

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

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра «Дошкольная педагогика, прикладная психология»

(наименование кафедры)

37.03.01 Психология

(код и наименование направления подготовки, специальности)

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

на тему **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЖЕНЩИН В ПЕРВОМ И ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

Студент

Е.М. Четверикова

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

Т.В. Чапала

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Допустить к защите

Заведующий кафедрой д.п.н., профессор, О.В. Дыбина

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

(личная подпись)

« _____ » _____ 2018г.

Тольятти 2018

Аннотация

Бакалаврская работа посвящена изучению актуальной проблемы изменения психологического состояния женщин в зависимости от срока беременности.

Выбор темы обусловлен противоречием между важностью сохранения психологического здоровья беременных женщин и недостаточным объемом проведенных исследований относительно их психологического состояния в период беременности.

Целью работы является теоретическое обоснование и экспериментальное сравнение психологического состояния беременных женщин в первом и третьем триместрах беременности.

В ходе исследования решаются следующие задачи: выявление степени изученности проблемы в современных научных исследованиях, определить понятия по теме исследования; проведение теоретического анализа статистических данных соотношения естественных родов и операций кесарева сечения и мотивов их выбора молодыми женщинами, не имеющими опыта деторождения; анкетирование беременных женщин с целью оценки репрезентативности выборки участниц исследования; изучение уровня тревожности, депрессии, эгоцентризма и самооотношения к физическому «Я» у женщин в первом и третьем триместрах беременности; выявление изменения уровня тревожности, эгоцентризма и самооотношения к физическому «Я» у женщин в первом и третьем триместрах беременности.

Бакалаврская работа имеет теоретическую и практическую значимость. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (62 источника). Текст иллюстрирован 7 таблицами и 10 рисунками.

Текст бакалаврской работы изложен на 65 страницах.

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1. Теоретические подходы к изучению психологических состояний беременных женщин	
1.1 Обзор изучения роли психических факторов в перинатальной практике.....	9
1.2 Тревожность, депрессия, эгоцентризм, отношение к физическому «Я» как неблагоприятные психологические состояния	13
1.3 Изменяющееся состояние беременных в зависимости от срока беременности.....	29
Выводы по первой главе.....	30
Глава 2. Результаты исследования психологических состояний женщин в первом и третьем триместрах беременности	
2.1 Изучение мотивов выбора стратегии родоразрешения	31
2.2 Исследование изменения уровня тревожности, депрессии, эгоцентризма и самооотношения к «Я»-физическому у женщин в первом и третьем триместрах беременности	35
2.3 Рекомендации	56
Выводы по второй главе	57
Заключение	58
Список используемой литературы	60

Введение

Важным аспектом сохранения здоровья нации является забота о здоровье беременных женщин. Принимая во внимание государственную политику и различные программы, направленные на улучшение демографической ситуации в стране, стимулирование рождаемости и материнства, можно утверждать, что психологическое здоровье беременных женщин имеет особое значение на современном этапе развития общества.

Все более востребованным и активно развивающимся становится такой раздел психологической науки, как перинатальная психология. Проводятся исследования психологического состояния женщин, как на этапе планирования беременности, так и уже ожидающих ребенка. Вопрос об изменении психологического состояния женщин в зависимости от срока беременности и факторах, влияющих на эти изменения, является очень интересным и малоизученным. Выбор темы обусловлен личным интересом в связи с родом профессиональной деятельности, малочисленностью исследований по данному вопросу, актуальностью выбранного направления.

Как отмечает И.Н. Земзюлина, беременность – это качественно новое состояние женского организма, сопровождаемое изменениями со стороны физиологии, психологии, социальной ролевой принадлежности (подготовка к новому социальному статусу и роли матери), ценностных ориентиров и отношений с окружающей средой.

Изменяющееся физическое состояние женщины неизбежно вызывает психологические изменения, в частности, как мы предполагаем, уровень тревожности, депрессии и эгоцентризма, а также самоотношение к физическому «Я».

А.Г. Киселев, И.В. Варганова, С.И. Знаменская, И.М. Максимова выяснили, что повышенный уровень депрессии и тревоги может влиять на выбор стратегии родоразрешения. Л.Т. Гацаева отмечает, что тревожные расстройства способствуют возникновению осложнений беременности и

необходимости оперативного родоразрешения. Актуальная ситуация в службе родовспоможения демонстрирует увеличение количества операций кесарева сечения. И.А. Колесников выявил у женщин с депрессивными расстройствами снижение удовлетворенности их браками. По данным Росстата, процент разводов составляет более половины в соотношении с количеством заключенных браков. По данным С.Е. Докучаевой, ВИЧ-инфицированные женщины с повышенной депрессивностью и тревожностью склонны к сохранению беременности и грудному вскармливанию, что способствует распространению данного заболевания. Таким образом, исследования психологического состояния беременных женщин носят социально-значимый характер.

Н.И. Пашукова отмечает, что уровень эгоцентризма повышается при изменении социальных ролей, а как известно, беременность предполагает приобретение женщиной новой социальной роли – роли матери. С.Н. Фрондзей говорит о том, что эгоцентризм является одной из личностных детерминант конфликтов в официальном браке, повышенный уровень этого показателя снижает позитивность восприятия супругами друг друга. Напряженные отношения с супругом негативно сказываются на эмоциональном состоянии беременной женщины.

Современный темп жизни, требования, предъявляемые обществом к женщине, новые технологии, изменяющиеся идеалы и ценности влияют на психоэмоциональное состояние прекрасной половины человечества. Средства массовой информации пропагандируют красивую внешность, стройную фигуру, различные методы их коррекции (от вполне безобидных до реально угрожающих здоровью). Женщинам навязывается определенная стратегия поведения, в которой они выступают как эстетический объект. В.К.Сергеев считает, что информация, получаемая молодыми людьми ежедневно от реальной действительности, внутригрупповой и социальной коммуникации, в значительной степени воздействует на формирование их мировоззрения. Одни ценности подменяются другими, что приводит к

искаженному восприятию собственного «Я» и изменению отношения к процессу деторождения.

В исследование были включены только первый и третий триместры беременности (второй триместр не включен), так как, по данным С.И. Знаменской, в первом триместре изменения психологического состояния существенны, в связи с процессом адаптации к беременности, и сопровождаются негативными переживаниями. Третий триместр также характеризуется возрастанием негативных тенденций. Во втором же триместре эмоциональная сфера беременных оптимизируется.

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

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

Объект исследования: психологическое состояние женщин в первом и третьем триместрах беременности.

Предмет исследования: уровень тревожности, депрессии, эгоцентризма и самоотношение к физическому «Я» у женщин в первом и третьем триместрах беременности.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что психологическое состояние беременных женщин может изменяться в зависимости от срока беременности.

Исходя из цели и гипотезы исследования, были сформулированы следующие **задачи**:

- 1) выявить степень изученности проблемы в современных научных исследованиях, определить понятия по теме исследования;
- 2) провести теоретический анализ статистических данных соотношения естественных родов и операций кесарева сечения и мотивов их выбора молодыми женщинами, не имеющими опыта деторождения;

3) проанкетировать беременных женщин с целью оценки репрезентативности выборки участниц исследования;

4) изучить уровень тревожности, депрессии, эгоцентризма и самооотношения к физическому «Я» у женщин в первом и третьем триместрах беременности;

5) выявить изменения уровня тревожности, эгоцентризма и самооотношения к физическому «Я» у женщин в первом и третьем триместрах беременности.

Теоретическо-методологической основой нашего исследования стали:

- основные теоретические положения биопсихосоциальной модели здоровья (Б.Д. Карвасарский, М. Перре, У. Бауман);

- взаимосвязь эмоциональных состояний и физиологических процессов (Я. Рейковский, Ф.Б. Березин);

- теоретические подходы к изучению эгоцентризма (Ж. Пиаже, Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, В.А Недоспасова);

- основные концепции изучения «Я»-физического (А. Адлер, Р. Бернс, А.Р. Лурия, М.О. Мдивани).

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

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

- эмпирические – беседа, анкетирование, тестирование беременных, констатирующий эксперимент;

- методы обработки результатов - качественный анализ, статистическая обработка.

Новизна исследования: выявлено изменение уровня тревожности и депрессии, и относительная стабильность уровня эгоцентризма и

самоотношения к физическому «Я» у женщин в первом и третьем триместрах беременности.

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

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

Экспериментальная база исследования: государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области «Гольяттинская городская клиническая больница № 2 имени В.В. Банькина». В исследовании приняли участие 59 беременных женщин в возрасте 23-38 лет (31 женщина – I триместр, 28 женщин – III триместр беременности), 4 врача и 2 медицинские сестры.

Структура и объем работы. Бакалаврская работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (62 наименования). Текст содержит 7 таблиц и 10 рисунков.

Глава 1. Теоретические подходы к изучению психологических состояний беременных женщин

1.1 Обзор изучения роли психических факторов в перинатальной практике

В самом начале работы считаем необходимым, определить какой именно смысл несет понятие «психологическое/психическое состояние». За основу возьмем определение, данное Н.Д. Левитовым:

Психическое состояние – это целостная характеристика психической деятельности за определённый период времени, показывающая своеобразие протекания психических процессов в зависимости от отражаемых предметов и явлений действительности, предшествующего состояния и психических свойств личности [30].

Современных исследований, изучающих роль психологических факторов в перинатальной практике, недостаточно. Однако, найденные работы, рассматривающие данный вопрос, свидетельствуют о том, что изменения психологического состояния приводят к отклонениям со стороны физического здоровья. Г.Г. Филиппова говорит о влиянии некоторых показателей эмоциональной сферы (тревога, возбудимость, состояние депрессивности, самочувствие, активность, настроение, эмоциональное напряжение, уверенность, агрессия, ощущение чувства одиночества, фрустрации) на формирование чувства материнства [55].

А.Г. Киселев, И.В. Вартанова, С.И. Знаменская, И.М. Максимова утверждают, что психоэмоциональное состояние беременной может оказывать влияние на выбор стратегии родоразрешения, в том числе такие факторы как повышенный уровень депрессии и тревоги у беременных по сравнению с небеременными [52].

Л.Т. Гацаева в своей работе приходит к выводу, что тревожные расстройства без оказания квалифицированной помощи специалистов

приводят к осложнениям течения беременности на разных сроках и процесса родов, как со стороны женщины, так и со стороны плода (угроза прерывания беременности, развитие гестозов, гипоксия плода, аномалии родовой деятельности), и необходимости проведения операции кесарева сечения [38].

Современные исследования депрессии у беременных женщин можно найти в работах исследователей различных направлений.

И.А. Колесников занимался изучением невротических депрессивных расстройств и семейного функционирования у беременных женщин. Им было установлено, что невротические депрессивные расстройства развиваются у женщин в период беременности в 8,2% случаев и основными синдромами являются: тревожно-депрессивный, депрессивный, депрессивный с явлениями навязчивости. У беременных с подобными расстройствами чаще возникают осложнения в виде раннего токсикоза и угрозы выкидыша. Для них характерны недоверчивость, самокритичность и замкнутость, склонность к скрыванию отрицательных эмоций, потребность в эмоциональной близости и поддержке. Отношения с родителями оцениваются как неудовлетворительные. Эти женщины реже, чем здоровые, удовлетворены функционированием собственной семьи; с одной стороны – им хочется в большей степени принимать участие в решении семейных проблем и контролировать, с другой стороны – отмечается стремление к делегированию своих обязанностей по дому другим членам семьи и снижение собственной ответственности [34].

С.И. Знаменская исследовала влияние физических упражнений на эмоциональные состояния беременных женщин и сделала вывод о том, что физические упражнения для беременных положительно влияют на степень выраженности эмоциональных состояний в каждом из триместров беременности (особенно в первом и третьем). Регулярные занятия способствуют также качественному улучшению родовой деятельности и состояния новорожденного [24].

Е.В. Мамаева, исследуя беременных женщин с гестационным сахарным диабетом, выявила, что у тех, кто не проходил физиопсихопрофилактическую подготовку, преобладают высокие уровни личностной и реактивной тревожности, снижение настроения, высокое напряжение и субклинически выраженная депрессия [42].

Исследование С.Е. Докучаевой показало, что повышенные значения по шкалам личностной тревожности и депрессии в 1,5 раза повышают вероятность того, что ВИЧ-инфицированная женщина сохранит беременность, отказавшись от медицинского аборта. При депрессии и повышенной реактивной тревожности вероятность грудного вскармливания ребенка женщиной с положительным ВИЧ-статусом увеличивается в 1,4 раза [61]. Эти факторы способствуют распространению ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

А.А. Прибытков выявил, что уровень депрессивных невротических расстройств после родов составляет 11,8%. К числу факторов риска развития послеродовых депрессий можно отнести психические травмы в перинатальном периоде, акцентуации личности) астенического, истерического, циклоидного и психастенического типов), патологии беременности и послеродового периода, осложнения родов, кесарево сечение, депрессии в анамнезе, отягощенная нервно-психическими заболеваниями наследственность. Длительность послеродовых депрессий в среднем составляет $5,7 \pm 2,5$ месяца [21].

Эгоцентричность отражается на различных сторонах человеческой жизнедеятельности, на характере взаимодействия между людьми, на их отношениях, качестве коммуникативного процесса и адекватности восприятия информации. С.Н. Фрондзей отмечает, что эгоцентризм является одной из личностных детерминант конфликтов в официальном браке, повышенный уровень этого показателя снижает позитивность восприятия супругами друг друга [28]. Эгоцентризм может порождать разногласия, приводящие к ссорам между людьми, вследствие непонимания, почему

собеседник безоговорочно не разделяет их «единственно верную» точку зрения. Эгоцентрически направленная личность может искренне удивляться, что другие мыслят иначе и видят ситуацию в совершенно другом ракурсе. Н.И. Пашукова также отмечает, что уровень эгоцентризма повышается при изменении ценностных ориентаций и смыслов жизни, при возникновении конфликтов с окружающими, при изменении социальных ролей, т.е. при неблагоприятных социально-психологических взаимоотношениях и взаимодействиях [60]. Таким образом, беременная женщина готовится к принятию новой социальной роли – роли матери, у нее возникает потребность самореализации в этой сфере, что может приводить к повышению уровня эгоцентризма. Этот критерий в свою очередь способствует ухудшению коммуникативного процесса, снижает позитивность отношений между супругами, приводит к разногласиям и ссорам, что негативно сказывается на общем психологическом состоянии беременной женщины.

Н.В. Шутова утверждает, что степень удовлетворенности своим телом и его особенностями является компонентом самооценки, влияя на самореализацию личности [58].

Таким образом, можно сделать следующий вывод:

- тревожные расстройства у женщин, ожидающих ребенка, могут приводить к различным осложнениям беременности и родов, и даже к необходимости оперативного родоразрешения;
- в период беременности депрессивные расстройства возникают у каждой двенадцатой женщины, способствуя возникновению раннего токсикоза и угрозы выкидыша, неудовлетворенности отношениями с родителями и функционированием своей семьи, а также склонности к сохранению беременности и грудному вскармливанию беременных с положительным ВИЧ-статусом. Послеродовой депрессией страдает каждая восьмая женщина;

- уровень эгоцентризма повышается при изменении жизненных ценностей, социальных ролей, неблагоприятных социально-психологических взаимодействиях, что способствует увеличению количества конфликтов, разногласий, а также снижению позитивности восприятия супругами друг друга. «Я»-физическое оказывает влияние на эмоциональную и межличностную сферы жизни человека, на уровень самооценки и самореализации. Чем выше самооценка внешности и ее соответствие заданным стандартам, тем более уверен в себе человек и тем эффективнее процесс коммуникации. Все это может повлечь за собой изменение психологического состояния.

1.2 Тревожность, депрессия, эгоцентризм, отношение к физическому «Я» как неблагоприятные психологические состояния

Тревожность представляет собой индивидуальную психологическую особенность, которая проявляется в склонности человека к интенсивным и частым переживаниям состояния тревоги и в низком пороге его возникновения [3].

Состояние тревожности рассматривалось различными психологическими школами и их представителями.

Впервые понятие «тревоги» в психологическую науку ввел З. Фрейд в 1925г. В своем психоаналитическом подходе он попытался объяснить происхождение этого состояния, обозначая его как «неопределенный страх».[18]. Согласно его теории, мучительные переживания, вызывающие тревогу, вытесняются в подсознание. Их попытки выйти на уровень сознания вызывают тревогу и вновь подавляются факторами (защитными механизмами), приведшими к вытеснению. Таким образом, тревога играет решающую роль в этом процессе [10]. К сожалению, как отмечает К.Р. Сидоров, недостаточное количество качественных эмпирических данных

использования людьми вытеснения в качестве защиты от негативных переживаний не позволяет нам раскрыть суть тревоги и механизмов ее зарождения с точки зрения психоаналитического подхода [7].

А. Адлер (индивидуальная теория личности) обозначал тревогу, как проявление невроза, возникшего в результате физических страданий, гиперопеки или отвержения в раннем детстве. Люди, страдающие неврозом, испытывают неуверенность, проблемы с самооценкой и излишне чувствительны.[1]

К. Хорни (социокультурная теория личности) причиной тревоги называла отсутствие чувства безопасности в сфере межличностных отношений, а источник проблемы кроется в дисгармоничных детско-родительских отношениях. Сила тревоги зависит от смысла, который несет конкретная ситуация, а истинные причины такого состояния остаются для человека неизвестными. Преодолеть тревогу можно путем ее рационализации, отрицания, подавления наркотиками (в т.ч. работа, сон, сексуальная активность, избегание факторов, которые ее вызывают) [57].

В современном представлении о тревожности мнения ученых расходятся: одни считают, что это разновидность страха (Е.П. Ильин), другие утверждают, что их необходимо строго разграничивать, третьи предполагают их идентичность, есть также представление о тревоге как о неопределенном страхе. Самым распространенным подходом является разграничение тревоги и страха по критерию, введенному К. Ясперсом, т.е. тревога возникает вне связи с раздражителем («свободно плавающая тревога»), а страх связан с конкретным явлением [18].

Спилбергер рассматривает тревожность в двух аспектах: как свойство личности (личностная тревожность) и как состояние, связанное с ситуацией в данный момент (ситуативная тревожность). Им создана методика, которая позволяет измерять их, четко различая.

А.М. Прихожан изучала тревожность как личностное образование, суть которого в «переживании эмоционального дискомфорта с предчувствием

грозящей опасности». Она также предполагала, что основой тревожности является неудовлетворенность ведущих социогенных потребностей [40].

Е.П. Ильин описывал проявления выраженной тревоги в форме тягостного ощущения «беспокойства» в различных частях тела и возможных реакциях со стороны организма (учащенное сердцебиение и мочеиспускание, усиленное потоотделение, зуд кожных покровов). Автор утверждал, что тревога не имеет конкретного источника переживаний, а связана с вероятной неудачей («а вдруг...») [19].

Ф. Б. Березиным были описаны стадии развития тревоги (уровни):

- ощущение внутренней напряженности;
- гиперестезические реакции;
- собственно тревога;
- страх;
- ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы;
- тревожно-боязливое возбуждение [3].

В связи с задачами, которые выдвигает общество в процессе развития, физическими и эмоциональными перегрузками, множеством социальных проблем, тревожность определяется, как компонент, который обуславливает существование личности и ее развитие. В обществе наблюдается тенденция к увеличению количества тревожных людей. Причем тревожность становится более устойчивой и глубинной, и все сложнее преодолевается.

В своей работе, посвященной психологическим механизмам коррекции состояния тревожности личности, Т.Ю. Артюхова отмечает, что увеличению нервно-психических нарушений, в том числе и тревожности, способствует нестабильность социально-экономических условий жизнедеятельности человека [44]. По данным Всемирной организации здравоохранения в период с 1990 по 2013 гг. почти на 50% возросло количество людей, страдающих депрессией и/или тревожными расстройствами (с 416 млн. до 615 млн. человек), и составило около 10% от общего числа мирового населения.

Как психологический феномен, тревожность – это устойчивое образование личности, которое включает эмоциональный (являющийся доминирующим), когнитивный и операциональный аспекты. Устойчивая тревожность характеризуется рядом признаков: психическими, физиологическими и поведенческими.

Б.А. Гунзунова утверждает, что на развитие устойчивой тревожности оказывает влияние такой фактор, как семейное воспитание, а именно: непоследовательные действия родителей, их директивное и враждебное отношение, и то, что не позволяет ребенку чувствовать себя защищенным в семье [43]. Изучением социальной тревожности у студентов занималась В.В. Краснова, определяя это состояние как эмоциональный дискомфорт, беспокойство и страх оценки другими людьми. Тем, кто склонен к социальной тревожности, в процессе взаимодействия с окружающими кажется, что они могут выглядеть смешно или глупо, что их могут оскорбить. Однако мы постоянно, даже в самых обыденных делах, сталкиваемся с необходимостью контактировать с другими людьми. Очевидно, что людям, склонным к сильной тревоге, достаточно сложно справиться с повседневными заботами [50]. Такое состояние требует регуляции и коррекции.

Л. В. Куликов, М. Ю. Долина и М. С. Дмитриева изучили значимость источников тревоги, актуальных для женщин гуманитариев. Обозначим первые 10 причин: 1) забота о состоянии здоровья члена семьи; 2) финансовая ненадежность; 3) трудности с самовыражением; 4) перегруженность делами; 5) внутриличностные конфликты; 6) раздумья о смысле жизни; 7) недостаточность отдыха; 8) неудовлетворенность внешним видом; 9) проблемы с сексуальным партнером; 10) недостаток активности, энергии. Всего же был оценен 31 источник эмоционального дискомфорта [19].

Разбираясь подробнее, становится очевидным, что тревоги и переживания беременных женщин ярко проявляются даже в этих десяти

пунктах. Приведем пример: 1) волнение о здоровье будущего ребенка; 2) объем выплат в декретном отпуске составляет лишь 40% от заработной платы (при условии официального трудоустройства); 3) концентрация внимания на малыше и его потребностях ограничивает возможность самовыражения; 4) перестройка режима и появление новых обязанностей после родов; 5) некоторые желания могут противоречить необходимости выполнения конкретных действий (например: ночью ребенок плачет, женщина хочет спать, но встает, чтобы его успокоить); 6) переоценка ценностей в связи с беременностью и родами; 7) изменение привычного режима сна и бодрствования; 8) переживания по поводу изменения фигуры в результате беременности, родов и кормления грудью; 9) возможные изменения сексуальных отношений в связи с самочувствием или наличием медицинских показаний; 10) недостаток активности может быть связан с приспособлением организма женщины к новой ситуации (токсикоз, сонливость, увеличение массы тела, изменение положения внутренних органов как результат роста плода и др.).

В современном мире все чаще и чаще звучат такие понятия как «депрессия» и «депрессивность», которые употребляются как синонимы, причем многими они понимаются как просто плохое настроение, вызванное какими-то негативными причинами. На самом деле все гораздо сложнее.

Между понятиями «депрессия» и «депрессивность» нельзя поставить знак равенства, так как первое представляет собой болезнь, а второе является чертой личности, свойством характера. Однако, при неблагоприятных условиях, у депрессивных личностей может развиваться депрессия.

В Современной медицинской энциклопедии депрессией называется состояние глубокой печали, которое развивается вследствие недавней потери либо иного грустного события, также возможно развитие без видимых внешних причин. Это состояние характеризуется чрезмерной выраженностью негативных эмоций (непропорционально характеру события) и их длительностью. Движение и речь замедлены [48].

По данным всемирной организации здравоохранения в 2015 году депрессия была диагностирована у 5,5% населения Российской Федерации (около 8 млн. человек). В мировом масштабе доля населения, страдающего депрессией, составила 4,4%. С 2005 года количество людей, у которых диагностирована депрессия, увеличилось более, чем на 18% и составило более 300 миллионов человек. Депрессия отличается от обычных колебаний настроения и непродолжительных эмоциональных реакций на сложности, возникающие в повседневной жизни. Она может причинять серьезные страдания человеку, ухудшая его функционирование (на работе, в семье и т.д.) и состояние здоровья.

Депрессия способствует повышению риска развития тревожных расстройств и возникновению неинфекционных соматических заболеваний (например, болезни сердца, диабет).

Это заболевание может развиваться у любого человека в разные периоды жизни, но оно по-прежнему не всегда распознается и лечится. У женщин депрессия встречается вдвое чаще, чем у мужчин. Мужчины склонны к отрицанию травмирующих факторов и переключению на какую-либо деятельность. Женщины в ответ на травмирующую ситуацию уходят в себя, обвиняют себя. Причины депрессии не вполне ясны, но ее возникновение вероятнее при условии воздействия на человека совокупности некоторых факторов, таких как:

- побочные эффекты некоторых лекарственных препаратов;
- неблагоприятная наследственность;
- эмоционально травмирующие события (особенно утрата близких);
- врожденные особенности личности (например, интровертированность);
- инфекции;
- эндокринные заболевания и гормональные нарушения;

- аутоиммунные заболевания;
- неврологические заболевания;
- заболевания, связанные с неправильным питанием;
- злокачественные опухоли.

У женщин депрессию могут вызвать гормональные изменения, связанные с менструальным циклом (предменструальный синдром), родами (послеродовая депрессия), приемом пероральных контрацептивов (противозачаточных таблеток), а также нарушениями функций щитовидной железы (достаточно распространенное явление у женщин) [48].

В настоящее время депрессия лидирует в структуре причин нетрудоспособности и слабого здоровья людей во всем мире. В самых запущенных случаях она может приводить к суицидам, занимая второе место в списке главных причин смертности лиц 15-29 лет, уступая только дорожно-транспортным происшествиям.

Тот факт, что депрессия достаточно распространена и поражает людей все более молодого возраста, приводит к необходимости изучения факторов личности, которые вызывают и влияют на динамику этого состояния.

Многие склонны считать, что депрессия – это болезнь современности, неизвестная в более ранние периоды существования человечества. Однако, это мнение не справедливо, так как это состояние уже было известно врачам античности. Так Гиппократом было описано состояние «меланхолии», которое очень похоже на современное определение депрессии, и рекомендованы методы его лечения.

Интерес к личностным факторам, способным влиять на развитие депрессии, впервые возник в рамках психоаналитического подхода. К. Абрахам, проанализировав свои исследования, сделал вывод, что люди, которые страдают депрессией, имеют ряд определенных черт, таких как: недоброжелательность, враждебность. У них наблюдается сочетание зависти с пассивностью, а также повышенная требовательность. Позже К. Абрахам

выделил тесную связь между разочарованием в любви и возникновением депрессии [22].

3. Фрейд выделил четыре условия, влияющих на развитие меланхолии, отразив их в своей работе «Печаль и меланхолия»:

1. Детская травма – ранняя утрата объекта привязанности или разочарование в нем.

2. Выбор объекта привязанности на основе нарциссизма (сочетание сильной привязанности к объекту с видением в нем самого себя).

3. Реальная или мнимая утрата объекта либидо.

4. Перенос ненависти и гнева на свое «Я» как результат нарциссического выбора объекта (чувства, которые были адресованы разочаровавшему объекту, переносятся на свое «Я»).

Фрейдовские представления о механизмах депрессии дали толчок множеству исследований этой проблемы. Наиболее значимыми можно считать исследования взаимосвязи депрессии и подавленной агрессии, гнева, враждебности; роли утрат и стрессовых событий в период раннего детства как основы депрессивного реагирования в будущем; характера притязаний и желаний в качестве личностных факторов депрессии [45].

С развитием Эго-психологии и теории объектных отношений сторонники психоанализа акцентируют свое внимание на проблеме самооценки и ее колебания. Также, у страдающих депрессией, отмечаются трудности в установлении близости с другими и автономности [22].

Современный этап развития психоанализа проявляет особый интерес к концепции С. Блата, американского исследователя, выделяющего две формы депрессии, имеющими тесную связь с личностными факторами:

1. Аналитическая – связана с межличностной зависимостью.

2. Интроективная – связана с высокой самокритикой.

В рамках когнитивного подхода была проведена серьезная работа, направленная на выявление личностных факторов, которые способствуют возникновению депрессии. В этом подходе к изучению депрессии

предполагается участие некоторых когнитивных процессов (глубинные убеждения, когнитивные искажения, автоматические мысли) [20; 22; 23].

В концепции «когнитивной уязвимости» депрессия связана с наличием депрессогенных схем, которые формируются в детском опыте и активируются соответствующими жизненными событиями. А. Бек в основных убеждениях депрессивных личностей выделил две ведущие темы:

- «невозможность быть любимым»;
- «тема беспомощности» (несостоятельности, некомпетентности)

[20; 22; 23].

Негативные когнитивные схемы плотно связаны с характеристиками личности индивида. А. Беком были описаны автономный и социотропный типы личности, которые аналогичны интроективному и анаклитическому типам С. Блата [22].

В Кратком психологическом словаре эгоцентризм представлен как неспособность индивида, сосредотачиваясь на собственных интересах, изменить исходную позицию по отношению к некоторому объекту, мнению или представлению даже перед лицом очевидных неразрешимых противоречий. Истоки эгоцентризма в непонимании субъектом возможности существования иных точек зрения и существовании у него внутренней уверенности в идентичности психологии других людей с его собственной. Преодолевается эгоцентризм путем развития способности к децентрации [26].

«Эгоцентризм» не нужно путать с «эгоизмом», так как эгоист, в отличие от эгоцентриста, понимает наличие своих интересов у других людей, но собственные потребности целенаправленно позиционирует приоритетными.

Термин «эгоцентризм» введен в психологию Жаном Пиаже, изучавшем мотивы поведения детей. Эгоцентризм как личностное свойство формируется в социально-психологических условиях воспитания и формирования личности. Он ярко выражен у маленьких детей, которые в силу возраста

неспособны оценивать многогранность ситуации и различие взглядов на нее разных людей. Яркое доказательство тому мы находим в экспериментах, проведенных с детьми 5-7 лет Ж. Пиаже. В своих исследованиях он выделял социализированную (намеренная передача информации другому человеку) и эгоцентрическую речь (ребенок ни к кому не обращается). Эгоцентризм детской речи обусловлен эгоцентричностью мышления, достигает максимума к трем годам и пропадает по мере социализации после семи лет [41]. В противоположность этому утверждению, Л.С. Выготский говорил о том, что она не пропадает, а представляет собой переходную форму, трансформируясь во внутреннюю речь [8]. Эгоцентрическая речь является рассуждением с самим собой, вербализированным мышлением, возникающим в результате появления трудностей в решении какой-либо задачи.

Дж. Гибсон в своем исследовании восприятия у взрослых и детей пришел к выводу, что дети практически также, как и взрослые, могут поставить себя на место другого человека, войдя в его положение. В связи с этим он выступает против приписывания эгоцентризма детям [9].

М. Доналдсон считает, что в экспериментах, которые проводил Ж. Пиаже, дети не вполне понимали поставленные перед ними задачи, а новые исследования заставляют усомниться в эгоцентризме мышления детей дошкольного возраста [14].

Российским психологом Л.М. Фридманом было выявлено, что задачи «пиажевского типа» связаны с двумя типами пространственной ориентации. В исследованиях Ж. Пиаже, преобладающими были задачи естественно-центрического (познавательного) типа, а его оппоненты использовали задачи релятивно-оценочного (социально-психологического) типа. В связи с этим, он (Фридман) приходит к выводу, что правыми являются по-своему обе точки зрения) [54].

Возникает вопрос: эгоцентризм существует или нет? А в случае существования какая его форма является первичной: социально-психологическая или познавательная.

Л.Ф. Обухова своими исследованиями углубила понимание эгоцентризма мышления, показав, что сутью проблемы эгоцентризма является изучение соотношения его социально-психологического и познавательного видов [37].

В.А. Недоспасова занималась изучением преодоления познавательного эгоцентризма посредством ролевой игры. Она основывалась на том, что в сюжетно-ролевой игре дети могут выполнять различные роли, по-разному взаимодействуя с другими детьми. Я-центрированность ребенка слабеет при смене ролей, формируется способность к децентрации. Она предположила, что основой преодоления центрации является способность ребенка в рассуждении учитывать свою и чужую позиции. Формированию способности к децентрации способствует обучение овладению условно-динамической позицией [35].

По мере взросления в процессе адекватного воспитания уровень эгоцентризма снижается (подростки уже понимают, что все люди разные, и у них могут быть свои желания и мнения, и способны объективно оценивать ситуацию), усиливаясь к старости. При этом в той или иной степени такая особенность мышления присуща каждому взрослому человеку. Т.И. Пашукова в своем научном труде раскрывает многогранность феномена эгоцентризма, указывает на то, что он обусловлен потребностью в стабилизации эго-системы и является необходимым в процессе самореализации личности [60]. Его психодинамика зависит от некоторых особенностей личности, социально-психологических факторов и социальной ситуации, сопровождающей жизнедеятельность. Уровень эгоцентризма сходит на нет, когда у человека пропадает необходимость самосохранения и самоутверждения.

В картине мира человека образ тела является неотъемлемой частью, в значительной степени, опосредующей восприятие реальности. В процессе общения мы обращаем внимание на непосредственные телесные проявления: позы, жесты, мимику – которые позволяют нам лучше понять собеседника,

его эмоции, состояния и т.д. и чем лучше человек оценивает свою внешность, тем более уверенным он себя чувствует, не зажимается и не дергается, тем эффективнее невербальная коммуникация. Представления человека о своей внешности и ее соответствии заданным обществом нормам и идеалам влияет на поведение и особенности личности. К такому выводу пришла в своей работе А.Н. Дорожевец [15]. Образ физического «Я» в современной культуре – важный компонент структуры личности, который влияет на межличностную и эмоциональную сферы, задавая ритм протекания жизненным процессам человека. Он состоит из трех взаимосвязанных и находящихся под влиянием культурных и социальных эталонов внешности: когнитивный, аффективный, поведенческий. Обществом устанавливаются и диктуются свои нормы красивой внешности; утверждается, что лишь привлекательный человек может добиться успеха во всех интересующих его сферах деятельности. Актуальные модные тенденции внушают стремление к достижению заданных стандартов подтянутого тела с определенными формами и пропорциями, искусственно завышая значимость внешности. Но очень часто пропагандируемый эталон внешнего образа является недостижимым для подавляющего количества людей, так как не учитываются индивидуальные конституциональные особенности, в связи, с чем между образом собственного тела и заданным культурой образом возникает несоответствие, которое в научной литературе определяется как «нормативная неудовлетворенность» собственным телом. Отсутствие или недостаточность эстетической привлекательности ведет к нарушению социальной и психологической адаптации. В своих попытках достичь идеала женщины прибегают к самым разнообразным, порой небезопасным для здоровья, способам и средствам коррекции своей внешности, приводящим в некоторых случаях к серьезным психологическим и физическим нарушениям, требующим вмешательства специалистов. Над созданием эталона работает множество корпораций в области моды, здоровья, красоты. Они же и предлагают различные методы изменения внешности с целью

приближения к идеалу (диеты, фитнес, косметология, пластическая хирургия и т.д.). Об этом в своих исследованиях говорят Ж.Н. Власова и А.А. Гавриленко [17], [36]. И.С. Красновым и В. А. Щербиной подмечено, что средства массовой информации активно демонстрируют стройных, красивых, подтянутых девушек, транслирующих правильное питание, занятия спортом, здоровый образ жизни [25], [59]. Всемирная сеть «Интернет» изобилует их фотографиями с использованием специфического термина «фитоняшка» - представление об образе современной женщины, которая следит за своей фигурой и активно занимается фитнесом, стремясь поддерживать идеальную форму.

В книге И.М. Быховской указано, что восприятие и оценивание форм тела эмоционально окрашено и происходит на двух уровнях. Интрасубъективный – оценивание своей внешности в сравнении с другими людьми, интрасубъективный – удовлетворенность своими формами и уровень их соответствия тем требованиям, которые личность предъявляет сама себе [4]. Таким образом, по утверждению Е.Т. Соколовой, отношение к внешнему облику обусловлено эмоциональной оценкой телесного качества и его значимостью для субъекта [49].

«Я»-физическое представляет собой один из компонентов Я-концепции человека. Р. Бернс определяет Я-концепцию как комплекс направленных на себя установок, каждая из которых состоит из трех компонентов:

1. Когнитивный компонент – представления человека о себе.
2. Эмоционально-оценочный компонент – самооценка, отношение к себе в целом или к отдельным компонентам своей личности (вне зависимости от его адекватности и обоснованности).
3. Поведенческий компонент – поведение, действия, вызванные самооценкой и образом «Я». Поведение контролируется социальными нормами, нравственными сомнениями, опасениями возможных последствий [2].

В тех исследованиях самосознания, в которых физическое «Я» включено в теоретическую схему, выделяют два типа отношений между общей Я-концепцией и физическим «Я»:

1. Первый тип отношений существует в «функциональных» схемах. Здесь исследователи рассматривают физическое «Я» как одну из составляющих элементов Я-концепции человека (так же как психологическое «Я», социальное «Я» и т.д.), которая отображает физическое тело и влияет на Я-концепцию в общем [2], [11], [62].

2. Второй тип отношений выделен в «генетических» схемах. В этом случае существование физического «Я» предполагается на ранних этапах онтогенеза, как основа для формирования самосознания [51].

Л.Г. Уляева в своей работе пришла к заключению о том, что физическое «Я» является сложным биосоциальным комплексом. В раннем онтогенезе осознание «Я»-физического ребенком происходит в результате взаимодействия со взрослыми. В процесс осознания включаются части тела и органы чувств. Ребенок, сопоставляя свой двигательный опыт и ощущения с действиями взрослых людей, оценивает свои возможности. Синтезируя отдельные представления, он выстраивает первичный образ своего тела, овладевая им в виде произвольных движений. Именно так ребенок выделяет себя из окружающего пространства [53].

А.А. Гавриленко говорит об образе физического «Я», как о комплексной структуре, состоящей из взаимовлияющих, сплетенных в единое целое, компонентов (когнитивный, аффективный, поведенческий), которые подвержены влиянию социальных и культурных эталонов внешности [36].

В то же время физическое «Я» складывается из индивидуального опыта, приобретенного в процессе функционирования тела, оценочных характеристик социального окружения, которые воспринимаются в процессе общения, а также заданных социумом эталонов и стереотипов внешности,

усваиваемых субъектом. В связи с этим М.О.Мдивани выделяет три компонента в представлении о физическом «Я»:

1. Я-физическое функциональное – образ, основанный на биологически-обратных связях, формирующийся в результате функционирования тела в форме физического объекта.

2. Я-физическое социальное – образ, формирующийся под влиянием оценок окружающих людей, то есть, как человек выглядит в представлении окружения.

3. Я-физическое идеальное–образ, возникающий в процессе усвоения норм и стереотипов, то есть то, каким нужно быть, представление об идеале [31].

А. Адлер показал связь телесного образа «Я» и самооценки [1]. Он говорил, что некоторые типы поведения – это попытка компенсировать действительную или мнимую ущербность тела. Также им была отмечена связь между поведением человека и его физическим «Я», которое влияет на формирование личности и ведет к стремлению превосходства над другими.

На представление физического «Я» и уровень самопринятия оказывает влияние неудовлетворенность своими физическими характеристиками.

Р. Бернсом физическое «Я» рассматривалось как аспект установки личности на себя. Телесное «Я» входит в состав каждого элемента установки («образ Я», самооценка, поведенческие реакции). Телесность в отличие от эмоциональности материальна, вследствие чего становится возможным чувственное восприятие [2].

Представления человека об образе своего физического «Я» говорят о глубине его самопознания. А.Р. Лурия и Е.Д. Хомская в своих исследованиях доказали важность развития представления о телесном «Я» для совершенствования высших психических функций [29], [56].

Н.В. Шутова с соавторами отмечают, что самоотношение с позиции довольства или недовольства своим телом, его компонентами и особенностями является важной составляющей самооценки и оказывает

влияние на самореализацию личности в различных жизненных сферах [58]. А.А. Гавриленко рассматривает тело как часть субъекта, образ физического «Я», часть Я-концепции, которая влияет на другие ее компоненты. Существовая в системе социокультурных отношений, тело постоянно оценивается как социумом, так и самим субъектом, и познается им через эти оценки. Когнитивный и аффективный компоненты образа физического «Я» проявляются в поведении в виде адаптационно-компенсаторных механизмов, которые позволяют привести в порядок Я-концепцию и приблизиться в представлении о своем теле к идеальному образу [36].

В результате анализа данного параграфа можно сформулировать следующие выводы:

- На развитие тревожности у человека влияет стиль семейного воспитания, а социально-экономические условия жизнедеятельности усугубляют ситуацию, увеличивая уровень тревожности.

- С каждым годом, по данным ВОЗ, количество людей, страдающих тревожными или депрессивными расстройствами становится все больше.

- Вопреки расхожему мнению о депрессии, как о явлении современности, она известна еще с Античных времен и характерна для людей разного пола и возраста, однако у женщин встречается вдвое чаще, чем у мужчин.

- Депрессия повышает риск развития соматических неинфекционных заболеваний и занимает лидирующую позицию в структуре причин нетрудоспособности.

- Эгоцентризм является необходимым компонентом в процессе самореализации и влияет на качество коммуникации, адекватность восприятия информации и взаимодействие с другими людьми.

- Образ физического «Я» является сложным биосоциальным комплексом, важным компонентом в структуре личности и формируется на

основе индивидуального опыта, оценки окружающих и эталонов внешности, заданных социумом.

1.3 Изменяющееся состояние беременных в зависимости от срока беременности

Известно, что основная роль в психосоматических реакциях принадлежит изменению эмоционального состояния. Исследования, посвященные изучению эмоционального состояния беременных женщин в различных триместрах, крайне малочисленны.

И.Н. Земзюлина говорит о беременности, как о качественно новом состоянии женского организма, сопровождаемом изменениями со стороны физиологии, психологии, подготовкой к новой социальной роли матери, ценностей и отношений с окружающими. Эмоциональное состояние в этот период нестабильно и динамично [39]. А.Г. Киселев, И.В. Варганова, С.И. Знаменская, И.М. Максимова в своих исследованиях пришли к выводу, что Его ухудшение наблюдается у женщин в первом и третьем триместрах беременности. Это объясняется тем, что в первом триместре женщина адаптируется к своему новому состоянию как психологическому (осознание того, что в ней развивается новая жизнь), так и физиологическому (многие беременные сталкиваются с такими проблемами как, например, токсикоз). Сложность третьего триместра обусловлена существенными физическими изменениями, тяжелым самочувствием, переживаниями за ребенка, предродовыми страхами. Второй триместр является наиболее благоприятным в плане психоэмоционального состояния, так как женщина к этому периоду уже успела адаптироваться, а физические изменения еще не настолько велики, чтобы доставлять ощутимый дискомфорт [16; 52].

Выводы по первой главе

В данной главе были рассмотрены теоретические подходы к изучению таких психологических состояний как тревожность и депрессия, а также рассмотрены вопросы эгоцентризма и физического «Я». Данное изучение позволило сделать ряд выводов:

- Тревожность и депрессия достаточно актуальные состояния, которые в наше время встречаются все чаще.

- И депрессия, и тревожность способны нанести ущерб здоровью беременной женщины и ее будущего ребенка, повышая вероятность осложнений беременности и родов.

- Причины возникновения депрессии и тревожности различны, но влияние внешних факторов присуще обоим случаям.

- Эгоцентризм и образ физического «Я» формируются в онтогенезе под влиянием социума.

- Эгоцентризм и «Я»-физическое оказывают влияние на самореализацию личности. В зависимости от уровня выраженности этих показателей, они могут усложнить или упростить жизнь человека.

Глава 2. Результаты исследования психологических состояний женщин в первом и третьем триместрах беременности

2.1 Изучение мотивов выбора стратегии родоразрешения

Для того, чтобы определить психологические категории с целью изучения их изменения, было проведено пилотное исследование особенностей выбора стратегии родоразрешения на современном этапе. Информация о тенденции к увеличению процента операций кесарева сечения и количества женщин, не желающих рожать самостоятельно вызвала интерес к изучению причин и мотивов, которыми они, будущие матери, руководствуются. В результате анализа этих мотивов была выдвинута гипотеза о тех психологических категориях, которые оказывают влияние на выбор стратегии родоразрешения женщинами, а также о возможности изменения этих категорий в различные периоды беременности. Предположение об изменении уровня тревожности, депрессии, эгоцентризма и самооотношения к «Я»-физическому и стало основой интереса данного исследования. Рассмотрим вышесказанное по порядку.

Как известно, для появления ребенка на свет существует два способа:

1. Естественные роды – процесс изгнания плода из полости матки через родовые пути посредством ритмичных мышечных сокращений (схваток).
2. Кесарево сечение – извлечение плода из утробы через разрез передней брюшной стенки и матки.

Современная клиническая практика показывает увеличение числа операций кесарева сечения по отношению к общему количеству родоразрешений. Такие операции проводятся при наличии медицинских показаний со стороны беременной женщины или плода, которыми руководствуются врачи, выбирая такой механизм появления на свет ребенка.

А вопрос мотивации женщин в предпочтении стратегии родоразрешения остается открытым.

По наблюдениям опытных акушеров-гинекологов, женщины (будущие матери) все чаще стали обращаться с просьбой провести им кесарево сечение. Многие из них боятся боли, сопровождающей естественные роды. Специалисты отмечают, что даже в случае отсутствия медицинских показаний к оперативному родоразрешению на момент первичного обращения женщины к врачу, но при ее упорном нежелании рожать самостоятельно, в процессе беременности и родов под воздействием психологических установок часто возникают соматические осложнения, приводящие к необходимости проведения операции. Это явление подтверждается кольцевой взаимосвязью психики и сомы.

Изучение статистических данных соотношения естественных родов и проведенных операций кесарева сечения за период с 01.01.2012 года по 31.12.2017 года было реализовано на базе родильного дома ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница №2 имени В.В. Баныкина» и дало результаты, отраженные в таблице 1.

Таблица 1 – Соотношение количества родов и кесаревых сечений

Год	Общее количество родоразрешений	Количество кесаревых сечений, %
2012	3928	22,5
2013	4061	23,7
2014	4133	24,5
2015	4527	25,9
2016	4198	25
2017	3229	25,9

Как видно из таблицы 1, количество проведенных операций кесарева сечения от общего числа родоразрешений, увеличивается из года в год. С одной стороны, ежегодный «прирост» операций небольшой, но с другой

стороны, в начале 2000-х гг. число кесаревых сечений составляло 14-15% в год от общего количества родоразрешений, а в начале деятельности того же роддома (конец 1970-х) проводилось всего 3-4 операции в год.

Исходя из вышеизложенного, мы делаем **вывод** о том, что количество операций кесарева сечения неуклонно растет.

С целью определения особенностей выбора стратегии родоразрешения молодыми женщинами на современном этапе и выявления факторов, влияющих на этот выбор, было проведено исследование с помощью экспресс-анкетирования.

В исследовании приняли участие 151 человек. Выборку составили молодые женщины в возрасте 18-22 лет, студентки высшего учебного заведения, не состоящие в браке и не имеющие опыта деторождения. Им было предложено ответить, какой способ родоразрешения является для них предпочтительным (при условии отсутствия медицинских показаний) и аргументировать свой выбор. В результате 19,9% (30 чел.) выбрали операцию кесарева сечения, 80,1% (121 чел.) отдали свой голос в пользу естественных родов. Интересными оказались результаты анализа причин, побуждающих женщин к выбору конкретного способа родоразрешения (см. таблицы 2 и 3). Во многих случаях женщинами назывались несколько аргументов.

Таблица 2 - Причины выбора операции кесарева сечения

Причина выбора операции кесарева сечения	Общее количество ответов, %
Страх болевых ощущений	80
Меньше рисков для здоровья женщины	23,3
Скорость	6,7
Удобство	3,3
Сохранение эстетического вида половых органов	3,3
Сохранение возможности сексуальных отношений	3,3
Страх смерти в естественных родах	3,3

Данные таблицы 2 говорят о том, что выбор женщинами оперативного родоразрешения продиктован в большинстве случаев страхом перед болевыми ощущениями и осложнениями для собственного организма.

Мотивы выбора естественных родов распределились следующим образом:

Таблица 3 - Причины выбора естественных родов

Причины выбора естественных родов	Общее количество ответов, %
Роды – это естественный процесс	44,6
Отсутствие послеоперационного шва (шрама)	23,1
Более безопасно для женского организма	22,3
Более безопасно для ребенка	16,5
Страх / нежелание оперативного вмешательства	14,9
Убеждение, что женщина должна пережить и прочувствовать процесс родов	8,3

Результаты, указанные в таблице 3, позволяют утверждать, что лидирующим мотивом выбора женщинами естественных родов является естественность этого процесса. Вторым по популярности мотивом явилось отсутствие послеоперационного шрама, то есть эстетический компонент. Третье и четвертое место разделили ответы относительно безопасности для женщины и для ребенка.

Опираясь на вышеуказанные мотивы выбора стратегии родоразрешения, были определены психологические категории для исследования: тревожность, депрессия, эгоцентризм, самоотношение к «Я»-физическому.

2.2 Исследование изменения уровня тревожности, депрессии, эгоцентризма и самооотношения к «Я»-физическому у женщин в первом и третьем триместрах беременности

На базе ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница №2 имени В.В. Баныкина» (гинекологическое отделение, отделение патологии беременных, диагностическое отделение) было проведено исследование психологического состояния беременных женщин, а именно: тревожности, депрессии, а также эгоцентризма и самооотношения к физическому «Я», как категорий, влияющих на эмоциональное состояние. В работе были применены следующие методики:

1. Исследование тревожности (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин);
2. Шкала самооценки депрессии Зунга;
3. Диагностика личностного эгоцентризма (40 незаконченных предложений);
4. Методика исследования самооотношения к образу физического «Я» А.Г. Черкашиной (МИСОФ).

Определение выборки исследования.

В начале работы планировалось исследование психологических причин, которые могут влиять на выбор женщинами стратегии родоразрешения. Выборку должны были составить первородящие женщины в первом триместре беременности. В ходе исследования мы столкнулись с препятствием в виде недостаточного количества первородящих в первом триместре на базе исследования. Это обусловлено тем, что сейчас первородящими в основном являются «дети девяностых», рожденные в период демографического кризиса. В связи с этим в исследование были включены повторнородящие женщины, которых гораздо больше (это женщины, готовящиеся ко вторым и к третьим родам), в том числе по

причине стимулирования государством процесса деторождения и поддержки материнства и молодых семей такими программами как:

- 01.01.2007 года была запущена программа выплат материнского капитала за рождение или усыновление второго и последующих детей, срок действия которой планировался до конца 2018 года. Эта мера поддержки показала свою эффективность, выведя Россию на лидирующие позиции по уровню рождаемости, и была продлена до 31.12 2021года; разработаны дополнительные варианты использования данных денежных средств;

- с 01.01.2018 года запущена программа выплат на первого ребенка до достижения им полутора лет, исходя из величины прожиточного минимума. Старт специальной программы ипотечного кредита и субсидирование процентной ставки, для расширения возможностей приобретения жилья;

- по всей стране активно строятся современные перинатальные центры;

- запланирована реконструкция и дооснащение детских поликлиник с целью ликвидации очередей и улучшения качества оказываемой помощи;

- решается вопрос с очередями в детские сады и ясли.

Несмотря на подобные мероприятия, после 2015 года наблюдается тенденция к уменьшению общего числа родов (2015 г.- 4527 родов, 2016 г. – 4198 родов, 2017 г. - 3229 родов). И, по прогнозам специалистов, в этом году количество родоразрешений снова снизится.

В процессе работы было замечено, что женщин, приходящих на ультразвуковое исследование, становится все меньше. По наблюдениям сотрудников отделения диагностики, имеющих многолетний опыт, это объясняется тем, что период активного зачатия приходится на длительные новогодние праздники. Соответственно, прохождение первой ультразвуковой диагностики состояния плода выпадает на вторую половину марта, затем происходит спад.

В гинекологическом отделении, где исследование проводилось на женщинах в первом триместре беременности, поступивших на сохранение беременности, мы столкнулись с такими сложностями, как большое количество самопроизвольных выкидышей в ранних сроках беременности. Как отмечают специалисты, в начале 2000-х годов в неделю было примерно 3-4 самопроизвольных выкидыша, сейчас же этот показатель может достигать до пяти случаев в день.

В связи со всеми вышеуказанными факторами было принято решение провести сравнительный анализ психологического состояния женщин в первом и третьем триместрах беременности, подключив к исследованию отделение патологии беременных, куда поступают женщины со сроком гестации более 24 недель.

Таким образом, выборку для исследования составили первородящие и повторнородящие женщины в возрасте 23 – 38 лет находящиеся в первом и третьем триместрах беременности.

Участие в исследовании приняли 59 беременных женщин, из них 31 находящихся в первом триместре беременности, 28 находящихся в третьем триместре беременности. Для анализа были отобраны данные исследования женщин с учетом качества заполнения бланков ответов:

1. Для исследования тревожности было отобрано 25 бланков ответов женщин со сроком беременности 5-13 недель и 25 бланков ответов женщин со сроком беременности 28-41 недель.

2. Для исследования уровня депрессии было отобрано 25 бланков ответов женщин со сроком беременности 5-13 недель и 25 бланков ответов со сроком беременности 29-41 недель.

3. Для исследования эгоцентризма было отобрано 17 бланков ответов женщин со сроком беременности 5-13 недель и 17 бланков ответов женщин со сроком беременности 28-41 недель.

4. Для исследования самоотношения к физическому «Я» было отобрано 20 бланков ответов женщин со сроком беременности 5-13 недель и 20 бланков ответов женщин со сроком беременности 29-41 недель.

Такая выборка обусловлена качеством заполнения бланков методик. Некоторые женщины совсем отказывались от заполнения бланков, аргументируя это отсутствием времени («спешу на работу») или нежеланием («не люблю такое», «не хочу включать мозги»). Другие беременные, соглашаясь на исследование, не доводили начатое до конца, особенно это касается методики исследования эгоцентризма. У многих респонденток необходимость завершить сорок начатых предложений так, чтобы в каждом из них получилась законченная мысль, вызвала значительные затруднения («не знаю, о чем писать», «не могу придумать», «не хочу», «в голову ничего не идет», «это же думать надо»).

Методика исследования самоотношения к физическому «Я» практически не вызвала затруднений у женщин. Хотя в некоторых случаях наблюдалось некоторое смятение, вероятно, в связи с количеством характеристик, которые необходимо было оценить.

Самыми простыми и понятными для исследуемых оказались методики исследования тревожности Ч.Д. Спилбергера и самооценки уровня депрессии Зунга.

Анализ полученных данных по тревожности

В результате исследования тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина были получены следующие данные, приведенные в таблице 4. Методика содержит две шкалы:

1. СТ – ситуативная тревожность;
2. ЛТ – личностная тревожность.

Таблица 4 – Результаты исследования уровня тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера

№ п/п	I триместр			III триместр		
	Испытуемый	Уровень СТ	Уровень ЛТ	Испытуемый	Уровень СТ	Уровень ЛТ
1	Олеся	32	42	Наталия-3	44	47
2	Ирина	34	45	Елена-2	47	44
3	Елена-3	32	37	Татьяна	70	69
4	Светлана-2	35	38	Наталья-4	33	35
5	Анна	34	50	Юлия-4	42	40
6	Екатерина-2	31	39	Екатерина-3	47	45
7	Марина-2	38	37	Евгения-2	31	35
8	Елена-1	34	40	Серье	41	52
9	Юлия-1	38	43	Валерия	39	40
10	Виктория	26	41	Екатерина-4	53	47
11	Евгения-1	37	45	Екатерина-5	43	46
12	Юлия-2	22	37	Екатерина-6	43	53
13	Ольга-1	26	36	Евгения-3	42	46
14	Екатерина-1	37	49	Юлия-5	40	36
15	Анастасия	34	36	Елена-4	37	46
16	Юлия-3	37	47	Анастасия-2	31	41
17	Марина-1	23	32	Наиля	36	45
18	Наталья-1	24	32	Анастасия-3	44	49
19	Римма	30	42	Арина	39	38
20	Ольга-2	38	41	Алиса	30	44
21	Валентина	46	46	Мирослава	30	44
22	Ирина-2	28	33	Виолетта	45	43
23	Светлана	24	36	Валентина-2	56	45
24	Наталья-2	32	39	Олеся-2	35	42

25	Татьяна-2	24	32	Ирина-3	42	48
	Средний показатель	31,84	39,8	Средний показатель	41,6	43,52

Исходя из результатов, представленных в таблице, можно судить об уровне выраженности тревожности у женщин в первом и третьем триместрах беременности.

Низкий уровень ситуативной тревожности был выявлен у 36% испытуемых первой группы и у 8% женщин второй группы; средний уровень был продемонстрирован 60% беременных в первом триместре и 68% женщин в третьем триместре беременности; высокий уровень значений тревожности обнаружен у 4% респонденток первой группы и 24% испытуемых второй группы. Средние значения данного показателя в первом триместре беременности ниже, чем в третьем (31,84 и 41,6 соответственно). Результат подсчета U-критерия Манна-Уитни ($U_{\text{эмп}}=108$) свидетельствует о достоверности различий уровня ситуативной тревожности между двумя выборками («I триместр и III триместр»). Полученное эмпирическое значение $U_{\text{эмп}}=108$ находится в зоне значимости.

$U_{\text{кр}}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
192	227

Это позволяет утверждать, что беременные женщины со сроком гестации более 27 недель текущую ситуацию воспринимают более тревожно, чем женщины в первом триместре беременности. Наглядно полученные данные представлены на рисунке 1.

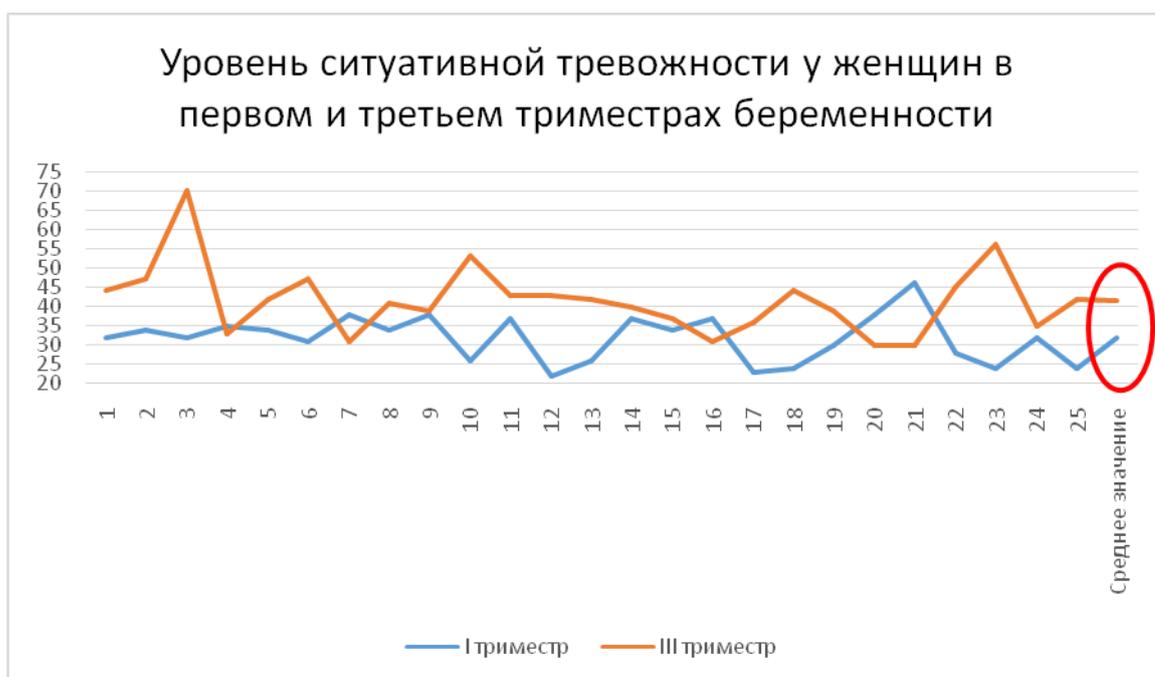


Рисунок 1- Уровень ситуативной тревожности у женщин в первом и третьем триместрах беременности

В результате исследования уровня личностной тревожности у беременных женщин, были получены следующие результаты: низкий уровень тревожности не был продемонстрирован ни в одной из выборок; средний уровень этого показателя продемонстрировали 76% женщин в первом триместре беременности и 48% в третьем триместре; высокий уровень тревожности проявился у 24% респонденток первой группы и 52% - второй группы. Среднее значение уровня личностной тревожности в первом триместре составило 39,8, уступив среднему значению в третьем триместре, которое равно 43,52. Полученное эмпирическое значение $U_{\text{эмп}}=175,5$ находится в зоне значимости.

$U_{\text{кр}}$	
$p \leq 0,01$	$p \leq 0,05$
192	227

Результат U-критерия ($U=175,5$) говорит о достоверности различий уровней личностной тревожности, а именно о том, что в третьем триместре

этот показатель выше, чем в первом триместре беременности. Данные результатов исследования представлены на рисунке 2.

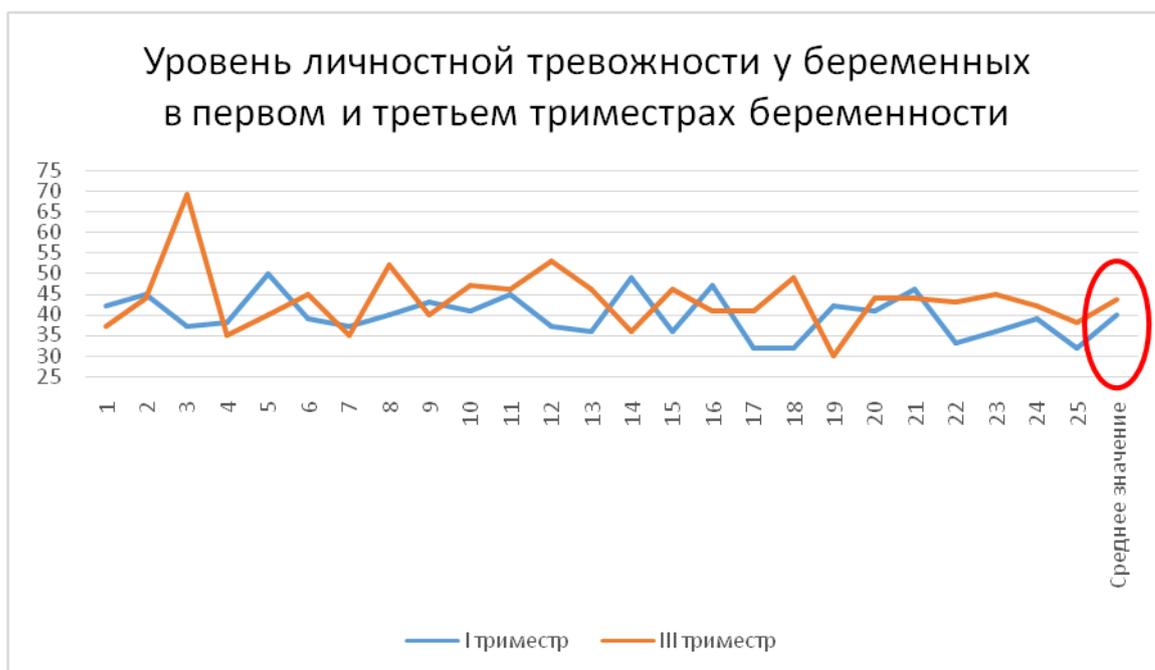


Рисунок 2 – Уровень личностной тревожности у беременных в первом и третьем триместрах беременности

Вывод: уровень тревожности(как ситуативной, так и личностной) у женщин третьем триместре беременности достоверно выше, чем у женщин в первом триместре беременности. Это связано с тем, что в первом триместре женщина адаптируется к своему качественно новому состоянию, статусу, первым проявлениям беременности со стороны организма. В третьем триместре беременная беспокоится уже не только о себе, но и о ребенке, который вскоре появится на свет, о том, как пройдут роды, о пребывании в родильном доме, о состоянии ребенка, качестве грудного вскармливания, подготовке дома к приезду малыша и т.д. Все эти факторы способствуют повышению уровня тревожности.

Анализ полученных данных по депрессии

Результаты исследования уровня депрессии у женщин в первом и третьем триместрах беременности зафиксированы в таблице 5.

Таблица 5 - Уровень депрессии у женщин в первом и третьем триместрах беременности

№ п/п	I триместр		III триместр	
	Испытуемый	Результат	Испытуемый	Результат
1	Оксана	38	Алена	37
2	Ольга-3	26	Лина	26
3	Татьяна	33	Ольга	27
4	Анна	29	Екатерина	32
5	Оксана-2	50	Алена-2	34
6	Дилноза	42	Ольга-2	42
7	Олеся	39	Надежда	34
8	Ирина	45	Евгения-2	28
9	Елена-3	28	Серье	37
10	Светлана-2	38	Валерия	32
11	Анна	39	Екатерина-4	29
12	Екатерина-2	46	Екатерина-5	28
13	Марина-2	38	Екатерина-6	41
14	Елена-1	34	Евгения-3	33
15	Юлия-1	27	Юлия-5	32
16	Виктория	32	Елена-4	27
17	Евгения-1	41	Анастасия-2	26
18	Юлия-2	36	Наиля	27
19	Ольга-1	29	Анастасия-3	31
20	Екатерина-1	30	Арина	33
21	Анастасия	33	Алиса	29
22	Юлия-3	40	Мирослава	30
23	Марина-1	43	Виолетта	32
24	Наталья-1	39	Валентина-2	32
25	Римма	34	Олеся-2	40
	Среднее значение	36.36	Среднее значение	31.56

Анализируя данные, указанные в таблице, можно сказать, что: уровень депрессии до 30 баллов был выявлен у 24% испытуемых в первом триместре и у 40% испытуемых в третьем триместре; 31-40 баллов в обеих группах был получен у 52% беременных женщин; 41-50 баллов набрали 24% респонденток первой группы и 8% респонденток второй группы. Данные, полученные в результате исследования уровня депрессии по методике Зунга, показывают значения в пределах нормы, то есть состояние без депрессии. Тем не менее, средние значения депрессии у женщин в первом триместре выше, чем у женщин в третьем триместре беременности. Достоверность этого различия подтверждается вычислением U-критерия ($U=181$). Полученное эмпирическое значение $U_{\text{эмп}}=181$ находится в зоне значимости. Результаты исследования отражены на рисунке 3.

$U_{\text{кр}}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
192	227

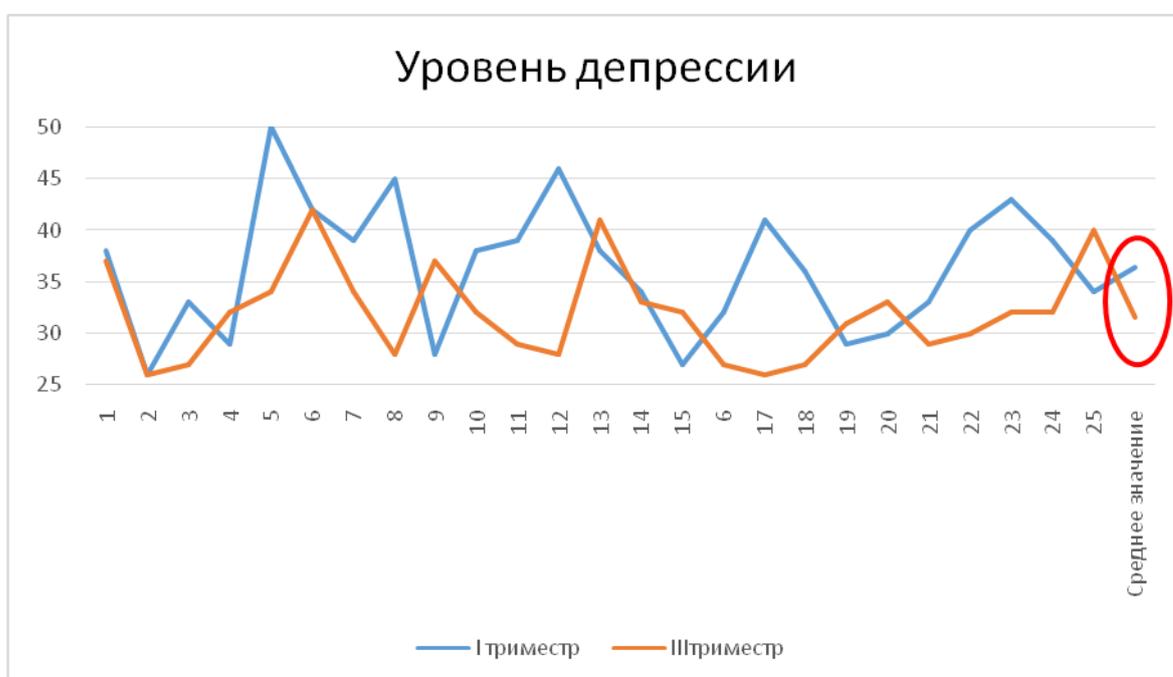


Рисунок 3 – Результаты исследования уровня депрессии по методике Зунга у женщин в первом и третьем триместрах беременности

Вывод: уровень депрессии у женщин в первом и третьем триместрах беременности находится в пределах нормы, но на ранних этапах беременности его значение достоверно выше, чем на поздних. Это связано с тем, что в первом триместре беременности женщина сталкивается с новыми (порой очень неприятными) ощущениями, вынуждена менять привычное поведение и образ жизни, отказываться от чего-то. Меняется гормональный фон; может возникнуть состояние растерянности (особенно в случае первой или незапланированной беременности), что также усугубляет ситуацию. В третьем триместре женщина уже свыклась со своим состоянием, приспособилась к нему. Она начинает готовиться к встрече со своим малышом, который активно дает о себе знать шевелениями, к родам. Возникают мысли о том, каким он будет, что ему нужно (подготовка приданого для новорожденного). Значительные физиологические изменения делают беременную в этот период более умиротворенной, даже движения становятся более неспешными и размеренными. Ожидание скорой встречи с ребенком отвлекает женщин от депрессивных мыслей.

Анализ полученных данных по эгоцентризму

Данные, полученные после проведения диагностики личностного эгоцентризма, отражены в таблице 6.

Таблица 6 - Уровень личностного эгоцентризма у женщин в первом и третьем триместрах беременности

№ п/п	I триместр		III триместр	
	Испытуемый	Уровень эгоцентризма	Испытуемый	Уровень эгоцентризма
1	Марина-1	16	Валерия	10
2	Юлия-2	6	Екатерина-3	17
3	Ольга-1	22	Юлия-4	27
4	Евгения-1	15	Наталья-3	27
5	Виктория	9	Екатерина-5	10
6	Елена-1	16	Екатерина-6	12

7	Марина-2	5	Евгения-3	14
8	Екатерина-2	19	Юлия-5	15
9	Светлана	5	Елена-4	15
10	Елена-3	23	Анастасия-2	16
11	Ирина	6	Наиля	8
12	Наталья-1	10	Валентина	23
13	Наталья-2	11	Екатерина-4	15
14	Ольга-2	17	Алиса	10
15	Валентина	8	Мирослава	19
16	Юлия-1	22	Виолетта	10
17	Алина	12	Анастасия-3	17
	Средний показатель	13,06	Средний показатель	15,59

Как видно из таблицы, исследование показало, что уровень эгоцентризма да 10 баллов был выявлен у 41,2% беременных в первом триместре и 29,4% женщин в третьем триместре беременности; 11-20 баллов получено у 41,2% респонденток первой группы и 53% респонденток второй группы; 21-30 баллов набрали 17,6% испытуемых, как первого, так и третьего триместров беременности. Среднее значение личностного эгоцентризма у женщин в первом триместре беременности несколько ниже, чем у женщин в третьем триместре беременности (13,06 и 15,59 соответственно), но полученное эмпирическое значение ($U_{\text{эмп}}=112,5$) находится в зоне незначимости, что свидетельствует о том, что уровни эгоцентризма у женщин в первом и третьем триместрах беременности идентичны, то есть различия недостоверны. Полученное эмпирическое значение $U_{\text{эмп}}=112,5$ находится в зоне незначимости. Результаты исследования личностного эгоцентризма отражены на рисунке 4.

$U_{кр}$	
$p \leq 0,01$	$p \leq 0,05$
77	96

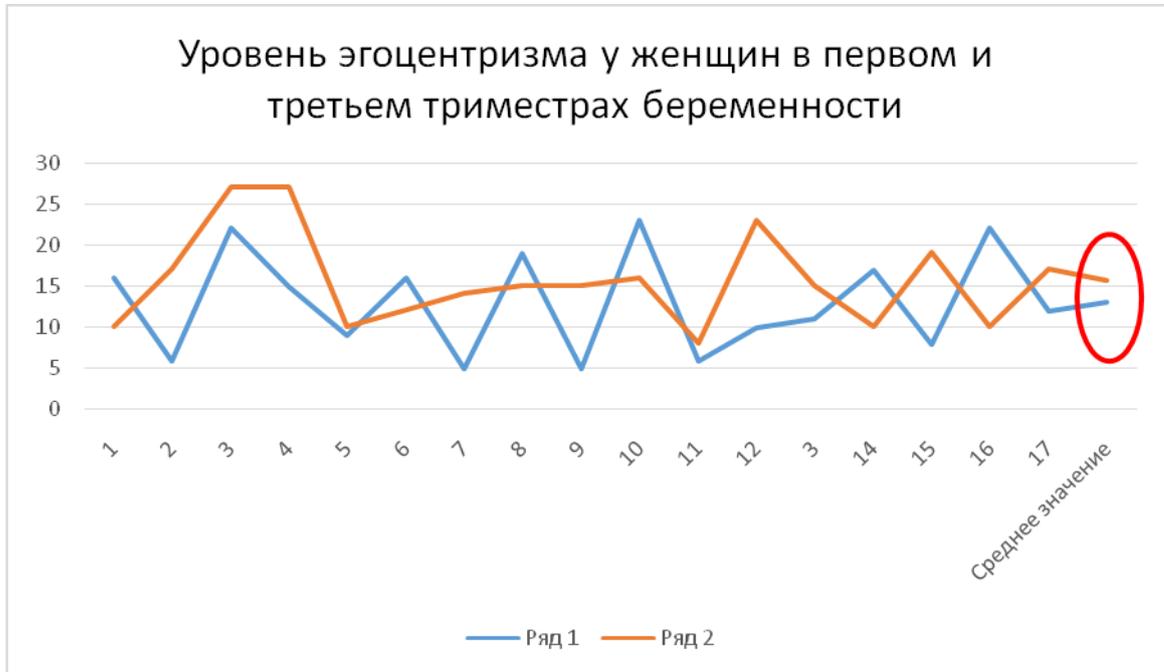


Рисунок 4 – Уровень эгоцентризма у женщин в первом и третьем триместрах беременности

Вывод: уровень личностного эгоцентризма у женщин в первом и третьем триместрах беременности существенно не изменяется. Таким образом, предположение об изменении уровня эгоцентризма в зависимости от срока гестации не подтвердилось.

Анализ полученных данных по самоотношению к Я-физическому

Методика исследования самоотношения к образу физического «Я» А.Г. Черкашиной содержит в себе две шкалы:

1. Самооценка элементов внешности в сравнении с другими (данные по этой шкале приведены в таблице 7);
2. Значимость самооценки элементов внешности для испытуемого (результаты исследования по этой шкале указаны в таблице 8).

Каждая из указанных таблиц содержит следующие категории для самооценки:

- АХ – анатомические характеристики (лицо в целом, фигура, ноги, руки);
- ФХ – функциональные характеристики (выносливость, сила, быстрота, ловкость, гибкость);
- СХ – социальные характеристики (одежда, аксессуары, косметика).

Каждая характеристика оценивалась испытуемыми по десятибалльной шкале.

Таблица 7 - Самооценка элементов внешности в сравнении с другими

№ п/п	I триместр				III триместр			
	Испытуемый	АХ	ФХ	СХ	Испытуемый	АХ	ФХ	СХ
1	Елена-3	8.4	7	7.2	Валерия	7	6.9	8.1
2	Юлия 3	8.3	7.6	7	Евгения-2	6.5	6	8.4
3	Олеся	4.4	4.1	3.3	Екатерина-3	8.3	8	7.8
4	Анастасия	7.4	8.6	9.9	Юлия-4	8.7	8.5	8.3
5	Екатерина 1	5	5.6	4.3	Наталья-4	4.2	8.7	7
6	Ольга-1	8	8.8	9.6	Татьяна	5.2	3.3	3.7
7	Юлия 2	5.9	7.5	5.7	Елена-2	4.8	5	4.7
8	Евгения-1	7.8	7.7	9	Наталья-3	8.2	9.2	8.3
9	Виктория	2.7	5.8	6.7	Елена-4	7.2	4.8	9
10	Юлия 1	7.4	6.5	7.8	Юлия-5	9	7.5	8.8
11	Ирина	9.7	7.8	8.6	Евгения-3	9.6	5.3	5
12	Елена-1	6.9	10	10	Екатерина-6	5.2	4.9	8.3
13	Марина 2	7.2	7.2	6.7	Екатерина-5	6.7	6.9	6.4
14	Екатерина 2	9.7	8.4	9.6	Екатерина-4	6.8	6.9	6.4
15	Анна	2.6	6.6	4.9	Анастасия-2	6.5	6.8	7.8
16	Светлана	8.9	8	9.3	Анастасия-3	6.4	2.8	4.7
17	Наталья-1	8.3	3.3	7.3	Алиса	6.5	6.7	6.1
18	Наталья-2	9.9	9.7	10	Виолетта	7.3	7.3	8.7
19	Ольга-2	8.7	6.9	5.9	Валентина-2	7.5	5.7	5.9
20	Валентина	8.2	7.7	8	Мирослава	6.9	6.3	7
	Средний показатель	7.27	7.24	7.54	Средний показатель	6.93	6.38	7.02

Данные, представленные в таблице, показали следующие результаты по самооценке анатомических характеристик испытуемыми в сравнении с другими: низкий уровень самооценки анатомических характеристик в

сравнении с другими продемонстрировали 10% испытуемых в первом триместре беременности, в третьем триместре таковых не выявлено. Средний уровень самооценки показали 20% женщин из первой группы и 55% женщин из второй группы. Высокий уровень самооценки был выявлен у 70% беременных в первом триместре и 45% беременных в третьем триместре. Средний показатель уровня самооценки анатомических характеристик в сравнении с другими у беременных в первом триместре оказался несколько выше, чем у женщин в третьем триместре беременности (5,86 и 5,46 соответственно). Однако, в ходе сравнения между группами «I триместр» и «III триместр» значимых различий показателя значимости самооценки по U-критерию Манна-Уитни не выявлено ($U_{эмп}=151$), что свидетельствует об идентичных показателях самооценки анатомических характеристик в обеих группах. Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}=151$ находится в зоне незначимости. Результаты исследования по каждой испытуемой отображены на рисунке 5.

$U_{кр}$	
$p \leq 0,01$	$p \leq 0,05$
114	138

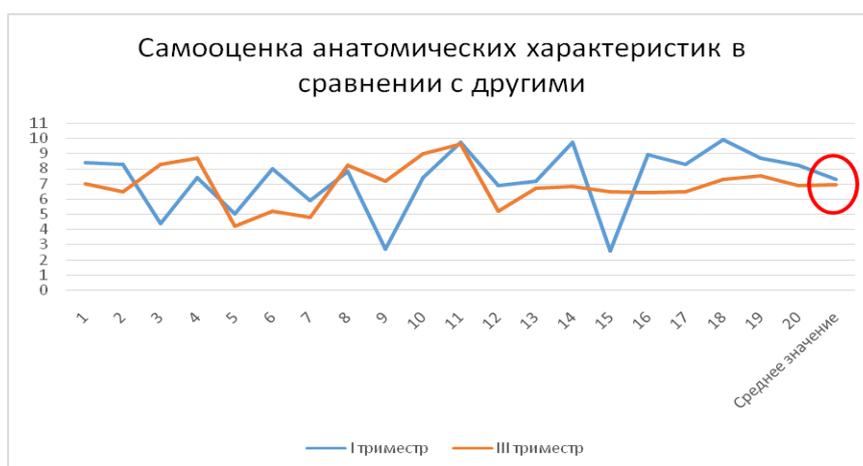


Рисунок 5 –Результаты исследования самооценки анатомических характеристик в сравнении с другими у женщин в первом и третьем триместрах беременности

Исследование уровня самооценки физических характеристик показало следующие результаты: низкий уровень самооценки показали 5% беременных в первом триместре и 10% беременных в третьем триместре, средний уровень самооценки физических характеристик был выявлен у 30% женщин первой группы и 60% женщин второй группы, высокий уровень самооценки отмечен у 65% испытуемых на первом этапе беременности и 30% респонденток с поздними сроками гестации. Средние показатели уровня самооценки физических характеристик женщинами в первом и третьем триместрах беременности составили 7,24 и 6,38 соответственно (рисунок 6). Очевиден более высокий уровень самооценки в первом триместре, но значение критерия U находится в зоне неопределенности ($U_{\text{эмп}}=135$), что не позволяет нам утверждать о достоверности различий между двумя группами. Полученное эмпирическое значение $U_{\text{эмп}}=135$ находится в зоне неопределенности.

$U_{\text{Кр}}$	
$p \leq 0,01$	$p \leq 0,05$
114	138

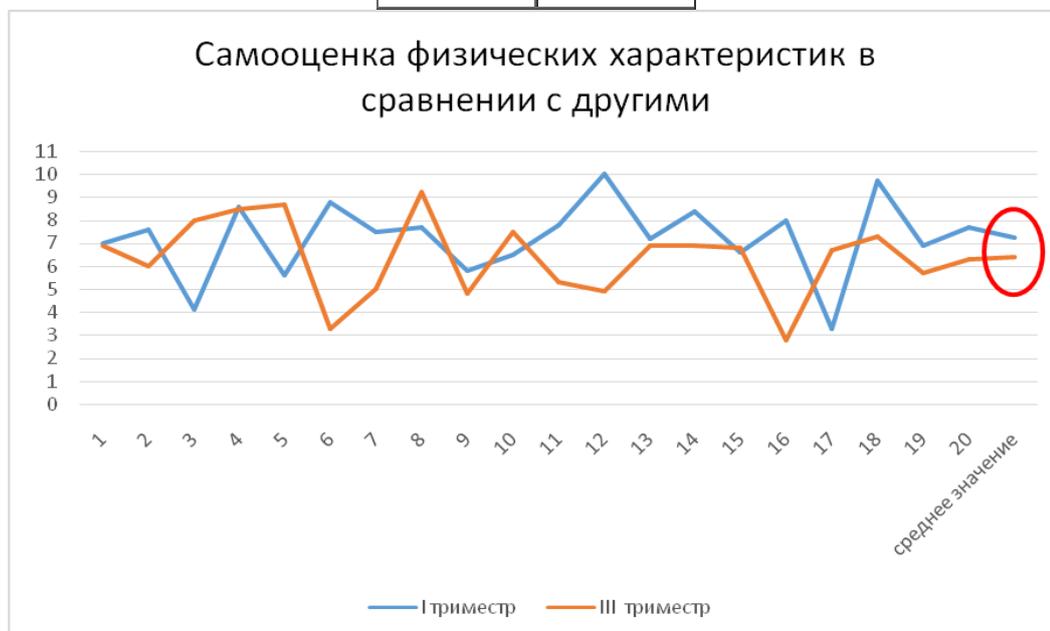


Рисунок 6 – Результаты исследования самооценки физических характеристик в сравнении с другими у женщин в первом и третьем триместрах беременности

Анализ данных исследования самооценки социальных характеристик показал схожие результаты в обеих группах: низкий уровень самооценки оказался на одном уровне и составил 5%; средний уровень самооценки в первом триместре равен 30%, а в третьем триместре – 35%; высокий уровень самооценки в первой группе показали 65% беременных, и 60% испытуемых второй группы. Средние значения самооценки социальных характеристик женщинами первого и третьего триместров беременности составили 7,54 и 7,02 соответственно. Значение U-критерия ($U_{эмп}=163$) позволяет нам утверждать, что различия недостоверны; это свидетельствует об аналогичности самооценки социальных характеристик женщинами в первом и третьем триместрах беременности. Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}=163$ находится в зоне незначимости. Результаты исследования приведены на рисунке 7.

$U_{кр}$	
$p \leq 0,01$	$p \leq 0,05$
114	138

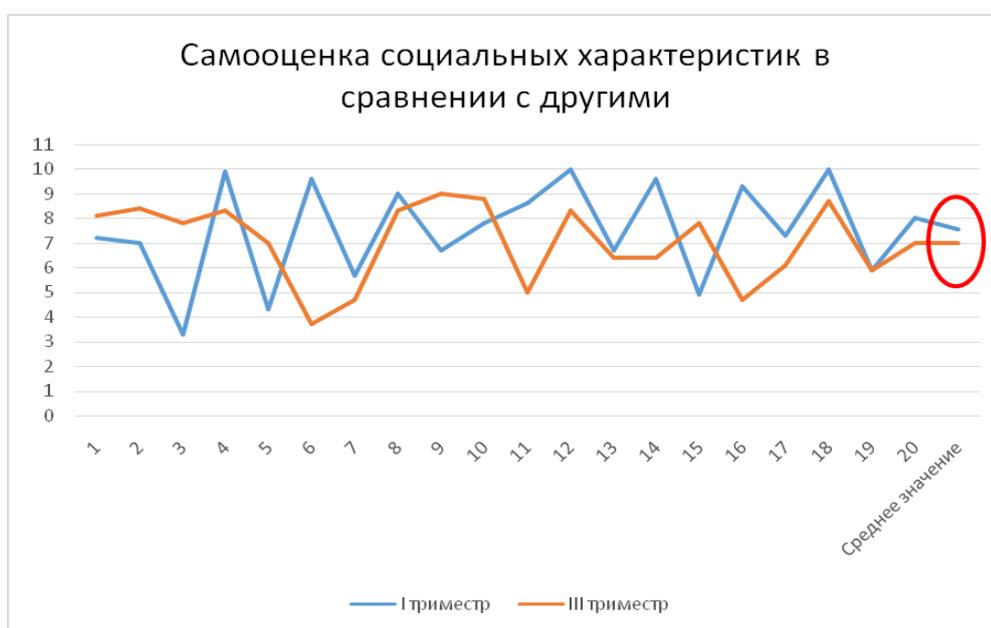


Рисунок 7 – результаты исследования самооценки социальных характеристик в сравнении с другими у женщин в первом и третьем триместрах беременности

Вывод: анализ результатов исследования самооценки элементов внешности в сравнении с другими позволяет говорить о том, что визуальные различия данного показателя в первом и третьем триместрах беременности не носят достоверный характер, то есть и в начале, и в конце беременности женщины примерно одинаково оценивают свою внешность.

Таблица 8 - Значимость самооценки элементов внешности для испытуемого

№ п/п	I триместр				III триместр			
	Испытуемый	АХ	ФХ	СХ	Испытуемый	АХ	ФХ	СХ
1	Елена-3	5.6	5.4	7.2	Валерия	5.7	7.4	7.7
2	Юлия 3	3.4	9	6.1	Евгения-2	8.7	8.8	10
3	Олеся	5.2	5.1	5	Екатерина-3	9.3	9.2	8.7
4	Анастасия	7.4	8.6	9.9	Юлия-4	9.9	9.6	9.4
5	Екатерина 1	1	1	1	Наталья-4	4.5	8.7	7
6	Ольга-1	8.6	10	10	Татьяна	1	1	1.9
7	Юлия 2	3.9	1	7.8	Елена-2	2.4	4.3	3
8	Евгения-1	7	8.5	8.6	Наталья-3	4.8	4	8.2
9	Виктория	3.7	7	8.6	Елена-4	1.9	3.7	1
10	Юлия 1	8.6	7	8.3	Юлия-5	3.1	2	1.8
11	Ирина	9.9	8.3	9.8	Евгения-3	5.6	5.8	4
12	Елена-1	4.3	4.9	6	Екатерина-6	1	1	1
13	Марина 2	7.5	7.2	6.7	Екатерина-5	5.8	7	8.4
14	Екатерина 2	1.4	1.6	1.3	Екатерина-4	5.8	6.7	8.4
15	Анна	2.5	6.6	4.9	Наиля	5.5	5.8	6.1
16	Светлана	8.6	6.6	9.2	Алиса	6.7	6.9	6.8
17	Наталья-1	8	3.2	7.5	Анастасия-3	5.2	2	3.3
18	Наталья-2	10	10	10	Виолетта	7.3	7.3	8.7
19	Ольга-2	4.9	6.7	4	Валентина-2	7.8	7.4	8.6
20	Валентина	5.7	6.2	7.2	Анастасия-2	7.2	8.1	7.8
	Средний показатель	5.86	6.2	6.96	Средний показатель	5.46	5.84	6.09

Данные исследования значимости самооценки элементов внешности для испытуемого, представленные в таблице, говорят следующее: низкий уровень значимости самооценки анатомических характеристик для испытуемых показали 30% беременных женщин в первом триместре и 25% женщин в третьем триместре; средний уровень значимости был выявлен у 25% опрошенных в первом триместре и 45% в третьем триместре; высокий

уровень показателя обнаружен у 45% респонденток в первом триместре и 30% в третьем триместре беременности. Полученное значение U-критерия ($U_{\text{эмп}}=185$) говорит о том, что полученные средние значения значимости самооценки анатомических характеристик для испытуемых в первом и третьем триместрах беременности (5,86 и 5,46 соответственно) не имеют достоверных различий. Полученное эмпирическое значение $U_{\text{эмп}}=185$ находится в зоне незначимости. Результаты исследования отражены на рисунке 8.

$U_{\text{кр}}$	
$p \leq 0,01$	$p \leq 0,05$
114	138

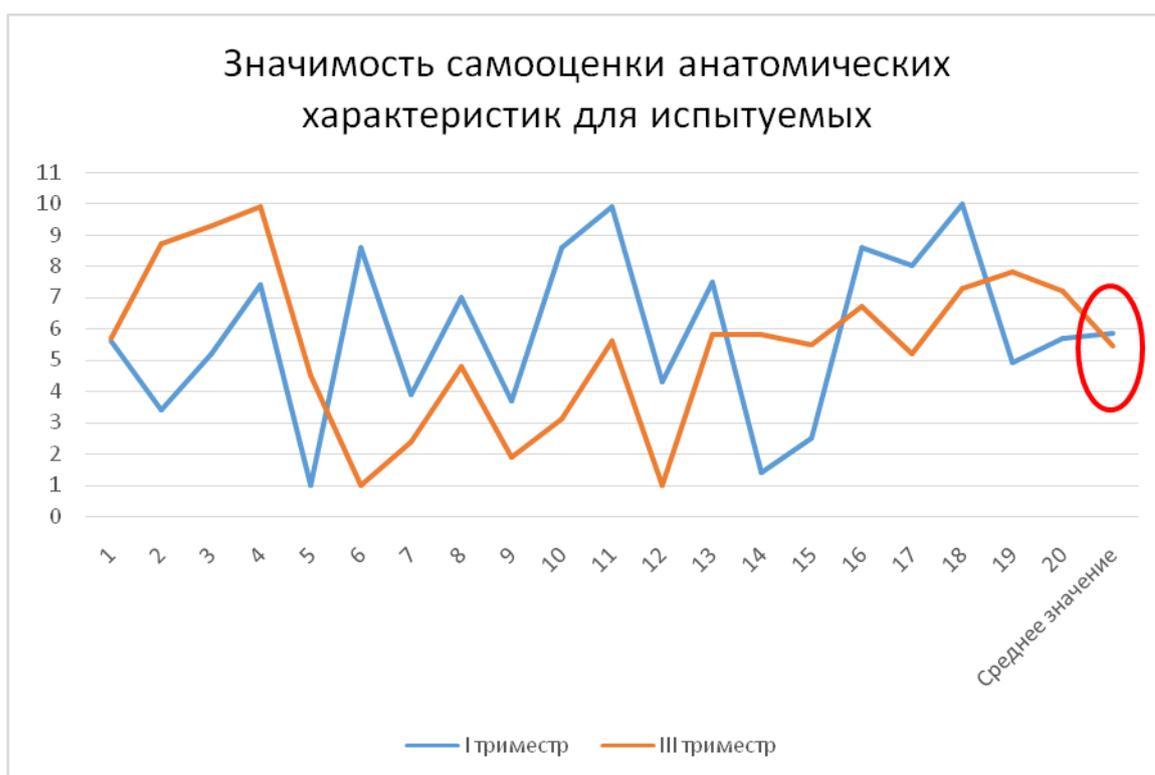


Рисунок 8 – Результаты исследования значимости самооценки анатомических характеристик для женщин в первом и третьем триместрах беременности

Исследование значимости самооценки физических характеристик у женщин в первом и третьем триместрах беременности показало следующие результаты: низкий уровень значимости выявлен у 20% испытуемых в

первом триместре и 25% женщин в третьем триместре; средний уровень значимости самооценки показали 35% беременны первой группы и 30% будущих мам второй группы; высокий уровень значимости самооценки физических характеристик в обеих группах оказался абсолютно идентичным и составил 45% от общего числа женщин. Средние значения данного показателя в первом и третьем триместрах беременности составили 6,2 и 5,84 соответственно. Очевидно, что для женщин первой группы значимость физических характеристик более высока, чем для беременных второй группы, однако, полученное значение U-критерия $U_{эмп}=193,5$ не позволяет говорить о наличии достоверных различий данного показателя. Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}=193,5$ находится в зоне незначимости. Результаты исследования схематично отображены на рисунке 9.

$U_{кр}$	
$p \leq 0,01$	$p \leq 0,05$
114	138

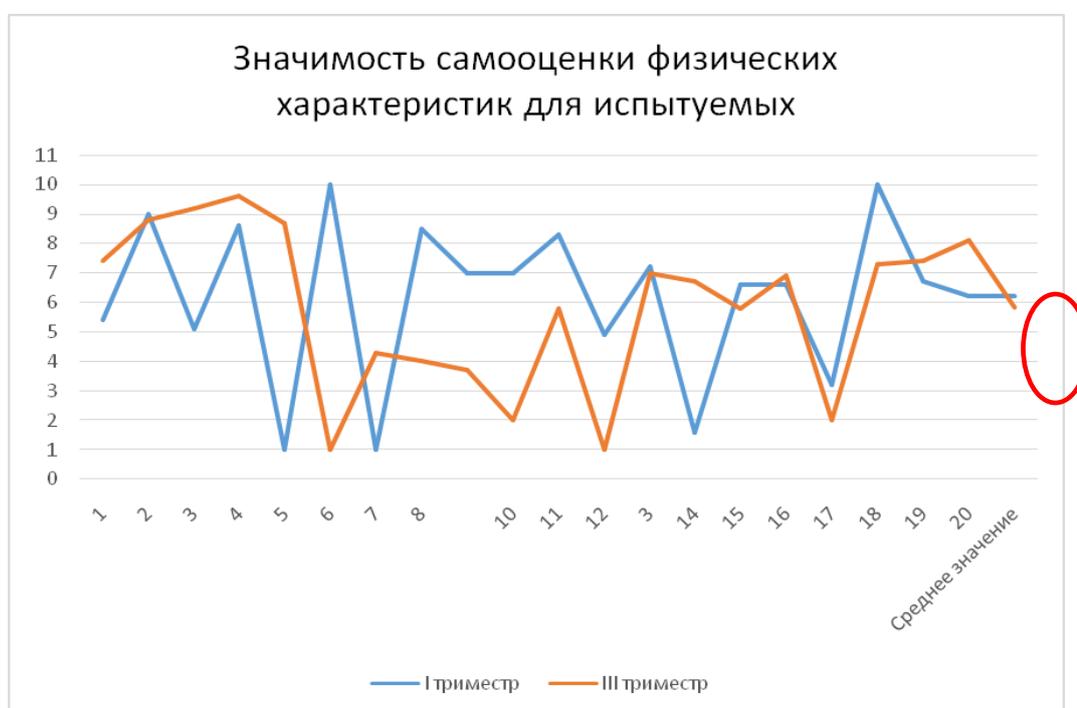


Рисунок 9 – Результаты исследования значимости самооценки физических характеристик для женщин в первом и третьем триместрах беременности

В результате исследования уровня значимости самооценки социальных характеристик для испытуемых в первом и третьем триместрах беременности были получены следующие данные: низкий уровень значимости был выявлено у 10% опрошенных в первом триместре беременности и у 30% испытуемых в третьем триместре; средний уровень значимости самооценки был получен у 30% беременных в первом триместре и 15% беременных в третьем триместре; высокие показатели уровня значимости данного критерия проявились у 60% респонденток первой группы и 55% испытуемых второй группы.

Средние значения данного показателя составили 6,96 в первом триместре беременности и 6,09 в третьем триместре. Значение U-критерия ($U_{\text{эмп}}=173,5$) свидетельствует о недостоверности полученных различий. Полученное эмпирическое значение $U_{\text{эмп}}=173,5$ находится в зоне незначимости. Данные результатов исследования представлены на рисунке 10.

$U_{\text{кр}}$	
$p \leq 0,01$	$p \leq 0,05$
114	138

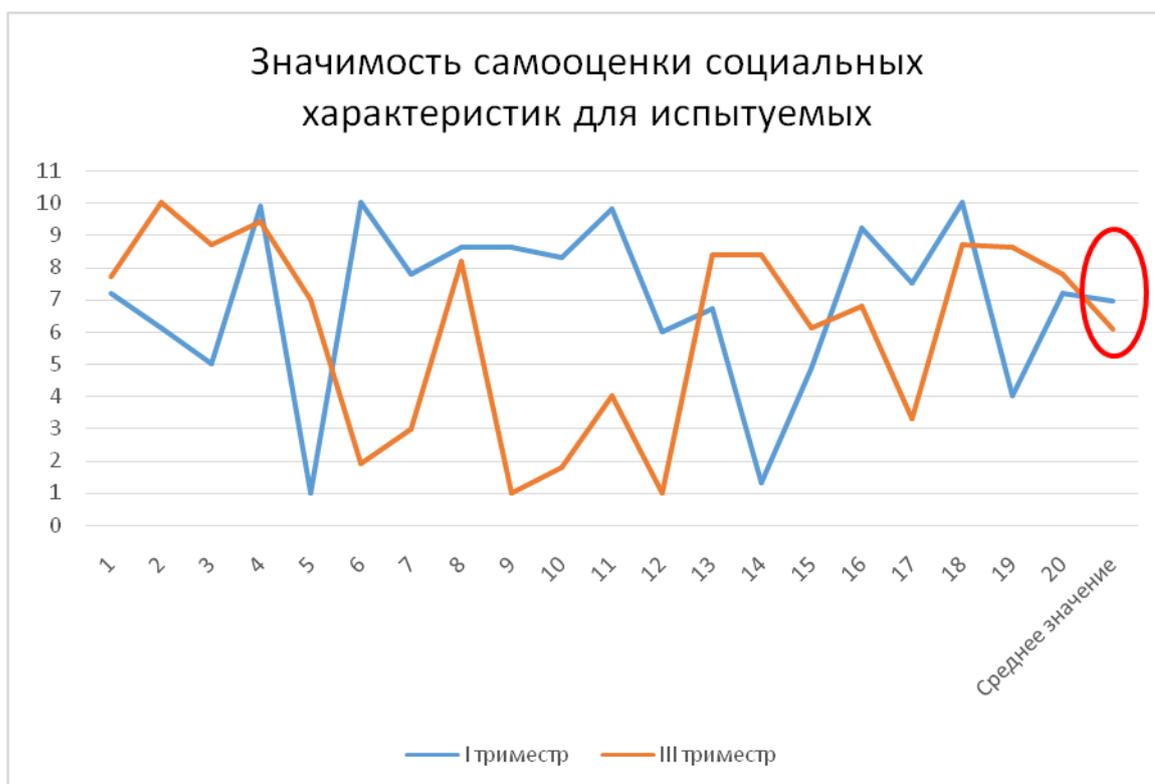


Рисунок 10 – Результаты исследования значимости самооценки социальных характеристик для женщин в первом и третьем триместрах беременности

Таким образом, можно сделать вывод о том, что, несмотря на очевидные различия средних значений значимости самооценки компонентов внешности для испытуемых, они все же не являются достоверно различимыми, то есть значимость тех или иных критериев физического «Я» женщинами в первом и третьем триместрах беременности оценивается примерно одинаково.

2.3. Рекомендации

Данные, полученные в результате проведенного исследования позволяют заключить следующее:

- ввиду малочисленности существующих исследований, необходимо дальнейшее изучение и расширение области знаний относительно психологического состояния женщин в период беременности;
- полученные результаты исследования могут быть использованы врачами, медицинскими психологами, в психологических центрах;

- эти данные будут полезны в семейном консультировании, при составлении программ профилактики и коррекции депрессивных и тревожных состояний беременных женщин;
- с целью ранней диагностики ухудшения психологического состояния женщин и, при необходимости, их психологического сопровождения считаем необходимым наличие психологов в женских консультациях и родильных домах;
- считаем важным проведение открытых лекции с целью психологического просвещения.

Выводы по второй главе

1. Уровень ситуативной и личностной тревожности у женщин в третьем триместре беременности достоверно выше, чем у женщин в первом триместре беременности. Уровень депрессии у женщин в первом и третьем триместрах беременности находится в пределах нормы, но на ранних этапах беременности его значение достоверно выше, чем на поздних. Гипотеза об изменении уровня тревожности и депрессии в первом и третьем триместрах беременности подтвердилась.

2. Уровень личностного эгоцентризма у женщин в первом и третьем триместрах беременности существенно не изменяется. Результаты исследования самоотношения к «Я»-физическому говорят о том, что различия в первом и третьем триместрах беременности недостоверны. Предположение об изменении уровня эгоцентризма и самоотношения к «Я»-физическому в зависимости от срока гестации не подтвердилось.

Заключение

Результаты анализа теоретической части работы позволяют говорить о том, что исследование психологических состояний беременных женщин актуально и востребовано в наше время. Они немногочисленны, в связи с чем возникает понимание необходимости дальнейшего более расширенного изучения данного направления. Факт активно развивающейся перинатальной психологии дает основание утверждать актуальность выбранной темы исследования.

Результаты исследования относительно уровня тревожности и депрессии подтверждают наше предположение об их динамичности в течение периода беременности. Было выявлено достоверное снижение уровня депрессии в третьем триместре относительно первого триместра и повышение уровня тревожности к концу беременности по сравнению с ее началом. Таким образом женщины в первом триместре более депрессивны, но менее тревожны, чем женщины в третьем триместре.

Анализ литературы, посвященной исследованиям эгоцентризма и физического «Я» натолкнул нас на мысль о том, что эти категории могут оказывать влияние на психологическое состояние беременных женщин. Однако результаты исследования показали недостоверность различия уровней этих показателей в первом и третьем триместрах беременности. В связи с этим мы можем говорить о том, что эгоцентризм с самоотношение к «Я»-физическому не влияют на психологическое состояние, учитывая изменение уровня тревожности и депрессии в начале и в конце беременности.

Гипотеза, выдвинутая в начале исследования об изменении уровня тревожности, депрессии, эгоцентризма, самоотношения к «Я»-физическому в первом и третьем триместрах беременности, подтвердилась частично – психологическое состояние женщин изменяется, но эгоцентризм и самоотношение к физическому «Я» не оказывают влияния на это изменение.

Изучение результатов исследований наших современников (Л.Т. Гацаева, И.А. Колесников) относительно того, каким образом депрессия и тревожность могут оказывать влияние на течение и исход беременности, привело к выводу о необходимости диагностирования беременных женщин на предмет эмоционального состояния как можно раньше. Повышенные уровни депрессии и тревожности вызывают различные осложнения беременности и родов, приводя к необходимости проведения операции кесарева сечения - с одной стороны, и тенденция к увеличению количества оперативного родоразрешения - с другой стороны, лишь подтверждают необходимость подобной диагностики. При грамотном подходе ее необходимо проводить еще на этапе планирования беременности в качестве превентивной меры профилактики возникновения возможных осложнений. При выявлении повышенных показателей требуется дальнейшая совместная работа с психологом, направленная на стабилизацию и оптимизацию состояния женщин. Для этого необходимо обязательное наличие психолога в штате сотрудников женских консультаций, родильных домов, а также на различных курсах для будущих матерей. С женщинами нужно проводить психологическое просвещение, открытые лекции по вопросам, вызывающим у них беспокойство и тревогу.

Данное исследование не исчерпало всех аспектов выбранной темы, так как она достаточно широка. Перспективу выбранного направления мы видим в его дальнейшей разносторонней проработке, проведении новых исследований и углублении знаний с целью понимания психологических изменений у женщин в период беременности и предупреждения последствий, к которым они могут привести.

Список используемой литературы

1. Адлер, А. Практика и теория индивидуальной психологии [Текст] / А. Адлер. – М.: Институт Психотерапии, 2002. – 131 с.
2. Бернс, Р. Развитие «Я-концепции» и воспитание [Текст] / Р. Бернс. – М.: Прогресс, 1986. – 420 с.
3. Большой психологический словарь. - 4-е изд., расширенное [Текст] / Сост. и общ. ред. Б. Г. Мещеряков, В. П. Зинченко. – М.: АСТ: АСТ МОСКВА; СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2009. - 811 с.
4. Быховская, И. М. Аксиология телесности и здоровье: сопряженность в культурологическом измерении [Текст] / И.М. Быховская. – М.: Издательство: АСТ, 2007. – 736 с.
5. Березин, Ф. Б. Психологические механизмы психосоматических заболеваний [Текст] / Ф.Б. Березин, Е.В. Безносюк, Е.Д. Соколова // Российский медицинский журнал. - 1998. - № 2. - С. 43 - 49.
6. Березин, Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека [Текст] / Ф.Б. Березин. - Л.: Наука, 1988. – 270 с.
7. Вестник удмуртского университета. – 2013. – Вып. 2 / Тревожность как психологический феномен [Текст] / Под ред. К.Р. Сидорова.
8. Выготский, Л. С. О природе эгоцентрической речи [Текст] / Л.С. Выготский // Хрестоматия по общей психологии. Выпуск III. Субъект познания / Ответственный редактор В.В.Петухов, Редакторы-составители Ю.Б. Дормашев, С.А. Капустин. – М., 1998.
9. Гибсон, Дж. Экологический подход к зрительному восприятию [Текст] / Дж. Гибсон. - М.: Прогресс, 1988. - 464 с.
10. Глейтман, Г. Основы психологии [Текст] / Под ред. В.Ю. Большакова, В.Н. Дружинина. - СПб.: Речь, 2001. - 1247 с.
11. Джемс, У. Психология [Текст] / У. Джемс. - М.: Высшая школа, 1991. - 369 с.

12. Диагностика личностного эгоцентризма [Текст] / Под ред. Н.П. Фетискина Н.П. // Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., 2002. - С. 29-31.
13. Диагностика эмоционально-нравственного развития [Текст] / Под ред. И.Б. Дерманова. – СПб., 2002. - С.124-126.
14. Доналдсон, М. Мыслительная деятельность детей [Текст] / М. Доналдсон. - М.: Педагогика, 1985. - 192 с.
15. Дорожевец, А. Н. Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией [Текст] / А.Н. Дорожевец. – М., 1986. – 194 с.
16. Знаменская, С. И. Коррекция эмоциональных состояний беременных женщин средствами физических упражнений [Текст] / С.И. Знаменская. – СПб.: Питер, 2007. - С. 71-113.
17. Идеальный образ физически развитого человека в российской культуре конца XX - начала XXI вв. [Текст] / Под ред. Ж.Н. Власова. –Чита, 2007. - 129с.
18. Ильин, Е. П. Психофизиология состояний человека [Текст] / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2005. - 412 с.
19. Ильин, Е. П. Эмоции и чувства [Текст] / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2013. – 783с.
20. Карсон, Р. Анормальная психология [Текст] / Р. Карсон. - СПб., 2004.
21. Клинические особенности депрессивных расстройств невротического уровня в послеродовом периоде [Текст] / Под ред. А.А. Прибытков. –СПб.: Питер, 2006. – 136 с.
22. Клиническая психология [Текст] / Под ред. А.Б. Холмогоровой. - М., 2013.
23. Клиническая психология [Текст] / Под ред. М. Пере, У. Бауман. - СПб., 2007.

24. Коррекция эмоциональных состояний беременных женщин средствами физических упражнений [Текст] / Под ред. С.И. Знаменской. – СПб.: Питер, 2007. – 166 с.

25. Краснов, И. С. Методологические аспекты здорового образа жизни россиян [Текст] / И.С. Краснов // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. - 2004. - №2. - С. 61 - 63.

26. Краткий психологический словарь [Текст] / Под ред. Л.А. Карпенко, А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский. – Ростов-на-Дону: ФЕНИКС, 1998.

27. Карвасарский, Б. Д. Клиническая психология [Текст] / Б.Д. Карвасарский. – СПб., 2007.

28. Личностные детерминанты конфликтов в неофициальном молодежном браке [Текст] / Под ред. С.Н. Фрондзей. - Ростов-на-Дону, 2009.

29. Лурия, А. Р. Лекции по общей психологии [Текст] / А.Р. Лурия. – СПб.: Питер, 2006. – 320 с.

30. Левитов, Н. Д. О психических состояниях человека [Текст] / Н.Д. Левитов. – М.: Просвещение, 1964.

31. Мдивани, М. О. Исследование структуры образа физического «Я» школьников [Текст] / М.О. Мдивани. - М., 1991. - 98 с.

32. Методика исследования самоотношения к образу физического [Текст] / Под ред. А.Г. Черкашина // Вестник Самарской гуманитарной академии. - Серия «Психология». - 2008. - 2 (4).

33. Молодежная культура мегаполиса в условиях социальных трансформаций: Социологический анализ [Текст] / Под ред. В.К. Сергеев. – М., 2002. – 382 с.

34. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин (в связи с задачами психотерапии) [Текст] / Под ред. И.А. Колесников. – СПб.: Питер, 2010. - 161с.

35. Недоспасова, В. А. Психологический механизм преодоления центрации в мышлении детей дошкольного возраста: Дис... канд. психол.

наук [Текст] / В.А. Недоспасова. - М.: НИИ общей и педагогической психологии АПН СССР, 1972. - 154 с.

36. Образ физического Я как структурная составляющая Я-концепции [Текст] / Под ред. А.А. Гавриленко. – М., 2009. – 175 с.

37. Обухова, Л. Ф. Концепция Ж. Пиаже: За и против [Текст] / Л.Ф. Обухова. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1981. - 191 с.

38. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности [Текст] / Под ред. Л.Т. Гацаевой. - М., 2011. – 125 с.

39. Переживание беременности в контексте жизненного пути личности женщины как фактор принятия новой социальной роли-роли матери [Текст] / Под ред. И.Н. Земзюлиной. – Курск, 2009. – 192 с.

40. Прихожан, А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика [Текст] / А.М. Прихожан. - М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000. - 304 с.

41. Пиаже, Ж. Речь и мышление ребенка [Текст] /Ж. Пиаже - М.: Римис, 2008. - 416 с.

42. Профилактика осложнений течения беременности, родов при гестационном сахарном диабете с использованием усовершенствованного метода физио психопрофилактической подготовки [Текст] / Под ред. Е.В. Мамаева. – Ижевск, 2004. - 113с.

43. Психологические детерминанты устойчивой тревожности личности [Текст] / Под ред. Б.А. Гунзунова. - Улан-Удэ, 2003. – 154 с.

44. Психологические механизмы коррекции состояния тревожности личности [Текст] / Под ред. Т.Ю. Артюховой. – Новосибирск, 2000. – 197 с.

45. Психология эмоций. Тексты [Текст] / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. - М., 1984.

46. Перре, М. Клиническая психология [Текст] / М. Пере. - СПб., 2002.

47. Рейковский, Я. Экспериментальная психология эмоций [Текст] / Я. Рейковский. М., 1979. - С. 27 - 30.
48. Современная медицинская энциклопедия [Текст] / Под ред. Д.И. Сорокина. – М.: Просвещение, 2008. – 544 с.
49. Соколова, Е. Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях [Текст] / Е.Т. Соколова. - М., 1995. - 359с.
50. Социальная тревожность как фактор нарушений интерперсональных отношений и трудностей в учебной деятельности у студентов [Текст] / Под ред. В.В. Краснова. – М., 2013. - 174 с.
51. Столин, В. В. Самосознание личности [Текст] / В.В. Столин. - М.: Издательство Московского Университета, 1983. - 284 с.
52. Тольяттинский медицинский консилиум. - 2011. - № 3-4 / Особенности психоэмоционального состояния беременных и его динамика в зависимости от срока гестации / Под ред. А.Г. Киселева, И.В. Вартановой, С.И. Знаменской, И.М. Максимовой.
53. Уляева, Л. Г. Я-физическое в структуре самосознания [Текст] / Л.Г. Уляева // Юбилейный сборник трудов ученых РГАФК, посвященный 80-летию академии. – М., 1998. - Т. 3. - С. 130-135.
54. Фридман, Л. М. Еще один взгляд на феномен Пиаже [Текст] / Л.М. Фридман // Вопросы психологии. – 1999. - № 6. - С. 48-53.
55. Филиппова, Г. Г. Психология материнства: Учебное пособие [Текст] / Г.Г. Филиппова. - М.: Издательство института психотерапии, 2002. - 228 с.
56. Хомская, Е. Д. Нейропсихология [Текст] / Е.Д. Хомская. - СПб.: Питер, 2013. - 496 с.
57. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени [Текст] / К. Хорни. - М.: Айрис-пресс, 2004.

58. Шутова, Н. В. Влияние физического образа «я» на самоотношение формирующейся личности [Текст] / Н.В. Шутова // Современные наукоемкие технологии. – 2015. – № 12-1. – С. 169-174.

59. Щербина, В. А. Применение инновационных технологий физического воспитания для формирования здорового образа и стиля жизни студентов технического вуза [Текст] / В.А. Щербина. - М.: Изд-во «МПА - ПРЕСС», 2007. – 319 с.

60. Эгоцентризм, основные психологические характеристики, закономерности и механизмы формирования и коррекции [Текст] / Т.И. Пашукова. – Киев, 2002. – 508 с.

61. Эпидемиологическое значение социальных и психоэмоциональных факторов в вертикальной передаче ВИЧ-инфекции [Текст] / С.Е.Докучаева. – Саратов, 2005. – 117 с.

62. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис [Текст] / Э. Эриксон. - М.: Мысль, 1996. – 375 с.