

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА»
(КГПУ им. В.П. Астафьева)
Факультет начальных классов
Кафедра педагогики и психологии начального образования

Гладкая Марина Андреевна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Тема: Индивидуальное консультирование как способ формирования готовности к материнству у беременных женщин

Направление подготовки: 44.04.02 Психолого-педагогическое образование
Направленность (профиль) образовательной программы: Мастерство психологического консультирования

Допущена к защите
Заведующий кафедрой
к.п.н., доцент Н.А. Мосина
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы
к.п.н., доцент М.А. Сафонова
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Научный руководитель
к.п.н., доцент Л.А. Маковец
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Магистрант
М.А. Гладкая
(фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Красноярск, 2024

Содержание

Реферат.....	3
Введение	9
Глава 1. Теоретические основы изучения проблемы готовности к материнству	14
1.1. Определение понятия «материнство» на основе теоретического анализа психологической литературы	14
1.2. Факторы, влияющие на формирование готовности к материнству у беременных женщин	25
1.3. Возможности индивидуального консультирования для формирования готовности к материнству у беременных женщин	45
Выводы по главе I	56
Глава 2. Экспериментальное исследование по формированию готовности к материнству у беременных женщин в третьем триместре	59
2.1. Методическая организация исследования и анализ констатирующего эксперимента.....	59
2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента	73
2.3. Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение..	85
Выводы по главе II.....	95
Заключение	97
Список используемых источников.....	99
Приложение	108

Реферат

Диссертация на соискание степени магистра по направлению подготовки Психолого-педагогического образования «Индивидуальное консультирование как способ формирования готовности к материнству у беременных женщин».

Цель исследования: теоретически обосновать и экспериментально апробировать программу индивидуальных консультаций, направленных на формирование готовности к материнству у беременных женщин.

Объект исследования: процесс формирования готовности к материнству.

Предмет исследования: индивидуальное консультирование как способ формирования готовности к материнству у беременных женщин.

Гипотеза исследования состоит в предположении о том, что консультирование будет эффективным способом для формирования готовности к материнству у беременных женщин, если:

- 1) будет проведена серия встреч в форме индивидуального консультирования в онлайн формате;
- 2) участниками будет усвоен и отрефлексирован теоретический и практический материал о формировании готовности к материнству;
- 3) будут использованы техники, обеспечивающие стабилизацию эмоционального состояния; снижения уровня страха и тревоги относительно беременности, родов и послеродового периода; формирование мотивации, ценностей и установок касательно материнства.

Теоретико-методологические основания исследования:

- теории и исследования, изучающие исторические, социальные и личностные аспекты материнства, психологическую готовность к материнству К. Хорни, Д. Винникотт, Г.Г. Филиппова, Е.В. Матвеева, С.Ю. Мещерякова, В.И. Брутман, И.В. Добряков, И.Ю. Хамитова, С.А. Минюрова, С. Гроф, М. Оден.

- исследования в области индивидуального психологического консультирования Г.С. Абрамова, Ю.Е. Алешина, П.П. Горностая, С.В. Васьковской, Р. Кочюнаса.

Методы исследования:

1. Теоретические (анализ существующих подходов и обобщение теоретических данных по проблеме готовности к материнству).
2. Эмпирические методы (анкетирование, тестирование, наблюдение, эксперимент).
3. Математические методы (статистическая обработка для количественного и качественного анализа результатов).

Экспериментальная база исследования: эксперимент проводился на базе школы по подготовке к родительству г. Красноярска. В исследовании приняли участие 26 женщин в возрасте 22-33 года на 28-38 неделе беременности с различным уровнем психологической готовности к материнству.

Апробация результатов исследования: о проблеме исследования имеется публикация в Международном журнале гуманитарных и естественных наук, а также вторая публикация в сборнике статей III Международный научно-педагогический форум «Интеграция медицинского и фармацевтического образования, науки и практики».

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что результаты, полученные в ходе исследования, станут основой для более углубленного изучения возможностей психологического консультирования как способа формирования психологической готовности к материнству у беременных женщин.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что разработанная программа индивидуальных консультаций может быть использована в работе психологов женских консультаций, родильных домов, школ по подготовке к родительству.

Структура диссертации:

Описание представляемого исследования включает введение, две главы, заключение, список использованной литературы и приложения.

Во Введении обсуждается актуальность работы, цели и задачи исследования, теоретическая и практическая значимость диссертации, формулируются положения, выносимые на защиту. Кратко представлено содержание диссертации.

В Главе 1 описаны теоретические основы проблемы готовности к материнству. Рассмотрены понятие «материнство», «готовность к материнству» в психологии, факторы, влияющие на готовность к материнству у беременных женщин, возможности психологического консультирования для формирования готовности к материнству у беременных женщин. Выводы.

В Главе 2 представлено экспериментальное исследование по формированию готовности к материнству у беременных женщин. Методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента. Организация и проведение формирующего эксперимента. Результаты экспериментальной работы и их обсуждение. Выводы.

В заключении сформулированы основные результаты диссертации.

В приложениях собраны таблицы, содержащие данные по результатам исследования, а также результаты обработки данных и программа индивидуальных консультаций.

Таким образом, в ходе теоретической и опытно-экспериментальной работы положения гипотезы получили подтверждение, задачи исследования решены, цель достигнута.

Abstract

Dissertation for the Master's degree in the field of Psychological and pedagogical education "Individual counseling as a way of forming readiness for motherhood in pregnant women".

The aim of the study: to theoretically substantiate and experimentally test the program of individual consultations aimed at developing readiness for motherhood in pregnant women.

Object of research: the process of forming readiness for motherhood.

Subject of the study: individual counseling as a way of forming readiness for motherhood in pregnant women.

The hypothesis of the study is that counseling will be an effective way to develop readiness for motherhood in pregnant women if:

- 1) a series of meetings will be held in the form of individual consultation in an online format;
- 2) participants will learn and reflect on theoretical and practical material on the formation of readiness for motherhood;
- 3) techniques will be used to stabilize the emotional state; reduce the level of fear and anxiety about pregnancy, childbirth and the postpartum period; and form motivation, values and attitudes about motherhood.

Theoretical and methodological foundations of the study:

- theories and studies that study the historical, social and personal aspects of motherhood, psychological readiness for motherhood for the future K. Horney, D. Winnicott, G.G. Filippova, E.V. Matveeva, S.Yu. Meshcheryakova, V.I. Brutman, I.V. Dobryakov, I.Yu. Khamitova, S.A. Minyurova, S. Grof, M. Oden;

- research in the field of individual psychological counseling G. S. Abramova, Yu. E. Alyoshina, P. P. Ermine, S. V. Vaskovskaya, R. Kociunas.

Research methods:

1. Theoretical approaches (analysis of existing approaches and generalization of theoretical data on the problem of readiness for motherhood);

2. Empirical methods (questionnaire, testing, observation, experiment);
3. Mathematical methods (statistical processing for quantitative and qualitative analysis of results).

Experimental base of the study: the experiment was conducted on the basis of the school for preparing for parenthood of the State Duma. Krasnoyarsk. The study involved 26 women aged 22-33 years at 28-38 weeks of pregnancy with different levels of psychological readiness for motherhood.

The theoretical significance of the study lies in the fact that the results obtained in the course of the study will become the basis for a more in-depth study of the possibilities of psychological counseling as a way to form psychological readiness for motherhood in pregnant women.

The practical significance of the study lies in the fact that the developed program of individual consultations can be used in the work of psychologists of women's clinics, maternity hospitals, and schools for preparing for parenthood.

Dissertation structure:

The description of the presented research includes an introduction, two chapters, a conclusion, a list of references and appendices.

The Introduction discusses the relevance of the work, the goals and objectives of the research, the theoretical and practical significance of the dissertation, and formulates the provisions submitted for the defense of the thesis. The content of the dissertation is briefly presented.

Chapter 1 describes the theoretical basis of the problem of readiness for motherhood. The concept of "motherhood", "readiness for motherhood" in psychology, factors influencing the readiness for motherhood in pregnant women, the possibilities of psychological counseling for the formation of readiness for motherhood in pregnant women are considered. Conclusions.

Chapter 2 presents an experimental study on the formation of readiness for motherhood in pregnant women. Methodological organization of the study and discussion of the results of the ascertaining experiment. Organization and conduct

of a formative experiment. Results of experimental work and their discussion.
Conclusions.

In conclusion, the main results of the dissertation are formulated.

The appendices contain tables containing data on the results of the study, as well as the results of data processing and the program of individual consultations.

Thus, in the course of theoretical and experimental work, the hypotheses were confirmed, the research tasks were solved, and the goal was achieved.

Введение

Проблема материнства привлекает внимание психологов долгое время. Такое внимание к этой проблеме далеко не случайно. Каждый человек в своей жизни выполняет множество социальных ролей. Роль матери считается одной из самых главных и ответственных. Женщина-мать ведет ребенка по жизни, является источником жизненного опыта, передаваемого из поколения в поколение. От того, насколько успешно женщина будет справляться с ролью матери, зависит развитие отдельно взятого ребенка и далее общества в целом.

Психология материнства – одна из наиболее сложных и недостаточно изученных областей современной науки. Материнство изучается в русле различных наук: истории, культурологии, медицины, физиологии, биологии, социологии, психологии. В зарубежной психологической литературе много внимания уделяется биологическим основам материнства. В отечественной психологии есть ряд монографий, связанных с феноменологией, психофизиологией и психологией материнства, с готовностью женщины к материнству через факторы и условия психологического риска для будущего развития ребенка, с мотивами сохранения беременности в условиях современной российской действительности и особенностями мотивации деторождения, представлены методические материалы для занятий в школах беременных и матерей (В.И. Брутман, И.В. Добряков, Е.В. Матвеева, С.Ю. Мещерякова, Г.Г. Филиппова), проанализировано развитие психики ребенка в зависимости от периода внутриутробной жизни (С. Грофф). До сих пор остаются малоизученными психологические аспекты беременности – важнейшего этапа в формировании материнской потребностно-мотивационной сферы.

Рождение ребенка имеет важное психологическое значение для женщины и всей ее социальной группы: семейной, околосемейной. Беременность является фактором, повышающим психоэмоциональные и

психофизические нагрузки на организм беременной женщины, что требует дополнительных усилий по обеспечению ее психологического и физического состояния.

Ранее вопрос готовности к материнству решался благодаря передачи опыта из поколения в поколение, в процессе воспитания девочки и ее младших братьев, сестер. Но так как меняется модель материнства и детей в современной семье в основном один или два, естественный процесс формирования готовности к материнству в онтогенезе нарушен.

Беременная женщина, готовясь к выполнению новой психосоциальной роли, испытывает страхи и тревожность. Для обеспечения комфортного протекания беременности и сохранения спокойствия будущей матери важно обеспечить ее психологическое сопровождение.

Помимо усилий, направленных на улучшение социальной сферы взаимоотношений между беременной женщиной, родителями родившегося ребенка и государством, не обойтись без применения научно обоснованных, выверенных практикой индивидуальных психотерапевтических подходов к работе с беременными женщинами, которые готовятся стать матерями. Тем более, что беременная женщина является непосредственной продолжательницей рода, а в совокупности – основой и предпосылкой сохранения здоровой и полноценной нации.

Цель исследования: теоретически обосновать и экспериментально апробировать программу индивидуальных консультаций, направленных на формирование готовности к материнству у беременных женщин.

Объект исследования – процесс формирования готовности к материнству.

Предмет исследования – индивидуальное консультирование как способ формирования готовности к материнству у беременных женщин.

Гипотеза исследования состоит в предположении о том, что консультирование будет эффективным способом для формирования готовности к материнству у беременных женщин, если:

1) будет проведена серия встреч в форме индивидуального консультирования в онлайн формате;

2) участниками будет усвоен и отрефлексирован теоретический и практический материал о формировании готовности к материнству;

3) будут использованы техники, обеспечивающие стабилизацию эмоционального состояния; снижения уровня страха и тревоги относительно беременности, родов и послеродового периода; формирование мотивации, ценностей и установок касательно материнства.

Задачами данного исследования являются:

1. Проанализировать литературу по проблеме исследования.

2. Изучить варианты консультативной работы и адаптировать их к участникам исследования.

3. Составить диагностический комплекс для изучения готовности к материнству у беременных женщин.

4. Выявить актуальный уровень готовности к материнству у участников исследования.

5. Спланировать и реализовать программу индивидуальных консультаций и апробировать ее на практике.

6. Определить динамику изменений в отношении готовности к материнству.

7. Определить методом математической обработки данных достоверность результатов.

В работе будут применены следующие методы исследования:

1. Теоретические (анализ существующих подходов и обобщение теоретических данных по проблеме готовности к материнству).

2. Эмпирические методы (анкетирование, тестирование, наблюдение, эксперимент).

3. Математические методы (статистическая обработка для количественного и качественного анализа результатов).

Экспериментальная база исследования:

Эксперимент проводился на базе школы по подготовке к родительству г. Красноярска.

В исследовании приняли участие 26 женщин в возрасте 22-33 года на 28-38 неделе беременности с различным уровнем психологической готовности к материнству.

Научная новизна исследования:

Элемент новизны состоит в обосновании возможностей применения программы индивидуального консультирования как способа формирования психологической готовности к материнству у беременных женщин.

Теоретическую и методологическую основу исследования составили общенаучные принципы системности, развития и детерминизма субъекта. Принцип системности определяет необходимость рассмотрения психологической готовности к материнству, с одной стороны, как явления, обладающего определенной структурой, а с другой как взаимосвязанного с другими личностными проявлениями и включенного в другие системы. Принцип развития требует рассмотрения психологической готовности к материнству как исторического явления, имеющего фило и онтогенез. Принцип детерминизма позволяет объяснить нелинейность процесса развития психологической готовности к материнству, т.е. наличие альтернативных линий. Теоретической основой исследования явились теории и исследования, изучающие исторические, социальные и личностные аспекты материнства, психологическую готовность к материнству В.И. Брутман, И.В. Добряков, Е.В. Матвеева, С.Ю. Мещерякова, С.А. Минюрова, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова, Д.В. Винникотт, С. Гроф, М. Оден, К. Хорни.

Теоретическая значимость:

Теоретическая значимость диссертационной работы заключается в том, что результаты, полученные в ходе исследования, станут основой для более углубленного изучения возможностей психологического консультирования

как способа формирования психологической готовности к материнству у беременных женщин.

Практическая значимость:

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что разработанная программа индивидуальных консультаций может быть использована в работе психологов женских консультаций, родильных домов, школ по подготовке к родительству.

Глава 1. Теоретические основы изучения проблемы готовности к материнству

1.1. Определение понятия «материнство» на основе теоретического анализа психологической литературы

Материнство – это тема, которая исследуется в рамках различных научных дисциплин: истории, культурологии, медицины, физиологии, биологии поведения, социологии и психологии. Каждая из этих наук рассматривает материнство с учётом своих целей и задач.

Интерес к всестороннему изучению материнства возник относительно недавно. Однако на данный момент не существует единого определения этого понятия.

В таблице 1 рассмотрим некоторые подходы зарубежных и отечественных ученых к определению понятия «материнство».

Таблица 1. – Подходы отечественных и зарубежных исследователей к изучению понятия «материнство»

Исследователь	Описание феномена
С.И. Ожегов	«Материнство» – это состояние женщины, которое включает в себя период беременности, роды и кормление ребёнка. В это время женщина осознаёт свою родственную связь с детьми [44].
Г.Г. Филиппова	В своей работе автор исследует материнство как сложное явление, которое включает в себя не только биологические аспекты, но и психологические и социальные. Материнство рассматривается как процесс, направленный на создание благоприятных условий для развития ребёнка, а также как неотъемлемая часть жизни женщины [68].
Е.В. Матвеева	Материнство – это уникальный вид деятельности, который присущ только женщинам. Это определение основано на концепции Давыдова В. В. о классификации видов деятельности [37].

Окончание таблицы 1

В.И. Брутман	Материнство – это одна из социальных ролей, которые женщины играют в обществе. На то, как женщины выполняют эту роль, сильно влияют общественные нормы и ценности [7].
С.А. Минюрова, Е.А.Тетерлева	Исследователи рассматривают материнство как особый этап в жизни женщины, когда она начинает по-новому осознавать себя. Это время, когда она переосмысливает свой детский опыт и пытается понять, как она сама была ребёнком. В этот период она также интегрирует в своё сознание образ родителя и ребёнка [41].
Е.А. Каплан, Э. Оаклей	Материнство – важная, хотя и не всегда необходимая, составляющая жизни женщины [61].
Руссо	Материнство, в первую очередь – это долг, работа [25].
А. Минегетти	Материнство представляет собой процесс, в ходе которого женщина реализует сценарий, усвоенный ею в раннем возрасте [3].
Ф. Хорват	Материнство – совокупность личностных качеств женщины, а также её биологических и психологических особенностей, которые являются врождёнными и определяют её способность к материнству [48].

Согласно С.А. Минюровой и Е.А. Тетерлевой, в сфере изучения материнства выделяются два основных направления исследований. Первое направление фокусируется на анализе качеств и поведения матери, их влиянии на развитие ребенка. Мать рассматривается как ключевой фактор в формировании личности ребенка и как исполнитель родительских функций, не учитывающий ее субъективную психологическую реальность. Второе направление исследует материнство с учетом субъективности женщины-матери [77].

Для понимания материнства в целом необходимо определить функции, которые присущи матери. Эти функции матери являются достаточно сложными и разнообразными. Они заключаются в обеспечении всех

физиологических потребностей ребенка, обеспечении его эмоционального благополучия, развитии привязанности, базовых структур взаимоотношений с миром, общения, основных личностных качеств ребенка и его активностях. Г.Г. Филиппова выделяет две взаимосвязанные группы материнских функций: типичные и конкретно-культурные [6]. К типичным функциям матери относятся следующие:

1. Гарантирование развития когнитивных и эмоциональных процессов через создание стимулирующей среды и уход за ребенком после рождения.

2. Обеспечение условий для развития типичной для данного возраста структуры деятельности путем разделения активностей с малышом.

3. Поддержание возникновения жизненно важных потребностей, формирующихся в процессе жизни: потребности в эмоциональном контакте с взрослым, в получении позитивных эмоций от общения с ним, включения в общие с взрослым занятия, потребности в оценке своей деятельности и результатов труда взрослого, познавательная активность, а также развитие привязанности.

4. Создание условий для освоения типичных способов общения, которые являются ключевыми для области коммуникации и формирования потребности в ней.

5. Предоставление возможностей для развития мотивационных механизмов. Особенно сложно описать культурные функции.

Все упомянутые видотипичные функции матери осуществляются в соответствии с культурной моделью материнства, которая включает в себя не только методы и техники ухода и воспитания, но и эмоциональное состояние матери, ее отношение к ребенку, а также способы эмоционального общения с ним. К этим материнским функциям Филиппова относит следующие:

1. Предоставление матерью необходимой обстановки и возможностей для организации чувственно-практической, игровой активности и общения, способствующих формированию культурных особенностей познавательной и двигательной сферы.

2. Создание условий для развития культурной модели привязанности.
3. Обеспечение условий для формирования культурных особенностей удобной социальной среды.
4. Организация обстановки (материальной, игровой, общения) для развития культурных особенностей стиля мотивации к достижениям.
5. Гарантирование условий для формирования у ребенка основных культурных моделей: ценностно-смысловых ориентаций, семьи, материнства и детства [50].

Г. Г. Филиппова отмечает, что не все эти функции осознаются матерью. Многие из них стали известны даже науке лишь в последние десятилетия, и нет оснований полагать, что их понимание завершено. Однако матери успешно выполняют эти функции уже много тысячелетий. Они хорошо вписаны в культуру и представлены в нормах, правилах, обрядах и обычаях. Некоторые материнские функции, такие как удовлетворение физиологических потребностей ребенка и формирование его личностных качеств, осознаются матерью и обществом. Другие функции существуют в общественном сознании и в сознании матери в измененном виде, и представления о их важности для ребенка в разной степени соответствуют биологическим и социокультурным задачам его развития.

Взгляд Г.Г. Филипповой на материнские функции не является единственно верным и окончательно определенным. Различные направления в психологии имеют свои особенности исследования, что влияет на оценку и толкование роли матери [65]. Согласно исследованиям Е.В. Матвеевой, ключевым фактором материнского поведения является психологическая готовность к материнству. Автор утверждает, что успешность выполнения материнских обязанностей и качество материнской позиции зависят от психологической подготовленности женщины к материнству [39, 75].

При изучении психологической готовности к материнству анализируются изменения, ожидающие женщину с рождением ребенка, которые имеют глубокий характер. Появление ребенка приведет к ряду

перемен, на которые женщина должна быть готова. Она должна осознанно принять свою новую роль матери и готова выполнить материнские обязанности.

В таблице 2 рассмотрим подходы ученых к определению понятия «готовность к материнству».

Таблица 2. – Определение понятия «готовность к материнству» с точки зрения различных авторов

Исследователь	Описание феномена
В.И. Брутман, А.С. Батуев, Д.В. Винникот, С.А. Минюрова, И.Ю. Хамитова	Готовность к материнству является длительным процессом, который формируется на протяжении всей жизни. На него влияют как природные, так и социальные факторы. Готовность к материнству имеет инстинктивную основу, но также формируется под воздействием опыта взаимодействия с родителями, друзьями, супругом и другими людьми [22].
С.Ю. Мещерякова	Готовность к материнству представляет собой особое личностное качество, которое основывается на определённом отношении к ещё не рождённому ребёнку. Данное отношение к будущему малышу формирует концепцию готовности к материнству, предложенную С. Ю. Мещеряковой. Она утверждает, что отношение к ребёнку как к личности влияет на стиль материнского поведения и создаёт наиболее благоприятные условия для психического развития младенца. Важными показателями психического развития младенца являются уровень общения с матерью, формирование образа себя и потребность в сопереживании [40].
В.И. Брутман	В своём исследовании автор рассматривает готовность к материнству как способность матери создавать благоприятные условия для роста и развития ребёнка. Это выражается в особом подходе матери к своему ребёнку. Автор устанавливает связь между отношением матери к ребёнку и её готовностью или неготовностью к материнству, а также между ценностью ребёнка для матери [49].
Г.Г. Филиппова	В ходе исследования психологических аспектов нарушения материнства учёные уделяют особое внимание психологической готовности к материнству как ключевому фактору успешной адаптации к беременности и материнским обязанностям [69].

В последнее время активно исследуется готовность к материнству в разных аспектах, но, несмотря на разнообразие подходов, не было проведено систематического изучения взаимосвязи между готовностью к материнству, реальным поведением матери и развитием ребёнка. Поэтому вопрос о ключевом факторе, обеспечивающем эту связь, остаётся открытым [59].

Г. Г. Филиппова в готовности к материнству выделяет пять основных блоков (таблица 3):

Таблица 3. – Характеристики блоков готовности к материнству

Блок	Характеристики
Личностная готовность	Общая личностная зрелость включает в себя адекватную половозрастную идентификацию, способность принимать решения и нести ответственность, прочную привязанность, внутреннюю каузальную атрибуцию и внутренний локус контроля, а также отсутствие зависимостей. Кроме того, для эффективного материнства необходимы такие личностные качества, как эмпатия, способность к совместной деятельности, умение быть «здесь и сейчас», творческие способности, интерес к развитию другой личности, к деятельности выращивания и воспитания, умение получать удовольствие и культура тела.
Адекватная модель родительства	Адекватность моделей материнской и отцовской ролей, сформированных в семье, по отношению к модели личности, семьи и родительства, принятой в данной культуре. Оптимальные родительские установки, позиции, воспитательные стратегии и материнское отношение, необходимые для рождения и воспитания ребенка.
Мотивационная готовность	Зрелость мотивации к рождению ребенка, при которой ребенок не становится средством достижения определенных целей, таких как реализация гендерной роли, возрастных задач, личностного развития женщины, сохранения отношений с партнером или укрепления семьи, компенсации собственных детско-родительских отношений, достижения определенного социального статуса и т. д.
Сформированность материнской компетентности	Отношение к ребёнку включает понимание его физических, психологических потребностей и переживаний, а также чуткость к сигналам и адекватную реакцию. Необходимо уметь ориентироваться в поведении ребёнка и понимать его состояние, учитывая особенности поведения и свои собственные. Важно гибко подходить к режиму и учитывать индивидуальный ритм жизнедеятельности ребёнка, особенно в раннем возрасте. Необходимо иметь знания о физическом и психологическом развитии ребёнка и его возрастных особенностях. Важно обладать способностью к совместной деятельности с ребёнком и навыками воспитания и обучения, соответствующими его возрасту.

Окончание таблицы 3

Сформированность материнской сферы	Материнство как неотъемлемая часть личности женщины (материнская сфера потребностей и мотивов) включает в себя три компонента: эмоционально-потребностный; операциональный; ценностно-смысловой. Эти компоненты формируются в процессе развития женщины (онтогенеза) под воздействием различных факторов:* взаимодействия с матерью и другими людьми, выполняющими материнские функции; сюжетно-ролевых игр в куклы и семью; взаимодействия с младенцами до рождения собственного ребёнка; периода полового созревания; взаимодействия с собственными детьми.
------------------------------------	---

В каждом из блоков, пишет Г.Г. Филиппова, должны быть сформированы необходимые компоненты (таблица 4):

Таблица 4. – Компоненты, отражающие готовность к материнству по Г. Г. Филипповой

Блок	Компоненты
Эмоционально-потребностный	Положительное восприятие всех аспектов гештальта младенчества: физических, поведенческих и продуктивно-деятельностных особенностей ребёнка. Объединение аспектов гештальта младенчества в ребёнке как объекте материнской сферы. Необходимость взаимодействия с ребёнком, заботы и ухода за ним. Желание стать матерью, испытать чувства, связанные с выполнением материнских функций.
Операциональный	Общение с ребёнком должно быть как вербальным, так и невербальным. Взаимодействие с ребёнком должно быть эмоциональным и соответствовать ситуации. Уход за ребёнком должен осуществляться с учётом таких характеристик, как уверенность, бережность и ласковость в движениях.
Ценностно-смысловой	Ценность ребёнка как личности и материнства. Оптимальное соотношение ценностей, связанных с материнством, и других потребностей и мотивов женщины.

Потребность в материнстве – это сложная потребность, которая включает в себя осознание своих чувств и стремление к их проявлению в процессе общения с ребенком, и не сводится только к желанию иметь детей [80].

Согласно В.А. Иванникову, желание быть матерью является важным, но не единственным условием для материнской деятельности, так как

мотивация к действию является результатом особого процесса - процесса мотивации. Мотивация деятельности играет ключевую роль в формировании смысла [65].

По мнению Г.Г. Филипповой, основные мотивы материнства включают следующие:

- достичь желаемого общественного и возрастного статуса, быть самостоятельной взрослой женщиной, занимающей определенное положение в обществе и имеющей право на соответствующее отношение в семье и обществе;

- поощрять идею «полной жизни», в которой человек может и должен иметь определенные вещи, без которых его жизнь не будет полной и удовлетворенной;

- желание сохранить свою личность, продолжить свой род, оставив в жизни след, который будет продолжать существовать, будь то через рождение детей, внуков или правнуков.

- реализация своих потенциальных возможностей (воспитание ребенка, передача ему своих знаний и жизненного опыта);

- компенсация собственных жизненных трудностей (для того чтобы стать лучше, умнее, красивее, счастливее, получить то, что не удалось достичь в жизни);

- решение собственных жизненных проблем (укрепление семейных отношений, убеждение в своей способности быть матерью и родить, избавление от одиночества, нахождение помощника на старости);

- любовь к детям (сложный мотив, объединяющий удовольствие от общения с ребенком, интерес к его внутреннему миру, готовность способствовать развитию его личности, понимание того, что ребенок станет самостоятельным и будет любить других).

Важным моментом в жизни человека является достижение критического возраста для рождения детей. По мнению Г.Г. Филипповой,

формирование материнской потребностно-мотивационной сферы поведения проходит через шесть этапов в онтогенезе [74].

1. Первый этап – это взаимодействие с собственной матерью в раннем онтогенезе, включая период до рождения и продолжаясь на протяжении всего развития человека при взаимодействии с матерью или ее заместителями. Особенно важным является период до трех лет.

В этот период происходит изучение эмоционального аспекта взаимодействия между матерью и ребенком, а также появление эмоциональной реакции на определенные ключевые стимулы физической составляющей гештальта младенчества и некоторые элементы функциональной стороны материнской сферы (ребенок, мимика, эмоциональное выражение движений при контакте с объектом, переносчиком гештальта младенчества).

2. Фаза игры и взаимодействие с ровесниками.

Особенностью этого этапа у человека является формирование и развитие основных элементов материнской сферы во время сюжетно-ролевых игр с куклами, в игры "мама-дочка", в семью.

На данном этапе происходит формирование потребности в материнстве, развитие понимания необходимости защиты и заботы о ребенке. В это время начинается восприятие ребенка как объекта взаимодействия. Человек на этом этапе осознает свои эмоциональные состояния и их соотношение с условиями и способами их удовлетворения. Этот период ограничен возрастными рамками (от 5-6 лет до начала полового созревания) и включает опыт общения с ребенком, наблюдение за взаимодействием взрослых с ним, понимание отношений взрослых, выполняющих родительские функции, с другими людьми и обществом.

4. Стадия различения мотивационных основ половой и родительской (в данном случае – материнской) сфер поведения.

В личном опыте происходит взаимное пересечение некоторых ключевых стимулов (запахов, визуальных впечатлений, звуков, тактильных

ощущений) в формировании мотивационных основ половой и материнской сфер поведения. Для материнской сферы особенно важно объединение компонентов гештальта младенчества на ребенке (как объекте взаимодействия) до начала полового созревания. Это обеспечивает адекватное мотивационное значение ситуации общения с ребенком после его рождения [74].

Присутствие материнской сферы в деятельности становится посредником, способствующим возникновению эмоций в данной ситуации, которые включаются в процесс стимуляции после рождения при контакте с ребенком (например, кожа к коже, внутреннее состояние матери во время кормления и т.д.). Этот этап развития имеет свои особенности на человеческом уровне, связанные с осознанием связи между половой и материнской сферами, а также с конкретными культурными моделями поведения.

5. Этап конкретизации развития материнской сферы в реальном взаимодействии с ребенком. Этот этап включает несколько отдельных периодов: беременность, роды, послеродовой период, младенческий возраст ребенка и период перехода к следующему, шестому этапу развития материнской сферы. Проведенное сравнение позволило описать появление и развитие в процессе беременности отношения к движениям плода и подготовки к выполнению материнских обязанностей в родовом и послеродовом периодах, что влияет на эмоциональное отношение матери к постепенному развитию младенца. Эта динамика может быть разнообразной и зависит как от истории развития материнской сферы женщины, так и от конкретных условий текущего материнства, включая особенности ребенка.

6. Этап послеродового взаимодействия.

На данном этапе происходит формирование у матери эмоциональной привязанности к малышу, проявление личного внимания и интереса к его внутреннему миру, развитию и изменениям. Это приводит к установлению прочной связи между родителями и ребенком после завершения периода

гештальта младенчества, продолжается потребность в заботе и изменяется содержание материнской заботы. Различные обстоятельства оказываются ключевыми для создания уникальных условий мотивации к рождению ребенка у каждой женщины [63].

Потребность в материнстве является основным моментом потребности в детях. Нет никаких биологических предписаний, которые бы обязывали иметь потомство. Эти предписания следует искать в социальной сфере. По мнению В.В. Бойко, потребность в детях представляет собой стабильное социально-психологическое формирование личности, обусловленное ее внутренними побуждениями [39]. Желание стать родителями может возникнуть внезапно и проявиться неявно. Известно, что у мужчин и женщин стремление к детям напрямую зависит от их детских воспоминаний, отношений с родителями и модели семьи, в которой они выросли. Влияние прошлого настолько сильно, что часто оно определяет наше желание или, наоборот, отсутствие желания стать родителями и дать начало новой жизни [72].

Готовность к материнству, основанная на потребностях и эмоциях, способствует позитивному отношению женщины к беременности и подготовке к родам без страха, созданию эмоционально-положительного образа ребенка, желанию заботиться о нем и радостному отношению к роли матери. В настоящее время не существует однозначного определения материнства. Иностранцы и отечественные авторы предлагают различные трактовки материнства. Психологические исследования в области материнства выделяют два основных направления современных исследований [16].

Одно из направлений исследования связано с обсуждением качеств матери, её поведения и влияния на развитие ребенка. Второе направление исследования материнства акцентирует внимание на субъективности женщины в роли матери. Мы поддерживаем точку зрения Г.Г. Филипповой, которая определяет материнство как психосоциальное явление: как создание

условий для развития ребенка и как часть личностной сферы женщины. В отношении понятия психологической готовности к материнству мнения авторов расходятся. Мы поддерживаем точку зрения С.Ю. Мещеряковой, согласно которой готовность к материнству – это специфическое личностное формирование, основным элементом которого является субъектно-объектная ориентация на еще не родившегося ребенка.

1.2. Факторы, влияющие на формирование готовности к материнству у беременных женщин

Во время беременности женщина ощущает, что с появлением первенца заканчивается ее беззаботная юность. Пропадает привлекательность девичьей фигуры, словно исчезает очарование молодости. Появляются различные опасения и страхи. Женщина должна осознать трудности этого периода, настроиться соответствующим образом и преодолеть их. Только тогда появится чувство радостного ожидания. Райнпрехт настойчиво говорит будущим матерям: «Вы должны хотеть будущего ребенка, вы должны приветствовать зарождающуюся жизнь, вы должны осознанно находиться в состоянии радостного ожидания» [6].

Ценностно-смысловая готовность к материнству предполагает осознание высокой ценности ребенка и материнства среди других ценностей, «правильные» представления о смысле детей и материнства [79]. Любая женщина, хочет она этого или нет, неразрывно связана со своей матерью. Психологическая готовность или неготовность к материнству зависит от того, насколько гармоничной была эта связь. Если девочка была желанным ребенком для матери и не чувствовала себя ненужной и одинокой в семье, то, вырастая, она, как правило, не испытывает проблем при создании своей семьи. С самого детства между дочерью и матерью происходит неосознанная передача опыта, заложена основа женского поведения, а также представления

об основных жизненных ценностях. Желательно, чтобы женщина-мать видела смысл своей жизни в первую очередь в материнстве [53].

С.Ю. Мещерякова выделяет несколько групп показателей психологической готовности к материнству на основе исследования беременных женщин (таблица 5).

Таблица 5. – Показатели психологической готовности к материнству (По С.Ю. Мещеряковой)

Показатели готовности к материнству	Уровни психологической готовности к материнству		
	Высокий	Средний	Низкий
Коммуникативный опыт в раннем детстве	<ul style="list-style-type: none"> - наличие привязанности к матери; - ласковое отношение родителей; - предпочтение играм с куклами; - любовь к детям младенческого возраста. 	<ul style="list-style-type: none"> - отсутствие привязанности к матери, неоднозначный ранний детский опыт взаимоотношений с родителями; - предпочтение в детстве играм с куклами; - любовь к детям до года, либо детям постарше. 	<ul style="list-style-type: none"> - отсутствие привязанности к матери в детстве и строгое отношение родителей; - редкие игры с куклами; - любовь к детям старше трех лет.
Переживания в период беременности	<ul style="list-style-type: none"> - отсутствие колебаний в принятии решения иметь ребенка, радость об известии о беременности; - преобладание положительных ощущений и переживаний в период беременности; - развернутые ответы на вопросы, касающиеся отношения к еще не родившемуся ребенку (чувство общности с ним, разговаривают, обращаясь к ребенку, прислушиваются к шевелению), придумывают имя для малыша. 	<ul style="list-style-type: none"> - присутствие показателей частично из высокого и низкого уровней психологической готовности к материнству. 	<ul style="list-style-type: none"> - наличие колебаний в принятии решения иметь ребенка, негативных переживаний и ощущений в период беременности; - скупые и формальные ответы на вопросы, касающиеся их отношения к еще не родившемуся ребенку (не переживают чувства общности с ребенком, не пытаются вступить в общение с ним, не придумывают имя, не представляют себе малыша).
Установка на стратегию воспитания	<ul style="list-style-type: none"> - ориентирование на стратегию «мягкого» воспитания; - кормление по потребности ребенка; - намерение почаще брать его на руки, не бояться приучать к соске. 	<ul style="list-style-type: none"> - намерение не брать часто ребенка на руки, соску предлагать в случае крайней необходимости; - не сторонницы кормления по часам. 	<ul style="list-style-type: none"> - сторонницы «строгого» воспитания, опасение избаловать ребенка; - кормление по часам; - «не приучать» к рукам.

Первая группа показателей включает в себя особенности коммуникативного опыта женщин с детства. С.Ю. Мещерякова определила этот аспект, исходя из концепции М.И. Лисиной, согласно которой основы личности и отношение к миру формируются с самого начала жизни в общении с близкими взрослыми [40]. Первоначальное личностное развитие, выработанное в процессе общения, может также оказать влияние на формирование родительского поведения. Положительный опыт общения с близкими в детстве создает благоприятные условия для развития субъективного отношения к другим людям и формирования связи с собственным ребенком. Мещерякова предположила, что через эмоциональные следы, оставленные в ранних воспоминаниях о себе и своих родителях, можно судить о характере раннего коммуникативного опыта будущей матери. Она также придает большое значение общению с одноклассниками, старшими и младшими детьми [12].

Вторая группа показателей связана с отношением женщины к еще нерожденному ребенку. Идеальной ситуацией для будущего материнского поведения является желанность ребенка, наличие субъективного отношения матери к еще не рожденному младенцу, проявляющееся в любви, мысленной или вербальной связи, а также стремлении интерпретировать движения плода как форму общения.

Третья группа показателей включает в себя установки по стратегии воспитания ребенка.

То, как будущая мать намеревается осуществлять уход за ним, с точки зрения автора, также свидетельствует о преобладании субъективного или объективного отношения к ребенку.

Перспективы материнства, согласно автору, можно оценить по тому, как будущая мать планирует заботиться о ребенке. С.Ю. Мещерякова предполагает, что определенные показатели в совокупности могут отражать

уровень психологической готовности к материнству и служить основанием для прогнозирования эффективности материнского поведения [60].

Е.В. Милосердова выделяет два ключевых фактора, определяющих психологическую готовность к материнству: отношение к беременности и поведение во время родов.

Отношение к беременности. Оптимальный сценарий – это когда беременность желанна и воспринимается с радостью и осознанием. В этом случае беременность протекает спокойно как на психологическом, так и на физиологическом уровне. Такая женщина готова стать матерью и может сознательно преодолеть любые трудности и ограничения ради своего ребёнка.

Поведение женщины в процессе родов. Нередко женщина, вместо того чтобы сосредоточиться на благополучии ребёнка и его эмоциональном состоянии, сопереживать ему и оказывать поддержку, она погружается в свои переживания и начинает жалеть себя, обвиняя окружающих в своих проблемах. Её мысли заняты только тем, чтобы поскорее завершить этот процесс [79].

Психологическая готовность представляет собой комплексное образование, включающее в себя множество аспектов и отражающее степень соответствия личностных качеств требованиям, предъявляемым к деятельности и условиям её осуществления [57].

Е.В. Матвеева определяет психологическую готовность к материнству, как специфическое личностное образование, включающее в себя три блока готовности: потребностно-мотивационный блок; когнитивно-операционный блок и блок социально-личностной готовности к материнству (таблица 6) [52].

Таблица 6. – Показатели психологической готовности к материнству у беременных женщин по Е.В. Матвеевой

Блок	Показатели готовности	Показатели неготовности
Потребностно-мотивационный	Беременность Зачатие была запланирована, и женщина с нетерпением ожидает появления ребёнка. Будущая мама испытывает разнообразные эмоции, связанные с предстоящими изменениями в жизни. Она общается с ребёнком и интерпретирует его движения как выражение настроения. Женщина реагирует на сигналы малыша соответствующим образом. У неё уже есть общее представление о ребёнке в младенческом возрасте, но оно ещё не детализировано. Например, она не представляет, какого цвета будут глаза и уши у малыша. Будущая мама имеет реалистичные ожидания от ребёнка после его рождения.	В результате незапланированной и нежелательной беременности (наличие открытого или скрытого конфликта с ситуацией беременности) у женщины наблюдаются ярко выраженные физические и эмоциональные изменения. Беременная не взаимодействует с ребенком и в некоторых случаях негативно реагирует на его движения. Образ ребёнка не сформирован или представляется в виде ребёнка дошкольного возраста к концу беременности. Также наблюдаются завышенные ожидания от ребёнка и психологическая дистанция в отношениях.
Когнитивно-операционный	Женщина обладает опытом ухода за новорождёнными и готовится к предстоящим родам. Она активно изучает информацию о воспитании и уходе за детьми. Ей известно о физическом и психологическом развитии ребёнка. В её планах – грудное вскармливание и ношение ребёнка на руках по его желанию.	Женщина испытывает сомнения в своих материнских способностях, независимо от наличия опыта воспитания детей. Она не имеет опыта ухода за младенцами и не знает, как правильно воспитывать и развивать детей. Женщина планирует строго придерживаться режима для ребёнка и «не приучать к рукам».

Окончание таблицы 6

Социально-личностный	<p>Жизнь женщины перестраивается для того, чтобы создать наиболее подходящие условия для вынашивания ребёнка. Она понимает, что её жизнь изменится.</p> <p>Брак зарегистрирован, отношения с отцом ребёнка стабильные. Женщина оценивает его адекватно или даже слишком высоко. Супруги живут отдельно и имеют стабильный доход. Женщину устраивают отношения с родителями, и они положительно относятся к беременности. У неё есть положительный опыт общения с родителями в детстве.</p>	<p>Образ жизни женщины остаётся неизменным или претерпевает незначительные изменения. У женщины наблюдаются проблемы с самооценкой, повышенная тревожность и сильные негативные эмоции, вызванные изменениями в фигуре, в том числе возможными после родов. Отношения с отцом ребёнка не оформлены официально и воспринимаются как неудовлетворительные.</p> <p>Финансовое положение оценивается как неудовлетворительное. В процессе воспитания женщины родители использовали негативные методы воздействия, такие как физическая сила, крики, угрозы, обидные слова и игнорирование. В настоящее время женщина имеет неадекватную самооценку.</p>
----------------------	--	---

Потребностно-мотивационная готовность к материнству подразумевает потребность в материнстве и включает потребностно-эмоциональный и ценностно-смысловой компоненты. Потребностно-эмоциональная готовность к материнству обеспечивает позитивное отношение женщины к беременности и настрой (без страха) на роды, эмоционально-положительный образ ребёнка, желание заботиться о нём, радостно-счастливое отношение к роли матери.

Исследования показали, что женщины, относящиеся к беременности негативно, испытывают отрицательные эмоции по поводу будущего ребенка. В то время как женщины с позитивным взглядом на беременность выражают желание любить своего будущего ребенка. У них развиваются материнские чувства без сомнений. Для таких женщин беременность становится важной

частью материнства и характеризуется постоянным положительным отношением к ребенку и новым смыслом жизни [60].

В рамках когнитивно-операционного блока важным является осознание женщиной своих материнских обязанностей, знание о психофизиологических особенностях в период беременности, о процессе родов, а также об аспектах воспитания и развития детей. Также важно понимание некоторых аспектов общения с ребенком, их взаимодействия и ухода, а также знание о грудном вскармливании [52].

Женщина должна быть осведомлена о глубоких изменениях, которые происходят в её организме во время беременности, как физиологически, так и психологически, чтобы принять все необходимые меры для нормального течения беременности и обеспечить комфорт будущей маме на эмоциональном уровне.

Блок социально-личностной готовности к материнству включает в себя развитие половой идентификации женщины, установку на стратегию воспитания ребёнка, представление о важных личностных качествах матери для развития ребёнка, позитивное восприятие родительской роли, осознание ответственности за развитие ребёнка и свою материнскую позицию, готовность преодолевать трудности, связанные с рождением и воспитанием ребёнка [35].

Чтобы успешно выполнять роль родителя, необходимо правильно подготовиться. Это означает не просто воспринимать материнство в радужных тонах, а видеть в нём новые перспективы для раскрытия своего потенциала.

Психологические типы беременных женщин

В своей работе В. Е. Рыжкова предлагает классификацию психологических типов беременных женщин, основанную на разделении беременности на триместры (таблица 7) [58].

Таблица 7. – Психологические типы беременных женщин

Психологический тип	Характеристика
«Женщина-дочь»	Этот психологический тип проявляется в первом триместре беременности, когда будущая мать стоит перед выбором — сохранить ребёнка или прервать беременность.
«Женщина-женщина»	Во втором триместре беременности у женщины формируется новый психологический образ — «женщина-женщина». К этому времени она уже ощущает значительные изменения как в своём физическом, так и в эмоциональном состоянии. Меняется осанка, походка становится более размеренной, и женщина ожидает внимания и поддержки от окружающих.
«Женщина-мать»	В третьем триместре беременности у женщины формируется психологический образ матери. К этому времени организм начинает подготовку к родам, активность плода возрастает, и женщина всё больше погружается в свои мысли, внимательно прислушиваясь к движениям будущего ребёнка. В этот период она эмоционально готова обсуждать материнство, и для многих ребёнок становится реальным человеком с определёнными чертами внешности и характером [58].

Положительное отношение к беременности влечет за собой спокойное ее протекание. Такая женщина способна совершенно сознательно перенести ради ребенка любые трудности и ограничения. Несмотря на последнее, образ будущего ребенка у женщины вызывает положительные эмоции, она находится в «предвкушении» будущего материнства.

Если ребенок желанен, то он способен олицетворять представление женщины о счастье. Когда ребенка не ждут, чаще встречаются преждевременные роды. Происходит это потому что, женщина находится в подавленном, напряженном состоянии, ее угнетает мысль о будущем ребенке.

Большое значение имеет и то, как женщина настроена на процесс родов. В современной психологии и психотерапии считается, что отношение женщины к процессу родов существенным образом влияет на успешность родов, а также отражает общее отношение к беременности, будущему ребенку, своей новой роли матери [32].

Отрицательные переживания, острые стрессовые состояния, устойчивые страхи, возникновение неоднозначных чувств к будущему ребенку или к самой себе, а иногда своеобразное игнорирование беременности могут свидетельствовать о наличии у будущей матери неосознаваемых внутренних проблем, конфликта между желанием иметь ребенка и неготовностью к решительным переменам в себе и в жизни.

И.В. Добряков предлагает разделять женщин по преобладанию у них того или иного типа психологического компонента гестационной доминанты. Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы [18].

В результате изучения анамнестических сведений, наблюдением за беременными женщинами и бесед с ними автором было выделено 5 типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный.

Оптимальный тип ПКГД отмечается у женщин, ответственно, но без излишней тревоги относящихся к своей беременности. В этих случаях, как правило, отношения в семье гармоничны, беременность желанна обоими супругами. Женщина, удостоверившись, что беременна, продолжает вести активный образ жизни, но своевременно встает на учет в женскую консультацию, выполняет рекомендации врачей, следит за своим здоровьем,

с удовольствием и успешно занимается на курсах дородовой подготовки [2, 54].

Гипогестогнозический тип ПКГД нередко встречается у женщин, не закончивших учебу, увлеченных работой, а также при нежеланной беременности. До того момента, когда не считаться с изменениями организма женщина уже не может, она старается совсем не менять ритм жизни, привычек, не думает о будущем ребенке. Обычно такие женщины испытывают сильную тревогу, но стараются скрывать ее от окружающих, не замечать самой. Фон настроения при этом часто понижен, хотя возможны его беспричинные колебания. Женщины с гипогестогнозическим типом ПКГД нередко скептически относятся к курсам дородовой подготовки, пренебрегают занятиями.

Эйфорический тип ПКГД характеризуется преобладанием повышенного настроения, уверенностью в благополучном родоразрешении, легковесностью и непониманием своей новой роли сейчас и ближайшем будущем. Такой тип ПКГД отмечается у женщин с истерическими чертами личности, а также у длительно лечившихся от бесплодия. Нередко беременность становится средством манипулирования, способом изменения отношения с мужем, достижения меркантильных целей. При этом декларируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, возникающие недомогания и трудности преувеличиваются. Женщины претенциозны, требуют от окружающих повышенного внимания, выполнение любых прихотей. Посещают врачей и курсы дородовой подготовки, но далеко не ко всем советам прислушиваются и не все рекомендации выполняют или делают это формально [2, 54].

Тревожный тип ПКГД характеризуется высоким уровнем тревоги у беременных, что влияет на ее соматическое состояние. Тревога может быть вполне оправданной и понятной (наличие острых или хронических заболеваний, дисгармоничные отношения в семье, неудовлетворительные материально-бытовые условия и т.п.). В некоторых случаях беременная

женщина либо переоценивает имеющиеся проблемы, либо не может объяснить, с чем связана тревога, которую она постоянно испытывает. Нередко тревога сопровождается ипохондричностью. Нередко неправильные действия медицинских работников способствуют повышению тревоги у женщин. Большинство из них нуждается в помощи психотерапевта.

Депрессивный тип ПКГД проявляется, прежде всего, резко сниженным фоном настроения у беременных. Женщина, мечтавшая о ребенке, может начать утверждать, что теперь не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здоровое дитя, боится умереть в родах. Женщины считают, что беременность «изуродовала их», боятся быть покинутыми мужем, часто плачут. В некоторых семьях подобное поведение будущей матери может действительно ухудшать ее отношения с родственниками, объясняющих все капризами, не понимающими, что женщина не здорова. Это еще больше усугубляет ее состояние. В тяжелых случаях появляются сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, обнаруживаются суицидальные тенденции [2, 54].

По мнению И.В. Добрякова отмечается некоторое соответствие типов ПКГД и выделенных Г.Г. Филипповой «стилей переживания беременности». Она описывает шесть вариантов стилей переживания беременности [73].

Адекватный. Установление факта беременности без выраженных и продолжительных негативных эмоций. Живот имеет нормальные размеры. Соматические ощущения отличаются от тех, которые бывают при отсутствии беременности. Их интенсивность средняя, они хорошо выражены. В первом триместре возможно общее снижение настроения, но без депрессивных эпизодов. Во втором триместре эмоциональное состояние благополучное. В третьем триместре повышается тревожность, которая к концу беременности снижается. В третьем триместре активность направлена на подготовку к послеродовому периоду. Первое шевеление ребёнка ощущается в 16–20 недель. Это переживается положительно, вызывает приятные соматические ощущения. Последующие шевеления чётко отличаются от других ощущений

и не сопровождаются отрицательными соматическими и эмоциональными переживаниями [29, 78].

Тревожный. Идентификация беременности сопровождается беспокойством и страхом, которые периодически возвращаются. Живот может быть слишком большим или маленьким для текущего срока беременности. Соматические симптомы ярко выражены и напоминают болезненное состояние. В первом триместре эмоциональное состояние характеризуется повышенной тревожностью или депрессией. Во втором триместре не происходит стабилизации, а депрессивные или тревожные эпизоды повторяются. В третьем триместре эти симптомы усиливаются. В третьем триместре женщина испытывает страх за исход беременности, родов и послеродового периода. Первое шевеление ощущается рано и сопровождается сомнениями или, наоборот, чёткими воспоминаниями о дате, времени и условиях. Эти ощущения переживаются с тревогой и испугом, возможны болезненные ощущения. Дальнейшие шевеления часто связаны с тревогой за здоровье ребёнка и себя. Женщина стремится получить больше информации и патронажа [29, 78].

Эйфорический. Все аспекты имеют чрезмерно оптимистичный оттенок, отмечается отсутствие критического восприятия потенциальных трудностей, связанных с беременностью и материнством. Не наблюдается чёткого различия в восприятии движений ребёнка. Как правило, к концу беременности возникают осложнения. Проективные методики демонстрируют тревожные ожидания в отношении послеродового периода.

Игнорирующий. Поздняя идентификация беременности, которая вызывает чувство досады или даже удивления. Живот ещё не заметен. Соматические симптомы либо отсутствуют, либо самочувствие даже лучше, чем до беременности. В течение беременности не наблюдаются значительных изменений в эмоциональном состоянии. Иногда отмечается повышение активности и общего эмоционального тонуса. Первое шевеление ощущается поздно. Последующие шевеления воспринимаются как физиологические

ощущения, а к концу беременности становятся источником физического дискомфорта. В третьем триместре активность возрастает, но направлена на другие аспекты жизни, не связанные с ребёнком [29, 78].

Амбивалентный. Симптомы схожи с тревожным типом, но есть и отличия: ощущения от шевелений резко противоположны по физическим и эмоциональным проявлениям, часто возникают болевые ощущения. Свои негативные эмоции интерпретируются как страх за ребёнка и исход беременности и родов. Часто упоминаются внешние обстоятельства, которые мешают нормальному течению беременности.

Отвергающий. Идентификация беременности сопровождается резкими отрицательными эмоциями. Вся симптоматика резко выражена и негативно физически и эмоционально окрашена. Переживание всей беременности как кары, помехи и т.п. Шевеление окрашено неприятными физиологическими ощущениями, сопровождается неудобством, брезгливостью. К концу беременности возможны всплески депрессивных или аффективных состояний.

По словам авторов, психологические особенности беременных женщин могут меняться в процессе вынашивания ребёнка под влиянием различных факторов – как внешних, так и внутренних, как случайных, так и целенаправленных, например, в результате психологической работы с будущей мамой [8].

Следует подчеркнуть, что психологические характеристики будущих матерей во многом определяются их физическим и физиологическим состоянием во время беременности. В связи с этим важно изучить психологические аспекты беременности и их связь с физическим самочувствием женщины.

Некоторые аспекты физиологии и психологии беременных.

1 триместр

В это время в организме женщины происходят значительные изменения, к которым она не всегда готова. Физиологически это проявляется

в гормональной «атаке» и дискомфорте, таких как тошнота, потливость, обмороки и рвота по утрам. Психологически женщина переживает кризис перемен, волнуясь о будущем и карьере. Женщины, уже имеющие детей, задаются вопросами о подготовке старшего ребенка к появлению ещё одного и о возможных конфликтах между детьми. Она становится раздражительной и эмоциональной, что может привести к одиночеству. Трансформация психологического состояния влияет на её социальное окружение, что может привести к недопониманию в семье. Женщина нуждается в поддержке партнёра, но ему может быть сложно включиться в процесс. Возможны проблемы на работе или в учёбе, конфликты с руководством. Всё это происходит без желания женщины меняться, и здесь снова «работают» гормоны [47].

У повторнородящих женщин этот период проходит иначе. Они уже знакомы с изменениями, которые происходят в организме во время беременности, и внутренне готовы к ним. Однако у них также есть свои трудности, которые помогают сгладить «революционные изменения». Эти трудности связаны со старшими детьми, которые требуют много внимания и заботы. Эти проблемы остаются на протяжении всей беременности.

Конец I триместра – для многих беременных начало «коренного перелома» в самочувствии. Ранний токсикоз ослабляет свою «хватку». И все потихоньку стабилизируется. На границе первого и второго триместра беременности появляется ощущение грядущего материнства, и это ощущение, крепнущее день ото дня, безусловно, является одним из самых ценных ощущений, переживаемых многими женщинами [67].

II триместр.

Во втором триместре беременности женщина продолжает привыкать к изменениям в организме: фигура меняется, появляются характерные признаки – живот, увеличение груди, округление бёдер. Токсикоз может продолжаться, появляются запоры и геморрой, но хочется больше отдыхать и лежать. В психологическом плане начинается важный момент – будущая

мама начинает чувствовать движения малыша и анализировать риски, связанные с беременностью. Она тревожится о бокале вина или аспирина, которые принимала, о загрязнённом воздухе или облучении от монитора компьютера. Женщина задумывается о будущем, представляет роды, испытывает страх и тревогу. Многие сталкиваются с угрозой беременности, что вызывает дополнительную тревогу. К концу триместра женщина осваивается с новой ролью, окружающие привыкают к её новому положению, и все стараются помочь и поддержать. Проблемы на работе или в учёбе могут сохраняться [67].

III триместр.

В физиологическом плане – масса проблем. Трудно дышать, появилась изжога, часто хочется в туалет: причина этому – выросшая матка, которая прижала все внутренние органы. Из-за всех этих причин нарушается нормальный сон. Может проявиться такая патология, как варикозное расширение вен. Но все это скоро закончится. К концу этого триместра становится легче дышать, уменьшается изжога, т.к. ребенок опускается в область малого таза, и давление на соседние органы становится меньше.

Психологическая сторона. Женщина уже привыкла к постоянным толчкам ребенка. Они неразрывное целое и любая беременная это понимает и принимает. Практически у всех беременных в этот срок увеличивается тревога за будущего малыша. Опять возникает множество вопросов: «Как долго еще осталось до родов?» «Как пройдут роды?» «Будет ли здоров ребенок?» многие женщины не знают, какого пола родиться ребенок, отсюда вполне естественны вопросы «Кто родиться, и какого веса?» Практически у всех первородящих женщин больше всего волнуют предстоящие роды, их ожидание связано с целой серией страхов. Бывает, что в ожидании приближающихся родов женщина начинает испытывать страх перед смертью. Дело даже не в страхе за собственную жизнь, а скорее в предчувствии переживаний ребенка, который в процессе рождения проходит стадию психологического «умирания» [67].

Состояние женщин во время беременности

В исследовании, проведенном В. И. Брутманом, Г. Г. Филипповой и И.Ю. Хамитовой, были рассмотрены трансформации в восприятии ценности будущего ребёнка, а также эмоциональное состояние женщин в период беременности. Кроме того, были изучены особенности отношения матери к ребёнку на различных этапах беременности [6]. В результате проведенного исследования были выявлены разнообразные варианты восприятия ребёнка и материнского отношения, которые могут быть классифицированы следующим образом:

Адекватная ценность ребенка с оптимальным балансом ценностей из других потребностно-мотивационных сфер.

Повышенная ценность ребенка, подавляющая все остальные ценности.

Пониженная ценность ребенка, когда преобладающими являются ценности из других сфер.

Недостаточная ценность ребенка: частичная или полная замена ценности ребенка ценностями из других сфер.

Адекватное отношение: материнское отношение, основанное на глубоком понимании ребёнка как личности и учёте его потребностей, а также на внимании к своему состоянию и состоянию ребёнка, представляет собой сбалансированный подход. В этом случае женщины демонстрировали высокий уровень материнской компетентности, который формировался на ранних этапах и приносил им глубокое удовлетворение от материнства и признание окружающих.

Тревожное, амбивалентное отношение: для таких женщин было характерно двойственное и нестабильное отношение к ребёнку, которое выражалось в противоречии между ценностью ребёнка и навязываемыми ценностями. Они испытывали противоположные или непоследовательные эмоции в зависимости от настроения ребёнка. Эти женщины демонстрировали неравномерную компетентность в отношении различных поведенческих проявлений ребёнка. Они сталкивались с конфликтом между

своими собственными состояниями и необходимостью соответствовать мнению окружающих в контроле за состоянием ребёнка. Также им была свойственна недостаточная субъективизация ребёнка, постоянная тревога за его состояние и свои действия, неудовлетворённость собой и отношением окружающих к ребёнку, а также склонность к самоосуждению наряду с оправданиями. Их настроение часто менялось [6].

Эмоционально отстраненное, регулирующее отношение: Для таких женщин характерно воспринимать ребёнка как объект, требующий строгого соблюдения определённого режима, не учитывая его реакции. В своём поведении они придерживаются строгих принципов воспитания ребёнка и ориентируются на мнение окружающих.

Эти женщины стремятся к рациональному подходу, но их родительская компетентность проявляется с опозданием. Они часто выражают недовольство развитием ребёнка и предъявляют претензии к его особенностям. Кроме того, они испытывают неудовлетворённость условиями, отношением других членов семьи, нехваткой времени на себя и необходимостью постоянно уделять внимание ребёнку [6].

Влияние психического состояния беременной на течение беременности и родов

Многие российские специалисты в области акушерства и гинекологии указывают на то, что эмоциональные переживания, стресс, усталость, тревожность и прочие психологические состояния могут стать причиной осложнений во время беременности и родов. Для успешного протекания беременности и родов крайне важно, чтобы женщина находилась в спокойном эмоциональном состоянии.

С точки зрения физиологии, психологическое состояние беременных женщин зависит от взаимодействия двух основных факторов: соматических и генитальных. К соматическим факторам относятся заболевания, не связанные с репродуктивной системой, а также индивидуальные особенности физического состояния женщины. Генитальные факторы включают в себя

физиологические особенности женской половой системы, некоторые заболевания, а также особенности течения беременности [76].

В результате исследований, проведённых И.В. Каплун и В.В. Абрамченко, были выявлены специфические черты психосоматического состояния беременных женщин. Оказалось, что одним из наиболее значимых факторов, способных вызвать осложнения во время беременности, являются хронические заболевания. При изучении личностных характеристик с применением методики Р.Б. Кеттелла было установлено, что женщины с осложнённой беременностью характеризуются эмоциональной чувствительностью, тревожностью, переменчивостью настроения и зависимостью от окружающих. Эти особенности снижают способность личности эффективно справляться со стрессом [76].

Н.П. Коваленко, исследуя вопросы психопрофилактики и психокоррекции у женщин в период беременности и родов, обращает внимание на то, что заболевания генитальной сферы, осложняющие акушерско-гинекологический анамнез, занимают второе место по степени негативного влияния на психосоматическое состояние беременной и её нервно-психическое здоровье после хронических соматических заболеваний. У таких пациенток возрастает страх за исход родов для ребёнка. Уровень нервно-психического напряжения также повышается из-за возникновения и развития позднего токсикоза беременности, что усиливает беспокойство беременной за исход родов для ребёнка.

Таким образом, количество и характер осложнений в родах тесно связаны с психологическим состоянием беременных женщин, уровнем тревожности и восприимчивостью к стрессовым ситуациям [36].

Существует ряд психологических аспектов, которые могут привести к возникновению стресса у беременных женщин [19]:

1. Эгоцентризм и нарциссизм, нежелание жертвовать чем-либо ради ребёнка.

2. Приоритет профессиональных интересов и стремление к успеху в ущерб временному уединению в семье и заботе о ребёнке.

3. Повышенная эмоциональная чувствительность, ранимость и впечатлительность, особенно ярко проявляющиеся во время беременности – наиболее сензитивного периода в жизни женщины.

4. Тревожность, склонность к беспокойству и страхам.

5. Мнительность, частые сомнения и неуверенность в себе.

6. Невротизация матери из-за предыдущих неблагоприятных условий жизни в семье и нерешённых проблем в браке.

7. Восприятие родов как крайне болезненного, опасного и неприятного события.

В период беременности личностный стресс проявляется в различных аспектах. Среди них:

- повышенная раздражительность и тревожность в конце беременности;
- ощущение эмоциональной неудовлетворённости и недовольства;
- беспокойство в начале беременности;
- переживания по поводу отношений с партнёром;
- сильные испуги;
- усталость;
- общее недомогание;
- чрезмерные нагрузки в учёбе или работе;
- проблемы со сном.

Длительное воздействие стресса может привести к внутреннему дискомфорту, который является ключевой характеристикой общего стрессового состояния беременной женщины. Именно постоянное чувство неудовлетворённости может стать причиной таких серьёзных осложнений беременности, как угроза выкидыша и преждевременной отслойки плаценты, что, в свою очередь, может привести к преждевременным родам [14].

Таким образом, на формирование готовности к материнству у беременных женщин влияет множество факторов. Среди них С.Ю. Мещерякова выделяет особенности коммуникативного опыта женщин из ее раннего детства, переживание женщиной отношения к еще не родившемуся ребенку, установки на стратегию воспитания ребенка.

Е.В. Матвеева выделяет три блока, характеризующие готовность к материнству у беременных женщин: потребностно-мотивационный, когнитивно-операционный и социально-личностный. Российские исследователи Г.Г. Филиппова, И.В. Добряков выделяют несколько типов переживания беременности (гестационной доминанты): эйфорический, тревожный, игнорирующий, депрессивный, оптимальный.

1.3. Возможности индивидуального консультирования для формирования готовности к материнству у беременных женщин

Существует множество видов психологической поддержки: консультации, психологическая коррекция, психотерапия, профилактика, восстановление психологического здоровья, развитие или формирование новых психических функций и структур. Важно учитывать глубину и интенсивность психологической помощи [33].

Психологическое консультирование представляет собой вид помощи, оказываемой психологически здоровым людям в решении широкого спектра актуальных проблем. В основе этого процесса лежит специально организованная беседа, цель которой – помочь клиенту осознать суть проблемы и найти пути её решения. Важно отметить, что практически каждый человек, не имеющий серьёзных психических или психологических отклонений, способен самостоятельно справиться с большинством возникающих в его жизни проблем [51].

Для более глубокого понимания результатов психологического консультирования необходимо проанализировать цели и задачи, которые

ставит перед собой психолог. Эти аспекты подробно описаны авторами в рамках их концепции подхода.

Г.С. Абрамова считает, что целью психологического консультирования является содействие клиенту в его культурном развитии и становлении как продуктивной личности. Психолог должен помочь клиенту научиться планировать свою деятельность, принимать взвешенные решения, разрабатывать новые стратегии поведения и анализировать ситуацию с разных точек зрения. Задача психолога – создать условия, способствующие достижению этих целей [1].

В процессе психологического консультирования, согласно Р. Кочюнасу, необходимо содействовать развитию качеств зрелой личности у клиента. Задача психолога в этом контексте заключается в том, чтобы проявить эти качества в себе самом. Р. Кочюнас утверждает, что зрелая личность отличается многогранным развитием как в личной, так и в профессиональной сфере [30].

Н.Н. Обозов полагает, что задача психолога в процессе консультирования заключается в том, чтобы помочь клиенту осознать причины и последствия жизненных обстоятельств. В этой ситуации психолог должен предоставить клиенту информацию, которая будет иметь практическую ценность в контексте его ситуации.

В рамках данного исследования мы рассмотрим основные принципы психологического консультирования, предложенные различными авторами, такими как Ю.Е. Алешина, П.П. Горностай, С.В. Васьковская, А.Н. Моховиков и другими. Эти принципы необходимо учитывать в практической работе [5], (таблица 8):

Таблица 8. – Принципы психологического консультирования

№	Принцип	Описание принципа
1	Доброжелательное и безоценочное отношение к клиенту	Доброжелательное, внимательное и чуткое отношение к клиенту. В общении с клиентом важно проявлять внимание и чуткость, не переходя при этом к излишней активности или примитивному сочувствию. Безоценочность – один из самых сложных для реализации принципов.
2	Ориентация на нормы и ценности клиента	Задача психолога заключается в том, чтобы понять, какое значение имеет то или иное событие для клиента, а не для самого специалиста. Только клиент может быть экспертом в собственной жизни, и психолог не может заменить его в этом.
3	Запрет давать советы	Психолог не предлагает готовых решений, он помогает клиенту проанализировать проблему и найти пути её решения.
4	Уважение к личности, анонимность и конфиденциальность	Клиент может быть уверен в конфиденциальности своих персональных данных и в том, что его мысли и чувства не будут разглашены. Необходимо проявлять уважение к личности клиента, независимо от его возраста, национальности, вероисповедания, пола, рода занятий и других характеристик.
5	Разграничение личных и профессиональных отношений	В процессе взаимодействия с клиентом легче устанавливать и прерывать контакт, если нет эмоциональных связей.
6	Активизация клиента, принятие им ответственности за происходящее	Для достижения положительного результата в процессе консультирования необходима активность и ответственность как со стороны клиента, так и со стороны консультанта.
7	Не навреди	В процессе консультирования необходимо понимать, какие действия допустимы, а какие запрещены.

Р. Кочюнас выделяет ключевые аспекты, которые непосредственно связаны с сущностью процесса консультирования:

1. В процессе консультирования клиент имеет право самостоятельно определять свои действия.
2. Консультирование способствует личностному развитию и освоению новых моделей поведения.
3. В процессе консультирования клиент может частично передать ответственность консультанту. Важно не препятствовать этому процессу и создать условия для проявления волевых качеств клиента.

4. В консультировании ключевую роль играет совместная работа консультанта и клиента.

С. В. Фролова, рассматривая консультативную психологию, выделяет два основных вида консультирования: индивидуальное и групповое.

В первом случае содержание консультации определяется потребностями конкретного человека, который обращается за помощью. Во втором случае содержание и цели консультации определяются участниками группы [70].

Психолог может проводить консультации в двух формах: индивидуально и в групповой форме.

В случае индивидуального консультирования клиент договаривается о встрече с психологом и приходит в назначенное время в кабинет. Начинается консультация. Если это первая встреча, психолог выясняет суть проблемы и заключает с клиентом договор: определяет, чего именно клиент хочет достичь, сколько времени на это потребуется, что нужно делать в перерывах между встречами, как часто встречаться с психологом в дальнейшем, на каких условиях оплачивается работа и переносятся встречи. Затем начинается работа. Клиент рассказывает, над чем хочет поработать сегодня. Психолог задаёт вопросы и предлагает что-то сказать или сделать. В зависимости от подхода конкретного специалиста могут использоваться вербальные, художественные, двигательные, драматические и другие техники. Всё это происходит в формате личной беседы [70].

Психологическая поддержка для будущих матерей должна быть адаптирована к особенностям и этапам развития женщины в роли матери. Она должна учитывать уникальные характеристики и потребности каждой женщины на разных стадиях становления материнства и взаимодействия с ребёнком [82].

Психологическая поддержка и помощь беременным женщинам в вопросах материнства может быть оказана в различных формах психологической практики. Обычно это услуги, предоставляемые неспециализированными

психологическими службами [21]. В области психологической практики можно выделить четыре основных направления, в рамках которых женщина может получить более или менее качественную и профессиональную помощь в вопросах, связанных с материнством:

1. Подготовка к родам и материнству (курсы для будущих родителей, школы подготовки к родам).
2. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование и психотерапия.
3. Психологическая помощь матери.
4. Комплексная психологическая помощь по проблемам материнства.

В основе каждого из этих направлений лежат разнообразные психологические методы и техники, которые находят своё применение в сфере консультирования и терапии. В той или иной мере они касаются вопросов, связанных с материнством.

Одним из наиболее действенных методов консультирования беременных женщин является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Она способствует изменению иррациональных мыслей и убеждений, которые могут вызывать негативные эмоции, стресс и поведенческие проблемы.

Некоторые задачи КПТ при работе с беременными:

1. Научить различать конструктивные и деструктивные эмоции.
2. Сформировать позитивное восприятие жизненных трудностей.
3. Развить способность принимать неизвестность.
4. Преодолеть стремление избегать проблем.
5. Повысить уверенность в своей способности преодолевать трудности.
6. Научиться жить настоящим моментом, наслаждаться беременностью и не тратить время на переживания.

Один из методов когнитивно-поведенческой терапии, который применяется для работы с беременными женщинами, – это когнитивная

реструктуризация. Она позволяет заменить иррациональные мысли и убеждения на более реалистичные и адаптивные.

Подготовка к родам проводится различными медицинскими и психологическими учреждениями, а также неформальными группами родителей и индивидуальными специалистами (психологами, акушерами). Это могут быть курсы и школы для будущих родителей, а также другие программы, которые направлены на подготовку беременных женщин и семейных пар к родам. В рамках такой подготовки будущие родители учатся расслабляться, правильно дышать, контролировать свои эмоции, осваивают различные навыки, которые помогут облегчить роды, в том числе технику «родового голоса». Также в программу подготовки часто включают занятия по повышению родительской компетентности, гимнастику и различные творческие активности [45].

В определённых обстоятельствах программа приобретает более широкий охват, акцентируя внимание на психологической подготовке к родам и материнству. В рамках программы применяются разнообразные методы групповой и индивидуальной работы, направленные на развитие творческих способностей, личностный рост, эмоциональную сферу, снижение тревожности, формирование образа ребёнка и ожиданий от родов. Также используются методы пренатального обучения и установления связи между матерью и ребёнком во время беременности [26].

Существует несколько основных правил работы с беременными женщинами:

1. Деятельность консультанта или психотерапевта должна быть экологичной и поддерживающей для женщины на любом сроке беременности. Это означает, что специалист должен обеспечить безопасность и эмоциональную поддержку.

2. Основная цель – помощь в совладании с тревогой с акцентом на простых и эффективных способах организации жизни во время беременности, обучении приемам самопомощи. Во время беременности

женщине необходимо научиться расслабляться. Это навык ей также будет необходим при родах. Для этого могут быть использованы дыхательные техники, такие как: «Успокоение», «Сонное дыхание»; «Дыхание по квадрату». В период беременности крайне важно освоить техники дыхания для схваток и потуг, чтобы они стали рефлекторными, так как в процессе родов будет невозможно вспомнить правильную технику дыхания. Техники, направленные на мышечное расслабление: «Напряжение-расслабление», техника массажа поясницы отлично помогает во время тренировочных и родовых схваток.

3. Рождение первенца в семье – это важный этап в жизни пары, который может привести к кризису в отношениях. Поэтому необходимо заранее принять меры, чтобы избежать возникновения проблем в отношениях.

4. В первую очередь, в работе с клиентами используются методы, которые не требуют длительного времени и не вызывают сильных эмоций. Это краткосрочная терапия, терапия, ориентированная на решение, и когнитивно-поведенческая терапия.

Эти методы показали свою эффективность, так как они направлены на решение актуальных проблем и не вызывают у клиентов ярких эмоциональных реакций.

5. Большую часть работы психолога с беременной женщиной составляет просветительская деятельность. Сюда относится информирование, консультирование женщины по поводу трудностей, с которыми она обратилась. Также актуально консультирование по подготовке к родам и уходу за ребенком раннего возраста. Информирование беременной по особенностям течения родов и обучение методам самопомощи также способствует снижению тревоги и сохранению оптимального эмоционального состояния перед родами и непосредственно в родах.

Оптимистичный настрой будущей мамы и владение техниками самопомощи способствуют благополучному течению родов и служат одним из методов предотвращения послеродовой депрессии [24].

Все процессы, происходящие в организме будущей матери, оказывают влияние на развитие плода. В процессе эволюции сформировалась надёжная система защиты плода, представленная маткой, плацентой и пуповиной. Природа предусмотрела механизмы, которые позволяют минимизировать воздействие стрессовых факторов на плод до его рождения. Исследования показали, что у беременных самок животных повышается выносливость и устойчивость к неблагоприятным условиям в этот период. Негативные мысли и эмоции будущей матери не оказывают прямого воздействия на эмбрион и плод. Гораздо важнее уделять внимание состоянию здоровья и образу жизни молодой женщины [83].

Отдельное внимание при консультировании беременных женщин следует уделить эмоциональной связи с будущим малышом, используя при этом дородовое общение с ребенком – гаптономию. Цель этой техники – развитие у детей чувства базовой безопасности, благодаря установлению эмоционального контакта родителей с ребенком, а также включение осознания отцом связи с будущим ребёнком.

В начале беременности и на поздних сроках перед родами появляется множество страхов и волнений. Существует множество мифов, которые сопровождают эти периоды:

- страх родов, который может проявляться тревогой из-за неопределенности;
- страх боли, перспектива родов в медицинском учреждении, где всё незнакомо – и врачи, и акушерки, – а также возможные сложности в ходе процесса;
- страхом потери контроля во время родов, возможной травматизации ребенка в родах или страхами осложненных родов и страхом физической травматизации самой женщины;

- страхом экстренной операции кесарева сечения и ее последствиями для матери и ребенка.

Перечень страхов и поводов для беспокойства весьма обширен. Его можно продолжать и дальше. И если добавить к этим распространённым страхам основной принцип перинатальной психологии, который заключается в том, что любые отклонения от естественного хода беременности и родов, любые вмешательства, такие как назначение лекарств, обследований и манипуляций во время родов, могут иметь серьёзные последствия для здоровья и судьбы ребёнка, то становятся понятны причины возникновения тревоги, депрессии и развития неврозов у будущих мам [46].

Специалистам известно, что во время беременности у женщины происходит изменение восприятия окружающей действительности. В первом триместре формируется доминанта беременности, которая смещает фокус внимания женщины на себя, своё состояние и отношения с партнёром. Если у женщины существуют конфликтные отношения с партнёром, она чрезмерно ответственна или испытывает сложности в отношениях с матерью, то при повышении уровня тревожности она становится более уязвимой к негативной информации.

Негативная информация лучше запоминается и усугубляет тревожное состояние. Это способствует быстрому повышению уровня тревожности в первом триместре беременности и увеличивает риски развития невротических расстройств или депрессии в дальнейшем. Женщина стремится найти ответы на свои вопросы, но обилие информации, часто противоречивой, только усиливает тревожность. Высокий уровень тревожности может негативно сказаться на здоровье и течении беременности, что может проявиться в виде токсикоза, угрозы прерывания беременности на ранних сроках, быстрой прибавки в весе и других осложнений на более поздних сроках [46].

В процессе оказания психологической помощи беременным женщинам и подготовки к родам необходимо учитывать их эмоциональную

чувствительность и склонность к неврозам и депрессии. Специалисты должны уделять особое внимание методам преодоления жизненных трудностей у беременных и снижения уровня тревожности. Если женщина заинтересована в длительной работе с психологом, необходимо сосредоточиться на оказании психологической поддержки и обучении навыкам самопомощи во время беременности и родов. Важно открыто обсуждать с женщиной, что основная цель работы психолога – помочь ей справиться с эмоциональными и физическими изменениями во время беременности. Серьёзные психологические проблемы лучше отложить до послеродового периода, когда женщина сможет уделить им больше внимания. В период грудного вскармливания также важно сосредоточиться на практических трудностях и учитывать возможность получения поддерживающей психологической помощи [36].

Грамотная психологическая и психотерапевтическая работа с беременными женщинами, как правило, даёт положительные результаты. Специалистам, работающим с данной категорией клиентов, следует разъяснять женщинам ограничения в методах и техниках психотерапии, связанные с их состоянием.

Безусловно, беременность – это особое состояние, и для этого периода жизни необходим новый распорядок дня и правила. Многие женщины легко адаптируются к новым правилам, тем более что этому способствует высокая мотивация на поддержание собственного здоровья в период беременности и на рождение здорового ребёнка.

Таким образом, индивидуальное консультирование может стать эффективным инструментом для подготовки беременных женщин к материнству. Индивидуальная работа с беременными женщинами становится особенно значимой, поскольку она позволяет создать безопасную и доверительную атмосферу для обсуждения любых вопросов, связанных с беременностью, учитывая уникальные особенности и ситуацию каждой

женщины. Это также дает возможность беременным выразить свои чувства и эмоции, не опасаясь осуждения или непонимания со стороны окружающих.

Выводы по главе I

Изучив различные теоретические исследования на данную тему, можно сделать выводы о том, что современные социальные изменения оказывают влияние на аспект материнства в обществе. Ранее готовность к материнству передавалась поколениями через опыт, в процессе воспитания девочек и их братьев, сестер. Однако изменения в модели семьи, где обычно один или два ребенка, приводят к нарушению естественного процесса формирования готовности к материнству в онтогенезе.

Для улучшения социальных отношений между беременными женщинами, родителями и государством необходимо применять научно обоснованные психотерапевтические методы работы с будущими матерями. В настоящее время понятие материнства имеет различные интерпретации, предложенные зарубежными и отечественными авторами, которые выделяют два основных направления в психологических исследованиях этой темы.

Первое изучает характеристики и поведение матери, их воздействие на развитие ребенка. Второе уделяет внимание субъективной стороне женщины в роли матери. Мы поддерживаем точку зрения Г.Г. Филипповой о материнстве как психосоциальном явлении, включающем создание условий для развития ребенка и являющемся частью личностной сферы женщины. Готовность к материнству рассматривается различными авторами. Мы разделяем мнение С.Ю. Мещеряковой о готовности как уникальной личностной особенности с ориентацией на нерожденного ребенка.

С.Ю. Мещерякова выделяет несколько категорий показателей, связанных с психологической готовностью к материнству:

- опыт общения в раннем детстве: отношение человека к окружающему миру и к себе формируется через взаимодействие с близкими взрослыми (идеи М.И. Лисиной);
- чувство желанности нерожденного ребенка: как материнское отношение к младенцу, так и желание иметь ребенка;

- установки на стратегию воспитания: отношение к уходу за ребенком отражает предпочтение субъективного или объективного подхода;

Е.В. Матвеева выделяет три сферы показателей готовности к материнству:

- потребность и мотивация: желание стать матерью, положительное отношение к беременности и родам, эмоционально благоприятное представление о ребенке, стремление заботиться о нем;

- когнитивные процессы: знание о роли матери, физиологических особенностях беременности и родов, воспитании и развитии детей, умение общаться и ухаживать;

- социально-личностные аспекты: осознание своего пола, убеждения о воспитании, представление о материнских качествах, понимание своей ответственности, готовность преодолевать трудности.

Е.В. Милосердова отмечает, что для определения готовности к материнству важны два ключевых аспекта: отношение к беременности и поведение во время родов. По мнению С.Ю. Мещеряковой, коммуникативный опыт женщин с детства, их отношение к нерожденному ребенку и установки на воспитание играют важную роль. Российские ученые Г.Г. Филиппова и И.В. Добряков выделяют несколько видов переживания беременности (гестационных доминант): эйфорический, тревожный, игнорирующий, депрессивный и оптимальный.

В области психологической практики можно выделить четыре сферы, где женщина сможет получить профессиональную помощь по вопросам, связанным с материнством:

- подготовка к родам и материнству (курсы для будущих родителей, школы подготовки к родам);

- индивидуальное и семейное психологическое консультирование и психотерапия;

- психологическая помощь матери;

- комплексная психологическая помощь по проблемам материнства.

Индивидуальная работа с беременными женщинами является одним из средств воздействия, поскольку позволяет создать безопасную и доверительную атмосферу для обсуждения любых проблем и вопросов, связанных с беременностью. Учитывая личные особенности беременной женщины и ситуацию, индивидуальная работа предоставляет возможность выразить свои чувства и эмоции, связанные с беременностью, без страха осуждения или непонимания со стороны окружающих.

Глава 2. Экспериментальное исследование по формированию готовности к материнству у беременных женщин в третьем триместре

2.1. Методическая организация исследования и анализ констатирующего эксперимента

На основании анализа исследований о формировании готовности к материнству нами был спланирован констатирующий эксперимент, целью которого было определение уровня психологической готовности к материнству у беременных женщин (таблица 9). Для этого была подобрана экспериментальная группа в количестве 26 человек.

Для проведения констатирующего эксперимента были подобраны следующие методики:

1. Анкета для беременных (О.Ф. Лысенко, М.В. Сафонова).

Задача анкеты – определить компоненты психологической подготовленности к материнству у будущей матери, что даст возможность разработать дальнейшую тактику работы с ней [35]. Анкета состоит из 37 вопросов

Анкета содержит вопросы, с помощью которых можно определить, насколько будущие матери психологически готовы к материнству:

1. Ваша беременность запланирована?
2. Общаетесь ли Вы со своим ребенком? Как?
3. Каким Вы представляете своего ребенка?
4. Можете ли сказать, почему Вы решили родить ребенка?
5. Как Вы понимаете выражение «хорошая мать»?

Содержание когнитивно-операционного блока включает в себя знания женщины о своих материнских функциях, психофизиологических особенностях в период беременности, родах и особенностях воспитания и развития детей. Также в этот блок входят представления о некоторых операциях общения и взаимодействия с ребёнком, ухода за ним, а также

знания о грудном вскармливании. Содержание данного блока отражается в вопросах:

1. Имеется ли у Вас опыт ухода за младенцами? Опишите кратко.
2. Знаете ли Вы основные особенности физического и психологического развития детей?
3. Ищете ли Вы информацию в разных источниках об особенностях ухода за детьми и их воспитании? Что интересует Вас в большей степени?
4. Вы считаете, что ребенка нужно носить на руках так часто, как он этого будет требовать, или не стоит «приучать к рукам»?

Блок социально-личностной готовности к материнству охватывает комплекс аспектов, связанных с формированием у женщины понимания своей роли в качестве матери, включая развитие половой идентичности, выработку установок на воспитание ребёнка, формирование представлений о ключевых личностных качествах, необходимых для гармоничного развития ребёнка, а также позитивное восприятие своей материнской роли и осознание ответственности за воспитание ребёнка. Этот блок также включает в себя готовность преодолевать трудности, возникающие в процессе рождения и воспитания ребёнка.

В рамках данного блока рассматриваются вопросы, касающиеся жилищных условий, финансового положения, а также реальных и предполагаемых изменений в образе жизни женщины.

Одним из ключевых факторов, способствующих формированию положительного эмоционального отношения к материнству, являются стабильные отношения с партнёром.

Г.Г. Филиппова, рассматривая беременность как этап становления материнства, подчёркивает значимость соматического состояния женщины и её эмоционального отношения к этому состоянию. Анкета включает ряд вопросов, которые отражают вышеупомянутые критерии:

1. Считаете ли Вы свои отношения с отцом ребенка стабильными? Опишите их кратко.

2. Как Вы считаете, ваша беременность в целом протекает легко?

3. На каком сроке Вы почувствовали первое шевеление плода? Какие эмоции и мысли возникли в тот момент?

Обработка ответов респондентов проводится с помощью контент-анализа по блокам готовности к материнству [35].

2. Рисуночный тест «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова)

Цель – выявить особенности переживания беременности и ситуации материнства, восприятия себя и ребенка, выраженность ценности ребенка.

Беременной женщине/матери предлагается нарисовать на листе бумаги формата А4 цветными карандашами рисунок на тему «Я и мой ребенок».

На основании формальных и содержательных признаков Г.Г. Филиппова выделяет типы рисунков, соответствующие следующим особенностям переживания беременности и ситуации материнства: благоприятная ситуация – I; незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности – II; тревога и неуверенность в себе – III; конфликт с беременностью или с ситуацией материнства – IV [62].

Интерпретация рисунков производится по формальным признакам, соответствующим симптомокомплексам:

I тип «Благоприятная ситуация».

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

II тип «Незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности».

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

III тип «Тревога и неуверенность в себе»

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

IV тип «Конфликт с беременностью или с ситуацией материнства»

Отказ от рисования; переворачивание, сгибание листа; наличие стираний, перерисовок, зачеркиваний; большие пятна черного цвета; неадекватное использование размеров листа (слишком мелко или «не уместаются» важные части рисунка, в первую очередь фигура матери и ребенка) [64].

3. Тест отношений беременной ТОБ (И.В. Добряков)

Концептуальной основой создания теста послужила теория психологии отношений В. Н. Мясищева, позволяющая рассматривать беременность через призму единства организма и личности.

Цель – определить тип переживания беременности у будущей матери [17].

Поскольку личность, по В.Н. Мясищеву, есть динамическая система отношений, тест содержит три блока утверждений, отражающих три следующих аспекта:

А. Отношение женщины к себе беременной.

Б. Отношения женщины в формирующейся системе «мать-дитя».

В. Отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих.

В каждом блоке выделяется три раздела, в которых шкалируются различные понятия.

Каждое из них представлено пятью утверждениями, отражающими пять различных типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). Испытуемой предлагается выбрать один из них, наиболее соответствующий ее состоянию.

Блок А (отношение женщины к себе беременной) представлен следующими разделами: I. Отношение к беременности.

II. Отношение к образу жизни во время беременности.

III. Отношение во время беременности к предстоящим родам.

Блок Б (отношения женщины в формирующейся в течение девяти месяцев беременности системе «мать-дитя») содержит разделы: I. Отношение к себе как к матери.

II. Отношение к своему ребенку.

III. Отношение к вскармливанию ребенка грудью.

Блок В (отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих) представлен следующими разделами: I. Отношение ко мне, беременной, мужа.

II. Отношение ко мне, беременной, родственников и близких.

III. Отношение ко мне, беременной, посторонних людей. Тест приводится полностью.

Тест позволяет выявлять нервно-психические нарушения у беременных женщин на ранних этапах их развития, связывать их с особенностями семейных отношений и ориентировать врачей и психологов на оказание соответствующей помощи. Своевременно и адекватно оказанная помощь не только улучшает ситуацию в семье, течение беременности и родов, но и является профилактикой гипогалактии – недостатка грудного молока (от греч. *huro* – снижение, *ga-lactos* – молоко), послеродовых невротических и психических расстройств [17].

Изменения результатов тестирования, проведенного до начала семейной психотерапии и по ее завершении, можно использовать для оценки эффективности данной работы.

Простота использования теста дает возможность внедрения его в практику работы женских консультаций, применения акушерами-гинекологами, терапевтами. Выявив выраженные нарушения у беременных женщин, они могут рекомендовать им обратиться за помощью к психологу или к психотерапевту, тем самым решая задачу ранней диагностики нервно-психических расстройств у беременных.

Тестирование рекомендуется проводить во втором и третьем триместрах беременности. С целью определения эффективности курсов дородовой подготовки можно также применять тест определения типа ПКГД до начала проведения курса и после его завершения. Не рекомендуется проводить тестирование чаще одного раза в месяц [17].

4. Тест «Характеристика эмоциональности» (Е.П. Ильин)

Этот тест предназначен для того, чтобы вы могли самостоятельно оценить, насколько выражены у вас различные характеристики эмоций: эмоциональная возбудимость, эмоциональная реактивность (т. е. интенсивность и длительность эмоциональных переживаний), а также эмоциональная устойчивость (т. е. влияние эмоций на эффективность вашей деятельности) [62].

Таблица 9. – Показатели и уровни психологической готовности к материнству у беременных женщин

Компонент	Показатели уровней готовности к материнству			Методики
	Высокий	Средний	Низкий	
Потребностно-мотивационный (по Е.В. Матвеевой)	Беременность запланирована, желанна и протекает легко. Женщина испытывает положительные или положительные и неярко выраженные отрицательные эмоции из-за предстоящих перемен. Беременная общается с ребенком и интерпретирует шевеления как выражение им настроения, соответствующе реагирует на сигналы. Сформирован образ ребенка в младенческом возрасте, но не детализирован (до цвета глаз, формы ушей и т.д.). Выстроены адекватные ожидания от ребенка после рождения.	Беременность желанна. Возможны соматические проблемы. Беременная общается с ребенком не часто, не всегда реагирует на шевеления. Переменчивые эмоции из-за предстоящих перемен. Образ ребенка в дошкольном возрасте.	Спонтанная и нежеланная беременность (открытый или скрытый конфликт с ситуацией беременности). Ярко выраженный соматический аспект, преобладают отрицательные эмоции из-за предстоящих перемен. Беременная не общается с ребенком и в крайних случаях негативно реагирует на шевеления. Образ ребенка не сформирован или представляется ребенок в дошкольном возрасте к концу беременности. Выстроены завышенные ожидания от ребенка. Наблюдается психологическая дистанция в диаде.	Анкета (О.Ф. Лысенко, М.В. Сафонова) Рисунок «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова) Тест отношений беременной (И.В. Добряков)
Когнитивно-операционный (по Е.В. Матвеевой)	Женщина имеет опыт ухода за младенцем, знает физиологию родов, готовится к ним, осуществляет поиск информации об уходе за детьми, воспитании. Знает особенности физического и психического развития ребенка. Планирует кормить грудью и носить на руках ребенка «по требованию».	Недостаточно опыта ухода за младенцем. Недостаточны знания о процессе родов. Знания о психофизиологии ребенка недостаточные. Не настаивает исключительно на грудном вскармливании. Сторонницы не брать часто на руки.	Женщина не уверена в себе как матери (вне зависимости от опыта материнства). Отсутствует опыт ухода за младенцем, знания о воспитании, уходе за детьми, их развитии, знания о процессе родов. Планирует выстроить жесткий режим для ребенка и «не приучать к рукам».	Анкета (О.Ф. Лысенко, М.В. Сафонова) Тест отношений беременной (И. В. Добряков)

Окончание таблицы 9

<p>Социально-личностный (по Е.В. Матвеевой)</p>	<p>Образ жизни перестроен для создания наиболее благоприятной ситуации вынашивания беременности. Женщина осознает предстоящие в жизни перемены. Брак зарегистрирован, отношения с отцом ребенка стабильные. Его оценка женщиной завышена или адекватна. Супруги имеют отдельное жилье и хорошее или удовлетворительное финансовое положение. Женщину устраивают отношения с родителями, и они положительно относятся к беременности. Позитивный опыт взаимоотношений с собственными родителями в детском возрасте.</p>	<p>Образ жизни перестраивается. Женщина плохо осознает предстоящие в жизни перемены. Отношения к беременности и будущему ребенку несколько эйфоричны. Супруги имеют отдельное жилье, удовлетворительное финансовое положение. Неоднозначный ранний детский опыт взаимоотношений с родителями.</p>	<p>Образ жизни не меняется или перестраивается не существенно. Женщине свойственна неадекватная самооценка, повышенная тревожность, выраженные отрицательные эмоции из-за изменений фигуры (в том числе возможных после родов). Отношения с отцом ребенка официально не зарегистрированы и воспринимаются как неудовлетворительные. Финансовое положение расценивается как неудовлетворительное. Родители применяли негативные способы воздействия в процессе воспитания женщины (физическую силу, крики, угрозы, обидные слова, игнорирование). В настоящий момент неадекватная оценка мамы</p>	<p>Анкета (О.Ф. Лысенко, М.В. Сафонова) Тест отношений беременной (И.В. Добряков)</p>
<p>Эмоциональный (А.С. Тарновская и А.С. Мельничук)</p>	<p>Способность к поддержанию оптимального уровня эмоционального возбуждения, интенсивность эмоций, стрессоустойчивость. Самоконтроль, саморегуляции, умение управлять действиями, из которых складывается выполнение обязанностей.</p>	<p>Умеренная возбудимость и стрессоустойчивость, средние показатели интенсивности эмоций, самоконтроля и саморегуляции</p>	<p>Легкая возбудимость, не стрессоустойчивые, эмоции очень интенсивные, плохо контролируют свои эмоции. Эмоции негативно влияют на деятельность.</p>	<p>Анкета (О.Ф. Лысенко, М.В. Сафонова) Тест отношений беременной (И.В. Добряков) Характеристика эмоциональности (Е.П. Ильин)</p>

Результаты констатирующего эксперимента и его обсуждение

Результаты по анкете для беременных авторов О.Ф. Лысенко,

М.В. Сафонова

Анализ результатов анкеты показал, что для 100% респондентов беременность желанна, у 88% беременность запланирована, 100% респондентов имеют свое жилье. Все респонденты ответили, что планируют кормить грудью. 100% респондентов ответили, что знают особенности физического и психического развития детей, однако общаются с ребенком 68% и 44% считают, что не стоит «приучать к рукам». На вопрос «Как Вы готовитесь к родам?» женщины отвечали следующее: сделан ремонт в квартире, куплены вещи, коляска, готова сумка в роддом. Испытывают тревогу за то, как справляются и будут справляться со своей новой ролью 68% испытуемых (рисунок 1). В данном случае, можно предположить, что просвещение будет ведущим направлением в работе с беременными женщинами, а также работа по снижению уровня тревоги [10]. Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении А, таблица 1.

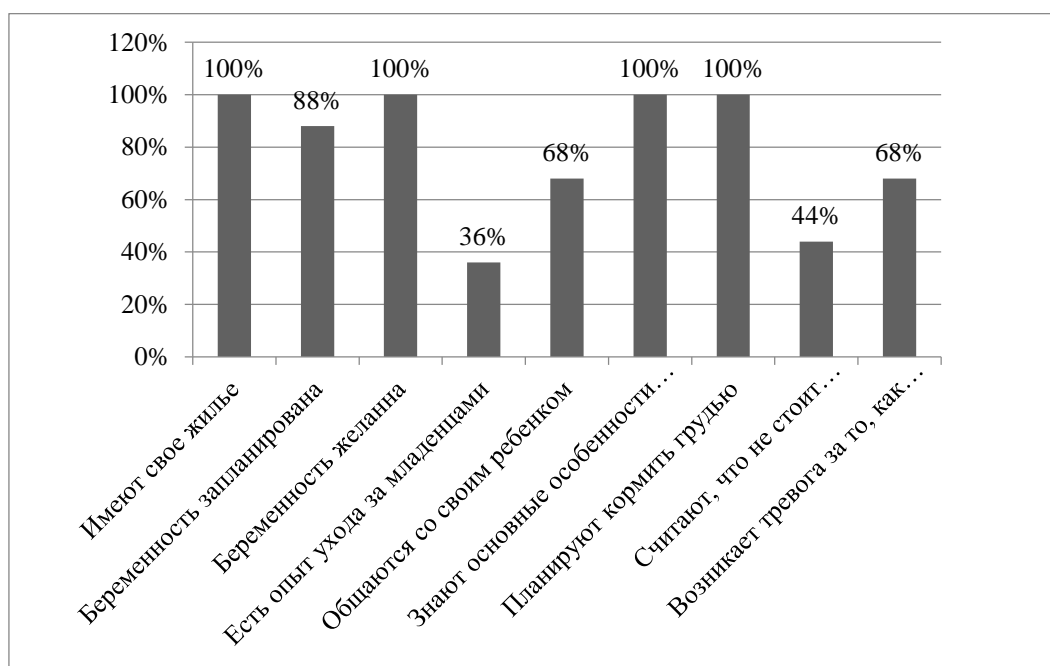


Рисунок 1. – Результаты анкеты для беременных (О.Ф. Лысенко, М.В. Сафонова)

Результаты по методике рисунок «Я и мой ребенок» Г.Г.

Филипповой

Анализ результатов по методике Г.Г. Филипповой показывает, что в целом по выборке наблюдается благоприятная ситуация переживания беременности и материнства. Также необходимо отметить, показатели симптомов тревоги и неуверенности в себе, хоть и на низком уровне, но присутствуют. Конфликтность с беременностью и с ситуацией материнства на низком уровне в данной выборке (рисунок 2). Организм женщины претерпевает значительные изменения, что само по себе, способствует развитию тревоги, как говорится в параграфе 1.2., поэтому работа может быть направлена на принятие изменений, происходящих во внутреннем мире и с телом беременной женщины [10]. Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении А, таблица 2.

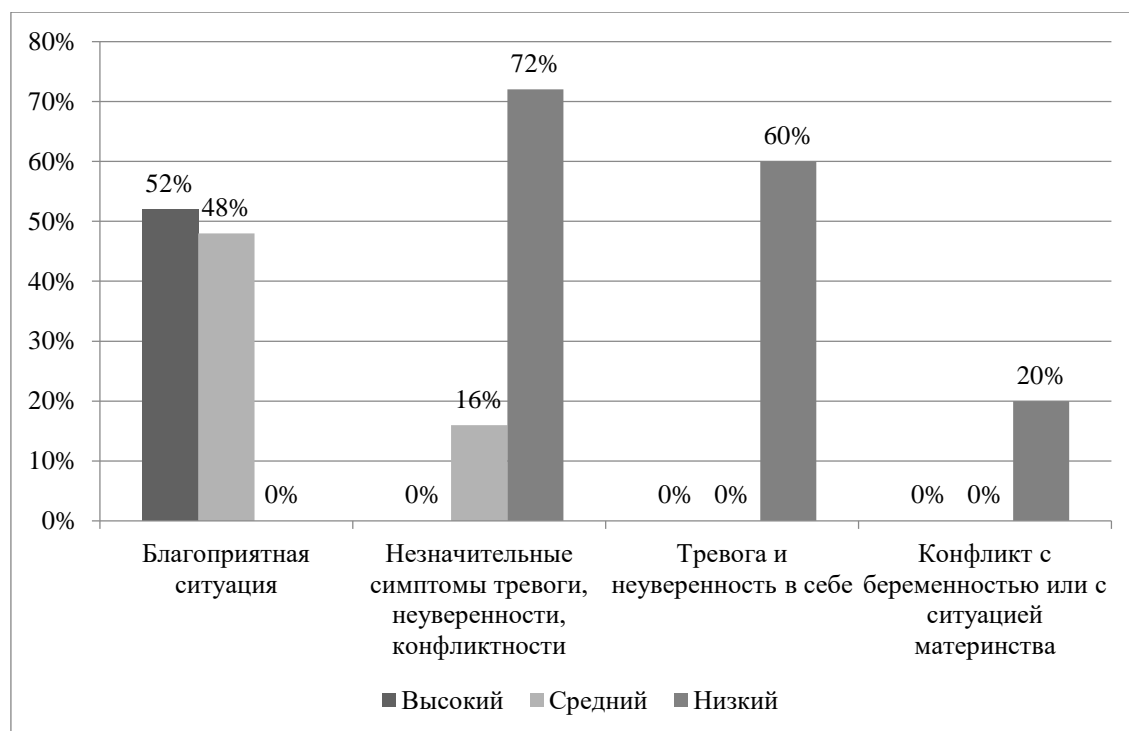


Рисунок 2. – Выраженность ситуации переживания беременности и материнства по методике Г.Г. Филипповой

Результаты по тесту отношений беременной по методике

И.В. Добрякова

По данной выборке преобладает оптимальный тип отношения, но при этом у 44% женщин проявляются, хоть и на низком уровне, элементы тревожного отношения. В свою очередь, это может неблагоприятно сказываться на эмоциональном самочувствии, так как женщины склонны к образованию тревожных реакций. На втором месте проявляется эйфорический тип отношений, что говорит о несформированности реальных представлений у женщин о ребенке и о жизни после рождения ребенка, а также о завышенных ожиданиях. Гипогестогнозический и депрессивный типы выражены в меньшей степени (рисунок 3). Данные результаты респондентов говорят нам о том, что просвещение будет актуально в данной проблеме [10]. Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении А, таблица 3.

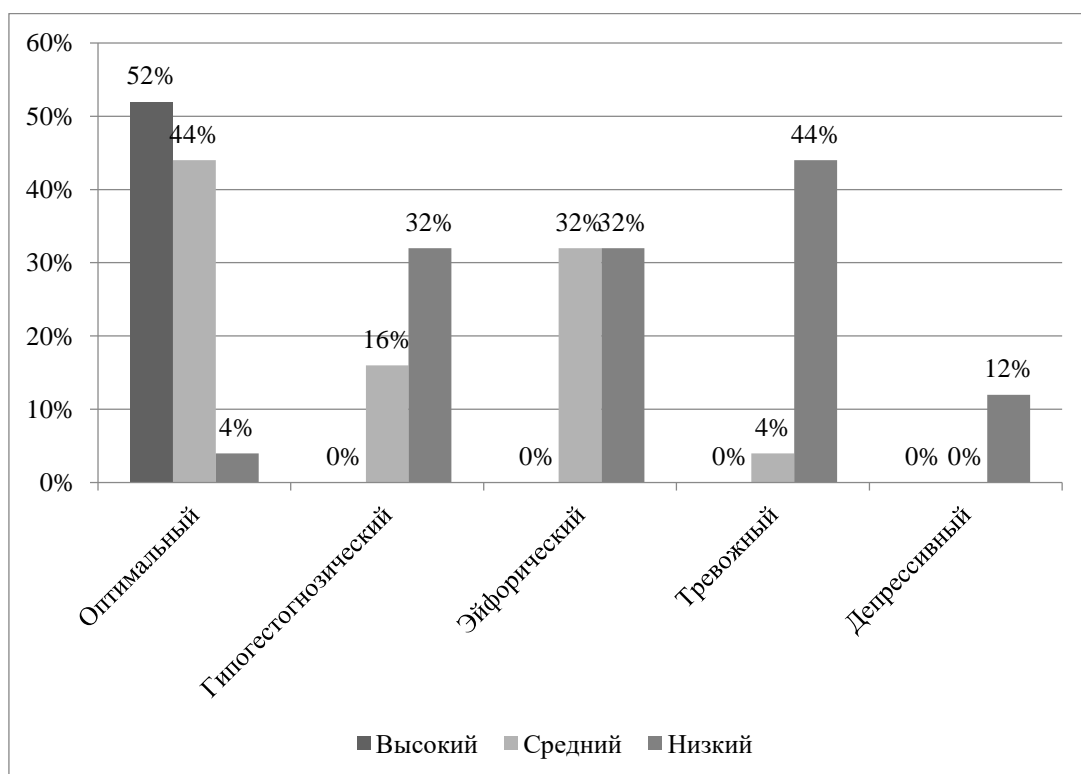


Рисунок 3. – Выраженность типов отношений к беременности по методике И.В. Добрякова

Результаты по тесту «Характеристика эмоциональности» у беременных женщин по методике Е.П. Ильина

В ходе анализа результатов констатирующего эксперимента, мы выяснили, что беременных женщин отличает высокая интенсивность эмоций - 44%, 60% женщин имеют средний уровень, 0% низкий. Это означает, что интенсивность проявляется у беременных очень ярко, что связано с гормональными изменениями в организме, как отмечают в параграфе 1.2. Проявление эмоциональной возбудимости и длительности эмоций невысокие и составляют порядка 28% и 12%. На эффективность деятельности и общения эмоции в большей степени не оказывают негативного влияния (рисунок 4).

С одной стороны процессы возбуждения преобладают и эмоции очень интенсивны, с другой стороны женщинам недостаточно способов саморегуляции для того, чтобы справиться со своими состояниями [10].

Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении А, таблица 4.

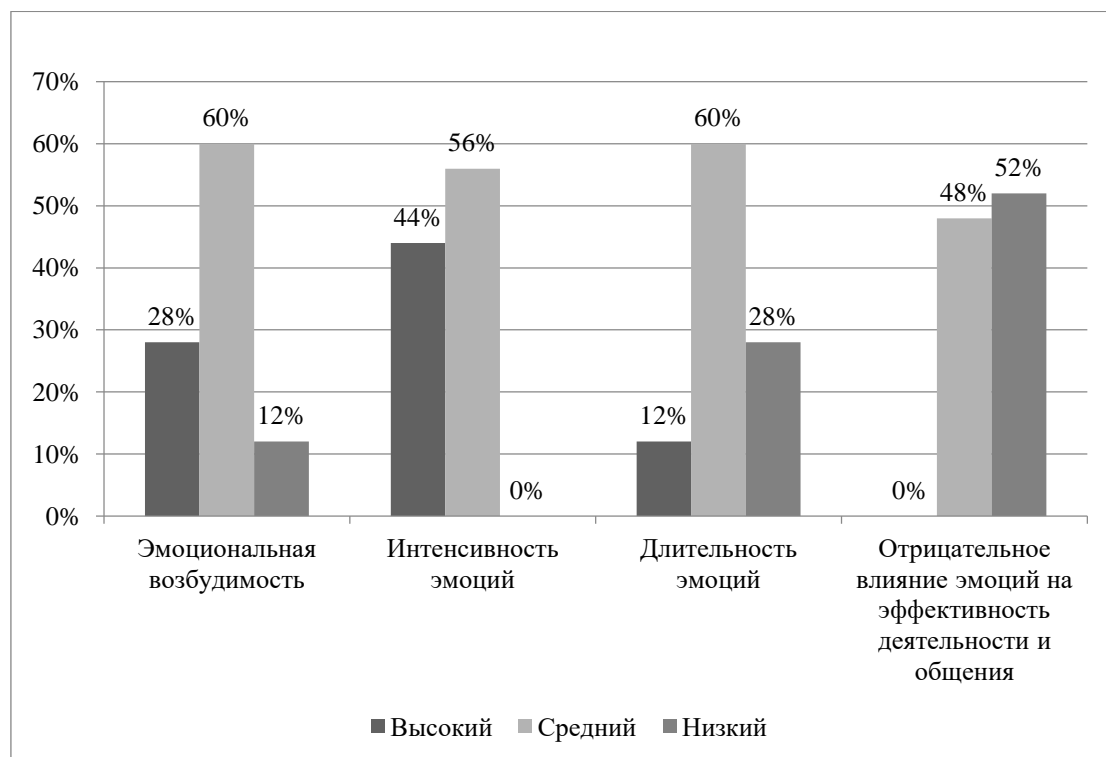


Рисунок 4. – Характеристика эмоциональности беременных женщин по методике Е.П. Ильина

Результаты исследования общего уровня готовности к материнству по совокупности четырех методик

Обобщая результаты всех методик, на основе выделенных нами критериев и уровней психологических защит, можно обозначить 3 группы испытуемых с различным уровнем психологической готовности к материнству (рисунок 5).

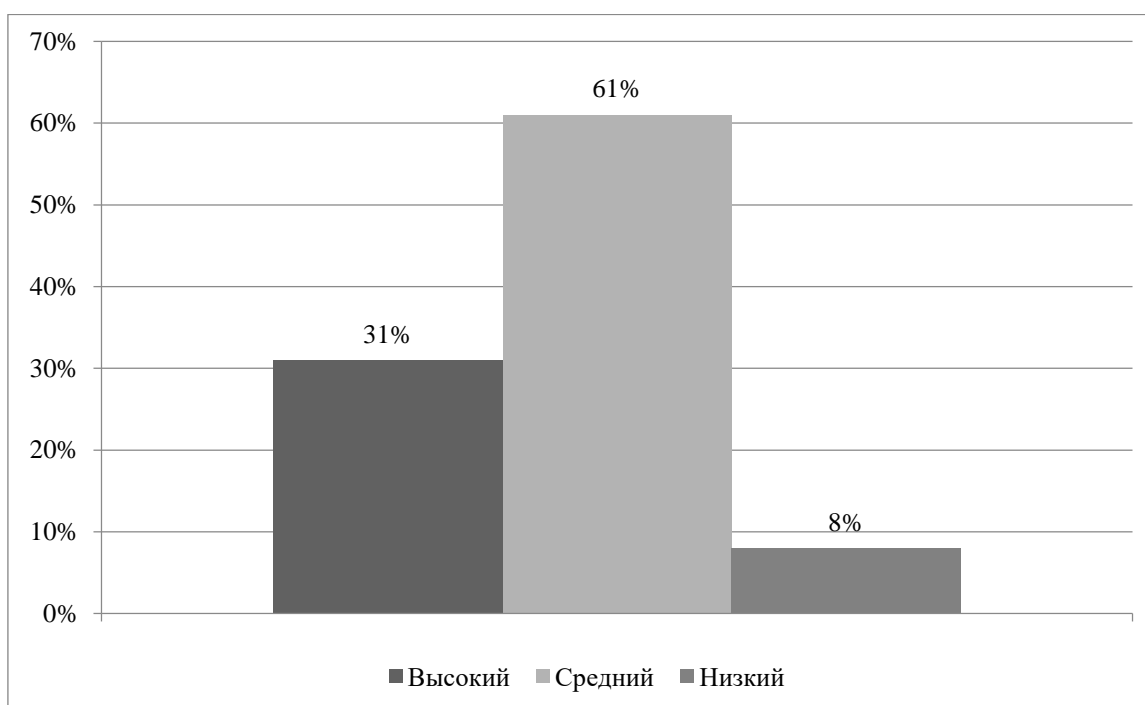


Рисунок 5. – Распределение по итоговым уровням психологической готовности к материнству (частота встречаемости в %)

Из рисунка мы видим, что у большинства испытуемых (61%) средний уровень психологической готовности к материнству. Это говорит о том, что для этих женщин беременность желанна, в основном, протекает без осложнений, отношения с партнером стабильные. Для женщин данной группы отношение к беременности и будущему ребенку несколько

эйфоричны, есть склонность к эмоциональным и тревожным состояниям. Недостаточны знания о психофизиологии ребенка, уходе за младенцем, процессе родов. Они планируют грудное вскармливание, но считают, что «не стоит приучать к рукам», общаются с малышом нечасто. У женщин этой группы опыт взаимоотношений с собственными родителями неоднозначен [10].

Для 31% испытуемых характерен высокий уровень психологической готовности к материнству. Беременность для таких женщин желанна и запланирована, отношения с партнером доверительные, поддерживающие. Эти женщины имеют реалистичные ожидания от будущего ребенка и предстоящих изменениях, в целом, они эмоционально стабильны. Женщины общаются с ребенком, знают психофизиологию ребенка, готовятся к родам и активно ищут необходимую информацию, есть опыт ухода за младенцем. У женщин данной группы благополучный опыт взаимодействия с собственными родителями.

У 8% испытуемых наблюдается низкий уровень психологической готовности к материнству. У таких женщин беременность не запланирована, они очень эмоциональны, тревожны и не уверены в себе, отношения с партнером имеют напряженный характер. У женщин данной группы ожидания от будущих изменений и от ребенка завышены, отсутствует опыта ухода за младенцем, они не общаются с малышом. Отношения с собственными родителями затруднены. Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении А, таблица 5.

Опираясь на эти данные в формирующем эксперименте, мы предполагаем акцент на просветительскую деятельность относительно периода беременности, родов и послеродового периода, ухода за малышом; психофизиологии ребенка, а также работу с текущим эмоциональным состоянием беременной женщины.

2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента

Основываясь на результатах констатирующего эксперимента, мы разработали план дальнейших действий по повышению готовности к материнству у беременных женщин. План включал индивидуальные консультации с пятью участницами исследования. Женщины предпочли индивидуальные встречи, поэтому мы проводили их в таком формате. Продолжительность консультаций составляла от 45 минут до полутора часов в зависимости от того, как развивался разговор.

Каждая консультативная беседа состояла из нескольких этапов.

1 этап – организационный.

На этом этапе в процессе знакомства, объяснения беременным женщинам целей консультаций, предоставления общей информации о психологическом консультировании, являлось целью установление положительного контакта, а также предоставлялась возможность «собраться с мыслями», снизить напряженность, если это необходимо. Били использованы такие техники, как: открытые и закрытые вопросы, присоединение.

2 этап – исследование ситуации.

2 этап представлял собой беседу, а также вопросы и уточнения по результатам диагностических методик. Целью данного этапа было найти причину проблемного состояния клиента. В ходе беседы была использована техника активного слушания, открытые и закрытые вопросы.

3 этап – определение проблемы клиента - формирование гипотезы.

Целью данного этапа было определение «мишени» терапии. Этому этапу предшествовало осмысление того, что говорит клиент. В зависимости от готовности и заинтересованности клиентов в положительном результате консультирования, выбирался один из следующих алгоритмов:

- 1) вопросы клиенту, которые направлены на уточнение возникших у консультанта идей;

2) изложение своей гипотезы клиенту.

На всем протяжении данного этапа консультативной беседы происходило стимулирование клиента к описанию собственных чувств. Этот подход был выбран потому, что чувства позволяют понять реальность, дают больше информации о конфликтах и желаниях, которые клиент не осознаёт или скрывает. Также на этом этапе были выявлены нерабочие способы поведения, выбираемые клиентом для снижения переживаний, что последовало осознанию в их неэффективности. Техники на этом этапе: активное слушание, открытые и закрытые вопросы, отражение чувств.

4 этап – работа с запросом.

Цель данного этапа - улучшить состояние клиента. Здесь происходит корректировка поведения клиента посредством различных техник психологического консультирования. Техники, которые были использованы в работе с беременными женщинами на этом этапе: активное слушание, открытые и закрытые вопросы, информирование, просвещение, техники релаксации, дыхательные техники.

5 этап – завершающий.

Цель этапа – закрепление результата и обратная связь. Данный этап, хоть и не продолжительный, так как все время консультативной беседы ограничено, но очень важен для всего результата консультативной беседы.

Поэтому было решено применение следующего алгоритма мероприятий:

- 1) подведение итогов беседы (консультант кратко обобщает все произошедшее за время психологической беседы);
- 2) обсуждение вопросов, которые касаются дальнейших отношений консультанта с клиентом, либо другими необходимыми специалистами;
- 3) прощание консультанта с клиентом, которое не должно выглядеть слишком формально.

В данной работе отметим определенные особенности проведенных бесед. Так, проведенные консультации с 5 беременными женщинами имели схожие черты. Рассмотрим их.

На этапе установления контакта с беременными женщинами, а также при описании дальнейшей работы проблем не возникало, были выстроены доброжелательные и открытые отношения.

На 2 этапе была получена довольно полная информация от беременных женщин относительно запланированности, желанности беременности, опыта ухода за ребенком, знаниями о родах и послеродовом периоде, текущего эмоционального состояния. При этом выяснилось, что все испытывают тревожность по поводу будущих изменений. Такие сложности, связаны, главным образом, с отсутствием структурированной информации об этом периоде, а также негативным опытом родственников, друзей, знакомых.

На 3 этапе была проведена работа по формулированию гипотез - определению проблемы клиента. В основном, это были различные страхи беременных женщин относительно текущих и будущих изменений в их жизни.

Далее происходила работа с запросом, целью которой было улучшить состояние клиента, не уходя в глубинное консультирование, по причине того, что в период беременности женщина очень ранима и чувствительна. Большая роль при консультировании отводилась работе по информированию женщин о периоде беременности, родов, послеродового периода, а также просветительская работа о психофизиологическом развитии ребенка. На этом этапе проводились техники релаксации для снятия мышечного напряжения. Очень важным на этом этапе была отработка различных дыхательных техник и техник самомассажа, т.к. беременной женщине нужно научиться расслабляться и уметь правильно дышать во время родов.

Результаты консультирования обсуждались совместно с клиентом в следующей форме:

- с чем обратились (гипотеза, запрос),

- к чему пришли (проработка ситуаций),
- как действовать далее (прогноз, рекомендации).

На основании полученных результатов нами была разработана программа индивидуальных консультаций, **целью** которой было формирование готовности к материнству (Приложение В).

Задачи программы:

1. Оказать психологическую помощь беременным женщинам по стабилизации психоэмоционального состояния.
2. Гармонизировать внутренне состояние женщин посредством расширения представлений о культуре переживаний и выражении чувств и эмоций.
3. Помочь увидеть ресурсы для восполнения душевного и физического комфорта.
4. Способствовать укреплению ответственного и осознанного отношения к беременности и родам, а также повышению родительской компетентности.
5. Обучить женщин навыкам самопомощи и самоподдержки в период беременности и после родов, посредством различных техник и упражнений.

Психологическое сопровождение, в рамках данной программы рассчитано на 4-5 консультаций по 50-60 минут. Каждая консультация предполагает наличие домашнего задания, которое поможет женщинам интегрировать полученную информацию и закрепить ее на оперативном уровне (Приложение Б).

В качестве примера более подробно приведем случай 1.

Имя: Е. Б. Возраст: 22 года, срок беременности 34 недели.

Было проведено 4 встречи продолжительностью 50-60 минут.

Первая встреча была посвящена установлению доверительных отношений, этому уделялось значительное внимание, так как инициатива консультирования исходила от консультанта, и клиент изначально не был мотивирован на открытую и совместную работу. Клиентка была ознакомлена

с программой индивидуальных консультаций и была согласна с таким форматом проведения. По желанию клиентки мы не затрагивали тему консультации № 4 Программы, так как девушка уже обладала навыками по уходу за малышом (ухаживала за младшей сестрой). По результатам диагностики мы предварительно поставили главную цель работы - снизить страх родов.

Во второй части консультации перешли к Программе консультаций, обсудили изменения в организме на физиологическом и психологическом уровне. По ходу беседы девушка задавала вопросы и отмечала, что некоторые изменения в организме она не заметила или не обращала внимания. Анализ результатов теста «Характеристика эмоциональности» показал, что для клиентки характерны интенсивные и длительные эмоции, а имеющиеся способы регуляции не помогают. С целью формирования навыков саморегуляции было предложено упражнение «Успокоение». Клиентка отметила, что ей стало заметно спокойней. Домашним заданием было повторение этой техники, отслеживая свое эмоциональное состояние.

На второй консультации была проведена лекция беседа об изменениях в семейной системе, мы поговорили о беременности как о кризисе. Обсудили установки и убеждения социума, связанные с беременностью. Девушка честно сказала, что придерживалась некоторых установок, но сейчас есть сомнения по их поводу. Далее мы работали с МАК на определение ресурса в данной ситуации.

Во второй части консультации мы говорили о психофизиологических особенностях развития ребенка. В анкете клиентка указала, что «знает основные особенности физического и психологического развития детей», но в ходе беседы узнала много новых аспектов. После лекции-беседы обсудили технику «Гаптономия», целью которой является установление эмоционального контакта с ребенком. Домашним заданием было повторять эту технику ежедневно.

Вначале третьей консультации обсудили домашнее задание, удалось ли наладить «контакт» с малышом. Клиентка поделилась, что технику старается выполнять каждый день, но на контакт малыш не всегда идет. Здесь мы выяснили, что был упущен момент важности делать эту технику в одно и то же время.

Далее была проведена лекция-беседа о предвестниках, стадиях родов, послеродовом периоде. На этой консультации клиентка фиксировала записи в своем блокноте, сопровождая процесс вопросами. Мы выяснили, что клиентка очень боится боли в родах, поэтому вторую часть консультации посветили техникам дыхания в родах и самомассажу. Девушка в конце консультации «выдохнула», т.к. ей стало понятно, как проживать боль схваток и как себе помогать. Домашним заданием была тренировка дыхания в схватках и потугах.

На завершающей консультации мы работали с ресурсными метафорическими картами по запросу: «Что для меня является ресурсом в данной ситуации?». Сравнили с предыдущими результатами. А также описали образ «идеальной матери», приблизили его к реальному образу.

Случай 2.

Имя: А. Ш.. Возраст: 31 года, срок беременности 28 недель.

Было проведено 4 встречи продолжительностью 50-60 минут.

На первой консультации с клиенткой удалось установить доверительные отношения, хотя девушка честно призналась, что скептически относится к психологическому консультированию. Клиентка была ознакомлена с программой индивидуальных консультаций, форматом их проведения. Так как у клиентки вторая беременность и второй ребенок, консультацию по уходу за малышом мы не затрагивали. По результатам диагностики мы предварительно поставили главную цель работы - снизить уровень тревоги по поводу предстоящих изменений в семье, дословный запрос: «Как я справлюсь со всем этим?». Клиентка выражала особое

беспокойство по поводу того, что старшей дочке на момент рождения младшего исполнится 3 года, а это, как известно, кризис трех лет.

После установления контакта с клиенткой, мы перешли к Программе консультаций, а именно, обсудили физиологические и психологические аспекты беременности. Для клиентки это была первая беременность, она активно включалась в беседу и задавала вопросы. Мы обсудили важность умения расслабляться в период беременности, поэтому в конце встречи клиентке было предложено выполнить упражнение «напряжение-расслабление».

На второй консультации мы обсудили установки, связанные с беременностью и особенностям психофизиологического развития ребенка. Здесь подробно остановились на актуальной для клиентки теме о кризисе 3 лет, как «сгладить» проявления этого периода. Девушка отметила, что теперь ей спокойней, зная, как прожить период этого кризиса. Затем мы перешли к технике «Гаптономия», особенностям ее выполнения как домашнего задания.

В начале третьей консультации обсудили домашнее задание. Клиентка рассказала, что в течение недели каждый день делала это упражнение, но установить связь удавалось не всегда. Клиентка делала упражнение всего неделю, но для результата необходим более длительный период. Я рекомендовала делать это упражнение вплоть до родов. Далее мы перешли к лекции-беседе о физиологических родах. В первые роды клиентка не понимала, что с ней происходит и ей казалось, что боль при схватках будет бесконечной. Разобрав периоды и фазы родов у клиентки сложилось понимание процесса, когда нужно ехать в роддом и как отличить тренировочные схватки от настоящих. Она очень сожалела, что не готовилась к первым родам. Домашним заданием была тренировка дыхания в родах.

На завершающей консультации мы вернулись к первоначальному запросу клиентки: «Как я справлюсь со всем этим?». Мною было предложено выполнить технику с метафорическими картами с целью поддержки и

формирования доверия к самому себе, а так же мы описали образ «идеальной» матери. После выполнения техники клиентка отметила, что тревожность по поводу будущих изменений намного снизилась.

Случай 3.

Имя: М. Г. Возраст: 28 лет, срок беременности 36 недель.

Было проведено 4 встречи продолжительностью 50-60 минут.

На первой встрече акцент был сделан на создании доверия между клиентом и консультантом. С помощью техник присоединения, открытых вопросов удалось установить контакт. Клиентка ознакомилась с предложенной программой индивидуальных консультаций и согласилась с данным подходом. Изучив результаты диагностики, направлением работы было определено снижение уровня тревожности перед будущими изменениями, в связи с появлением ребенка, а также развитие навыков по уходу за ребенком.

Во время второй части встречи обсуждались изменения в организме беременной женщины на физиологическом и психологическом уровнях. Клиентка задавала вопросы и отметила, что не замечала некоторых изменений ранее. С целью формирования навыка саморегуляции клиентке было предложено выполнить упражнение «Сонное дыхание». Для закрепления навыка это упражнение было дано в качестве домашнего задания.

На второй консультации были рассмотрены изменения в семейной системе и обсуждены общественные установки и убеждения относительно беременности и жизни после рождения ребенка. Здесь клиентка пришла к выводу, что новоиспеченная мама не должна находиться 24/7 с ребенком, полностью забывая о себе и своих потребностях и рассмотрела возможность помощи со стороны близких. Также на этой встрече использовались метафорические ассоциативные карты для определения ресурсов в текущей ситуации.

В рамках второй части встречи обсуждались психофизиологические особенности развития ребенка, а также необходимые навыки по уходу за ним. Хотя клиентка считала, что знакома с основными аспектами физического и психологического развития детей, она узнала много нового в процессе беседы. Затем обсудили технику «Гаптономия», которая помогает устанавливать эмоциональный контакт с ребенком. Домашнее задание включало ежедневное выполнение этой техники.

На третьей встрече обсуждался прогресс выполнения домашнего задания и успешность установления контакта с ребенком. Клиентка рассказала, что старается выполнять технику ежедневно, читает сказки, и ребенок активно с ней взаимодействует.

Затем была проведена лекция-беседа о предвестниках, стадиях родов и послеродовом периоде. Клиентка делала заметки у себя в блокноте и задавала вопросы. Клиентка тревожилась, что не справится с болью в родах, ее очень волновал этот вопрос, поэтому на второй части встречи обсуждались техники дыхания и самомассажа для облегчения болевых ощущений. Клиентка почувствовала облегчение, когда поняла, как справляться с болью и как самой себе помогать в процессе родов. Домашнее задание включало практику дыхательных техник во время схваток и потуг.

На заключительной встрече мы работали с запросом «Что для меня является ресурсом в данной ситуации?» с помощью метафорических ассоциативных карт. Также клиентке было предложено описать образ идеальной матери. С помощью уточняющих вопросов клиентка выстроила более реальный образ матери.

Случай 4.

Имя: И. С. Возраст: 29 лет, срок беременности 29 недель.

На первой консультации мы уделили особое внимание созданию доверительных отношений. Это было важно, так как инициатива консультирования исходила от консультанта, а клиентка не была полностью

готова к открытому и совместному взаимодействию. Здесь консультантом были применены техники отражения, присоединения, открытые вопросы.

Клиентка ознакомилась с программой индивидуальных консультаций и выразила своё согласие с таким форматом работы. По результатам диагностики мы предварительно определили основную цель - установить эмоциональный контакт с ребёнком и приобрести необходимые навыки по уходу за ним.

Во второй части встречи мы перешли к обсуждению программы и обсудили изменения в организме клиентки на физиологическом и психологическом уровне. После лекции-беседы мы обсудили важность навыка расслабления в период беременности и провели упражнение «напряжение - расслабление». Клиентка отметила, что стала заметно спокойнее. Домашним заданием было повторение этой техники и отслеживание своего эмоционального состояния.

На второй консультации мы провели лекцию-беседу об изменениях в семейной системе и обсудили беременность как кризис. Мы также поговорили об установках и убеждениях, которые социум формирует вокруг беременности. Далее мы работали с метафорическими ассоциативными картами (МАК) для определения ресурсов, которые помогут ей в данной ситуации.

Во второй части встречи мы обсудили психофизиологические особенности развития ребёнка и особенности ухода за ним. Так как у клиентки это первый ребенок, данная информация была для нее очень актуальная.

После лекции-беседы мы обсудили технику «Гаптономия», направленную на установление эмоционального контакта с ребёнком. Домашним заданием было ежедневное повторение этой техники.

В начале третьей консультации мы обсудили домашнее задание и выяснили, что клиентка старается выполнять технику ежедневно, но не всегда удаётся установить контакт с ребёнком. Мы поняли, что был упущен

момент, когда выполнение техники должно происходить в одно и то же время.

Далее мы перешли к теме консультации о предвестниках, стадиях родов и послеродовом периоде. Клиентка делала записи в блокноте, задавая вопросы. Мы выяснили, что она очень боится боли в родах, поэтому вторую часть консультации посвятили техникам дыхания в родах и самомассажу. В конце консультации клиентка «выдохнула», так как ей стало понятно, как проживать схватки и как себе помочь. Домашним заданием стало тренировка дыхания в схватках и потугах.

На завершающей консультации мы работали с ресурсными метафорическими ассоциативными картами по запросу: «Что для меня является ресурсом в данной ситуации?», сравнили их с предыдущими результатами. А также с помощью уточняющих вопросов клиентка попробовала описать образ идеальной матери и сопоставить его реальным.

Случай 5.

Имя: К. С. Возраст: 30 лет, срок беременности 31 неделя.

На первой консультации с клиенткой довольно быстро удалось выстроить доверительные отношения. Было видно, что она охотно шла на контакт, тема готовности к материнству ее очень интересовала. Она ознакомилась с темами программы индивидуальных консультаций и отметила, что все являются важными для неё. По результатам диагностики были сформированы главные задачи для клиентки: стабилизировать эмоциональное состояние и приобретение навыков по уходу за ребенком.

Во время лекции-беседы консультации 1 Программы мы обсудили основные физиологические и психологические изменения при беременности, которые важно замечать. Вторая часть консультации была посвящена обучению технике релаксации. Было подчеркнуто, что умение расслабляться в период беременности имеет важное значение. Клиентке было предложено выполнить дыхательное упражнение «сонное дыхание». Это упражнение было дано женщине в качестве домашнего задания.

На второй встрече мы обсудили изменения в семейной системе, связанные с появлением ребенка. Здесь рассмотрели роли каждого члена семьи в период беременности и после родов. Далее клиентке была предложена техника с метафорическими картами «Что теряю и что приобретаю в связи с беременностью (появлением ребенка)?». Эта техника позволила клиентке взглянуть на происходящее более реалистично.

Во второй части встречи мы рассмотрели аспекты психофизического развития детей и особенности ухода за ними. Навыки по уходу за малышом (купание, пеленание; как брать и как держать малыша) клиентка отрабатывала на реалистичной кукле-младенце, которую самостоятельно приобрела для занятия. Здесь хочется отметить высокую степень осознанности клиента при подготовке к материнству.

В ходе беседы мы рассмотрели значимость эмоциональной связи с ребёнком в период беременности. Для развития и поддержания этой близости была предложена методика «Гаптономия». Мы обсудили, как её правильно применять. Эта техника была дана клиентке в качестве домашнего задания.

Третья консультация была посвящена процессу родов и техникам самопомощи в родах. В ходе консультации мы обсудили с клиенткой признаки приближающихся родов, этапы родового процесса и особенности послеродового периода. Клиентка узнала, как вести себя во время схваток и как себе помочь с помощью дыхания и самомассажа. В качестве домашнего задания мы предложили ей практиковать дыхательные упражнения во время схваток и потуг.

В ходе нашей последней встречи мы обсуждали вопрос: «Что для меня является ресурсом в данной ситуации?» Для этого мы использовали метафорические ассоциативные карты. Благодаря этой методике клиентка смогла определить источник силы и поддержки для себя. Кроме того, клиентка попыталась описать образ идеальной матери. С помощью уточняющих вопросов она смогла создать более реалистичный образ.

Подводя итоги по проведенной индивидуальной работе, можно отметить в целом позитивный результат работы. В ходе работы были сформированы навыки саморегуляции и релаксации, эмоциональной компетентности, ухода за новорожденным, также было сформировано объективное представление о процессе родов, результат работы закреплён. Более подробно результаты экспериментальной работы описаны в следующем параграфе.

2.3. Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение

После проведения формирующего эксперимента нами был сделан повторный срез, направленный на анализ результатов работы по повышению уровня психологической готовности к материнству у беременных женщин. В работе были использованы методики, аналогичные первому срезу. Для проверки достоверности различий был применен Т-критерий Вилкоксона.

Результаты по анкете для беременных авторов О.Ф. Лысенко, М.В. Сафонова

На рис. 6 и рис. 7 представлены результаты анкетирования до и после формирующего эксперимента.

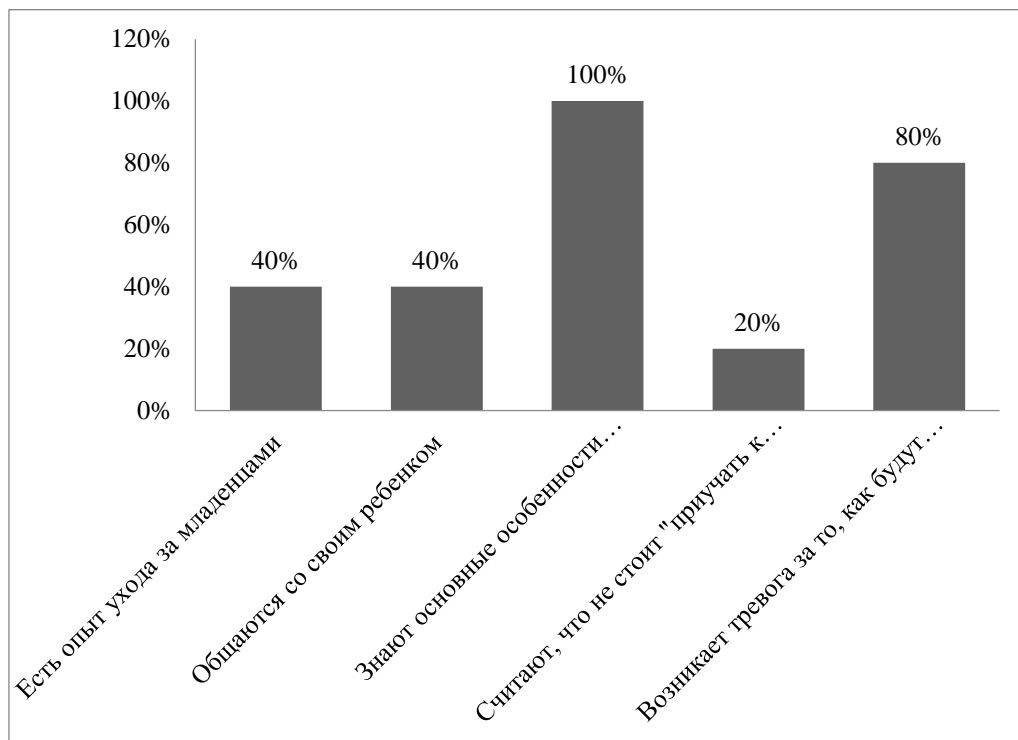


Рисунок 6. – Результаты анкеты для беременных (О.Ф. Лысенко, М.В. Сафонова) до формирующего эксперимента

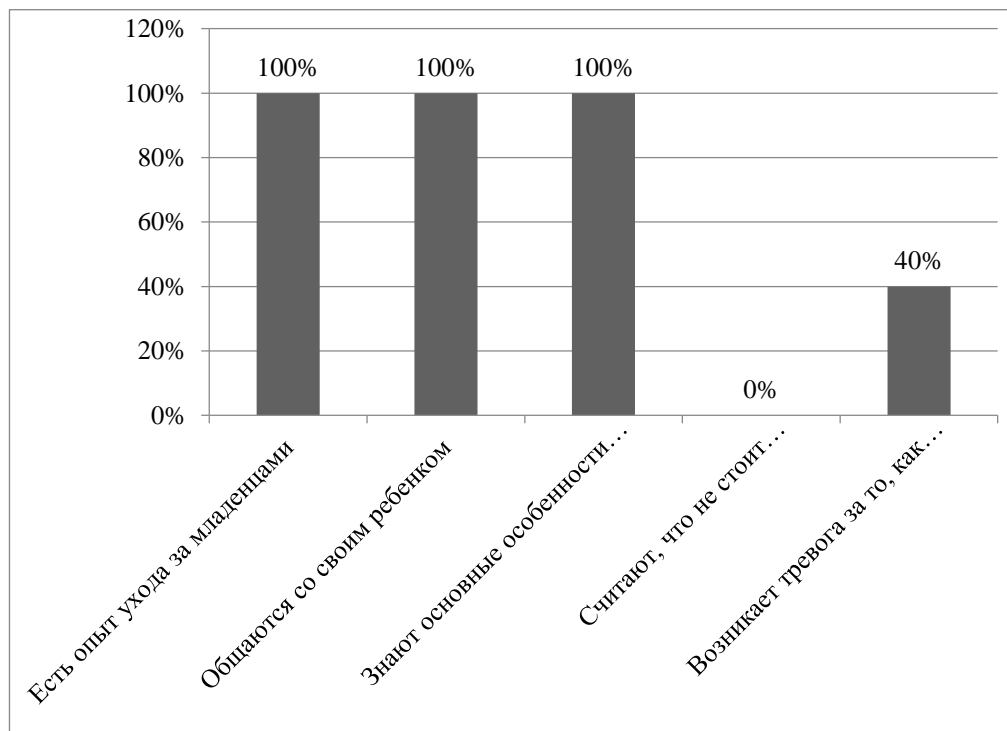


Рисунок 7. – Результаты анкеты для беременных (О.Ф. Лысенко, М.В. Сафонова) после формирующего эксперимента

Анализ данных, полученных в ходе исследования, говорит нам об успешной адаптации участников к новой роли матери. После проведенного эксперимента наблюдалось улучшение навыков ухода за детьми и повышение уровня взаимодействия с собственным ребенком. Кроме того, зафиксировано снижение уровня тревожности среди участников до 40%.

Полученные результаты демонстрируют приближение показателей испытуемых к оптимальному уровню психологической готовности к материнству. Для более полной оценки психологической готовности к материнству, обратимся к результатам проективной методики «Я и мой ребенок».

Результаты по методике рисунок «Я и мой ребенок» Г.Г. Филипповой

До эксперимента по данной выборке симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности в ситуации беременности хоть и на низких уровнях, но присутствовали (рисунок 8).



Рисунок 8. – Выраженность ситуации переживания беременности и материнства по методике Г.Г. Филипповой до формирующего эксперимента

После формирующего эксперимента, в целом, у всех испытуемых наблюдалась благоприятная ситуация в отношении беременности (рисунок 9). Однако, несмотря на общее улучшение ситуации, выявлены некоторые признаки тревоги, неуверенности и конфликтности. Эти данные могут свидетельствовать о наличии внутриличностных конфликтов, требующих дополнительной проработки вне рамок исследуемой программы.

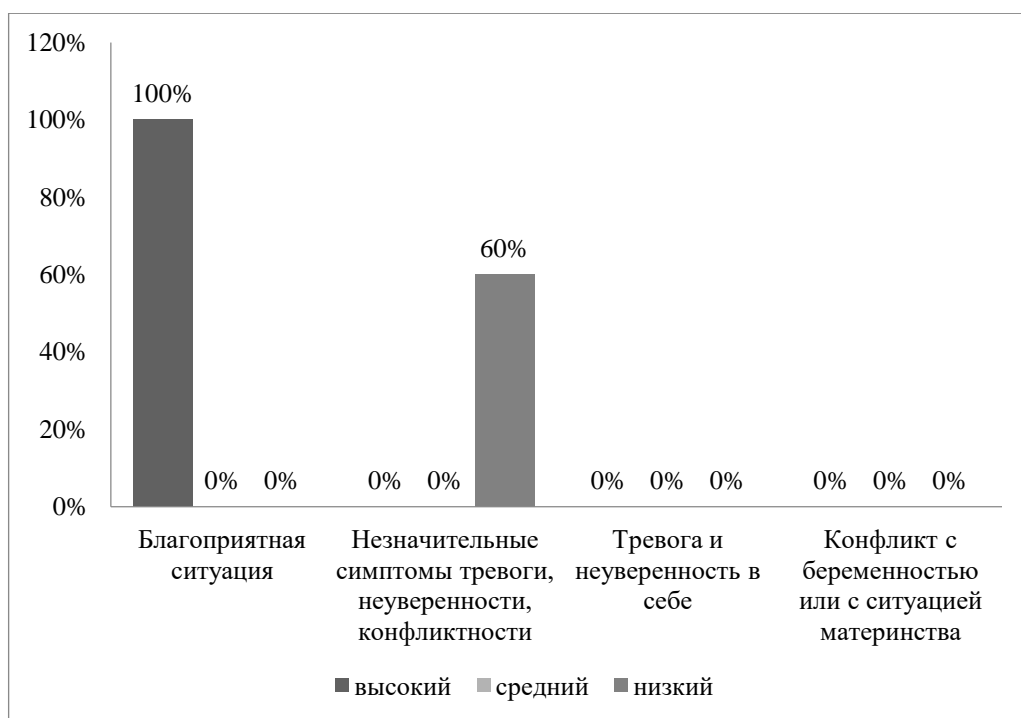


Рисунок 9. – Выраженность ситуации переживания беременности и материнства по методике Г.Г. Филипповой после формирующего эксперимента

Результаты по тесту отношений беременной по методике И.В. Добрякова

По результатам данной методики (рисунок 10, 11) мы видим, что после формирующего эксперимента у испытуемых отмечается преобладание оптимальных отношений на высоком уровне к собственной беременности, ребенку и окружающим.

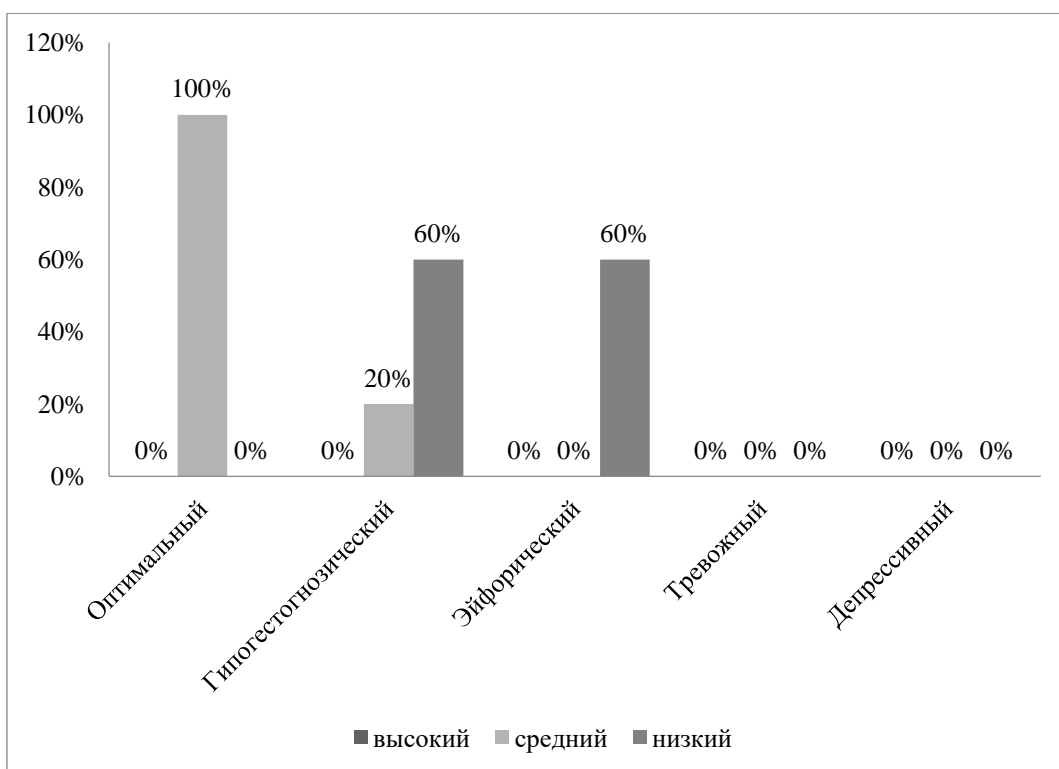


Рисунок 10. – Выраженность типов отношений к беременности по методике И.В. Добрякова до формирующего эксперимента

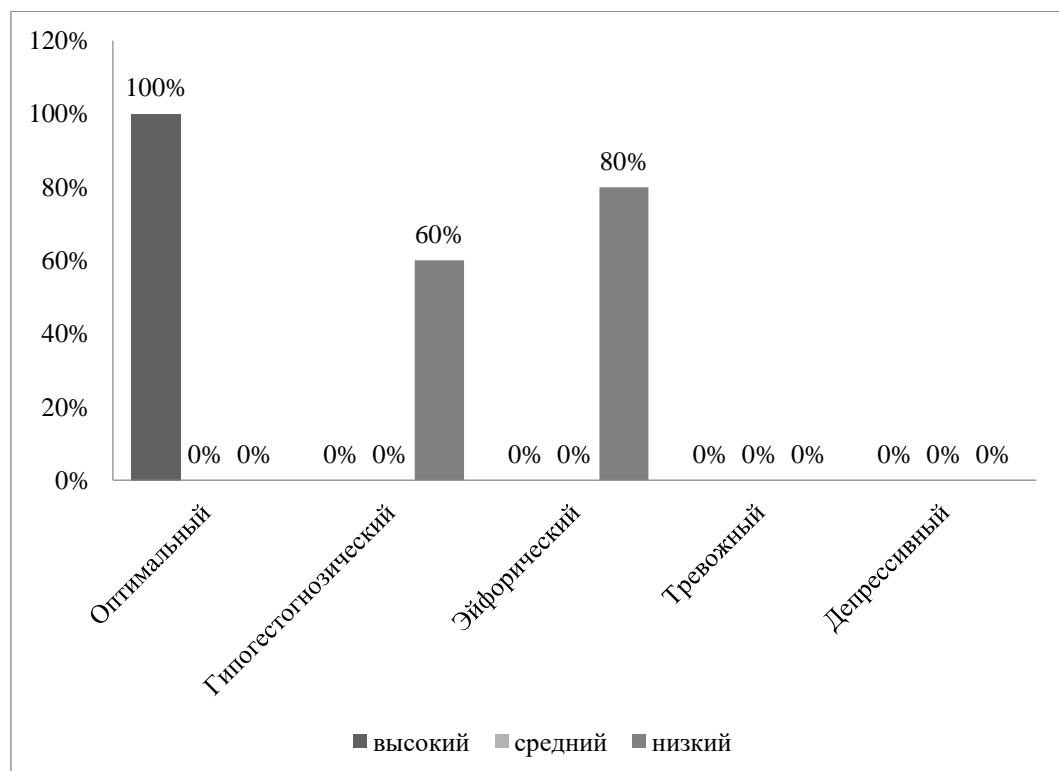


Рисунок 11. – Выраженность типов отношений к беременности по методике И.В. Добрякова после формирующего эксперимента

Проявления гипогестогнозического типа на низком уровне сохраняется у испытуемых, которые ждут второго ребенка. Можно связать это с тем, что испытуемые придерживаются убеждения, что «со вторым ребенком точно будет легче», немного недооценивая ситуацию. Проявления эйфорического типа отношений на низком уровне характерны для первородящих женщин, которые с нетерпением ждут появления ребенка и испытывают чувства восторга в данной ситуации. Мы пришли к мнению, что такие проявления связаны с позитивным настроем на будущие изменения.

Анализируя результаты респондентов по тесту «Характеристика эмоциональности» (рисунок 12, 13) мы видим, что показатели эмоциональной возбудимости и интенсивности эмоций с высокого уровня снизились до среднего.

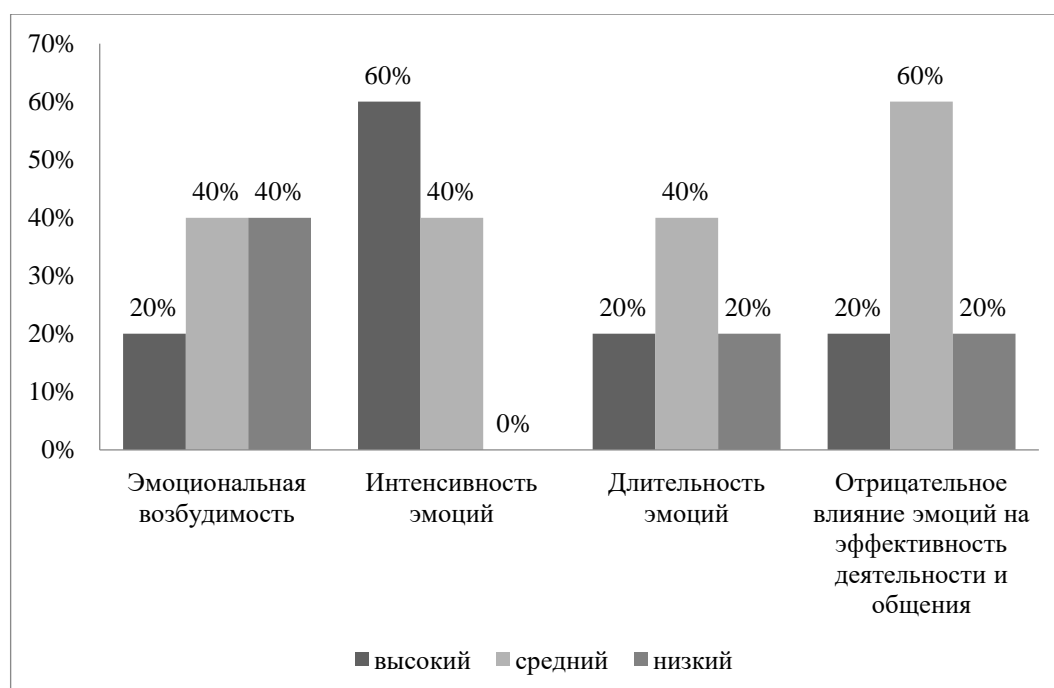


Рисунок 12. – Характеристика эмоциональности беременных женщин по методике Е.П. Ильина до формирующего эксперимента

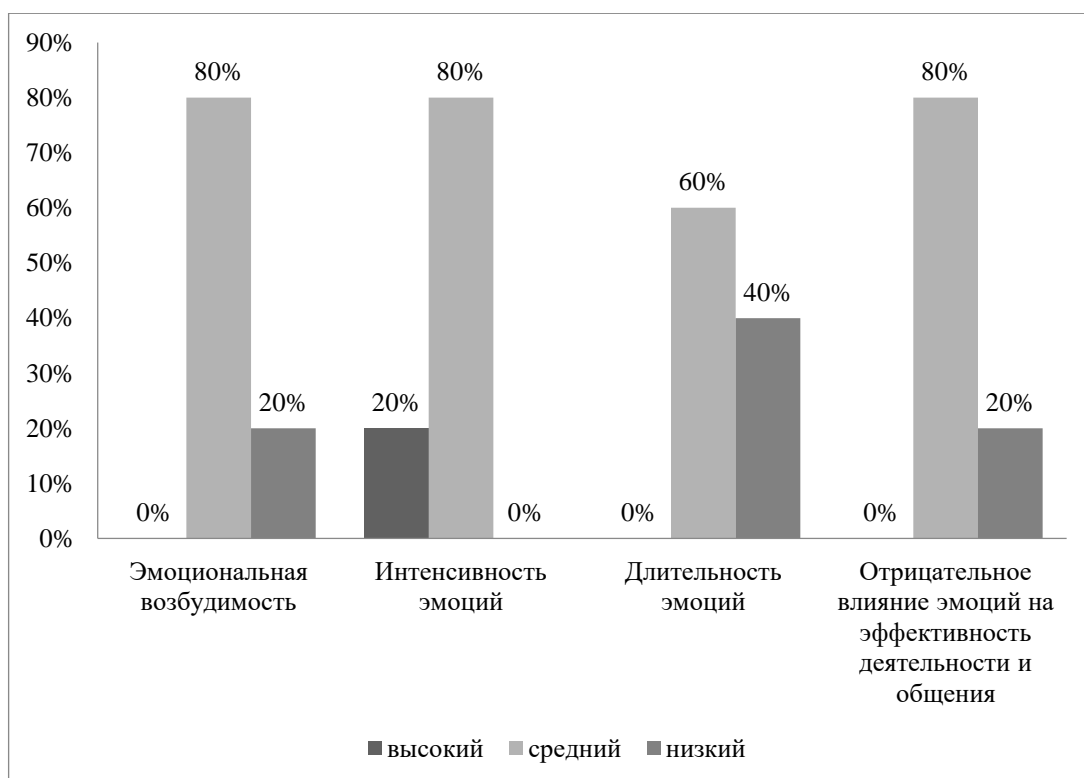


Рисунок 13. – Характеристика эмоциональности беременных женщин по методике Е.П. Ильина после формирующего эксперимента

Эмоции преимущественно не длительные, они не оказывают значимого отрицательного влияния на эффективность деятельности и общения. Важно отметить, что снижение показателей до среднего уровня говорит о нормализации эмоциональных реакций, что является положительным результатом.

Результаты исследования общего уровня психологической готовности к материнству до и после формирующего эксперимента

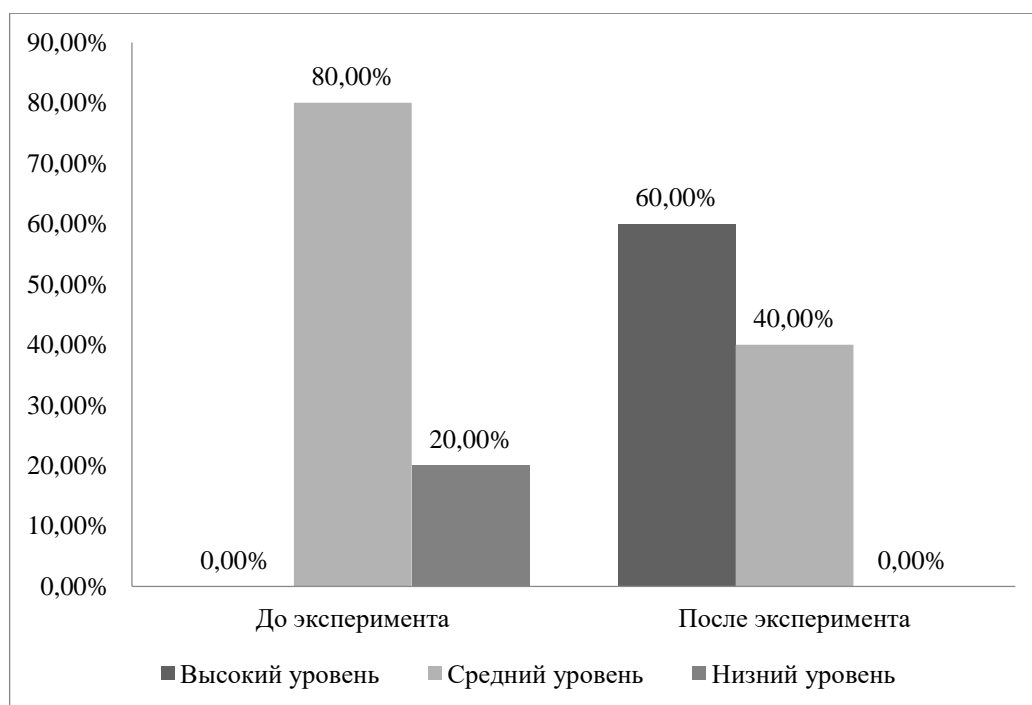


Рисунок 14. – Распределение по итоговым уровням готовности к материнству (частота встречаемости в %)

Итак, ранее мы уже упоминали, что оптимальный уровень психологической готовности к материнству – это высокий уровень. До эксперимента, как мы видим из рисунка, у 80% испытуемых наблюдается средний уровень психологической готовности к материнству. Это говорит о том, что для женщин данной группы беременность желанна, но отношение к беременности и будущему ребенку несколько эйфоричны, есть склонность к эмоциональным и тревожным состояниям. Недостаточны знания о психофизиологии ребенка, уходе за младенцем, процессе родов. Они планируют грудное вскармливание, но считают, что «не стоит приучать к рукам», общаются с малышом нечасто. У женщин этой группы опыт взаимоотношений с собственными родителями неоднозначен. У 20% участников низкий уровень психологической готовности к материнству. У таких женщин беременность не запланирована, они очень эмоциональны, тревожны и не уверены в себе, отношения с партнером имеют напряженный характер. У женщин данной группы ожидания от будущих изменений и от

ребенка завышены, отсутствует опыта ухода за младенцем, они не общаются с малышом. Отношения с собственными родителями затруднены.

По результатам итогового среза после эксперимента, мы видим, что картина изменилась в пользу высокого уровня психологической готовности к материнству (60% испытуемых). Эти женщины имеют реалистичные ожидания от будущего ребенка и предстоящих изменениях, они эмоционально стабильны, знают и применяют методы самопомощи посредством определенных техник. Они общаются с ребенком, знают психофизиологию ребенка. Женщины настроены на роды без страха, готовятся ним, у них есть необходимый опыт ухода за младенцем. У 40% участников экспериментальной группы наблюдается средний уровень психологической готовности к материнству, низкий уровень не демонстрирует никто. Это значит, что нам удалось стабилизировать эмоциональное состояние у беременных женщин, снизить уровень страха и тревоги относительно беременности, родов и послеродового периода, а также сформировать мотивации, ценности и установки касательно материнства. Значительное повышение уровня психологической готовности к материнству говорит нам об успешности проведенного эксперимента и эффективности применяемых техник (Приложение С, таблица 6, 7).

Для статистической проверки различий между уровнями готовности к материнству клиентов до и после проведения эксперимента был применён Т-критерий Уилкоксона.

Достоверные различия между уровнями готовности к материнству до проведения программы индивидуальных консультаций и после её окончания являются статистически значимыми, и составляют 95% [11].

Подводя итог по результатам исследования, мы можем говорить, что предложенная в исследовании программа индивидуальных консультаций подтвердила свою эффективность на практике, такая схема работы является эффективным средством формирования готовности к материнству у беременных женщин.

Выводы по главе II

Эксперимент проводился на базе школы по подготовке к родительству г. Красноярска. В исследовании приняли участие 26 женщин в возрасте 22-33 года на 28-38 неделе беременности с различным уровнем психологической готовности к материнству.

Для исследования уровня психологической готовности к материнству нами были выделены критерии, отражающие отношения женщины к беременности и к ребенку, роли матери; знание женщиной своих материнских функций, а также о психофизиологических особенностях в период беременности, знание о родах; особенности воспитания и развития детей, представление о взаимодействии с ребёнком и ухода за ним; осознание ответственности за развитие ребёнка и свою материнскую позицию; способность к поддержанию оптимального уровня эмоционального возбуждения, стрессоустойчивости и саморегуляции. Был подобран комплекс методик, включающий анкету для беременных (Лысенко О.Ф., Сафонова М.В.); рисунок «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова), тест отношений беременной (И. В. Добряков); тест характеристика эмоциональности (Е.П. Ильин).

Исследование показало, что у большинства испытуемых (64%) средний уровень психологической готовности к материнству: беременность желанна, отношения с партнером стабильны, но есть склонность к эмоциональным состояниям и тревожности. Знания о психофизиологии ребенка и уходе за младенцем недостаточны, общение с малышом редкое. Отношения с родителями неоднозначны. Для 28% испытуемых характерен высокий уровень готовности к материнству: беременность запланирована, отношения с партнером доверительные, ожидания реалистичны, эмоциональная стабильность. Знания о психофизиологии и родах, опыт ухода за младенцем, общение с ребенком активное. Отношения с родителями благополучные. У 8% низкий уровень готовности к материнству: беременность не запланирована, отношения с партнером напряженные,

эмоциональные и тревожные, ожидания завышены. Опыта общения с младенцем и ухода за ним нет, отношения с родителями затруднены.

На основании полученных результатов нами была разработана программа индивидуальных консультаций, направленная на повышение уровня готовности к материнству. Программа консультаций состоит из 6 тем (по 50-60 минут каждая). Индивидуальная работа с беременными женщинами является одним из средств воздействия, поскольку позволяет создать безопасную и доверительную атмосферу для обсуждения любых проблем и вопросов, связанных с беременностью, учитывая ее личные особенности и ситуацию, а также предоставляет возможность женщинам выразить свои чувства и эмоции без страха осуждения или непонимания со стороны окружающих. Данная программа проводилась в соответствии со структурой индивидуальной консультации. Большой интерес и эмоциональный отклик получили консультации на темы: «Мир внутри мамы. Привязанность - основа любви», а именно - это техника «Гаптономия», «Физиологические роды. Техники самопомощи в родах», для женщин, у которых отсутствовал опыт по уходу за малышом - консультация «Уход за малышом».

После реализации программы индивидуальных консультаций нами был проведен контрольный срез по методикам, которые были применены на этапе первого констатирующего эксперимента. Анализ результатов показал, что картина изменилась в пользу высокого уровня готовности к материнству. Было отмечено, что нам удалось стабилизировать эмоциональное состояние у беременных женщин, снизить уровень страха и тревоги относительно беременности, родов и послеродового периода, а также сформировать мотивации, ценности и установки касательно материнства. Значительное повышение уровня психологической готовности к материнству говорит нам об успешности проведенного эксперимента и эффективности применяемых техник.

Заключение

Роль матери в жизни ребёнка и общества крайне значима и ответственна. Именно мать ведёт ребёнка по жизненному пути, передавая ему свой опыт. От того, насколько успешно она выполняет свою роль, зависит развитие как ребёнка, так и общества в целом. Беременность — это период, когда женщина готовится к новой роли. В это время она может испытывать страхи и беспокойство. Важно обеспечить ей психологическую поддержку, чтобы беременность протекала комфортно и спокойно.

Помимо работы над улучшением социальной сферы, необходимо разрабатывать и применять научно обоснованные и проверенные на практике индивидуальные подходы к работе с беременными женщинами, которые готовятся стать матерями.

В данной диссертационной работе была описана специфика по работе психолога по формированию готовности к материнству у беременных женщин. На первом этапе исследования был проведён анализ психологической литературы по проблеме исследования. В результате был разработан понятийный аппарат, уточнены тема, задачи и гипотеза исследования. Были изучены научные труды по психологии, посвящённые данной теме. Феномен был описан с точки зрения различных исследователей. Были рассмотрены существующие классификации. Сформирован понятийный аппарат исследования. Описаны критерии исследования. Были выбраны методы изучения готовности к материнству. Разработаны методики, направленные на повышение уровня готовности к материнству.

На втором этапе был проведен эксперимент, в ходе которого был выявлен актуальный уровень готовности к материнству у беременных женщин. Затем была разработана и апробирована программа индивидуальных консультаций по повышению уровня готовности к материнству.

На заключительном этапе исследования, после проведения консультаций, был проведён контрольный срез, в ходе которого повторно были использованы выбранные диагностические методики среди участников экспериментальной группы. Затем были проанализированы и обобщены результаты исследования, на основании которых были сделаны выводы.

Реализация формирующего эксперимента и анализ результатов, полученных в экспериментальной группе показали, что программа индивидуальных консультаций по повышению уровня готовности к материнству способствует стабилизации эмоционального состояния у беременных женщин, снижению уровня страха и тревоги относительно беременности, родов и послеродового периода, а также позволила сформировать мотивации, ценности и установки касательно материнства.

Таким образом, поставленные задачи исследования были выполнены, а гипотеза исследования подтвердилась.

Анализ работы позволяет определить её теоретическую и практическую значимость:

Теоретическая значимость диссертационной работы заключается в том, что результаты, полученные в ходе исследования, станут основой для более углубленного изучения возможностей психологического консультирования как способа формирования психологической готовности к материнству у беременных женщин.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что разработанная программа индивидуальных консультаций может быть использована в работе психологов женских консультаций, родильных домов, школ по подготовке к родительству.

Список используемых источников

1. Абрамова Г.С. Психологическое консультирование: теория и опыт - М.: Академия, 2018. 132 с.
2. Агаркова И.В., Куташов В.А., Хабарова Т.Ю. Клинико-психологический анализ принятия роли матери у первородящих беременных женщин // Центральный научный вестник. 2017. Т. 2. №. 1. С. 22.
3. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. М.: Независимая фирма «Класс», 2000. 208 с.
4. Базалева Л.А. Личность женщины и материнство // Человек. Искусство. Вселенная. 2015. №. 1. С. 114-121.
5. Бохан Т.Г., Ульянич А.Л., Терехина О.В. Методологические и методические основы психологического консультирования: учеб. пособие. Томск: Издательский Дом Томского государственного университета, 2019. 98 с.
6. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. 2002. №. 1. С. 59-68.
7. Брутман, В.И. Проблема: дети, бросающие своих // Вопросы психологии. 2012. № 11. С. 28-29.
8. Варыханова К.В., Смирнова Т.А. К проблеме изучения стилей переживания беременности женщинами, психологически готовыми и не готовыми к материнству // Социальная компетентность. 2017. Т. 2. №. 2. С. 38-43.
9. Винникотт Д.В. Ребенок, семья и внешний мир / пер. О. Шилова. СПб.: Питер, 2019. 272 с.
10. Гладкая М.А. Особенности психологической готовности к материнству у беременных женщин в третьем триместре // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2024. № 8-2 (95). С. 94-9.

11. Гладкая М.А. Индивидуальное консультирование как способ формирования готовности к материнству у беременных женщин // Интеграция медицинского и фармацевтического образования, науки и практики: сборник статей III Международного научно-педагогического форума (Вузовская педагогика). Красноярск: тип. КрасГМУ, 2024. С. 191-194.
12. Горальская Ю.С. Психологическая готовность к материнству как детерминанта материнского поведения // Проблемы теории и практики современной психологии. 2022. С. 337-340.
13. Горностай П.П., Васьковская С.В. Теория и практика психологического консультирования: Проблемный подход. Киев: Наукова думка, 1995. 128 с.
14. Грозинская Т.К., Алексеенок Д.В. Влияние психоэмоционального состояния матери на пренатальное развитие ребенка // Психологическая студия. 2011. С. 44-48.
15. Гроф С. За пределами мозга. Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии / А. Киселева. М.: Ганга, 2018. 528 с.
16. Гудименко Ю.Ю., Важнова Т.А. Психологическая готовность к материнству у первородящих женщин во время беременности // Психология, образование: актуальные и приоритетные направления исследований. 2023. С. 262-268.
17. Добряков И.В., Прохоров В.Н., Прохорова О.В. Психологическая диагностика в перинатальной психологии // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Коллективная монография. 2016. С. 118-132.
18. Добряков И.В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Сборник материалов конференции по пренатальной психологии. СПб, 2000. 567 с.

19. Ефимова Н.А. Психологические факторы сохранения и прерывания женщинами беременности // Проблемы современного педагогического образования. 2017. №. 55-5. С. 263-271.
20. Жупиева Е.И. Репродуктивные установки в структуре психологической готовности к родительству у студентов // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2018. Т. 7. № 1А. С. 22-29.
21. Зыкина М.В. Аксиологический подход к психологическому сопровождению беременных женщин: дис. 2018. 105 с.
22. Илларионова И. В. Готовность к материнству: педагогический аспект // Сборник материалов Ежегодной международной научно-практической конференции «Воспитание и обучение детей младшего возраста». ООО «Мозаика-Синтез», 2020. №. 10. С. 207-208.
23. Ильин Е.П., Сулейманов Р.Ф. Эмоциональные особенности музыкантов-инструменталистов в процессе становления их профессионального мастерства // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2006. Т. 6. №. 14. С. 42-50.
24. Исламова Д.Д. Психологическая диагностика психоэмоциональных состояний беременных женщин // Проблемы и перспективы развития науки и образования в XXI веке. 2022. С. 274-283.
25. Исупова О.Г. Социальный смысл материнства в современной России // Социологические исследования. 2000. №11. С. 98-107.
26. Казаева Е.А. Послеродовая депрессия у женщин // Психологические проблемы современной семьи. 2018. С. 444-450.
27. Коваленко Н.П. Организационные аспекты развития перинатальной психологии / Ежегодник Российского психологического общества: Материалы 3-го съезда психологов. 25 - 28 июня 2003 года: Т. 4. СПб.: Изд-во С.- Петерб. ун-та, 2003. С. 280-282.

28. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщины в период беременности и родов: Медико-социальные проблемы: дис... д-ра психол. наук. 2002. 493 с.
29. Коннова Е.Л. Современные исследования в области психологии материнства // Ученые записки Российского государственного социального университета. 2013. Т. 2. №. 2. С. 165-168.
30. Кочюнас Р. Групповая психотерапия: теория и опыт М.: Академический проект 2000. 240 е., Кочюнас Р. Психологическое консультирование и групповая психотерапия. 6-изд. М.: Академический проект, 2008. 464 с.
31. Лазарев М.Л. Теория и практика пренатально-ориентированного образования // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2002. №3. С. 19-23.
32. Лашманов Б.В. Поведенческие эмоциональные отклонения у беременных женщин, ведущие к развитию послеродовых невротических расстройств //Журнал акушерства и женских болезней. 2008. Т. 57. №. 2. С. 138-145.
33. Лебедева Ю.В., Минаева Н.С. Анализ механизмов эмпатической установки в деятельности психолога // Психологический вестник Уральского федерального университета. 2013. № 10. С. 192-205.
34. Лисина М.И. Общение, личность и психика ребенка. М.: Московский психолого-социальный институт, Воронеж: НПО «МОДЭК», 2001. 384 с.
35. Лысенко О.Ф. Опросник для беременных как инструмент изучения психологической готовности к материнству // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. ВП Астафьева. 2015. №. 2 (32). С. 170-174.
36. Магомедова М.А., Ревина А.А. Особенности эмоциональной сферы женщин с угрозой прерывания беременности // Скиф. Вопросы студенческой науки. 2019. №. 11 (39). С. 290-293.

37. Матвеева Е.В. Анализ материнства с позиции теории деятельности. К.: ВГГУ, 2004. 352 с.
38. Матвеева Е.В. Проект исследования на тему «Способы воспитания готовности к материнству и качество материнской позиции в российской и американской культурах современного общества». Москва-Нью-Йорк.:2004.
39. Мачкалян К.А. Родительство как социально-психологическое образование личности // Молодость. Наука. Перспектива. 2017. С. 123-127.
40. Мещерякова, С.Ю. Психологическая готовность к материнству / С. Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. 2002. № 5. С. 18-27.
41. Минюрова С.А. Тетерлева Е.А Диалогический подход к анализу смыслового переживания материнства // Психологический журнал. 2002. №5. С.63-75.
42. Митрушина Н.А. Диагностические методики в перинатальной психологии: метод. указания / Яросл. гос. ун-т им. П.Г. Демидова. Ярославль: ЯрГУ, 2009. 47 с.
43. Оден М. Возрожденные роды / пер. с англ. Е. Хотлубей, И. Назаров. М.: Изд. Назаровых, 2017. 184 с.
44. Ожегов, С.И. Словарь русского языка / С. И. Ожегов. 28-е изд. Москва: Мир и образование, 2015. 1375 с.
45. Подходы к психологическому сопровождению беременных женщин и критерии оценки его эффективности [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://studbooks.net/1714247/psihologiya/podhody_psihologicheskomu_soprovozhdeniyu_beremennyh_zhenschin_kriterii_otsenki_effektivnosti (дата обращения: 22.10.2024).
46. Про перинатальную психологию и консультирование/ психотерапию беременных. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.b17.ru/article/71953/> (дата обращения: 22.10.2024).
47. Психология беременности. Физиология беременности. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.socionic.ru/index.php/beremennost2/15760>

psihologiya_beremennosti_fiziologiya_beremennosti (дата обращения: 08.06.2024).

48. Рамалданова А.В. Материнство и отцовство как социально-психологический феномен // Новые контуры социальной реальности. 2020. С. 266-270.

49. Савенышева С.С. Пренатальная привязанность: понятие, структура, детерминанты // Мир науки, культуры, образования. 2017. №. 1 (62). С. 243-248.

50. Савенышева С.С., Чижова В.Ф. Материнское отношение как фактор психического развития ребенка раннего возраста // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2013. №3. С.32-40.

51. Савина С.В. Психологическое консультирование и психотерапия как актуальные виды психологической помощи // Личность как объект психологического исследования. 2017. С. 175.

52. Сафонова М.В., Лысенко О.Ф. Диагностика и анализ факторов, отражающих состояние психологической готовности беременных женщин к материнству // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. ВП Астафьева. 2018. №. 2 (44). С. 126-136.

53. Синицару Л. Психологическая готовность к материнству девушек юношеского возраста // Prolegomene din istoria psihologiei în Republica Moldova. 2018. С. 48-55.

54. Скворцова М.Ю., Прилуцкая С. Г., Барская Е. С. Особенности психоэмоционального состояния женщин во время беременности, наступившей в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий // Доктор. Ру. 2018. №. 10 (154). С. 62-67.

55. Смирнова Е.О. Генезис общения ребенка от рождения до семи лет в исследованиях сотрудников психологического института. Вопросы психологии. 2004. №2. С. 54 - 62.

56. Субочева А.Р., Каргина Н.В. Проблемы современного ценностного отношения к материнству в России // Научные труды Московского гуманитарного университета. 2017. №. 1. С. 5.
57. Тарновская А.С. Формирование психологической готовности студентов университета к педагогической деятельности в школе: Автореф. дис. ...канд. психол. наук. Киев, 1991. 21 с.
58. Творогова Н.Д., Кулешова К.В. Беременность как период психологической трансформации // РМЖ. Мать и дитя. 2015. №. 14. С. 857-860.
59. Умирзахова М.М., Раковская Г.А. Психологическая готовность к материнству девушек юношеского возраста // Вестник Казахстанско-Американского Свободного Университета. 2017. С. 170.
60. Утебаева Ж.Р., Раклова Е.М. Актуальные проблемы психологической готовности к материнству // Вестник инновационного евразийского университета. 2015. С. 79-85.
61. Фатыхова Р.М., Чухланцева Е.А. Становление Я-концепции молодой матери в условиях девальвации ценностей классического института брака // Ученые записки Российского государственного социального университета. 2013. Т. 2. №. 6. С. 118-126.
62. Филиппова Г. Г. Психологическая диагностика готовности к родам // Журнал акушерства и женских болезней. 2011. Т. 60. №. 3. С. 148-151.
63. Филиппова Г.Г. Дифференциация мотивационных основ материнского и полового поведения в подростковом возрасте. // Тезисы доклада на конференции, посвященной памяти К.С. Лебединской, Москва, 1995.
64. Филиппова Г.Г. Метод рисуночного теста в психологической работе с беременными. Исследовательский центр семьи и детства РАО, Научный центр психического здоровья РАМН. URL: <http://www.childpsy.ru/lib/articles/id/9574.php> (дата обращения: 24.10.2024).

65. Филиппова Г.Г. Ребенок для родителей и родители для ребёнка // Семья и школа. 2003. №2. С.7-9.
66. Филиппова Г.Г. Трудная радость материнства // Семья и школа. 2001.№1-2. С. 94-98.
67. Филиппова Е.В., Студеникина Л. А. Гармонизация стиля переживания беременности как условие психологического благополучия будущего ребенка // Психологическое здоровье и психологическая культура в современном Российском образовании. 2013. С. 221-224.
68. Филиппова, Г. Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Г. Г. Филиппова. // Вопросы психологии. 2001. № 2. С. 22-37.
69. Филиппова, Г. Г. Психология материнства: учебное пособие. Москва: Юрайт, 2022. 212 с.
70. Фролова С.В. Основы консультативной психологии/ С.В. Фролова. Саратов: Саратовский государственный университет, 2018. 118 с.
71. Хорни К. Невротическая личность нашего времени / пер. А.М. Боровиков. Академический проект, 2009. 208 с.
72. Черезова О.Г. Рождаемость и смена репродуктивных установок населения свердловской области в 1960-1970-е гг. // Уральский исторический вестник. 2014. №. 3. С. 112-117.
73. Чупина В.Б., Скоробогатова М. А. Психологическая характеристика женщины с нарушенной готовностью к материнству // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал. 2016. С. 228-238.
74. Чупина В.Б., Скоробогатова М. А. Становление материнской потребностно-мотивационной сферы // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал. 2016. С. 90-98.
75. Шабанова Т.Л., Маслихина Е. В. Психологические причины трудности создания семьи у женщин возраста ранней зрелости // Нижегородский психологический альманах. 2020. Т. 1. №. 1. С. 201-210.

76. Шамилова Н.В. Психологические причины нарушения адаптации к беременности и материнству // Проблемы современного педагогического образования. 2016. №. 50-2. С. 226-232.
77. Шапотайло С.В. Психологическая готовность к материнству у женщин с проблемами репродукции: дис. – 2018. 104 с.
78. Шкуркова А.С., Блюм А. И. Особенности психологической готовности к материнству у женщин, воспитывавшихся в неблагоприятной семейной ситуации // Психология XXI века: психология как наука, искусство и призвание. 2018. С. 401-405.
79. Яричина В.С. Готовность к материнству как психологическая проблема современности // Социокультурные и психологические проблемы современной семьи: актуальные вопросы сопровождения и поддержки. 2015. С. 483-487.
80. Ярыгина А.В. Психологическая готовность к материнству // Фундаментальные проблемы науки: сборник статей. 2016. С. 220.
81. Camberis A. L. et al. Maternal age, psychological maturity, parenting cognitions, and mother–infant interaction // *Infancy*. 2016. Т. 21. №. 4. С. 396-422.
82. Pan W.L. et al. Assessing the effectiveness of mindfulness-based programs on mental health during pregnancy and early motherhood-a randomized control trial // *BMC pregnancy and childbirth*. 2019. Т. 19. С. 1-8.
83. Yulizawati Y., Fitria H., Oktova R. The Influence of Support System on the Readiness to Motherhood Transition in Padang Independent Midwife Practice // *Journal of Midwifery*. 2022. Т. 7. №. 2. С. 59-65.

Приложение

Приложение А

Таблица 1. – Результаты исследования констатирующего эксперимента по анкете для беременных авторов

О.Ф. Лысенко, М.В. Сафонова

№	И.Ф.	Имеют свое жилье	Беременность запланирована	Беременность желанна	Есть опыт ухода за младенцами	Общаются со своим ребенком	Знают основные особенности физического и психологического развития детей	Планируют кормить грудью	Считают, что не стоит "приучать к рукам"	Возникла ли у Вас тревога за то, как Вы справляетесь и будете справляться со своей новой ролью?
1.	К.Ф.	+	-	+	-	+	+	+	-	-
2.	А.Ш.	+	+	+	+	-	+	+	-	+
3.	К.С.	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4.	М.Г.	+	+	+	-	-	+	+	-	-
5.	К.С.	+	+	+	-	+	+	+	-	+
6.	В.Г.	+	+	+	-	+	+	+	-	-
7.	О.Г.	+	+	+	-	+	+	+	-	-
8.	И.С.	+	+	+	-	-	+	+	+	+
9.	М.Н.	+	+	+	-	+	+	+	-	+
10.	Е.Ю.	+	+	+	+	+	+	+	-	-
11.	К.М.	+	+	+	-	-	+	+	+	+
12.	С.К.	+	+	+	-	+	+	+	+	+
13.	Н.К.	+	+	+	-	+	+	+	+	+
14.	Е.П.	+	-	+	+	-	+	+	+	+
15.	И.В.	+	+	+	-	+	+	+	-	+
16.	П.С.	+	+	+	+	+	+	+	-	+
17.	Т.К.	+	-	+	-	+	+	+	+	-
18.	К.В.	+	+	+	-	-	+	+	+	+
19.	А.Ш.	+	+	+	-	-	+	+	+	+
20.	Н.Д.	+	+	+	+	+	+	+	-	+
21.	Д.Ф.	+	+	+	+	+	+	+	-	+
22.	М.М.	+	+	+	-	+	+	+	+	-

Окончание таблицы 1

23.	О.Л.	+	+	+	-	-	+	+	+	+
24.	В.А.	+	+	+	+	+	+	+	-	-
25.	Е.Т.	+	+	+	+	+	+	+	-	+
26.	Е.Б.	-	+	+	+	+	+	+	-	+

Таблица 2. – Результаты исследования констатирующего эксперимента по рисунку «Я и мой ребенок» Г.Г. Филипповой

№	И.Ф.	Благоприятная ситуация	Незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности	Тревога и неуверенность в себе	Конфликт с беременностью или с ситуацией материнства
1.	К.Ф.	7	3	2	1
2.	А.Ш.	10	1	2	1
3.	К.С.	11	1	1	0
4.	М.Г.	13	0	1	0
5.	К.С.	10	0	1	2
6.	В.Г.	12	1	1	0
7.	О.Г.	10	3	1	0
8.	И.С.	10	1	2	1
9.	М.Н.	8	5	1	0
10.	Е.Ю.	13	1	0	0
11.	К.М.	8	1	4	0
12.	С.К.	12	1	1	0
13.	Н.К.	12	1	1	0
14.	Е.П.	9	5	0	0
15.	И.В.	14	0	0	0
16.	П.С.	11	2	1	0
17.	Т.К.	10	4	0	0
18.	К.В.	10	2	1	1
19.	А.Ш.	9	5	0	0
20.	Н.Д.	13	1	0	0
21.	Д.Ф.	8	1	4	0
22.	М.М.	12	2	0	0
23.	О.Л.	12	1	1	0
24.	В.А.	9	5	0	0
25.	Е.Т.	13	1	0	0
26.	Е.Б.	11	1	1	0

Таблица 3. – Результаты исследования констатирующего эксперимента по тесту отношений беременной по методике И.В. Добрякова

№	И.Ф.	Оптимальный	Гипогестогнозический	Эйфорический	Тревожный	Депрессивный
1.	К.Ф.	5	1	3	0	0
2.	А.Ш.	4	5	0	0	0
3.	К.С.	2	0	4	2	1
4.	М.Г.	5	1	3	0	0
5.	К.С.	5	1	2	1	0
6.	В.Г.	3	1	5	0	0
7.	О.Г.	6	0	1	1	0
8.	И.С.	4	2	0	2	1
9.	М.Н.	7	0	0	2	0
10.	Е.Ю.	3	0	4	1	0
11.	К.М.	5	3	0	1	0
12.	С.К.	6	1	2	0	0
13.	Н.К.	4	0	5	0	0
14.	Е.П.	4	4	0	1	0
15.	И.В.	7	1	1	0	0
16.	П.С.	5	0	3	1	0
17.	Т.К.	6	3	0	0	0
18.	К.В.	6	0	0	3	0
19.	А.Ш.	7	0	0	2	0
20.	Н.Д.	8	0	1	0	0
21.	Д.Ф.	7	0	0	2	0
22.	М.М.	6	0	3	0	0
23.	О.Л.	7	1	1	0	0
24.	В.А.	6	0	2	0	1
25.	Е.Т.	8	0	1	0	0
26.	Е.Б.	6	0	1	2	0

Таблица 4. – Результаты исследования констатирующего эксперимента по тесту «Характеристика эмоциональности» у беременных женщин по методике Е.П. Ильина

№	И.Ф.	Эмоциональная возбудимость	Интенсивность эмоций	Длительность эмоций	Отрицательное влияние эмоций на эффективность деятельности и общения
1.	К.Ф.	3	3	1	2
2.	А.Ш.	3	6	6	3
3.	К.С.	7	8	5	4
4.	М.Г.	2	4	1	4
5.	К.С.	2	5	2	3
6.	В.Г.	4	5	3	2
7.	О.Г.	4	4	6	4
8.	И.С.	5	6	3	2
9.	М.Н.	3	5	1	2
10.	Е.Ю.	4	7	5	4
11.	К.М.	4	4	3	2
12.	С.К.	6	5	3	3
13.	Н.К.	5	5	2	1
14.	Е.П.	4	6	4	1
15.	И.В.	7	6	2	3
16.	П.С.	6	6	4	2
17.	Т.К.	4	5	3	2
18.	К.В.	7	7	6	3
19.	А.Ш.	5	4	3	2
20.	Н.Д.	3	4	3	1
21.	Д.Ф.	7	6	5	3
22.	М.М.	5	4	4	1
23.	О.Л.	4	4	5	3
24.	В.А.	2	5	1	3
25.	Е.Т.	7	7	5	2
26.	Е.Б.	7	7	4	6

Таблица 5. – Результаты исследования общего уровня готовности к материнству

№	Испытуемый	Блоки готовности				Общий уровень психологической готовности к материнству
		Потребностно-мотивационный	Когнитивно-операционный	Социально-личностный	Эмоциональный	
1.	К.Ф.	средний	низкий	средний	средний	средний
2.	А.Ш.	низкий	средний	средний	низкий	низкий
3.	К.С.	средний	низкий	средний	низкий	средний
4.	М.Г.	высокий	низкий	средний	средний	средний
5.	К.С.	высокий	средний	средний	средний	средний
6.	В.Г.	средний	низкий	средний	низкий	низкий
7.	О.Г.	высокий	средний	высокий	средний	высокий
8.	И.С.	средний	низкий	средний	средний	средний
9.	М.Н.	средний	средний	средний	средний	средний
10.	Е.Ю.	средний	средний	средний	средний	средний
11.	К.М.	высокий	средний	высокий	высокий	средний
12.	С.К.	высокий	средний	высокий	средний	высокий
13.	Н.К.	высокий	высокий	высокий	средний	высокий
14.	Е.П.	средний	средний	средний	средний	средний
15.	И.В.	высокий	средний	высокий	высокий	высокий
16.	П.С.	высокий	высокий	высокий	средний	высокий
17.	Т.К.	высокий	средний	средний	средний	средний
18.	К.В.	средний	средний	средний	высокий	средний
19.	А.Ш.	средний	высокий	средний	средний	средний
20.	Н.Д.	средний	средний	высокий	высокий	высокий
21.	Д.Ф.	средний	средний	высокий	средний	средний
22.	М.М.	средний	средний	средний	средний	средний
23.	О.Л.	высокий	высокий	высокий	средний	высокий
24.	В.А.	средний	средний	высокий	средний	средний
25.	Е.Т.	высокий	высокий	средний	средний	высокий
26.	Е.Б.	высокий	средний	средний	низкий	средний

Программа индивидуальных консультаций

Консультация 1. Физиологические и психологические аспекты беременности.

Задачи:

- формирование представлений о физиологических и психологических изменениях в организме беременной;
- формирование навыков релаксации.

Таблица 6. - Структура консультации №1

№	Структура консультации	Характеристика
1.	Изменения в организме на физиологическом и психологическом уровне.	Лекция-беседа.
2.	Аутогенная/релаксационная тренировка	Отработка техники саморегуляции.
3.	Рефлексия консультации. Домашнее задание.	Подведение итогов консультации.

Консультация 2. Изменения в семейной системе. Беременность как нормативный кризис семьи.

Задачи:

- формирование объективных представлений об изменениях в семейной системе, связанные с появлением ребенка;
- формирование доверия к себе, поиск внутренней и внешней опоры;
- формирование компетенций в сфере семейных отношений.

Таблица 7. – Структура консультации №2

№	Структура консультации	Характеристика
1.	Обсуждение домашнего задания, рефлексия.	Описание своего актуального состояния (ощущения в теле, мысли, чувства)

Окончание таблицы 7

2.	Изменения в семейной системе. Беременность как нормативный кризис семьи. Установки и убеждения социума, связанные с беременностью.	Лекция-беседа
3.	«Что теряю и что приобретаю в связи с беременностью (появлением ребенка)?»	Работа с метафорическими картами.
4.	Рефлексия консультации. Домашнее задание.	Подведение итогов консультации

Консультация 3. Мир внутри мамы. Привязанность - основа любви.

Задачи:

- формирование эмоциональной компетентности;
- формирование представлений о внутриутробном развитии ребенка;
- формирование представлений о психофизиологическом развитии ребенка;
- формирование навыков взаимодействия с ребенком в утробе;
- формирование навыков релаксации.

Таблица 8. – Структура консультации №3

№	Структура консультации	Характеристика
1.	Обсуждение домашнего задания, рефлексия.	Описание своего актуального состояния (ощущения в теле, мысли, чувства)
2.	Психофизиологическое развитие ребенка во время беременности. Психофизиологическое развитие ребенка до 3 лет.	Лекция-беседа.
3.	Раннее формирование привязанности. Общение с ребенком во время беременности. Гаптономия.	Лекция-беседа. Отработка техники.
4.	Рефлексия консультации. Домашнее задание.	Подведение итогов консультации.

Консультация 4. Уход за малышом.

Задачи:

- формирование навыков по уходу за новорожденным.

Таблица 9. – Структура консультации №4

№	Структура консультации	Характеристика
1.	Гигиена новорожденного. Пеленание. Как правильно брать на руки и как держать малыша.	Лекция-беседа.
2.	Практическая часть.	Отработка навыков и умений.
3.	Рефлексия консультации.	Подведение итогов консультации.

Консультация 5. Физиологические роды. Техники самопомощи в родах.

Задачи:

- формирование представления о процессе родов;
- формирование навыков саморегуляции

Таблица 10. – Структура консультации №5

№	Структура консультации	Характеристика
1.	Обсуждение домашнего задания, рефлексия.	Описание своего актуального состояния (ощущения в теле, мысли, чувства)
2.	Предвестники. Периоды и фазы родов.	Лекция-беседа.
3.	Техники самомассажа, визуализации и дыхания в родах.	Отработка техник.
4.	Рефлексия консультации. Домашнее задание.	Подведение итогов консультации.

Консультация 6. Я - мама.

Задачи:

- формирование доверия к себе, поиск внутренней и внешней опоры;
- формирование объективного представления о материнстве;
- формирование позитивных установок в отношении беременности

Таблица 11. – Структура консультации №6

№	Структура консультации	Характеристика
4.	Обсуждение домашнего задания, рефлексия.	Описание своего актуального состояния (ощущения в теле, мысли, чувства)
5.	Что для меня является ресурсом в данной ситуации?	Работа с ресурсными метафорическими картами.
6.	«Я идеальная мама» (формирование образа достаточно хорошей матери).	Отработка упражнения, обсуждение.
7.	Рефлексия консультации.	Подведение итогов консультации.

Таблица 12. – Результаты исследования общего уровня психологической готовности к материнству до формирующего эксперимента

№	Испытуемый	Блоки готовности				Общий уровень психологической готовности к материнству
		Потребностно-мотивационный	Когнитивно-операционный	Социально-личностный	Эмоциональный	
1.	А.Ш.	низкий	средний	средний	низкий	низкий
2.	М.Г.	высокий	низкий	средний	средний	средний
3.	К.С.	высокий	средний	средний	средний	средний
4.	И.С.	средний	низкий	средний	средний	средний
5.	Е.Б.	высокий	средний	средний	низкий	средний

Таблица 13. – Результаты исследования общего уровня психологической готовности к материнству после формирующего эксперимента

№	Испытуемый	Блоки готовности				Общий уровень психологической готовности к материнству
		Потребностно-мотивационный	Когнитивно-операционный	Социально-личностный	Эмоциональный	
1.	А.Ш.	средний	высокий	средний	средний	средний
2.	М.Г.	высокий	средний	высокий	высокий	высокий
3.	К.С.	высокий	высокий	высокий	средний	высокий
4.	И.С.	высокий	средний	высокий	высокий	высокий
5.	Е.Б.	высокий	средний	средний	средний	высокий

Оценка достоверности сдвига в значениях исследуемого признака

С целью сравнения уровней готовности к материнству клиентов до и после проведения экспериментально-опытной работы мы применили метод оценки достоверности сдвига в значениях исследуемого признака. Экспериментальные данные измерены до и после эксперимента на одной и той же выборке испытуемых, поэтому мы используем Т-критерий Вилкоксона.

Определим гипотезы:

H_0 : Достоверных сдвигов по уровню готовности к материнству в большую сторону ранговых значений не существует

H_1 : Достоверные сдвиги по уровню готовности к материнству в большую сторону ранговых значений существуют.

Таблица 14. – Расчёт Т-критерия при сопоставлении уровней готовности к материнству в экспериментальной группе до и после эксперимента

№	Испытуемый	Ранг уровня готовности к материнству		Разность ($t_{до}$ - $t_{после}$)	Абсолютное значение разности	Ранговый номер разности
		до ($t_{до}$)	после ($t_{после}$)			
1.	А.Ш.	1	2	1	1	3
2.	М.Г.	2	3	1	1	3
3.	К. С.	2	3	1	1	3
4.	И. С.	2	3	1	1	3
5.	К. Б.	2	3	1	1	3
Сумма						$\Sigma=15$

Сумма по столбцу рангов равна $\Sigma=15$. Проверка правильности составления матрицы на основе исчисления контрольной суммы:

$$\sum x_{ij} = \frac{(1+n)n}{2} = \frac{(1+5)5}{2} = 15$$

$15 = 15$, значит, ранжирование проведено правильно.

По таблице Приложения находим критические значения для Т-критерия

Уилкоксона для $n=5$:

$$T_{кр}=1 \quad (p \leq 0.01)$$

$$T_{кр}=5 \quad (p \leq 0.05)$$

Если $T_{эмп} > T_{кр}$, то принимаем H_0 и отвергаем H_1

Если $T_{эмп} \leq T_{кр}$, то принимаем H_1 и отвергаем H_0

В данном случае эмпирическое значение T попадает в зону значимости: $T_{эмп} < T_{кр}(0,05)$. Следовательно, в результате применения метода оценки достоверности принимается гипотеза H_1 на 95% уровне достоверности. Достоверное различие в уровнях готовности к материнству до и после проведения эксперимента существует ($p \leq 0.05$).

Таким образом, выявлены достоверные различия между уровнями готовности к материнству беременных женщин до и после проведения формирующего эксперимента.