфортом. Помимо физических изменений, большинство женщин испытывают нарастающую тревогу, беспокойство и страхи, связанные с предстоящими родами и появлением ребенка. В результате у многих беременных наблюдается ухудшение настроения, нарушение сна, повышенная раздражительность и даже признаки депрессивных расстройств. Это создает потребность в разработке эффективных методов поддержки и улучшения психоэмоционального состояния женщин на поздних сроках беременности.

Эффективное психоэмоциональное консультирование направлено на создание условий для лучшего понимания собственных чувств и переживаний, выработки конструктивных способов совладания со стрессовыми ситуациями и обретения уверенности в себе накануне родов. Регулярные встречи с квалифицированным специалистом позволяют женщине лучше подготовиться морально и физически к важному этапу своей жизни.

Цель исследования: оценить эффективность психоэмоционального консультирования в III триместре беременности для уменьшения уровня тревожности, страха и беспокойства у женщин, а также содействия положительной адаптации к новым условиям жизни и улучшения психофизического состояния перед родами.

Задачи исследования:

- оценить начальное психоэмоциональное состояние женщин в III триместре беременности;
- провести индивидуальный курс психоэмоционального консультирования для участниц эксперимента;
- измерить динамику изменений психоэмоционального состояния женщин после прохождения консультирования;
- установить различия в показателях тревожности и стресса между участниками экспериментальной группы и контрольной группы;

– доказать пользу психоэмоционального консультирования и сформулировать рекомендации по его внедрению в систему предродового наблюдения.

Методы и подходы:

– использование стандартных методик диагностики психоэмоционального состояния: анкета для оценки уровня тревожности (опросник Спилбергера-Ханина), методика диагностики уровня депрессии (шкала Бека);

– индивидуальные сеансы психоэмоционального консультирования, направленного на осознание внутренних ресурсов, коррекцию деструктивных установок, разработку навыков расслабления и борьбы со стрессом;

– контрольная группа (получавшая обычную помощь без специфического консультирования) для сопоставимости полученных результатов;

– повторное обследование всех участников исследования после окончания курса консультирования;

– статистический анализ данных методами дескриптивной статистики и критерием Манна-Уитни для проверки наличия значительных отличий между двумя группами.

Участники исследования.

Экспериментальная группа (n=45) – проходили курсы индивидуального психоэмоционального консультирования один раз в неделю в течение трёх месяцев.

Контрольная группа (n=45) – не подвергались специальному консультированию, получали обычную консультацию клинического психолога женской консультации и консультации у участкового врача акушера-гинеколога о подготовке к родам.

Все женщины находились на сроке гестации от 30 до 38 недель включительно. У обеих групп было взято добровольное информированное согласие о том, что им предстоит разное консультирование.

Итоги исследования.

До начала исследования средний уровня тревожности составлял 41% (экспериментальная группа) и 49 % (контрольная группа). Результаты исследования представлены в таблице.

Таблица 7 – исследование тревожности в третьем триместре

Группа	Среднее значение тревожности группы в I триместре, в %	Среднее значение тревожности группы после консультаций, в %	Среднее значение тревожности в группе во II триместре, в %	Среднее значение тревожности в группе во II триместре после консультаций, в %	Среднее значение тревожности в группе в III триместре, в %	Среднее значение тревожности в группе в III триместре после консультаций, в %
Группа вмешательства	36	15	21	13	41	32
Контрольная группа	31	26	32	27	49	45

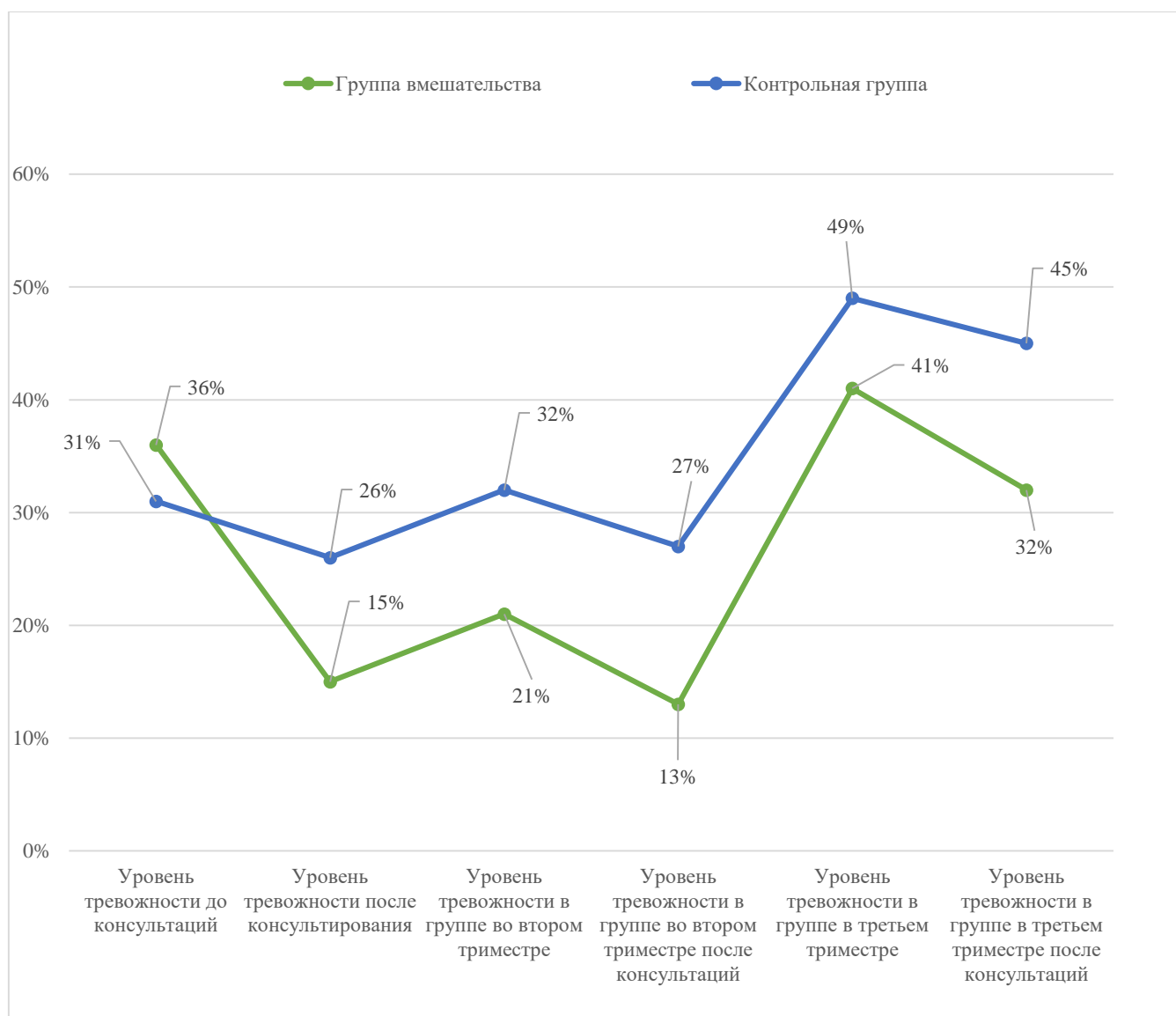


Рисунок 4 – Оценка результатов за весь период исследования

После завершения курса консультирования показатель снизился до 32 % в экспериментальной группе и остался почти прежним – 45 % в контрольной группе.

Разница была статистически значимой ($p < 0.05$). Таким образом, проведённый курс показал свою эффективность в снижении уровня тревожности и обеспечении лучшего психоэмоционального состояния женщин перед родами.

Заключение

Анализ теоретической части показывает, что изучение психологического состояния беременных женщин является актуальным направлением современной науки. Несмотря на ограниченное количество работ в этой области, активное развитие перинатальной психологии подтверждает важность и своевременность избранной темы исследования. Полученные результаты подтвердили динамику уровней тревожности и депрессии в разные периоды беременности: уровень депрессии снижается к третьему триместру, тогда как тревожность возрастает ближе к концу гестационного срока. Это свидетельствует о том, что женщины испытывают больше тревоги в конце беременности, одновременно снижая признаки депрессии.

Частично подтвердив гипотезу о влиянии триместров на показатели тревожности и риска послеродовой депрессии, исследование показало, что изменения происходят, однако выраженность переживаний остается стабильной на протяжении всей беременности. Этот вывод подчеркивает необходимость ранней диагностики эмоционального состояния беременных женщин, особенно учитывая связь между высоким уровнем депрессии и тревожности и увеличением числа оперативных вмешательств при родах, включая кесарево сечение.

Исследования современных ученых (например, Л.Т. Гацаевой и И.А. Колесникова) подчеркивают значимость раннего выявления проблем психоемоционального характера среди беременных. Регулярная диагностика должна начинаться еще на стадии планирования беременности, чтобы предотвратить возможные осложнения. Женщины с высокими показателями тревожности и депрессии нуждаются в психологической поддержке, включающей консультации специалистов-психологов, просветительные мероприятия и групповые занятия, направленные на уменьшение страхов и нормализацию эмоционального фона.

Список используемой литературы

1. Акушерство и гинекология: пер. с англ. доп.//гл. ред. Савельева Г. М. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1997. ISBN 5-88816-004-0. Obstetrics and Gynecology//Ed. by William W. Beck, Jr.//Philadelphia, Williams & Wilkins. ISBN 0-683-06241-7.
2. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 1200 с. (Серия «Национальные руководства»).
3. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии / А. Адлер. М.: Институт Психотерапии, 2002. 131 с.
4. Акушерская агрессия, v. 2.0. / В.Е. Радзинский. М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2017. 872 с.
5. Барабашкина А. В. Новые подходы к лечению артериальной гипертензии в период беременности // Российский кардиологический журнал. 2005. №3. С. 47-52.
6. Былина Е. В. «Психологические особенности беременных женщин с нарушением функции репродуктивной системы» // «Учёные записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы». 2019. том 31. номер 1. страницы 59–70.
7. Беременность. Консультации акушера-гинеколога, психолога / Г.Г. Филиппова, Е. Ю. Печникова, Е. И. Захарова. Москва: Эксмо, 2008. 224 с. (Ребенок и уход за ним).
8. Диагностика эмоционально-нравственного развития / Под ред. И.Б. Дерманова. СПб., 2002. С.124-126.
9. Знаменская С. И. Коррекция эмоциональных состояний беременных женщин средствами физических упражнений / С.И. Знаменская. СПб.: Питер, 2007. С. 71-113.

10. Ицкович М. М., Грачева О. А., Хакимова Н. Д., Макарова А. Д. Алгоритмы психологического и юридического консультирования в ситуациях репродуктивного выбора. М.: АНБО «Спаси жизнь», 2022. 392 с.
11. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека / Е.П. Ильин. СПб.: Питер, 2005. 412 с.
12. Клинические рекомендации – Нормальная беременность. 2023-2024 – 2025 (15.02.2024). Утверждены Минздравом РФ.
13. Клинические особенности депрессивных расстройств невротического уровня в послеродовом периоде / Под ред. А.А. Прибытков. СПб.: Питер, 2006. 136 с.
14. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. СПб., 2007.
15. Личностные детерминанты конфликтов в неофициальном молодежном браке / Под ред. С.Н. Фрондзей. Ростов-на-Дону, 2009.
16. Лурия А. Р. Лекции по общей психологии / А.Р. Лурия. СПб.: Питер, 2006. 320 с.
17. Левитов Н. Д. О психических состояниях человека / Н.Д. Левитов. М.: Просвещение, 1964.
18. Малер Маргарет С., Пайн Фред, Бергман Анни. Психологическое рождение человеческого младенца: Симбиоз и индивидуация. М.: Когито-Центр, 2011. 413 с.
19. Новикова К. В. Возможности применения арт-терапевтических методов в психологической коррекции эмоционального состояния девушек в период беременности // Психолог. 2021. № 1. С. 35-46.
20. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин (в связи с задачами психотерапии) / Под ред. И.А. Колесников. СПб.: Питер, 2010. 161 с.
21. Невынашивание беременности / В. М. Сидельникова. Москва: Медицина, 1986. 175 с.: ил. ; 20 см. (библиотека практ. врача. Актуал. вопр. акушерства и гинекологии). Библиогр.: с. 171-174.

22. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности / Под ред. Л.Т. Гацаевой. М., 2011. 125 с.
23. Оливия Гордон. Шанс на жизнь. Как современная медицина спасает еще не рожденных и новорожденных. М.: Бомбора, 2020. 448 с.
24. Практическая гинекология. Тимошенко Л. В., Коханевич Е. В., Травянского Т. Д. Киев: Здоров'я, 1981. 448 с.
25. Перинатальная психология: учебное пособие / П.И. Сидоров, Г.Н. Чумакова, Е. Г. Щукина. СПб: СпецЛит, 2015. 143 с.
25. Перинатальная психология и психиатрия. В 2 т. Т. 2: учеб. пособие для студ. учреждений высш. мед. проф. образования / [Н.Н.Володин и др.]; под ред. Н.Н. Володина, П.И. Сидорова. М.: Издательский центр «Академия», 2009. 256 с.
26. Савенышева С. С. Влияние состояния и соотношение к ребенку матери в период беременности на последующее психическое развитие ребенка: анализ зарубежных исследований // Интернет журнал «Мир науки». № 2, 2007.
27. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. М.: Айрис-пресс, 2004.
28. Junge, C., Garthus-Niegel, S., Slinning, K. et al. The Impact of Perinatal Depression on Children's Social-Emotional Development: A Longitudinal Study. *Matern Child Health J* 21, 607–615 (2017).
29. Mínguez-Alarcón L, Williams PL, Souter I, Ford JB, Hauser R and Chavarro JE (2024) Women's preconception psychological stress and birth outcomes in a fertility clinic: the EARTH study. *Front. Glob. Womens Health*.
30. Livingstone S. Children and the Internet: Great Expectations, Challenging Realities. — Cambridge: Polity Press, 2009.