

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 психологической готовности к материнству беременных женщин
в третьем триместре

Обучающийся

С.В. Косоногова

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

А.С. Абушик

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

Тольятти 2025

Аннотация

Тема бакалаврской работы: Особенности психологической готовности к материнству беременных женщин в третьем триместре.

Цель бакалаврской работы: изучить особенности психологической готовности к материнству женщин в третьем триместре беременности.

В рамках бакалаврской работы решаются следующие задачи: провести теоретический анализ психологических состояний беременных женщин в период беременности, особенно рассмотреть третий триместр; исследовать какие бывают типы психологических личностей; провести тестирование и разработку тренинг для психологической готовности для женщин в период беременности; проанализировать качество проведенного тестирования с целью успешной подготовки беременных женщин к материнству.

Новизна исследования: выявлены аспекты формирование типов психологической готовности к материнству в период беременности в третьем триместре.

Структура бакалаврской работы: выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (29 источников). Работа содержит 64 страницы, 10 таблиц, 4 рисунка.

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретический анализ готовности к материнству беременных в третьем триместре.....	8
1.1 Психологическая готовность беременной к материнству.....	8
1.2 Психологические особенности 3 триместра беременности.....	17
1.3 Патологические влияния антенатального стресса матери на процесс беременности.....	19
Глава 2 Эмпирическое исследование особенностей психологической готовности к материнству в третьем периоде беременности.....	28
2.1 Исследования и организация особенностей психологической готовности к материнству.....	28
2.2 Результаты эмпирического исследования.....	31
2.3 Разработка рекомендаций консультирования беременных в третьем триместре.....	41
Заключение.....	61
Список используемой литературы.....	62

Введение

Социально-демографическая политика России ориентирована на создание условий, способствующих формированию крепкой семьи и повышению рождаемости, что было озвучено в послании Президента Федеральному Собранию. В 2024 году, объявленном «Годом семьи», запланированные государственные мероприятия будут направлены на активизацию демографической политики и решение проблем численности населения. Тем не менее, несмотря на предпринимаемые меры по поддержанию рождаемости, статистические данные продолжают показывать тревожные тренды. Согласно данным Росстата, в течение последних пяти лет рождаемость сократилась на 24,9%, что указывает на необходимость пересмотра существующей демографической стратегии.

В 2023 году число новорожденных составило 1888729, а в 2024 году эта цифра снизилась до 1543654. Рождаемость, зафиксированная на уровне 1,5 ребенка на одну женщину, свидетельствует о проблемах, связанных с низким уровнем естественного прироста населения и отсутствием восстановления поколений [2]. Вопрос материнства охватывает различные психосоциальные аспекты, имеющие значение для принятия решения женщины о вступлении в ролевую позицию материнства. В современных реалиях наблюдается заметное снижение социальной значимости материнства, в то время как сниженная потребность в деторождении приводит к отложению сроков рождения детей. Приоритет в жизни все чаще отдается карьерным достижениям, что отрицательно отражается на уровне внимания к вопросам материнства. В настоящее время наблюдается рост образовательной и профессиональной активности женщин, что также оказывает влияние на темпы рождаемости в стране [23, 25, 26].

Начиная с конца XX века, все более заметным стало стремление женщин к независимости, самодостаточности и личностному развитию. Материнство зачастую воспринимается как преграда карьерному росту; многие пары

решают отложить рождение детей. По данным 2023 года, 35% матерей родили первенца старше 30 лет, а в 2024 году доля матерей старше тридцати увеличилась до 45%. Фон психического состояния ожидаемых матерей определяется не только материальным достатком и социальной средой, но также множеством психоэмоциональных факторов. Исследования материнской психологии активно развиваются, но вопрос создания индивидуализированных подходов к взаимодействию с будущими матерями остается открытым [24].

Научные исследования формирования психологической готовности будущих матерей представлены трудами таких исследователей, как М.С. Родионова, Е.В. Матвеева, С.Ю. Мещерякова, А. Фрейд, М. Клейн. Анализ литературы показывает растущий интерес к подготовке женщин к материнству, особенно в третьем триместре беременности [5]. В то же время, результаты статистического анализа демонстрируют интересные противоречия: необходимость понимания процессов и характеристик психологической подготовки будущих матерей в этот важный период сочетается с дефицитом научных исследований в данной сфере. Расхождение между высокой степенью запроса на исследование данного аспекта и недостаточным количеством научных публикаций подчеркивает потребность в углубленных исследованиях механизмов формирования психологической готовности к материнству. Это имеет важные практические последствия, которые могут оказать влияние на социальную и демографическую политику [7, 27].

Актуальность данной работы привела к формированию индивидуальной темы исследования «Психологическая готовность к материнству в период беременности в третьем триместре».

Цель работы: изучить подготовку беременной женщины к материнству в третьем триместре.

Объект исследования: психологическая готовность к материнству.

Предмет исследования: особенности психологической готовности к материнству беременных женщин в третьем триместре.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что существуют различия в психологической подготовленности к материнству в третьем триместре у первородящих и повторнородящих женщин.

Задачи бакалаврской работы:

- провести теоретический анализ психологических состояний беременных женщин в период беременности, особенно рассмотреть третий триместр;
- исследовать какие бывают типы психологических личностей;
- провести тестирование и разработку тренинг для психологической готовности для женщин в период беременности;
- проанализировать качество проведенного тестирования с целью успешной подготовки беременных женщин к материнству.

Методологическая основа исследования: научные исследования формирование психологической готовности будущих матерей представлены трудами таких исследователей, как М.С. Родионова, Е.В. Матвеева, С.Ю. Мещерякова, А. Фрейд, М. Клейн.

Методы исследования: теоретический анализ литературы, эмпирической готовности к материнству в период беременности в третьем триместре.

Перечень используемых методик:

- биографо-социальные данные;
- анкета-опросник;
- тест отношений беременной к материнству по И.В. Добрякову;
- определение гестационной доминанты;
- классификация психологической компоненты по И.В. Добрякову;
- рисуночный тест «Я и мой ребенок» по Г.Г. Филипповой;
- исследование отношения женщины к «себе беременной» к беременности.

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

Теоретическая значимость работы: обоснованы факторы, которые влияют на формирование психологической готовности к материнству в период беременности в третьем триместре.

Практическая значимость: данные, полученные в рамках настоящего исследования, могут использоваться в работе психологов женской консультации ГБУЗ СО ТГКП №3, в рамках психологической помощи женщинам в период беременности в третьем триместре.

Экспериментальная база исследования: Женская консультация в ГБУЗ СО ТГКП №3, поликлиническое отделение №6, с местонахождением Самарская область, г. Тольятти, ул. Бульвар Цветной, дом 16. В обследовании приняли участие 46 женщин со сроком беременности от 28 до 37 недель.

Структура бакалаврской работы: выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (29 источников). Работа содержит 64 страницы, 10 таблиц, 4 рисунка.

Глава 1 Теоретический анализ готовности к материнству беременных в третьем триместре

1.1 Психологическая готовность беременной к материнству

Академическое изучение материнства уже длительное время привлекает и интенсивно исследуется учеными, анализирующими эту тематику с многообразных ракурсов. В число изучаемых аспектов входят культурно-историческая значимость, биологические факторы и психологические особенности. Каждое направление исследования охватывает различные стороны материнства [1]. В современных научных работах акцент ставится на материнстве как важной части женского самоопределения. Применяются термины, такие как «онтогенетические аспекты материнства», «материнство как ключевой этап в половозрастной и личностной идентификации», «девиантные формы материнства» [12].

В «центре внимания множества научных работ по теме материнства находится концепция субъектности, охватывающая и мать, и ребенка. Понимание материнства как психосоциального феномена получило развитие в работах Г.Г. Филипповой, где выделяются два ключевых аспекта данного явления. С одной стороны, материнство создаёт условия для развития и становления личности ребенка, с другой – интегрируется в личностное пространство самой женщины, становясь неотъемлемой составляющей её жизни» [10].

«Беременность представляется критическим периодом для формирования личностного измерения материнства. Это время характеризуется глубоким переосмыслением жизненных ценностей, переработкой прежних установок и укреплением новых, нацеленных на будущую роль матери. Именно в период беременности женщина активно пересматривает своё место в социальном контексте, преобразуя свои

взаимоотношения с окружающим миром и формируя представление о предстоящем взаимодействии со своим ребёнком» [10].

Данная работа исследует психологические аспекты материнства и строится на данных, полученных в ходе различных исследований. Для женщины беременность – это нечто совершенно индивидуальное, глубоко личное, отражающее её исключительные качества. Филиппова выделяет несколько факторов, определяющих уровень психологической готовности к материнству. С её точки зрения данная готовность обусловлена многочисленными факторами:

- ценности, касающиеся будущего ребенка;
- каждый материнский образ;
- ожидания и предвкушение материнства.

Психологическая готовность формируется под воздействием различных отношении к материнству, возникающих через рефлексию и ожидания касательно беременности и родов [10].

Матвеева (2010) указывает на то, что «психологическая готовность женщин к материнству представляет собой комплексное личностное образование, складывающееся на основе положительной оценки материнства, представлений о модели идеальной матери, уровня материнской компетентности и готовности исполнять материнскую роль». В её исследованиях выделяются четыре компонента готовности:

- эмоциональный компонент – включает радость и удовлетворение от беременности;
- когнитивный компонент – основан на представлениях о ребёнке и процессе рождения;
- поведенческий компонент – демонстрирует уровень подготовки к родовому процессу и воспитанию;
- социальный компонент – связывает поддержку со стороны окружающих и взаимодействие с партнёром.

Психологическая готовность к материнству складывается из множества факторов. Каждый из них способствует успешному выполнению родительских обязанностей.

Первое направление исследования охватывает потребностно-эмоциональную сторону вопроса. Оно отражает восприятие женщины в отношении беременности, готовность к ответственности за будущего малыша и принятие новой социальной роли. Эмоциональное отношение непосредственно влияет на степень заботы о ещё не родившемся ребёнке.

Второй аспект охватывает ценностно-смысловой уровень. Он заключается в осознании женщиной важности материнства и процесса рождения детей. Данная составляющая включает размышления о том, какое влияние материнский статус оказывает на жизнь женщины и какой набор ценностей она связывает с воспитанием своих детей.

В когнитивно-операционном аспекте представлены знания, обеспечивающие теоретическую основу осознания материнских функций, а также особенности психофизиологии периода беременности и родов. В этой области развивают различные практические навыки: от ухода за новорожденным до взаимодействия с ним и основ воспитания [15].

Личностно-социальная готовность к родительству включает осознание роли родителей в формировании жизни ребёнка [10]. Она связана с психологической подготовленностью женщин, предполагающей готовность принять ответственность за ребёнка и преодолеть трудности, возникающие при его рождении и воспитании.

Психологическая готовность к материнству – сложное многогранное явление, включающее набор эмоциональных ресурсов, домашние ценности, осведомлённость о материнстве и личные качества, сформированные социокультурным контекстом.

С.Ю. Мещеряков выделяет три основные составляющих, «оказывающих влияние на данный аспект готовности: взаимодействие с матерью на ранних

этапах, отношение родителей к ребёнку на стадии беременности и воспитательные предпочтения после рождения» [12].

В ряде зарубежных научных работ, «материнство интерпретируется как многогранное взаимодействие между матерью и ребёнком, на что указывают произведения исследователей, среди которых выделяются К. Хорни, Д. Боули, А. Фрейд и другие. Исследования, посвящённые материнству, охватывают все эпохи истории человечества и рассматривают разнообразные подходы, включая культурно-исторический, биологический и психологический аспекты. Каждая из этих областей фокусируется на определённых чертах материнства, выявляя уникальные особенности, присущие данному явлению.

Тематика материнства занимает центральное место в актуальных гуманитарных исследованиях женственности. В текущих исследованиях направление исследовательских усилий с фокусом на понимание материнской идентичности меняется; рассматриваются не только разнообразные аспекты материнства, но и его зависимость от возраста женщины, а также личных особенностей. Обсуждаются менее традиционные формы материнства, включая девиантные практики.

Исследователи сходятся во мнении, что центральный подход к исследованию материнства ориентирован на личность матери; взаимодействие между матерью и её ребёнком становится определяющим в формировании материнского образа. В психологии выделяются два основных подхода исследования: первый фокусируется на анализе материнского поведения и его влияния на формирование детских навыков, а второй уделяет внимание исследованию субъективных восприятий матери и её ребёнка» [9].

Подготовленность к материнству в психологическом плане считается неотъемлемой частью общей готовности к предстоящим переменам, подразумевающим наличие внутренних психологических процессов. Научные исследования демонстрируют разнообразные компоненты данной готовности.

С социологической позиции материнство рассматривается как совокупность индивидуальных психологических характеристик,

развивающихся на протяжении жизненного пути женщины [11]. По мнению Г.Г. Филипповой, подготовка к столь значимому период осуществлялась с момента раннего детства и завершалась в момент появления ребенка [9].

Процесс психологической готовности к материнству подвержен воздействию многообразных факторов, обладающих как стимулирующим, так и ингибирующим эффектом. В исследовании Г.Г. Филипповой поднимается тема ключевых детерминант, формирующих эту готовность. Среди них можно выделить ряд аспектов.

Опыт взаимоотношений с собственной матерью в детстве имеет решающее влияние, воздействуя на формирование представлений о материнстве и паттернах ухода за ребенком [15].

Уже установленное взаимодействие между матерью и ещё не родившимся ребенком является индикатором эмоциональной связи и вовлеченности в процесс родительства.

Опыт предыдущих беременностей может оказывать как поддерживающее, так и тревожное влияние, основываясь на предшествующих переживаниях [13]. Факт наличия детей влияет на уровень опыта и практических навыков, связанных с родительством. Осознанный выбор воспитательной стратегии предполагает наличие разработанной системы приоритетов и методик взаимодействия с ребенком в будущем.

«Эти факторы играют важную роль в качественной подготовке женщины к материнству, влияют на её психоэмоциональное состояние и представления о будущем родительстве» [12]. Они также могут оказывать последовательное действие на протяжении всего периода воспитания детей, поддерживая или, напротив, осложняя адаптацию к роли матери.

Психологическая подготовленность к материнству во время беременности охватывает несколько ключевых аспектов: отношение к беременности, восприятие родов, представление о роли матери, ценность материнства и дети, осознание родительских функций [22]. Г.Г. Филиппова выделяет шесть этапов формирования материнской идентичности. На первом

этапе акцент ставится на отношении с матерью, начиная с периода внутриутробного развития и продолжая через младенческий и ранний детский возраст. Привязанность к матери, её эмоциональный стиль общения, активное участие в переживаниях дочери и соответствие возрастным этапам ребёнка влияют на формирование материнской идентичности. Проблемы в отношениях с матерью могут негативно сказаться на материнской сфере жизни женщины. Второй этап характеризуется игровым. Игровая деятельность становится центральным моментом психологического формирования личности. Игры с элементами «дочки-матери» служат способом проработки материнских ролей, способствуя подготовке девочки к будущим обязанностям родителя.

«При создании сценариев сюжетно-ролевых игр, в которых главной функцией является материнская роль девочки, следует исследовать целый спектр разнообразных сюжетов. Возможные сценарии включают игры, сосредотачивающиеся на заботе о куклах, истории по типу «дочки-матери», а также взаимодействия с младшими родственниками. Такой метод представляет собой своего рода стандарт, начальный этап которого включает элементы, простые по исполнению: пеленание, кормление, укладывание кукол; далее сложность возрастает, охватывая более трудные действия. Постепенно девочка усваивает материнскую роль, перенимая поведение, корректное в работе с малышами в реальной жизни» [10].

Данный игровой формат не просто тренирует мотивацию и практические навыки материнства [3], а также обеспечивает безопасное и организованное освоение социальных ролей и поведенческих шаблонов, что в свою очередь способствует развитию личности.

«Третий важный этап становления ролевого поведения детей, получивший наименование этапа нянчения, представляет собой важнейшую составляющую формирования ролевых навыков. Природа этапа обусловлена возрастными характеристиками, при которых учитываются психологические и физиологические трансформации, оптимизирующие рост детей, а также

содействующие социализации и адаптации. Присущий возрастной интервал нянчания охватывает детский период с четырёх до пяти лет, когда сюжетно-ролевые игры достигают своего максимального развития» [15]. Данный этап завершается с началом подросткового периода, в то время как наиболее бурное развитие ролевых умений наблюдается с шести до десяти лет.

На стадии нянчания происходит осознание детьми своей социальной роли. Постепенно они становятся объектами заботы и защиты. Это обуславливает формирование материнских инстинктов. Соответственно, усиливается эмоциональная привязанность к заботе о младших детях. Затем начинается повторение сценариев взаимодействия взрослых с детьми. В этом процессе активно участвуют куклы. Тем самым дети стремятся приобщиться к повседневной жизни взрослых, что играет значимую роль в их эмоциональном и социальном развитии [4].

На этапе, когда новорожденного бережно нянчат, согласно исследованиям [12], формируются основные элементы мотивационно-потребностной сферы матери. Четвёртая фаза жизненного цикла характеризуется четкой дифференциацией между материнскими и сексуальными стимулами, что делает эту стадию решающей для эмоционально-потребностного блока [11]. В современном обществе, где отсутствуют строгие нормы в отношении внеконфессиональных отношений, преждевременные сексуальные связи и материальная зависимость от родителей способны неблагоприятно сказываться на формировании мотивационно-потребностной сферы. Пятая фаза, в свою очередь, характеризуется взаимодействием матери и её потомства, способствующим объединению всех материнских компонентов и выделением новых подэтапов [21].

«На данном этапе активируются эволюционно обусловленные психофизиологические механизмы, связанные с беременностью и грудным вскармливанием. Примечательно, что для младенца эта фаза начинается с первых ощущений, в то время как для мамы – с первых признаков

беременности. В данном периоде женщина осознаёт свою материнскую природу» [9].

В первом триместре беременности женщины замечают изменения в эмоциональном состоянии, обусловленные гормональной перестройкой. На данном этапе организма наблюдается выраженная адаптация к новой ситуации, провоцирующая переменчивость настроения, неуверенность и повышенную реакцию на стимулы. Состояние радости часто сменяется беспокойством и неудовлетворённостью самоощущением, что приводит к внутреннему конфликту.

«На втором триместре наблюдается трансформация эмоционального состояния беременной. Многие женщины, ощущая прилив счастья на фоне принимаемых физиологических изменений, с нетерпением ожидают появления на свет ребёнка. Вместе с благими эмоциями приходят новые переживания; самой беременной не избежать волнений, связанных с физическими преобразованиями. Она становится более уязвимой перед окружающими, остро реагирует на критику и может проявлять агрессивные чувства в ответ на бесцеремонные рекомендации.

На заключительном этапе беременности возникает интересный контраст между внутренним состоянием и физическими ощущениями. Человеческое восприятие часто насыщается интенсивными эмоциями, колеблющимися от радости до тревоги, а даже паники. Многочисленные переживания становятся частью завершающей стадии формирования нового невидимого мира. Третий триместр приносит с собой искренние ожидания и радость предстоящих моментов материнства. В этот период будущая мама наблюдает за малейшими изменениями собственного состояния, осознавая, что каждая минута близится к осуществлению значимого события [6].

Когда исследуется беременность, важно воспринимать этот период как целостное явление, во время которого все наблюдаемые изменения – от телесных до эмоциональных – синхронно развиваются в одном направлении и образуют структурированную взаимосвязь. Изучая различные характеристики

беременности, необходимо учесть единство сопутствующих психологических реакций и индивидуальных особенностей. Начальные месяцы известного как «период ожидания» наполнены смешанными переживаниями: радостные переживания вместе со страхом и счастья с тревогой, вызванные предстоящее перемена в течение жизни» [12].

Первый триместр беременности является критическим периодом, сопровождающимся многочисленными физиологическими изменениями, которые могут вызывать дискомфорт у женщины. Такие симптомы, как тошнота, нарушения сна, ухудшение аппетита, и другие недомогания, делают эту фазу особенно трудной [10]. Эмоциональное состояние женщины в этот временной промежуток часто омрачено страхом перед неопределенностью и будущими изменениями в жизни. Это может стать причиной её повышенной эмоциональной восприимчивости, физической уязвимости и психологической зависимости от поддержки окружающих, чья забота и внимание становятся для неё особенно значимыми [10]. Тем не менее, вместе с преодолением этих проблем, происходит процесс личностного роста и взросления. Женщина переосмысливает свою роль и место в мире, что может привести к быстрым и не всегда легко объяснимым переменам в ее настроении. Эти перепады настроения иногда становятся настоящим испытанием для понимания ею со стороны близких и окружающих [10].

Беременность часто встречается с положительными эмоциями и радостным принятием новости о зачатии ребенка [9]. В то же время, эта веха в жизни будущей мамы может включать в себя различные стрессоры и вызовы. Несмотря на них, любовь к ребенку и инстинкт его защиты стимулируют женщину осознанно ограничивать воздействие негативных чувств и настроений.

Эмоциональное общение с ребенком до его рождения, включающее беседы, объяснения и успокоение, является характерной чертой ожидания ребенка [16]. Такой диалог может способствовать формированию глубокой связи между матерью и ребенком, даже на клеточном уровне. Это, по

убеждению некоторых исследований, способно положительно сказаться на развитии устойчивости личности ребенка в будущем [10].

1.2 Психологические особенности 3 триместра беременности

Третий триместр беременности – это заключительный этап вынашивания ребёнка, который начинается с 28-й недели и продолжается до родов, обычно до 40-й недели [12]. В этот период происходят значительные изменения в организме как матери, так и плода.

Физиологические изменения [9]:

- рост плода: малыш активно набирает вес и растёт, совершенствует свои органы и системы;
- изменения в теле матери: живот значительно увеличивается, матка давит на кости таза и соседние органы, что может вызывать дискомфорт, изжогу, геморрой;
- гормональные изменения: организм матери активно вырабатывает гормоны, такие как адреналин и окситоцин, которые готовят тело к родам;
- тренировочные схватки: нерегулярные сокращения матки (схватки Брэкстона – Хикса), которые не интенсивны и проходят самостоятельно.

Развитие плода [6, 8, 10, 11]:

- 28-я неделя: вес плода около 1000–1200 г. Кожа светлеет, формируется подкожный жир, ребёнок различает голоса и звуки, учится моргать и фокусировать взгляд;
- 29-я неделя: работают все системы организма, ребёнок занимает головное предлежание;
- 30-я неделя: пробы дыхания, развитие мозга, формирование нейронных связей;

– 33–34-я недели: плод активно набирает вес, движения становятся менее активными из-за ограниченного пространства.

В третьем триместре беременности женщины могут испытывать ряд психологических изменений и особенностей:

– усталость и сонливость: к концу беременности многие женщины чувствуют повышенную утомляемость, что связано с физическими нагрузками и беспокойством о предстоящих родах;

– страх перед родами: возникают опасения по поводу процесса родов, возможных осложнений и исхода для себя и ребёнка;

– чувство беспомощности и зависимости: Некоторые женщины могут ощущать себя более уязвимыми и зависимыми, что связано с осознанием своей физической неспособности контролировать ситуацию;

– повышенная тревожность: возрастает общий уровень тревожности, связанный с предстоящими изменениями в жизни и ответственностью за новорождённого;

– эмоциональная чувствительность: женщины могут быть более ранимыми и плаксивыми, реагировать на события более эмоционально;

– потребность в поддержке: возникает необходимость в эмоциональной поддержке и общении с близкими людьми, что помогает снизить уровень стресса;

– рефлексия и саморефлексия: беременные женщины часто задумываются о своём прошлом опыте, будущем материнстве и роли, которую они будут играть в жизни ребёнка;

– подготовка к родам и родительству: важно заниматься подготовкой к родам, выбору врача и места для родов, а также освоению навыков ухода за новорождённым.

Для облегчения психологического состояния в этот период рекомендуются [6, 8]:

– релаксационные методики (медитации, массаж, плавание, прогулки);

– занятия творчеством и арт-терапией;

- общение с позитивными людьми;
- подготовка и планирование, связанные с родами и уходом за ребёнком.

1.3 Патологические влияния антенатального стресса матери на процесс беременности

В современном обществе женщины сталкиваются с множеством вызовов, включая физиологические проблемы, эмоциональную нестабильность, возникающую на фоне несовершенства воспитательных процессов или пережитых эмоциональных травм [12]. Дополнительно, они могут испытывать психологический дисбаланс, обусловленный нереализованным потенциалом личности или трудностями в саморегуляции.

С приходом беременности, эти уже существующие нагрузки могут усилиться или модифицироваться. Многие беременные женщины замечают изменения в своем эмоциональном состоянии и физическом самочувствии [11, 28]. К таким изменениям относятся увеличение раздражительности, склонность к слезливости, повышенная утомляемость, а также аппетитные расстройства, тошнота, понижение сексуального влечения и повышенная сонливость в дневное время.

Отметим, что все эти изменения являются частью естественного физиологического и психологического адаптивного процесса, который происходит у беременной женщины в ответ на развитие новой жизни в ее организме.

В ходе беременности можно наблюдать разнообразные реакции и расстройства, однако в первом триместре они проявляются наиболее выражено [8]. Женщины с предшествующими невротическими расстройствами могут отмечать обострение состояния: возможны новые невротические проявления, особенно при наличии осложнений, например постоянной рвоты, отека и других нарушений [29].

«Беременность сопровождается множеством изменений, способных значительно усиливать женскую эмоциональную восприимчивость. Женщины стремятся к заботе и вниманию со стороны окружающих, особенно в моменты повышенной эмоциональной нагрузки. Приобретая уверенность в своих силах, будущая мама обретает осознание своей новой ответственности и роли, которые возникают с появлением малыша. Вторым триместром отмечается гармонией: первые шевеления плода становятся важным событием, символизирующим зарождение новой жизни внутри женщины. Этот период будущая мама использует, чтобы открыто делиться своими переживаниями, не скрывая радостных эмоций и волнений» [6].

Третий триместр характеризуется устойчивым сосредоточением на ребёнке как в эмоциональном, так и в интеллектуальном плане. Плод активно развивается, в то время как женщина испытывает физическое напряжение, сопровождающееся утомляемостью и стремлением как можно скорее стать матерью. Последние дни перед родами кажутся многим бесконечными, однако зачастую волнение преобладает над страхами, вызванными предстоящей процедурой [9].

В процессе исследования установлено, что главный стрессогенный фактор, воздействующий на беременных, – это наличие хронических соматических заболеваний, требующих стационарного лечения [11]. «Причина кроется в причинах личностного характера, проявляющихся у пациенток с данными недугами: они характеризуются повышенной импульсивностью, общительностью, высокой самодисциплиной, эмоциональной изменчивостью и доверчивостью. На втором месте среди факторов стресса следует тревога, вызванная гинекологическими патологиями, что провоцирует беспокойство за здоровье плода» [11]. В числе дополнительных негативных триггеров являются обострение позднего токсикоза, отсутствие официального брака, повторный брак, финансовые трудности, а также конфликты на работе и в семейной жизни.

Тревога проявляется как сильное чувство, возникающее в условиях неясности и ожидания, сопровождаемое мускульной напряжённостью и активизацией вегетативной нервной системы. У женщин, переживающих сложные ситуации во время беременности, возникают невротические расстройства, проявляющиеся ощущением страха и беспокойства за сохранение беременности [10]. Подробности о причинах сохранения нежелательной беременности представлены в таблице 1 [10].

Таблица 1. Выраженность мотивов сохранения нежелательной беременности

Отношение к другим людям (80)			Отношение к себе (20)				
Доминирующая конструкция							
отношение к значимым людям		отношение с социальным окружением		отношение личностной системы		я	
23,3		56,7		11,4		8,6	
Детерминанта мотивации							
ради ребенка	ради мужа	соответствие социальным ожиданиям	протест	отказ от прошлого	сохранение отношений	уход от настоящего	сохранение здоровья
19	7,7	21	4,5	3,8	28,8	8,6	7,6.

Во время беременности, а также в послеродовом периоде вследствие гормональных сдвигов у женщин часто наблюдаются расстройства депрессивного характера. Данные расстройства проявляются в основном через снижение настроения, проявление апатии, общее ощущение подавленности и выраженную усталость. Особенно острая проблема характерна для женщин репродуктивной зрелости, когда в организме происходят значительные изменения [10]. Депрессия в период беременности может проявляться в виде тревожных состояний, мыслей о самоубийстве, чувства безысходности и самокритики, что становится значимым аспектом их внутреннего мира [6].

«По статистике, различные виды депрессивных расстройств наблюдаются примерно у 10% – 18% женщин, находящихся в состоянии беременности. К примеру, использование трициклических антидепрессантов в первом триместре способно спровоцировать проявление тератогенных

эффектов; в более поздние сроки – серьёзные нарушения формирования дыхательной и сердечно-сосудистой систем новорождённого, проявляющиеся повышенной мышечной активностью» [10].

Своевременное обнаружение психоневрологических расстройств и использование психотерапии способны существенно сократить необходимость медикаментозного вмешательства или полностью исключить его применение [13]. «Методы психотерапии сосредоточены на поддержке психического благополучия и общей жизненной удовлетворенности пациентки. У женщин в период беременности, сталкивающихся с длительным стрессом, наблюдаются токсикозы (46,26%) и ранние формы гестоза (45,45%) на начальном этапе беременности.

Психологическое состояние женщин во время беременности и после родов отличается специфичностью, обусловленная множеством обстоятельств. Например, выраженные эмоции часто воздействуют на родовой процесс, вызывая нерегулярность схваток и общее снижение активности родовой деятельности, особенно в случаях первичных родов. Психоземциональное напряжение в завершающие месяцы беременности сопряжено не только с затяжными родами, но и с рисками, включающими послеродовые осложнения и возможность инфекционных заболеваний у младенца вследствие недостаточной иммунной защиты» [14].

Дополнительно следует отметить, что отношение женщины к собственному состоянию и будущему малышу непосредственно воздействует на протекание беременности и процесс родов. Оказание поддержки и создание комфортной психологической атмосферы повышают вероятность благоприятного исхода. Это, в свою очередь, способствует гармоничному психическому развитию ребенка [14]. В исследовании А.И. Захарова, доктора психологических наук, подчеркиваются негативные последствия антенатального стресса как для здоровья матери, так и для малыша [16, 17, 18]:

- недостаток уверенности в прочности брака вызывает у будущей матери усиленные страхи и переживания, касающиеся предстоящих

родов. Эмоциональные волнения, связанные с отношениями с партнером, могут приводить к ощущению неудовлетворенности и отсутствию рефлекторного крика у новорожденного, что врачи расценивают как признаки психогенной заторможенности. Для девочек материнские беспокойства могут стать причиной угрозы выкидыша;

– на ранних стадиях беременности ожидания, связанные с родами, могут негативно сказаться на процессе родов: у мальчиков это может проявляться в затяжных родах, а у девочек – в преждевременных родах;

– утомляемость будущей матери, вызванная повышенной раздражительностью и нарушениями сна, формирует неврастенический комплекс. Особенно это опасно для девочек, увеличивая риск преждевременных родов;

– учебные и рабочие нагрузки могут способствовать преждевременной родоразрешению, а также быстрым родам и отсутствию крика у девочек, что может говорить о стрессе матери. Неполноценный сон во время беременности часто ведёт к ощущениям внутреннего дискомфорта. Для матерей, ожидающих девочку, преждевременные и стремительные роды становятся более характерными. У мальчиков же может проявляться задержка беременности у матери и обвитие пуповины из-за стресса и гиперактивности;

– повышенные нагрузки и утомляемость приводят к преждевременным родам. Страх перед родами обычно связан с имеющимися проблемами в отношениях с родственниками и супругом.

По данным научных исследований, у девочек, подверженных стрессу во время родов, фиксируются более сложные родовые операции, сопровождаемые снижением интенсивности криков по сравнению с мальчиками. Процесс рождения оказывает выраженное воздействие на психологическое состояние матерей, а изменяющееся восприятие является естественной реакцией на ситуацию высокой ответственности [11].

В различных культурных традициях соблюдают постпартумный карантин продолжительностью 40 дней, связанный с повышенной уязвимостью женщин в послеродовом периоде. Во время этой фазы вероятность развития послеродовой депрессии и психозов существенно возрастает [14]. Зафиксировано, что данное расстройство нередко проявляется на пятый-шестой день после рождения, в то время как признаки депрессии имеют тенденцию формироваться на десятый-тринадцатый день. В указанные сроки женщины зачастую испытывают чувство беспомощности, сталкиваются с трудностями в уходе за новорожденными и выражают озабоченность состоянием младенца, что нередко приводит к самобичеванию. В ситуации глубокого депрессивного состояния существует риск возникновения негативных мыслей о детях, что еще больше усугубляет их положение.

У женщин, ставших матерями впервые, уровень невротических расстройств демонстрирует значительное повышение вследствие совокупности факторов: ограниченность в самовыражении при заботе о младенце, появляющаяся болезненность (физическая или эмоциональная), беспокойство о здоровье новорожденного, трудности в организации кормления и хроническое недосыпание.

Адаптация к материнству представляет собой значительный переходный период в жизни женщины, требующий интенсивной эмоциональной поддержки и внимания со стороны близкого окружения. Эмпирические данные свидетельствуют о том, что настроение женщин может существенно ухудшиться в результате принудительной разлуки с новорожденными, вызванной медицинскими показаниями, такими как необходимость в обсервации или лечении ребенка в специализированном учреждении [14].

Клиническая практика показывает, что послеродовые невротические депрессии диагностируются примерно у 15-20% родильниц и зачастую ремитируют через 3-4 недели. Однако у меньшей доли пациенток, составляющей около 5%, наблюдаются более длительные нарушения

аффективного статуса, которые могут продолжаться вплоть до одного года [13]. Исследования указывают на то, что среди множества факторов, влияющих на развитие послеродовых депрессивных состояний, одно из основных мест занимает семейная дисгармония, выступающая значительным психотравмирующим элементом [20].

После рождения малыша множество озабоченных женщин испытывают чувства одиночества, капризов, а также отсутствие поддержки, что негативно отражается на их психоэмоциональном состоянии. Результаты многочисленных исследований подтверждают: неопытность матери в сочетании с неожиданными изменениями настроения порождают сомнительные чувства и устойчивый стресс [13]. Особенно важно заметить, что разрешение подобных психологических конфликтов невозможно без квалифицированной помощи. Психотерапевты и близкие люди осуществляют активное участие в процессе восстановления. Главная задача психотерапевтических методов – обеспечить возможность осмысления и преодоления внутренних конфликтов, а также улучшить восприятие стрессовых факторов.

«Послеродовой психоз представляет собой тяжёлое психическое расстройство, обычно проявляющееся на втором или третьем дне после появления на свет малыша. При этом состоянии возможно развитие тяжёлой депрессии и бредового состояния. Наиболее подвержены заболеванию женщины, родившие впервые, с частотой примерно 1-2 случая на 1000 родов. Такое расстройство имеет вторичный характер в отношении предшествующих психических расстройств» [13]. Значительное влияние на развитие расстройства оказали страхи, связанные с материнской ролью или нереализованные ожидания от беременности и родов. Данная форма расстройства представляет серьёзную опасность, поскольку иногда приводит к суицидальным наклонностям или даже действиям, направленным на причинение вреда новорождённому. Исход лечения при психозе значительно зависит от поддержки родных и адекватного медицинского подхода.

«Ключевым аспектом предотвращения суицидальных актов является осуществление постоянного наблюдения за психоэмоциональным состоянием женщины, даже при отсутствии явных саморазрушительных тенденций» [13]. Оставлять младенца с матерью в состоянии бреда или при выраженных тревожных расстройствах касательно здоровья ребёнка не допускается.

«При лечении депрессий, сопровождающихся подобными мыслями, психиатры часто назначают антидепрессанты, способствующие улучшению общего состояния. Для снижения тревожности и напряжённости применяются анксиолитики, также используемые в терапии бессонницы» [14]. Литий способствует стабилизации эмоционального фона при маниакальных состояниях, нейролептики демонстрируют высокую эффективность в терапии делирия и бреда.

Психотерапевтические методы, применяемые индивидуально или в рамках семейной терапии, обеспечивают преодоление внутренних и внешних конфликтов.

Во время подготовки материнства и после выписки из родильного дома следует уделять внимание заботе о новорождённом и эмоциональному состоянию женщины. Для снижения стресса, связанного с уходом за малышом, целесообразно рассмотреть привлечение опытной няни [12]. Такой подход облегчит нагрузку на мать, поддержит её восстановление после родов и сделает переход в новую жизнь более плавным.

Психологическая подготовленность к материнству в третьем триместре беременности формируется на основе субъективного восприятия беременной женщиной роли будущей матери и её отношении к ещё не родившемуся ребёнку как к полноценному объекту взаимодействия. Исследования в данной области выявляют наличие корреляции между эмоциональным благополучием женщины и её уровнем готовности принять роль матери.

Определяющими факторами психологической готовности служат различные аспекты жизненного опыта женщины.

К ним относят:

- персональный опыт взаимоотношений в собственной семье и историю воспитания в детстве, отпечаток которых женщина несет через всю жизнь;
- активное взаимодействие с будущим ребенком и представления о нём во время беременности, что становится основой для формирования эмоциональной связи;
- зрелость и осознанность выбора конкретных воспитательных стратегий и установок, которые женщина предполагает применять в будущем в отношении своего ребенка;
- отношение и участие в процессе будущего отца, его эмоциональная и практическая поддержка беременной.

Принимая во внимание вышеуказанные аспекты, можно говорить о многоуровневости и многогранности понятия психологической готовности к материнству, которая не обходится без оценки социальных, эмоциональных и личностных факторов.

Глава 2 Эмпирическое исследование особенностей психологической готовности к материнству в третьем периоде беременности

2.1 Исследования и организация особенностей психологической готовности к материнству

Экспериментальная база исследования: Женская консультация в ГБУЗ СО ТГКП №3, поликлиническое отделение №6, с местонахождением Самарская область, г. Тольятти, ул. Бульвар Цветной, дом 16. В обследовании приняли участие 46 женщин со сроком беременности от 28 до 37 недель.

Перечень используемых методик:

- биографо-социальные данные;
- анкета-опросник;
- тест отношений беременной к материнству по И.В. Добрякову;
- определение гестационной доминанты;
- классификация психологической компоненты по И.В. Добрякову;
- рисуночный тест «Я и мой ребенок» по Г.Г. Филипповой;
- исследование отношения женщины к «себе беременной» к беременности.

При отборе методологических подходов важно принимать во внимание характеристики объекта и характеризующего элемента анализа [11]. «В представленной статье объектом исследования служат беременные женщины, например будущие матери. Данная группа сталкивается с повышенной восприимчивостью и риском, что обуславливается особенностями гормонального фона и конкретными аспектами физиологии и психологии в этот период беременности» [12].

Особенности эмоционального статуса беременной женщины, включая повышенную чувствительность к различным стимулам и флуктуации настроения, оказывает воздействие на всю систему внутренних мотиваций и внешних реакций [13]. Это, в свою очередь, предполагает необходимость

адаптации избранных методик с учетом возможной нестабильности эмоционального состояния беременных.

Таким образом, при исследовании вопросов, связанных с беременностью, следует применять такие методики, которые будут учитывать гендерные особенности, психофизиологический статус и уровень комфорта участниц [12]. Для получения достоверных результатов, методы должны быть максимально ненавязчивыми, не травмирующими и допускающими гибкость в процессе реализации исследования.

«При выборе психологических методов были учтены характеристики целевой группы, что способствовало выработке требований к используемым инструментам и количество родов у женщин. Структура опросника заключена в две секции. Первоначальная секция собирает сведения о социально-экономическом положении обследуемой (возраст, финансовое состояние, статус в браке, условия проживания и иные параметры). Вторая секция включает вопросы, ориентированные на беременность и восприятие будущего ребенка.

Созданный И.В. Добряковым опросный тест позволяет оценить отношение беременной женщины к своему состоянию, опираясь на основу гестационной доминанты, предложенной И.А. Аршавским» [13].

В таблице 2 «Типы психологического компонента гестационной доминанты», подготовленной И.В. Добряковым, представлена классификация разных элементов этой доминанты [12].

Таблица 2 – Типы психологического компонента гестационной доминанты

Тип доминанты	Состояние беременной женщины
Оптимальный	Беременная ведет здоровый и активный образ жизни, посещает курсы для беременных, ребенок желанный, семья полная.

Продолжение таблицы 2

Тип доминанты	Состояние беременной женщины
Тревожный	Беременная неспособна объяснить причины тревоги.
Эйфорический	Беременная декларирует чрезмерную любовь к будущему ребенку, преувеличивает трудности и недомогания.
Игнорирующий	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 снижение настроения, возрастание страха перед предстоящими родами, [10].

Тест состоит из трех основных компонентов: самоощущение женщины, динамика «мать – дитя» и взаимодействие с близким окружением. Каждый элемент охватывает пять утверждений [12]. Инструмент направлен на диагностику нервно-психических отклонений на ранних этапах беременности, что может обусловлено семейной обстановкой [10].

Анализируемый тест обеспечивает врачам и психологам понимание и возможность предложить оптимальные методы улучшения семейной атмосферы в период беременности и снижения рисков послеродовых психических расстройств [12]. Для глубокого анализа результатов применяется рисуночный тест, разработанный Г.Г. Филипповой, под названием «Я и мой ребенок». Это исследование в тандеме с предыдущими методиками позволяет более полно изучить внутренний мир женщин и выявить скрытые эмоциональные или психологические трудности, затрудняющие восприятие материнства [13]. Оценка психологической

подготовки будущих матерей осуществлялась в женской консультации Тольяттинской городской поликлиники.

2.2 Результаты эмпирического исследования

В процессе исследования применялись статистические методы, в частности, вычисляли среднее арифметическое. С результатами опроса можно ознакомиться на рисунке 1.

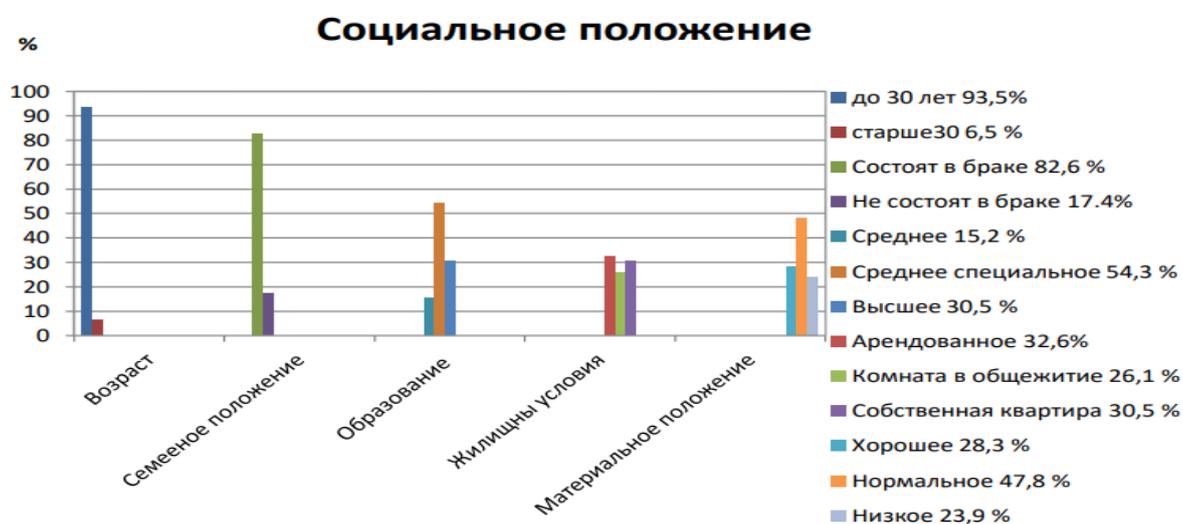


Рисунок 1 – Результаты анкеты-опросника в части социального положения беременных женщин, %

В опросе приняло участие 46 беременных женщин в том числе:

а) возраст:

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

б) семейное положение:

- 1) 82,6 % состоят в браке;
- 2) 17,4 % не состоят в браке;

в) образование:

- 1) 15,2 % среднее образование;
- 2) 54,3 % среднее-специальное образование;
- 3) 30,5 % высшее образование;

г) жилищные условия:

- 1) 32,6 % арендованное жилье;
- 2) 26,1 % комната в общежитии;
- 3) 30,5 % собственная квартира или частный дом;

д) материальное положение:

- 1) 28,3 % хорошее;
- 2) 47,8 % среднее;
- 3) 23,9 % ниже среднего.

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

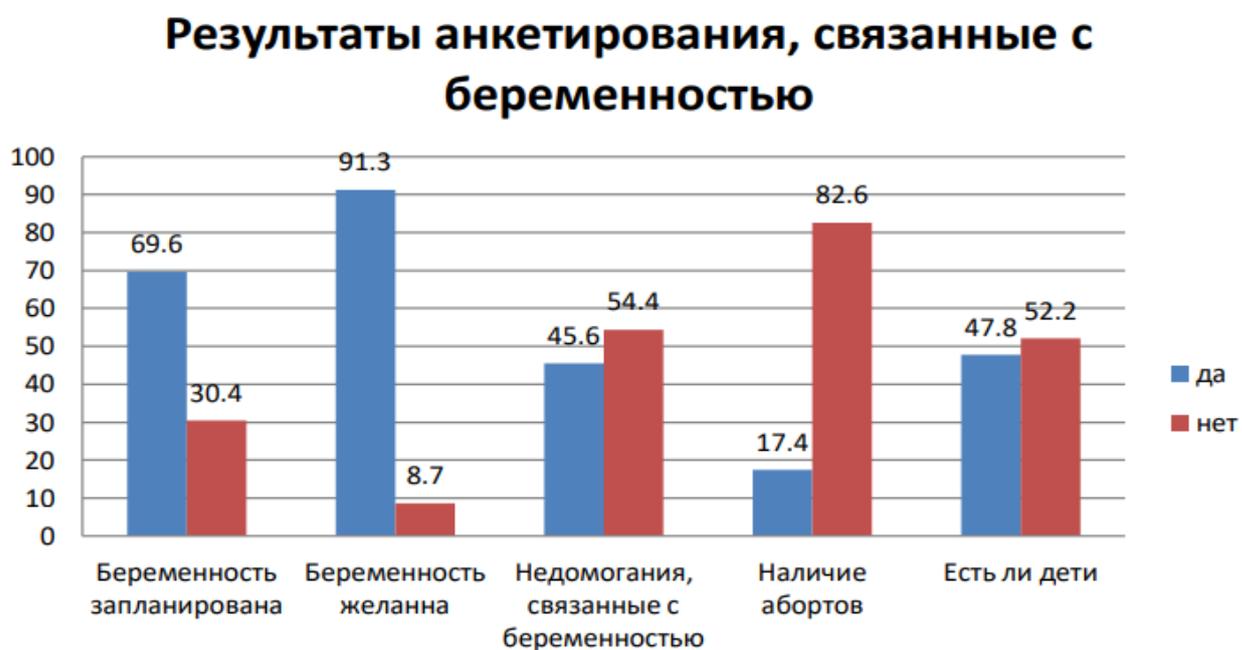


Рисунок 2 – Результаты анкетирования, связанные с беременностью, %

Среди исследуемых участников 69,6% указали на запланированность беременности, 91,3% сообщили о её долгожданности, 45,6% пережили физические недомогания, 17,4% упомянули случаи прерывания беременности в анамнезе; 47,8% воспитывали детей. Для оценки психологического аспекта гестационной доминанты (ПКГД) использовался тест, предложенный И.В. Добряковой. Оптимальный тип наблюдался у основной группы женщин, тогда как у остальных наблюдался смешанный тип. Результаты исследования представлены в рисунке 3.

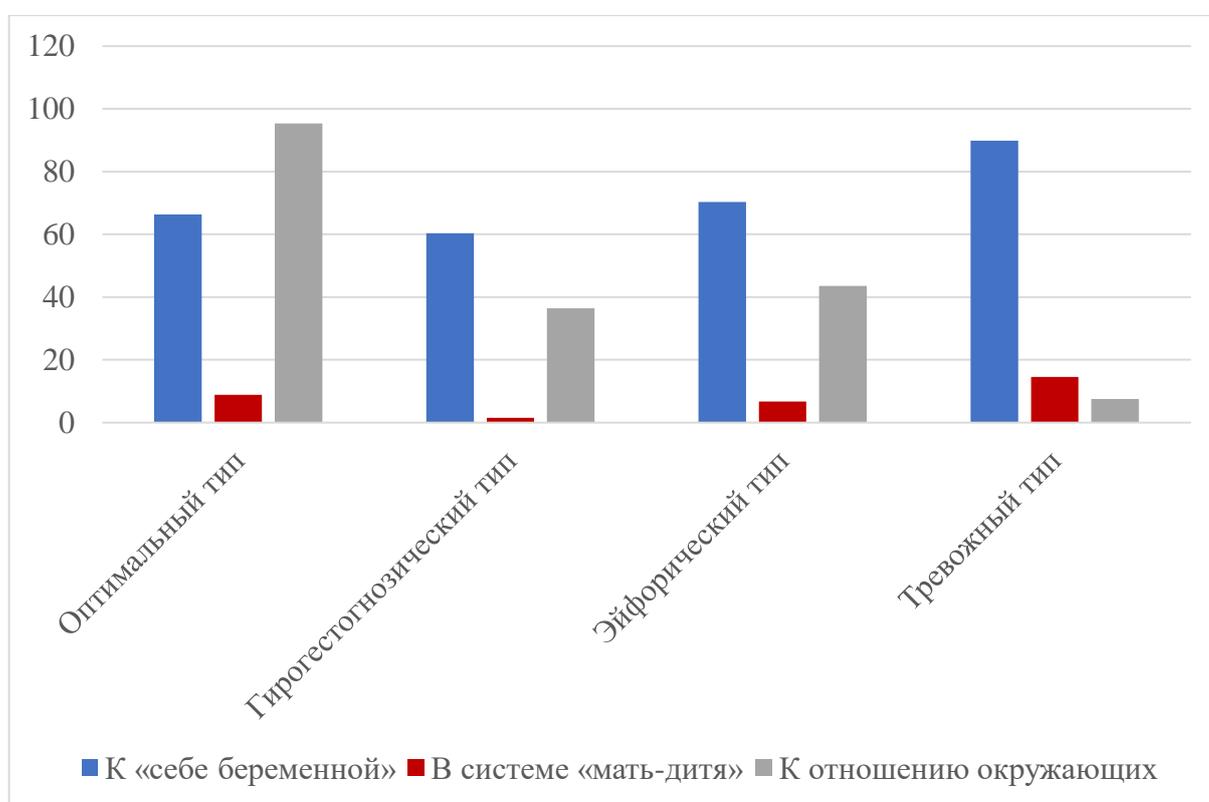


Рисунок 3 – Выбор типа ПКГД по респондентам по тесту отношений беременной, %

«Исследование выявило, что отклонения от нормального эмоционального состояния женщин на этапе беременности обусловлены множеством обстоятельств, среди которых выделяются преобладание эйфорического типа психоэмоционального состояния у повторнородящих и преобладание тревожного типа у первородящих. В оптимальном состоянии

беременная женщина демонстрирует высокий уровень озабоченности относительно ряда вопросов, включая свое здоровье (60,9%), образ жизни с необходимостью корректировок (67,4%) и родовой процесс (65,2%).

При этом доля женщин с гипогестогнозическим (игнорирующим) типом психоэмоционального состояния не превышает 10%. Беременные первородящие с данным типом характеризуются низкой мотивацией к адаптации в привычной жизни (8,8%). Они продолжают трудовую деятельность и занятия учебой с недостатком внимания к медицинским обследованиям и консультациям. Примечательно, что тревожный тип психоэмоционального состояния регистрировался у 36,9% опрошенных, среди которых 23,9% выражали беспокойство относительно питания, а 32,6% – родового процесса.

Согласно полученным данным, 67,4% женщин у которых первые роды отметили изменения в привычном образе жизни, высказываясь за ограничение употребления алкоголя и переход на рацион, основанный на здоровых продуктах» [16].

«Изучение представления беременности и материнства в медиа показывает, каким образом представляемая картинка и ожидания будущих мам определяют их психологическое состояние и отношение к переменам в жизни. Этот процесс затрагивает сферы от переживаний по поводу физического состояния и воспитания до изменений в жизни женщины, которые она может не осознавать после рождения малыша.

Около 39,1 % опрошенных дам у которых повторные роды выражают положительное отношение к образу матери, ассоциируя его с заботливым уходом и воспитанием, в то время как 21,8 % первородящих женщин связывают этот образ с надеждами на будущее потомство, а 15,2 % уделяют внимание грудному вскармливанию. Полученные результаты указывают на то, что радость материнства порой отражает незаметные перемены в жизни, происходящие со светом нового человека.

Тем не менее необходимо подчеркнуть, что лишь малая доля женщин, в большинстве у которых повторные роды испытывает ощущение радости, связанное с непосредственным материнством, что может свидетельствовать о трезвой оценке нового положения и осознании предстоящих сложностей» [16].

Опрос на выявление тревожности, связанной с образом малыша (ПКГД), показывает, что 23,9 % повторнородящих женщин испытывают серьезные опасения за судьбу своего ребенка, тогда как только 2,2 % первородящих женщин тревожатся относительно своей роли матери. Полученные данные указывают на то, что эмоциональная вовлеченность первородящих и повторнородящих женщин в процесс материнства варьируется, а ожидания, связанные с осуществлением матерью своих обязанностей, могут значительно отличаться.

Интересные результаты исследования касаются восприятия будущими повторнородящими матерям состояния их партнеров; среди женщин более 45% определяет своё эмоциональное состояние как оптимистическое, и такая же доля воспринимает его как эйфорию. При этом почти 11% опрошенных девушек у которых первые роды, отмечают недостатки в характере, а страх за мужа испытывают 8,7% будущих мам.

Согласно проведенному исследованию, 89,1% женщин в ожидании ребёнка отмечают положительное восприятие отношений с близкими, что объясняется традициями заботливого отношения со стороны пожилых членов семьи [12]. Лишь 6,5% будущих матерей первого ребенка заявляют о необходимости увеличения внимания, 2,2% ощущают недостаток заботы с их стороны, ещё 2,2% предпочли бы распределить заботу о ребёнке совместно с другими.

В ситуации общения с незнакомцами будущие мамы проявляют низкий уровень способности к прогнозированию. У 43,5% опрошенных наблюдаемый прогноз оказался эйфорическим, а у 15,2% – гипогестогнозическим. На долю тревожного прогноза пришлось доля 4,3%; оптимальный тип прогноза продемонстрировал результат в 37,0%.

Психопрогностический рисуночный тест «Я и мой ребёнок» способствовал выделению участниц в три категории: с заметными положительными сторонами, с умеренной тревожностью и с негативными, самокритичными чертами. Среди исследуемых не выявлено графических изображений, отражающих негативные чувства по отношению к будущему ребёнку или материнству в целом [12].

Результаты тестирования представлены на рисунке 4.



Рисунок 4– Результаты рисуночного теста «Я и мой ребенок», %

Проведен анализ данных по психологической подготовленности к материнству. Обработка информации осуществлялась посредством встроенных инструментов программы Excel [10]. Выявлено присутствие связи между типом личной готовности к беременности и отношением женщины к своему состоянию. Средние значения были представлены в таблице 3 [10].

Таблица 3 – 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 ли в браке 1, нет – 2	Образование среднее – 1, специальное – 2, высшее – 3	Жилищные условия: собственное жилье -1, 2 – комната в общежитии, 3 – арендованное жилье	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 абортотв 1-да, 2-нет	Есть ли дети 1-да, 2-нет
1	1,1	1,0	2,3	2,3	1,7	1,0	1,1	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.

Результаты исследования выявили значительную взаимосвязь между типом ПК и беременностью. Главными предикторами беременности стали наличие личного врача и уверенность в своих силах. Средние статистические данные эмпирических исследований представлены в таблице 4.

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

К беременности: 1-оптимальный, 2-игнорирующий, 3 – эйфорический, 4 – тревожный	Возраст 1- до 30, 2- 30 и старше	Состоит ли в браке 1, нет – 2	Образование среднее – 1, специальное – 2, высшее – 3	Жилищные условия: собственное жилье -1, 2 – комната в общежитии, 3 – арендованное жилье	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 абортотв 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	1,1	2,3	2,8	1,5	1,0	1,0	1,8	2,0	1,5
4	1	1,4	2	1,6	2,2	1,6	1,3	1,5	1,6	1,7

Данные анализа показали, что между типом ПКГД к образу жизни исследуемыми факторами имеет место слабая статистическая связь или ее отсутствие [15].

Таким образом, на отношении женщины к необходимости изменения образа жизни в связи с беременностью исследуемые факторы значительного влияния не оказывают. Средние статистические данных эмпирических исследований представлены в таблице 5.

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

К беременности: 1-оптимальный, 2-игнорирующий, 3 – эйфорический, 4 – тревожный	Возраст 1- до 30, 2- 30 и старше	Состоит ли в браке 1, нет – 2	Образование среднее – 1, специальное – 2, высшее – 3	Жилищные условия: собственное жилье -1, 2 – комната в общежитии, 3 – арендованное жилье	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	1,1	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	1,3	2,2	2,5	1,5	1,2	1,3	1,8	1,8

Проведенный анализ позволяет сделать вывод о влиянии уровня образования на восприятие процесса беременности и родов. Сводные данные по основным показателям представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Средние статистические данных эмпирических исследований ПКГД в системе «мать-дитя» отношении женщины к «себе как матери»

К беременности: 1-оптимальный, 2-игнорирующий, 3 – эйфорический, 4 – тревожный	Возраст 1- до 30, 2- 30 и старше	Состоит ли в браке 1, нет – 2	Образование среднее – 1, специальное – 2, высшее – 3	Жилищные условия: собственное жилье -1, 2 – комната в общежитии, 3 – арендованное жилье	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 абортотв 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

По итогам анализа, жизненные факторы нельзя считать определяющими в формировании личных убеждений женщин относительно ПКГД, поскольку будущие матери зачастую пренебрегают этими факторами. Обобщенные данные отношений «мать-дитя» приведены в таблице 7.

Таблица 7 – Средние статистические данных эмпирических исследований в системе «мать-дитя» отношении женщины к ребенку

К беременности: 1-оптимальный, 2-игнорирующий, 3 – эйфорический, 4 – тревожный	Возраст 1- до 30, 2- 30 и старше	Состоит ли в браке 1, нет – 2	Образование среднее – 1, специальное – 2, высшее – 3	Жилищные условия: собственное жилье -1, 2 – комната в общежитии, 3 – арендованное жилье	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 абортотв 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

Исследование показало, что взаимосвязи между типами ПКГД, ориентированными на ребенка, и изучаемыми факторами минимальны, а в отдельных случаях вообще отсутствуют. Вывод: рассматриваемые факторы не оказывают существенного влияния на формирование оптимальных ПКГД у матерей по отношению к детям. Обобщенные результаты эмпирического исследования ПКГД относительно мужа представлены в таблице 8.

Таблица 8 – Средние статистические данных эмпирических исследований ПКГД к отношению мужа

К беременности: 1-оптимальный, 2-игнорирующий, 3 – эйфорический, 4 – тревожный	Возраст 1- до 30, 2- 30 и старше	Состоит ли в браке 1, нет – 2	Образование среднее – 1, специальное – 2, высшее – 3	Жилищные условия: собственное жилье - 1, 2 – комната в общежитии, 3 – арендованное жилье	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	1,1	1,0	1,7	1,9	1,4
2	1	1,2	2,2	2,4	2,2	1,2	1	1,6	2	1,6
3	1,0	1,3	2,0	1,7	2,4	1,6	1,1	1,4	1,8	1,6
4	1,3	1,5	2,0	2,3	1,5	1,5	1,3	1,3	1,5	1,8

Результаты анализа продемонстрировали слабо выраженную или несуществующую статистическую зависимость между отношением мужа к родам и остальными факторами. Следовательно, можно констатировать, что исследуемые факторы существенно не способствуют формированию положительных представлений будущей матери о процессе рождения.

2.3 Разработка рекомендаций консультирования беременных в третьем триместре

«Психолог, работающий в женской консультации, занимается оказанием консультационной помощи женщинам с гинекологическими недомоганиями, в основном консультируя пациенток, испытывающих сложности в вопросах деторождения или оказавшихся на этапе вынашивания малыша. Кроме того, он выступает в роли поддержки для тех, кому предписано прерывание беременности. Психологическая поддержка на этапе репродуктивного выбора занимает центральное место в его профессиональной деятельности» [11].

«Женщины, сталкивающиеся с решением о прерывании беременности, зачастую консультируются с психологом по настоянию медицинского персонала, а не из личной инициативы. Существующие социальные и моральные дилеммы вокруг аборта зачастую провоцируют у клиенток предчувствие осуждения со стороны психолога» [12]. Это может привести к оборонительной позиции, агрессивности и отказу от открытого диалога относительно их ситуации.

В этом контексте первостепенная задача для психологического специалиста – установление доверия и снятие напряжения с клиентки. Создание атмосферы понимания, поддержки и не осуждения является ключевым для налаживания коммуникации [13]. Опираясь на тактику позитивного взаимодействия и доброжелательности, можно постепенно достичь открытости и готовности обсудить проблемные аспекты.

Такое консультирование до принятия решения об аборте разумно структурировать, разделяя его на конкретные этапы. Каждый этап должен быть направлен на определённую цель – от первичной оценки эмоционального состояния и потребностей женщины до поддержки в принятии информированного и осознанного решения.

Начальная стадия консультации. На этапе первой встречи рекомендуется акцентировать внимание на формальных данных. Обычно

специалист по психологии задаёт вопросы касательно возраста, членам семьи, детям или сроку беременности [13]. Эти сведения способствуют созданию комплексного представления о клиентке и формируют атмосферу доверия. «Установка подобного контакта на раннем этапе выступает в роли основополагающего шага: от этого зависит последующее взаимодействие. Психологу рекомендуется занять сдержанную позицию и использовать технику активного слушания. Это способствует более глубокому пониманию того, как клиентка воспринимает свои переживания. Проясняющие вопросы помогают выявить все аспекты проблемы и наметить дальнейшие шаги для совместной работы» [12].

На текущем этапе специалист осуществляет более активное взаимодействие с клиентом. Продолжает выявляться спектр эмоций и мыслительных процессов, обращается внимание на интерпретацию и конструктивное противоречие. Критическим моментом выступает сохранение деликатного и уважительного обращения при общении, избегая проникновения осуждения. Ключевой задачей выступает создание пространства для анализа внутренних факторов, подталкивающих к решению о прекращении беременности.

«Завершение консультации служит значимой частью процесса. По опыту наблюдается, что в финальной части беседы клиентки порой высказывают наиболее значимые задумки. В такой ситуации уместным выглядит использование вопросов, на подобие: «Не упустили ли мы обсуждение значительного аспекта?» или «Какие ощущения вы испытываете сейчас?». Значительное значение имеет учет эмоционального состояния женщин, принимающих решение на пути репродуктивного здоровья. Известие о неожиданной беременности либо возникновение сложностей при ожидаемом материнстве способно вызвать у женщин растерянность, иногда доходящую до состояния шока.

В подобной ситуации представительницы женского пола зачастую приходят к решению о прерывании беременности под давлением близкого

окружения или в результате спонтанного порыва, что представляет собой скорее реакцию на стрессовую ситуацию, нежели осознанный поступок. В таких условиях необходимо предоставить клиентке поддержку, продемонстрировать сопереживание, помочь ей в понимании беспокойства и совместно разработать подход к преодолению страхов.

При обсуждении прекращения беременности важен внимательный выбор слов. Когда женщина становится перед фактом нежелательной беременности, ей предстает непростой выбор: прерывание или продолжение. Даже после того как кажется, будто решение о прерывании ствердилось, внутри сохраняется неуверенность. Противоречие эмоционально тормозит принятие решения. Степень разногласий может варьироваться от однозначной определенности до тщательной проработки всех аргументов, иногда с привлечением специалистов» [18].

Слезы, возникающие от нежелательных эмоций, сигнализируют о внутреннем конфликте. Важно задать вопрос: «Есть ли хоть небольшие сомнения относительно прерывания беременности?» Необходимо создать пространство для саморефлексии, где женщина сможет глубже проанализировать свои опасения. На основе фактов и практического опыта стоит оценить её аргументы, подтверждая либо опровергая их с точки зрения обоснованности.

Специалист обязан содействовать женщине в осознании и оценке всех аспектов своей ситуации, включая как положительные, так и отрицательные стороны. При этом важно избегать принятия решений исключительно на основе нехватки доступных возможностей. Во времена эмоциональной нестабильности не следует утешать её общими фразами, вроде «всё наладится» или «всё будет хорошо». Такие формулировки способны спровоцировать внутренние переживания, порождающие страх и дискомфорт, и в итоге приводящие к психоэмоциональным расстройствам. У женщин порой наблюдаются тревожные процессы, когда страхи приобретают гипертрофированные формы, блокируя способность трезво рассуждать. В

результате подобного восприятия рутинные затруднения принимаются за безысходность, а личные ресурсы – за непригодные для преодоления препятствий. Квалифицированный психолог наполняет женщину уверенностью, позволяя преодолеть подобные страхи. В последствии, женщина думала о намерении навредить ребёнку как о временном состоянии аффекта.

Женщины, желающие прервать беременность, нередко обращаются за психологической поддержкой на основании советов врачей, а не по собственной воле. Давление социального окружения и моральные предписания порождают ощущение страха перед оценкой специалистов. Подобное взаимодействие вызывает защитные реакции, агрессивные настроения и препятствует открытой дискуссии о переживаниях и эмоциях [13].

«В подобной ситуации перед психотерапевтом стоит задача формирования атмосферы доверия, обеспечивающей снижение внутреннего стресса. Создание пространства, пронизанного пониманием, поддержкой и свободой от осуждения, способствует эффективному взаимодействию» [11]. Применяя методики активного слушания в сочетании с доброжелательным подходом, специалист стремится установить необходимый уровень доверия и подготовить женщину к откровенной беседе о своих переживаниях.

Консультация по вопросу прерывания беременности должна иметь строго структурированный и логически последовательный характер. Каждая стадия встречи выполняет определенную функцию – несмотря на различные задачи, все этапы направлены на диагностику состояния клиентки и поддержку осознанного выбора. Рекомендуется избегать любых высказываний, способных усилить ситуацию. В частности, следует обходиться без высказываний, содержащих утверждения, которые могут поддерживать ее тревожные мысли, к примеру: «Так иногда и бывает». Запрещается предлагать сценарии, способные оказать ненужное давление,

особенно если беременность наступила как неожиданность на фоне непростых жизненных обстоятельств.

Принятие решения о прерывании беременности нередко становится источником глубоких эмоциональных страданий. Женщина может испытывать сильную печаль, тревожность, растерянность и целый спектр негативных переживаний [12]. В период, когда она сталкивается с такими переживаниями, ее могут мучить усталость и выраженная апатия. Апатией может сопровождаться потеря интереса к привычным занятиям наряду с физическими недомоганиями – проблемами со сном и изменениями в аппетите.

Тем не менее, следует прояснить, выступает ли эмоциональный дискомфорт следствием беременности или проявляется на фоне пониженного жизненного тонуса. Апатия затрудняет восприятие собственных чувств.

Часто временные депрессивные эпизоды у женщин проходят сами по себе; существует вероятность их самостоятельного разрешения. Консультант обязан объяснить, что подобные переживания могут возникать как в результате тяжёлых, так и позитивных событий, таких как утрата близкого человека, развод, увольнение, а также радостные моменты, например, бракосочетание, переезд или карьерный рост. Важно осознать защитную роль данных эмоций, способствующих целостной адаптации к происходящим изменениям.

«Консультант должен обозначить, что угнетённое состояние не сигнализирует о нежелании стать матерью, но отражает реакцию на стресс. Также следует соблюсти стратегию нежного и уважительного общения, избегая легкомысленного и пренебрежительного тона. Психологическое давление, которое провоцирует чувство вины или страх, проявляется лишь в крайних ситуациях. Стадия отрицания служит оборонительной реакцией; в этот период женщина игнорирует противоречивую информацию, которая противоречит её восприятию. Убеждение, что решение уже принято,

препятствует рассмотрению возможных последствий преждевременного прерывания беременности.

Отрицание представляет собой защитный механизм, позволяющий индивиду справляться с негативными переживаниями посредством блокирования осознания их содержания. Формулировка данного механизма характеризуется принципом: «Не знаешь – не страдаешь». В описанном сценарии, женщина избегает анализа завершённых отношений, опасаясь, что осознание фактов вызовет у неё сомнения относительно правильности принятого решения. Процесс консультирования таких клиентов предполагает от специалиста в области психологии деликатность и способность тактично и ненавязчиво раскрывать механизм отрицания» [13].

Важно акцентировать внимание на том, что психолог выступает не как сторонник или оппонент личного выбора женщины, в данном случае, выбора проведения аборта, а как специалист, стремящийся к объективности и нейтральности [12]. Роль психолога в этом процессе заключается в осуществлении профессиональных функций в рамках этических норм и законодательства, а также в предоставлении обстоятельно и корректно представленной информации о потенциальных физических, психологических и социальных последствиях аборта.

Женщине предоставляются сведения о возможных исходах и рисках процедуры таким образом, чтобы избежать эмоционально провокационных и шокирующих выражений [12]. Важность этого подхода объясняется стремлением избежать конфронтационной динамики между психологом и клиенткой, которая может препятствовать установлению эмоционального контакта и доверия.

При успешном формировании такого контакта, складывается атмосфера открытости, позволяющая снизить уровень отрицания и оборонительного поведения со стороны женщины [12]. Такое взаимопонимание и доверие создают фундамент для того, чтобы клиентка могла взвешенно осмыслить все

аспекты своего решения и его возможные последствия, что является основной задачей доабортного консультирования.

Организация работы с женщинами, намеревающимися прервать беременность, охватывает несколько ключевых направлений. Во-первых, анализируются причины, приводящие к аборту. Во-вторых, осуществляется поддержка на пути к осознанности и пониманию выбора, а также активизируется материнский инстинкт, способствующий принятию решения. В-третьих, проводится исследование экзистенциальных аспектов, побуждающих женщину к принятию решения. С оглядкой на индивидуальные обстоятельства каждой женщины, настоятельно рекомендуется применять персонализированный подход. Мотивы, побуждающие к принятию решения о прерывании беременности, собраны в таблице 9 [11].

Таблица 9 – Причины абортов 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.

Продолжение таблицы 9

Причина	Представление женщины	Рекомендации психологу
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.

«В последнее время наблюдается увеличение осознания женщин: беременность – это не только физиологический процесс, но и важный этап трансформации в жизни, требующий вдумчивой подготовки и осознания новых социальных ролей. Проект «Я – будущая мама» ориентирован на подготовку к материнству женщин в третьем триместре, при этом следует учитывать, что не каждая женщина, пережившая беременность и роды,

становится полноценной матерью, способной к успешной адаптации к новым обязанностям.

После рождения первого ребенка женщины часто сталкиваются с многочисленными трудностями и трудностями, которые требуют системной подготовки к переходу в новую жизненную стадию. Будущим матерям крайне важно научиться осознавать и обрабатывать свои эмоции, а также создать эмоциональную связь с ребенком до его рождения. Аспекты психологической готовности будущей матери к изменениям в жизни остаются недостаточно изученными.

Сперва программа делится на три главных направления: развитие родительских навыков, повышение уровня психологической осведомленности и освоение методов эмоционального общения с ожидаемым ребенком. Участницы программы получают возможность повысить уровень своей готовности к новой жизненной ступени, осознать родительские роли и ответственность» [19].

Следовательно, данная программа направлена на формирование адекватного и положительного отношения к материнству, что играет решающую роль в успешной адаптации к новому этапу жизни.

Среди первоочередных задач авторских курсов можно выделить:

- осознание женщиной материнской роли;
- формирование чувства материнства и эмоциональной связи с ожидаемым ребёнком;
- активизация распространения принципов здорового образа жизни;
- обогащение культурного кругозора женщины в период ожидания ребёнка;
- развитие навыков контроля над эмоциями и совершенствование саморегуляции.

Основная аудитория курса – женщины в период беременности. В группе предполагается число участниц от пяти до шести человек. Предполагаемая продолжительность программы составляет два с половиной месяца, в ходе

которых планируются десять занятий по одному часу каждое, с частотой раз в неделю. Предполагается, что реализация программы окажет положительное влияние на психоэмоциональную подготовку женщин к материнству, особенно в случаях, когда женщины сталкиваются с проблемами восприятия беременности и намерены передать новорождённого в медицинское учреждение.

Организация семинаров содействует формированию беременности, укрепления готовности к материнству, становления привычки к здоровому образу жизни. Программа сочетает групповую и индивидуальную работу, применяя различные психологические методы. Групповые занятия способствуют обсуждению личных переживаний и опытом, содействуя нахождению ответов на актуальные вопросы.

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.

В теоретическом блоке предусмотрено проведение организационных мероприятий, целью которых является подготовка участниц к образовательным занятиям (5 минут), а также ознакомление с основными аспектами обсуждаемой темы (10 минут). Практическая часть состоит из выполнения заданий (15 минут) и проведения сессии, направленной на рефлексии и расслабление (10 минут).

Сначала производится анализ психологического состояния участниц, чтобы выяснить их желание и готовность к предстоящей работе, а также определяются основные задачи на встречу. Завершая, женщины делятся

мнениями о проведенных упражнениях, обмениваются переживаниями, возникшими в ходе их выполнения, и формулируют предложения к следующей встрече.

Во время групповых сессий задействуются разнообразные техники: беседы на определенные темы, аутогенные тренировки, телесно-ориентированная терапия, арт-терапия, ролевые игры, визуализационные упражнения, работа с голосом, дыхательная гимнастика. Каждая сессия проходит под сопровождение ароматерапии и расслабляющих музыкальных композиций. Список тем занятий представлен в таблице 10 [10].

Таблица 10 – 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 занятия. Проводится тестирование. Используется слайдовая презентация, музыка, ароматерапия
2	Реки 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

Период беременности представляет собой уникальный и критически важный этап в жизни женщин, его нередко сопровождают высокие уровни тревожности. Беспокойства, возникающие на этом этапе, способны вызвать чувство уязвимости и неопределённости, влияя на эмоциональное состояние.

Эти переживания могут оказывать неблагоприятное влияние на самочувствие будущей матери и состояние плода.

«Результаты, полученные в ходе обследования женщины И.В. Добряковой, выявили наличие тревожного компонента гестационной доминанты (ПКГД)» [10]. При почти четверти обследованных женщин наблюдается тревога, касающаяся предстоящих родов. Из данной группы 32,6% женщин проявляет выраженное беспокойство, при этом 23,9% высказывают опасения за здоровье предстоящего ребенка.

В рамках разработки психокоррекционной программы для женщин перед родами, испытывающих сильные тревожные переживания, предусматривается проведение мероприятий, направленных как на снижение интенсивности тревожных состояний, так и на формирование позитивного настроения.

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»;

– тест отношений беременной И.В. Добрякова.

Этап 2: информационно-организационный (одно заседание). На данном этапе беременные женщины знакомятся с результатами проведенной психодиагностики. Среди пациенток у трёх или четырёх наблюдается выраженный тревожный стиль переживания. В результате создается специализированная группа поддержки.

Этап 3: практическое занятие (в четыре этапа). Основная коррекционная работа осуществляется на данном этапе, направленная на снижение уровня тревожности и формирование положительного эмоционального фона. В ходе первого занятия преодолеваются страхи, которые связаны с возможными осложнениями беременности, а также их влиянием на здоровье будущего малыша. Участницам объясняют важность осмысленного отношения к своему состоянию. Кроме того, на занятиях проводятся лекции о перинатальном развитии плода и факторах, которые оказывают на него влияние – заболеваниях матери, лекарственных препаратах, употреблении алкогольных напитков и курении.

При подготовке будущих матерей к родам фокусируется внимание на сбалансированном питании и поддержании активного образа жизни в период беременности. Участницы курсов имеют возможность изучить теоретическую часть, а видеоматериалы наглядно демонстрируют ключевые советы по здоровому питанию и жизненному стилю. Как правило, в лекциях принимают участие медицинские специалисты, а после завершения каждой занятия девушки получают в печатном формате материалы, касающиеся обсуждённых тем.

Второй и третий уроки освещают вопросы преодоления страха перед родами, обусловленного волнением о предстоящих ощущениях и утрате контроля над физическим состоянием, что регулярно вызывает чувство беспомощности. На данных занятиях участницы получают навыки, позволяющие воспринимать роды как естественный физиологический

процесс. Программа содержит упражнения, предназначенные для снижения волнения в период родов и подготовки женщин к схваткам и родам.

На второй паре будущим мамам презентуют лекцию, посвящённую родовому процессу, охватывающему как ключевые этапы, так и применяемые обезболивающие методы во время схваток. Лекцию сопровождают видеоматериалы, а также приветствуется участие медицинских специалистов в дискуссии, что создает обстановку взаимодействия. По окончании теоретической части проходят практические занятия, на которых будущие матери осваивают дыхательные методики, учатся речевым производимым общения с партнёром. После завершения занятий происходят тренировки, направленные на освоение техники дыхания, обучения контролю за телом и формированию доверительных отношений с партнёрским лицом, предоставляющим поддержку как во время беременности, так и непосредственно в процессы родов.

Первое упражнение – «Глас в пустыню» (пять минут).

Данная методика направлена на совершенствование навыков телесного контроля и укрепление невербальных форм общения. Участники располагаются в круге, поочередно каждый выходит в центр, обращаясь к другому собеседнику с просьбой о помощи (например, о предоставлении места или поддержке при посадке в автомобиль). После завершения активности осуществляется обмен впечатлениями и обсуждение полученных эмоций: выделяются основные элементы, способствующие взаимопониманию, а также факторы, затрудняющие коммуникационный процесс. Каждый из участников выражает свои мнения и переживания.

Второе упражнение – «Полное дыхание» (пять минут).

Во время тренировки женщины обучаются правильной дыхательной технике, что считается чрезвычайно значимым в период вынашивания ребёнка. Первоначально каждый урок начинается с вдоха, осуществляемого носом в течение двух секунд; при этом живот поднимется, а следом – грудная клетка. Сразу же за вдохом следует выдох, длительность которого составляет

2-3 секунды. Необходим постоянный контроль за состоянием будущих матерей, чтобы избежать проявлений головокружения.

Третье задание предполагает сосредоточение на счёте вдохов и выдохов в течение пяти минут. Методика выполнения дыхательных упражнений такова: на вдохе через нос в течение 2 секунд сначала расширяется живот, а затем поднимается грудная клетка; после паузы, продолжающейся 1 секунду, следует плавный выдох. В ходе занятия важно внимательно отслеживать состояние здоровья беременной женщины, чтобы предупредить возникновение потенциального головокружения.

Четвертое упражнение – «Разговор больших пальцев» (пять минут).

Как раз такой метод призван повысить уровень взаимопонимания среди участников. Взаимодействие осуществляется с использованием исключительно большого пальца рук – присутствующие могут осуществлять поглаживание или обнимания, создавая конкретные тактильные ощущения. Участники определяют тему и обмениваются мнениями: спустя минуту участники обсуждают, с какой точностью смогли передать собственные мысли собеседнику. Далее участники делятся впечатлениями и анализируют факторы, способствовавшие эффективному пониманию и теми моментами, которые ему препятствовали.

Пятое упражнение – «Зеркало» (десять минут).

Во время выполнения упражнения участники развивают навыки саморегуляции выражений лица. Групповые участники фиксируют отражение в зеркале, внося корректировки для достижения желаемого выражения, а также отмечают неудачные вариации. Затем они создают образы добрых и заботливых родителей, используя сценарии с реакцией ребенка, которые включают плач, капризы и просьбы о помощи, а также осознание своих поступков (например, инциденты, связанные с мочеиспусканием, произнесение первых слов и высшие достижения в учебе). На третьем занятии проходят несколько практических упражнений, способствующих осознанию дыхательного ритма и состояния тела, принятию своей индивидуальности и

улучшению взаимодействия с партнёром. Упражнения обучают методам расслабления, включая концентрацию на дыхании и полное расслабление.

Первое упражнение – «Скульптура» (Десять минут).

Основную цель занятий составляет формирование командной синергии, развитие пространственного мышления, тренировка саморегуляции и навыки невербального общения. Участники располагаются в круге, один выходит в середину и, застыв в определённой позе, отражает свои эмоции, а остальные исследуют «психологическую скульптуру», выдвигая интерпретации.

Второе упражнение – «Азбука тела» (десять минут).

В процессе выполнения упражнений формируются навыки контроля за физическим состоянием и уровнями расслабления. Упражнение осуществляется в удобной позе с опущенной головой, что помогает снизить напряжённость шейных мышц. Дыхание становится ровным, акцентировка сосредоточена на брюшном типе дыхания; также происходит задержка вдоха для увеличения его продолжительности. Расслабление мышц осуществляется в строго заданной последовательности: сначала расслабляются лицевые мышцы, затем внимание переключается на лобную область (при этом глаза закрыты, а язык плотно прижат к верхним зубам), после снижается напряжение нижнечелюстных мышц, шеи, затылка, верхних конечностей и, наконец, нижних конечностей. Завершающая стадия упражнения характеризуется возвращением в исходное состояние.

Третье упражнение – «Сиамские близнецы» (десять минут).

Зафиксированная цель данного задания заключается в углублении взаимопонимания и совершенствовании навыков общения между партнёрами. Один участник определяет, от лица какого субъекта будут поступать ответы, в то время как второй задаёт вопросы, а его собеседник отвечает с соответствующими эмоциями, как будто участие и вопросы адресованы непосредственно ему. Эффективность данной активности подчеркивается важностью осознания, что ответы могут варьироваться между совпадениями и ошибками. Тематика вопросов не ограничивается и охватывает все сферы,

сосредотачивая внимание на вопросах воспитания детей, аспектах материнства и отцовства. Формулирование вопросов осуществляется с оставлением открытых концов, например: «Если ребёнок отказывается есть...», «Если я решу заняться работой...». После завершения обсуждения участник, отвечавший на вопросы, делится впечатлениями о сложных и лёгких моментах и о трудностях, возникших в процессе выполнения задания. Собеседник, задававший вопросы, делает акцент на наиболее успешных аспектах ответов и на тех моментах, где могли возникнуть ошибки. Затем участники, задававшие вопросы, обмениваются мнениями о своих ожиданиях и впечатлениях, что способствует анализу опыта и совершенствованию взаимодействия в дальнейшем.

Четвертое упражнение – «Внутреннее зеркало» (десять минут).

Комплекс упражнений, представленного ниже, направлен на снижение нервного напряжения, гнева и раздражительности. Для выполнения этих упражнений необходимо сделать глубокий вдох, продержаться под дыхом в течение 10 секунд и затем резко выдохнуть. Данная дыхательная методика включает также напряжение и расслабление основных групп мышц тела. Эффективность данной техники возрастает, если осуществлять их в сочетании с успокаивающими визуализациями: во время вдоха рекомендуется сжать кулаки и напрячь плечи, а во время выдоха – резко разжать кисти и осуществить несколько ритмичных движений руками, снимая напряжение. Также важнейшим элементом является контроль за мимикой; сознательное расслабление лицевых мышц способствует устранению накопленных зажимов. После глубокого вдоха желательнее провести ладонью по лбу, символически снимая напряжение и дискомфорт. Завершить упражнение рекомендуется улыбкой, способствующей усилению расслабляющего эффекта.

Пятое упражнение – «Релаксация» (десять минут).

Для успешного выполнения данной практики необходимо занять комфортное положение, разместив левую ладонь на пупке, а правую ладонь

поверх неё. Закройте глаза, сосредоточившись на своих внутренних ощущениях. Вообразите, что под ладонями располагается хрупкий сосуд. В момент вдоха визуализируйте, как воздух наполняет этот сосуд, а ваши руки постепенно поднимаются. Волноподобное движение начинается от живота и растёт, продвигаясь вверх к грудной клетке. Вдох должен занимать две секунды. На следующем этапе сделайте паузу на два счёта, произнося про себя: «Я спокоен. Я расслаблен». Затем, медленно выдыхая в течение четырёх-пяти секунд, представьте, что сосуд освобождается от содержимого.

Когда женщина овладеет техникой, партнёр, позиционирующийся сзади и обнимающий её за живот, вместе с ней выполняет упражнение. На четвёртом занятии особенное внимание уделяется преодолению страхов, связанных с материнством, способствуя формированию уверенности в собственных силах. К этому занятию присоединяются неонатологи, осуществляющие обучение будущих матерей основам ухода за новорождёнными, включая грудное вскармливание и купание, а также правильный режим дня и множество иных аспектов.

На последнем этапе проводятся исследования возможностей коррекционной терапии и внимание уделяется эмоциональному состоянию женщин в ожидании ребёнка.

На этом этапе, как и на первом, для диагностики используются [10, 11, 12, 13]:

- 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.

Эффективность коррекции можно оценить по рисункам, созданным участницами и иллюстрирующим «Благоприятную обстановку». Установление оптимального подхода к коррекции графического поведения требует учёта индивидуальных черт каждой женщины. В случае стабильного эмоционального состояния или лёгкого снижения тревожности после завершения коррекционного рубежа будут продолжены индивидуальные занятия. На пятом этапе, целью которого является закрепление достигнутых результатов, акцент смещается к укреплению эффекта. На данной стадии применяются практики, ориентированные на работу с телом, индивидуальные консультации и обсуждения в группе. Занятия организуются в равной частоте и объёме с предыдущим этапом коррекции, однако их продолжительность составит один-два месяца. Следует подчеркнуть, что на данном этапе участие партнёра не является обязательным.

В исследовании, посвященном беременным женщинам, лишь 13,0% участников сумели достичь полного соответствия всем психологическим критериям, что подтверждает их уверенность в беременности как нормальном этапе жизненного пути. Эти женщины осознали значимость связи с ребенком и готовы к кардинальным переменам в жизни. Поддержка близких воспринимается трезво и обоснованно.

Среди опрошенных 84,8% респондентов испытывают радостные чувства, сливаясь с тревожными переживаниями о состоянии здоровья ребенка, о процессе родов и предстоящих изменениях в жизни. Эмоциональная палитра охватывает широкий спектр, варьируя от возбуждения до тревоги, что свидетельствует о глубоком эмоциональном вовлечении в данный период.

Лишь 2,2% женщин демонстрируют тревожный и игнорирующий подход к материнству, что характерно для проявлений сильного страха перед ожидаемыми переменами и отсутствия готовности к родительскому статусу. В общем, 87% будущих матерей продемонстрировали низкие или средние показатели психологической подготовки к материнскому вызову. Это

обстоятельство потребовало от специалистов разработки специальных программ, направленных на обучение, поддержку и преодоление психологических трудностей будущих матерей. Корреляционный анализ не позволил выделить основной фактор, определяющий степень психологической подготовки к материнству. Каждая ситуация является уникальной и определяется множеством обстоятельств, в числе которых – социальные условия и состояние здоровья женщины.

Беременность является одним из ключевых периодов в жизни женщины, знаменующимся множественными изменениями как в физиологическом, так и в психосоциальном аспектах. Этот временной интервал часто сопряжен с усиленной тревогой, неопределенностью и ощущением неспособности справиться с нагрузками. Тревожные состояния могут неблагоприятно отразиться на течении беременности, провоцируя ряд нежелательных осложнений как для матери, так и для развивающегося плода.

Отталкиваясь от данных теоретических постулатов и практических обследований, были разработаны специальные образовательные и психокоррекционные программы. Их целью стало информирование беременных женщин об особенностях этого состояния и предоставление методик по снижению уровня испытываемой тревожности в период вынашивания ребенка.

Частичное подтверждение нашла гипотеза о том, что на восприятие беременности и готовность к материнству оказывают влияние социальный статус женщины и заранее спланированный характер беременности. Была выявлена умеренная зависимость между семейным положением и желанием иметь ребенка. Кроме того, исследование выявило умеренную обратную корреляцию между уровнем образования и оптимальным отношением к процессу родоразрешения, указывая на возможное различие в восприятии этапа родов в зависимости от образовательной подготовки.

Заключение

В условиях современной России повышение рождаемости и поддержка материнства внезапно стали основными направлениями государственной демографической политики. В этой связи важность изучения материнства на этапе беременности возрастает. Основная цель исследования заключается в анализе готовности матерей к родительству в период беременности с фокусом на психологических аспектах этого процесса.

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 исследования выяснили, что лишь 13% женщин, ожидающих появления малыша, имеют высокую степень психологической готовности к материнству по всем направлениям. Такие мамы рассматривают беременность и роды как естественный процесс, активно подготавливаются к жизненным переменам, осознают значимость связи с новорожденным и понимают необходимость наделять его заботой. Кроме того, они адекватно воспринимают проявленное внимание и отношение со стороны близких, родни и общества.

При этом 84,8% респондентов обладают смешанным типом эмоционального состояния, объединяющим радость и поддержку близких с тревогой о предстоящих родах, изменении привычного образа жизни и переживаниями по поводу будущего ребёнка.

Итак, больше восьмидесяти семи процентов участниц исследования характеризуются низкими или средними показателями готовности к материнству. Корреляционные исследования не позволили обнаружить значимые детерминанты, способствующие повышенной психологической готовности. Итоговые данные подтверждают высокую степень индивидуальности подготовки с учётом совокупности физических, психических и социальных влияний.

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.
8. Гурьянова Т. А. Развитие психологической готовности к материнству на стадии планирования беременности, во время беременности и после родов [Электронный ресурс]./ Т. А. Гурьянова.
9. Демина А. С. Психологическая готовность к материнству в период ранней взрослости [Электронный ресурс] / А. С. Демина.
10. Добряков Е. С. Перинатальная психология [Электронный ресурс]./ Е. С. Добряков.
11. Жуков В. Ф. Психолого-педагогический анализ категории «Психологическая готовность» [Электронный ресурс] / А.В. Жуков.
12. Иванкина В. В. Формирование у студенток психологической готовности к материнству [Электронный ресурс] / В.В. Иванкина.

13. Исупова О. Г. Социальный смысл материнства в современной России: [Электронный ресурс] / О. Г. Исупова. <http://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.
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.
17. Леус Т. В. Представление женщины о себе как о матери до и после родов [Электронный ресурс]/ Т.В. Леус.
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.
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].
21. Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству [Электронный ресурс] / С. Ю. Мещерякова.
22. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройства поведения» // Консультант плюс: справочно-правовая система.
23. Приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572Н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология» // Консультант плюс: справочно-правовая система.
24. Равич Р. Как родить здорового ребенка. Самара, 2003.

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

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

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

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

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