

Министерство образования и науки Российской Федерации
государственное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный педагогический университет
им. В.П. Астафьева»
Факультет начальные классы
Кафедра педагогики и психологии начального образования

Ревина Марина Сергеевна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Тема: Особенности работы психолога-консультанта в женской
консультации

Направление: 44.04.02. Психолого-педагогическое образование

Магистерская программа: Психологическое консультирование в
образовании

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

(дата, подпись)

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

(дата, подпись)

Научный руководитель
к.биол.н., доцент Аликин И. А.
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Студент
Ревина М. С.
(фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Красноярск, 2015 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Реферат	5
Введение	12
Глава I. Исследование теоретических основ психологического консультирования беременных женщин в женской консультации	16
1.1. Психологические проблемы женщин в период беременности	16
1.2. Психологические и физиологические особенности беременности	17
1.3. Структура и функционирование женской консультации	23
2. Работа психолога-консультанта в женской консультации	27
2.1. Средства и методы работы психолога-консультанта в женской консультации	30
2.2. Образовательный аспект работы психолога-консультанта в женской консультации	34
2.3. Типы клиентов психолога-консультанта	35
Выводы	

ГЛАВА II. Исследование практики консультационного процесса	40
беременных женщин в женской консультации	
2.1. Методическая организация процесса психологического консультирования беременных женщин на последней стадии беременности	40
2.2. Исследование эмоционального состояния ПКГД у беременных женщин на последней стадии беременности	42
2.3. Подготовка, проведение и оценка эффективности процесса психологического консультирования беременных женщин на последней стадии беременности	50
2.4. Сравнительный анализ полученных данных	58
Выводы	
Заключение	63
Библиографический список литературы	65
Приложение	72

Реферат

Диссертация на соискание степени магистра Особенности работы психолога - консультанта в женской консультации.

Объём - страниц, включая 6 рисунков, 10 таблиц, 2 приложения.
Количество источников - 69 .

Объект исследования: консультирование женщин в период беременности.

Предмет исследования: особенности работы психолога — консультанта в женской консультации.

Цель исследования: выявить и описать специфику работы психолога-консультанта в женской консультации.

Гипотеза исследования: психологическое консультирование беременных женщин в условиях женской консультации имеет ряд особенностей к которым следует отнести: ценностный характер консультирования; учет закономерности динамики состояния клиенток; обязательность проведения консультационной сессии; групповой характер консультирования; широкое применение образовательных аспектов в консультационном процессе.

Теоретическую и методическую основу исследования составили труды отечественных и зарубежных ученых в области психологии личности, семейной психологии, перинатальной медицины, психотерапии, валеологии, теории социального научения, психопрофилактики беременности и родов, а также законы, указы Президента Российской Федерации, постановления правительства Российской Федерации, нормативные и инструктивные документы.

В работе были применены следующие **методы исследования:** анализ психолого-педагогической литературы, наблюдение, анкетирование, тестирование, количественный и качественный анализ результатов эксперимента, математическая обработка полученных данных.

Апробация исследования проводилась в ходе организации и проведения групповых консультаций на базе Красноярского Бюджетного Учреждения Здравоохранения Краевого Межрайонного Родильного дома №5, Женской консультации №4.

Результаты исследования имеют теоретическую и практическую значимость.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что результаты, полученные автором в ходе исследования, станут основой для более углубленного изучения особенностей психики беременных женщин на последней стадии беременности, а так же более углубленного изучения применения арт-техник как образовательного аспекта работы психолога-консультанта в женской консультации.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что данные диссертационного исследования могут быть применены в работе перинатальных психологов.

В результате проведенного исследования были достигнуты следующие результаты:

В процессе проведения диссертационного исследования мы провели анализ литературных источников по проблеме исследования, изучили структуру работы психолога консультанта с различными типами клиентов на основании документации, обосновали методы работы психолога консультанта с разными типами клиентов. В ходе проведения констатирующего эксперимента нами было выявлено следующее — у беременных женщин на сроке 30-32 недель беременности снижено эмоциональное настроение. Ухудшено самочувствие и снижена активность. А так же преобладали следующие типы психологического компонента гестационной доминанты беременности - тревожный, гипогистегнозический, и депрессивный над оптимальным и эйфорическим.

При работе с беременными женщинами необходимо учитывать образовательный компонент психологического консультирования для дальнейшего успешного вынашивания беременности.

После проведения нами формирующего эксперимента с использованием арт-техник, у беременных женщин улучшилось эмоциональное настроение, активность и самочувствие, а так же оптимальный, и эйфорический типы психологического компонента гестационной доминанты над тревожным, гипогестогнозическим и депрессивным.

В ходе проведения анализа психолого-педагогической литературы по проблеме исследования нами было выявлено:

Что многие авторы занимались проблемами материнства, у женщины, в период беременности меняется структура психики. То есть преобладает материнская доминанта или гестационная. Эта доминанта имеет два структурных компонента. Важнейшим, из которых является психологический компонент. Сформировать данный компонент помогают психологи в женской консультации в процессе психологического консультирования беременных женщин. Мы изучили:

- структуру женской консультации,
- должностные обязанности и функции психолога в женской консультации, критерии, по которым проводится отбор в кабинет психолога женской консультации,
- типы клиентов женской консультации,
- образовательный компонент работы психолога в консультации.

Мы выявили, что помимо беременных женщин к психологу могут обратиться и гинекологические больные и женщины подросткового возраста и беременные по случаю доабортного консультирования.

Итогом нашего исследования на данном этапе является подтверждение высказанной гипотезы:

что психологическое консультирование беременных женщин в условиях женской консультации имеет ряд особенностей к которым следует отнести: ценностный характер консультирования; учет закономерности динамики состояния клиенток; обязательность проведения консультационной сессии; групповой характер консультирования; широкое применение образовательных аспектов в консультационном процессе.

А так же что образовательным аспектом в работе психолога — консультанта является:

Лекции по подготовке к беременности на различные темы.

Обучающие занятия по подготовке к рождению ребенка.

Коллаж Представление о будущем материнстве

Обучающие тренинги.

Психолог в своей работе с беременными женщинами использует метод научения.

психологическое консультирование беременных женщин в условиях женской консультации имеет ряд особенностей. Особенности работы психолога-консультанта в женской консультации являются:

- не разработанность структуры работы психолога в женской консультации,
- применение в работе с беременными женщинами экзистенциального подхода,
- групповая форма консультирования,
- широкое применение образовательных аспектов в консультативном процессе.

Abstract

Thesis for the degree of master Features the work of the psychologist - consultant in the antenatal clinic.

Volume pages, including 6 figures, 10 tables, 2 appendices. The number of springs 69 .

The object of study: counseling women in pregnancy.

Subject of research: peculiarities of work of the psychologist — consultant in the antenatal clinic.

Objective: to identify and describe the specifics of the psychologist-consultant in the antenatal clinic.

Research hypothesis: psychological counseling of pregnant women in the antenatal consultation has a number of features which include: a values-based nature of consulting; accounting regularities of the dynamics of state clients; the necessity of the consulting session; the group nature of counseling; the wide use of educational aspects in the consultation process.

Theoretical and methodological basis of research were works of domestic and foreign scientists in the field of personality psychology, family psychology, perinatal medicine, psychotherapy, valeology, theory of social learning, psycho-prophylaxis in pregnancy and childbirth, as well as the laws, decrees of the President of the Russian Federation, decrees of the government of the Russian Federation, normative and guidance documents.

In the work were used the following research methods: analysis of psychological and pedagogical literature, observation, questioning, testing, quantitative and qualitative analysis of experimental results, mathematical processing of the obtained data.

Approbation of the research was carried out in the course of organizing and conducting group consultations on the basis of the Krasnoyarsk Fiscal Health of the Regional Interdistrict Maternity hospital №5, Women's consultation No. 4.

The results of the study have theoretical and practical significance.

Theoretical significance of the research is that the results obtained by the author during the research, will be the basis for more in-depth study of the peculiarities of the psyche of the pregnant women in the last stage of pregnancy, as well as more in-depth study of the application of art techniques as an educational aspect of the work of the psychologist-consultant in the antenatal clinic.

The practical significance of this study is that the data of the dissertation research can be applied in the work of the perinatal psychologists.

In result of the conducted research the following results were achieved:

In the process of conducting the dissertation research, we conducted a literature analysis on the issue of research, studied the structure of work of the psychologist consultant

with various types of clients based on documentation substantiated methods of work of the psychologist consultant with different types of clients. During carrying out of ascertaining experiment we have identified the following — pregnant women at term 30 to 32 weeks of gestation reduced emotional mood. Worsened health and reduced activity. As well as prevailed the following types of psychological component gestational dominant of pregnancy is disturbing, giperstenichesky, and depressive and euphoric over optimal.

When working with pregnant women should consider the educational component of counseling for successful pregnancy.

After we undertake a formative experiment with the use of art techniques in pregnant women has improved emotional mood, energy and well-being, and optimal, and euphoric types of psychological component gestational dominant over anxious, and depressive giperstenicheskom.

During the analysis of psychological and pedagogical literature on the research problem we have identified:

Many authors dealt with the problems of motherhood, a woman during pregnancy changed the structure of the psyche. That is, the predominant maternal or gestational dominant. This difference dominant has two structural components. The most important of which is the psychological component. To form this component help psychologists in women's consultations in the psychological counseling of pregnant women. We have studied:

structure of the women consultations,

- duties and functions of the psychologist in the women's consultation - the Criteria on which the selection carried out in the psychologist's office women's clinic,

- types of customers female consultations,

- educational component of the work of the psychologist in consultation.

We found that in addition to pregnant women a psychologist can address and gynecological patients and women of adolescent age and pregnant on the occasion debartolo counseling.

The result of our research at this stage is to confirm the proposed hypotheses:

psychological counseling of pregnant women in the antenatal consultation has a number of features which include: a values-based nature of consulting; accounting regularities of the dynamics of state clients; the necessity of the consulting session; the group nature of counseling; the wide use of educational aspects in the consultation process.

As well as that the educational aspect of the work of the psychologist — adviser is:

Lectures on preparing for pregnancy on a variety of topics.

Training sessions in preparation for the birth of the child.

Collage vision of the future motherhood

Educational trainings.

Psychologist in their work with pregnant women uses a method of learning.

psychological counseling of pregnant women in the antenatal consultation has a number of features. Features of work of the psychologist-consultant in the antenatal clinic are:

- not developed patterns of work of the psychologist at the clinic,
- working with pregnant women existential approach
- group form of counselling,
- wide application educational aspects of the Advisory process.

Введение

Способность рожать детей — это естественная возможность женщине и мужчине продолжать свой род. Чтобы родить здорового ребенка женщина должна быть к этому готова и с физиологической стороны, и психологической. Основной задачей психолога при подготовке к родам является научить женщину руководить своим телом и энергией во время беременности. Однако, проблема стоит значительно шире.

Проблема сохранения здоровья матери и ребенка являются одной из актуальных проблем современного общества. Совсем еще не давно беременная женщина находилась под наблюдением и контролем только медицинских работников. Но это не только медицинская, но так же и социальная проблема, имеющая экономическое, нравственное и общественное значение.

В последние годы возник интерес к проблемам психологического состояния беременной женщины, ее личностные особенности, ее переживания и эмоции.

Перинатальными психологами доказано, что психологическое состояние женщины влияет на благополучие протекания беременности и родов, и проведение подготовки к родам и материнству а так же уменьшает количество осложнений беременности и родов влияет на развитие ребенка в будущем.

Одной из психологических проблем беременных женщин является повышенный уровень тревожности, беспричинное беспокойство, и неустойчивость эмоционального состояния [59].

Чаще всего их одолевают сомнения в нормальности будущего ребенка, благополучного вынашивания и родов, изменения самой себя, и жизненной ситуации, изменения отношений с отцом ребенка после рождения ребенка и т. д. Эти тревоги происходят от плохой информированности беременных женщин обо особенностях протекания

беременности, родов, развития ребенка, чувства одиночества, отличия от других женщин, субъективное непонимание. Очень часто состояние тревоги неблагоприятно влияет на течении беременности и развитии ребенка. Женская консультация играет важную роль на каждом этапе подготовки женщины к выполнению роли матери, особенно на этапе беременности [19].

Поэтому, нами была выбрана в качестве темы исследования следующая **тема** — «особенности работы психолога-консультанта в женской консультации».

Объект исследования: консультирование женщин в период беременности.

Предмет исследования: особенности работы психолога — консультанта в женской консультации.

Цель: выявить и описать специфику работы психолога-консультанта в женской консультации.

Гипотеза исследования: психологическое консультирование беременных женщин в условиях женской консультации имеет ряд особенностей к которым следует отнести: ценностный характер консультирования; учет закономерности динамики состояния клиенток; обязательность проведения консультационной сессии; групповой характер консультирования; широкое применение образовательных аспектов в консультационном процессе.

Задачи:

- сбор и изучение литературных источников по проблеме исследования;
- изучение работы психолога-консультанта в женской консультации на основании изучения документации
- обоснование методов работы с беременными женщинами на различных этапах сроков беременности
- выявление эмоционального настроения беременных женщин

- проведение формирующего эксперимента на основе полученных данных констатирующего эксперимента

- изучение эмоционального настроения беременных женщин после проведения формирующего эксперимента

- обработка полученных в ходе проведения эксперимента данных

- изучение образовательного аспекта в консультировании беременных женщин - изучение научения, как основы консультационного процесса.

- написание и оформление результатов диссертационного исследования.

Теоретическая и методологическая основа исследования: труды отечественных и зарубежных ученых в области психологии личности, семейной психологии, перинатальной медицины, психотерапии, валеологии, теории социального научения, психопрофилактики беременности и родов, а также законы, указы Президента Российской Федерации, постановления правительства Российской Федерации, нормативные и инструктивные документы.

Методы диссертационного исследования:

- Анализ литературы по теме исследования.

- Наблюдение.

- Анкетирование.

- Тестирование.

- Количественный и качественный анализ результатов эксперимента.

- Математическая обработка полученных данных.

Теоретическая значимость исследования: результаты, полученные автором в ходе исследования, станут основой для более углубленного изучения особенностей психики беременных женщин на последней стадии беременности, а так же более углубленного изучения применения арт-техник как образовательного аспекта работы психолога-консультанта в женской консультации.

Практическая значимость исследования: данные диссертационного исследования могут быть применены в работе перинатальных психологов.

Эмпирическая база исследования: КГБУЗ Красноярский Межрайонный Родильный Дом №5, Женская консультация №4.

Структура диссертации: работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы, а так же приложений.

Глава I. Исследование теоретических основ психологического консультирования беременных женщин в женской консультации

1. Психологические проблемы женщин в период беременности

У беременной женщины появляются следующие проблемы:

1. изменения настроения,
2. появление психического дискомфорта, которое появляется при повышенной чувствительности к запахам, сонливостью, утомляемостью, тошнотой и рвотой и.
3. опасения за жизнь и здоровье будущего ребенка,
4. уменьшение физической привлекательности,
4. На отношение женщины к беременности оказывают влияние социальные факторы, внутрисемейные взаимоотношения, индивидуальные особенности личности [19].
5. нежелание иметь детей.
6. Бывает так, что у женщин наступают роды, когда они находятся в состоянии физического и психического истощения из-за неправильного образа жизни.

Из-за всего вышеизложенного следует, что беременная женщина должна быть надлежащим образом информирована об особенностях беременности [15].

Работа психолога, направленная на профилактику таких состояний, крайне важна. От того, получит ли женщина квалифицированную психологическую помощь, зачастую зависит протекание беременности, родов, послеродового периода [62].

В процессе психологического консультирования психологу необходимо учитывать психологические и физиологические особенности беременных женщин для должного проведения психологического консультирования. Данные особенности будут рассмотрены нами далее.

1. 2. Психологические и физиологические особенности беременности

В медицине известно, что эмоции, которые испытывает мать, вызывают изменения биохимии крови, частоты дыхания, сердечных сокращений, артериального давления, этим самым ребенок, подвержен влияниям меняющегося эмоционального фона [61].

Перинатальные психологи, установили, что при наступлении беременности изменяются отношения с отцом ребенка. При этом мужчина начинает ревновать жену к еще не рожденному ребенку, а затем к родившемуся ребенку. Женщина при дисгармонии супружеских отношений дефицит положительных эмоций восполняет за счет отношений с ещё, не родившемся ребенком, а затем с родившемся. Женщина сама бессознательно препятствует своевременной сепарации сына, это помогает возникновению его соперничества с отцом за внимание женщины, формированию у мальчика комплекса Эдипа, а у отца комплекса Лая. Работа психолога должна учитывать семейные взаимоотношения беременной женщины с мужем чтобы предотвратить развитие у ребенка комплекса Эдипа или Электры, если родиться девочка [5].

В развитии ребенка еще не родившегося выделяют :

1. эмбриональный,
2. плодный,
3. другие периоды.

Во время данных периодов происходят значительные изменения в женском организме, развиваются системы и органы ребенка, и органы, обеспечивающие их совместную жизнь. Этот процесс сопровождается значительными изменениями психики женщины, постепенным становлением и развитием психических функций будущего ребенка [25].

Чтобы происходили эти процессы развития , организм беременной женщины и ее психика подвергаются серьезной перестройке.

Значительные изменения происходят в функционировании эндокринной системы, центральной нервной системы, обменных процессов. Отражением гормональных изменений являются также усиление пигментации сосков, увеличение размера молочных желез, нередко появление молозива, на коже груди и живота могут появиться так называемые растяжки беременных [37].

Н. В. Боровикова предложила называть рефлективное принятие своего нового образа я в положении - аффектом осознания себя беременной, с момента осознания и внутреннего принятия себя беременной у женщины обнаруживается симптом противоречивого отношения к беременности. Она так же предложила термин синдром беременности для отражения психологических изменений, возникающих у женщины в связи с беременностью. То есть, автор термина все происходящее с женщиной в о время беременности психологические изменения, объявляет патологическими.

В. Д. Менделевич связывает изменения психического функционирования и поведения женщины во время беременности с процессами адаптации ее организма и личности к новому физиологическому состоянию.

В начале беременности возникают изменения функционирования центральной нервной системы беременной женщины - это понижение возбудимости коры головного мозга и относительное повышение возбудимости подкорковых образований. Из-за этого у беременных появляется заторможенность, повышается потребность во сне и отдыхе, происходит ограничение общения беременной с внешним окружением. Женщине необходимо время, чтобы привыкнуть к изменениям форм тела, и слабости по утрам, тошноте, сонливости, к болям в пояснице и в животе, к судорогам в ногах, к учащению мочеиспусканий (тахииурии), склонности к запорам . Эти изменения являются адаптивными, так как, приводят к благотворным, итогам беременности.

Физиологические изменения, влияют на эмоции женщины и в то же время появляются от перемен происходящих в аффективной сфере. Женщина испытывает радость, удовлетворение и чувство гордости в связи с состоявшимся материнством, и – страх взросления, опасения осложнений течения беременности и родов, сомнения в своей материнской компетенции и состоятельности.

Первые месяцы беременности характеризуются становлением гестационной доминанты. Отношение женщины материнству нейтрально, но настроение может колебаться от подавленности до уровня эйфории. Во втором и третьем триместре гестационная доминанта уже обычно сформирована. [23].

Автор принципа гестационной доминанты А. А. Ухтомский.

Данный принцип состоит в том, что под влиянием любого возбуждения, которое вызывают внешние или внутренние раздражителями, формируется очаг господствующего возбуждения - доминанта, он обеспечивает деятельность организма в определенном направлении и способствующий оказывать тормозящее действие на работу других нервных центров, препятствующих этому. Аршавский предложил термин материнская доминанта или гестационная доминанта. Гестационная доминанта направлена на создание новой конstellляции звеньев в ЦНС, которая формирует новый гормональный профиль, гомеостаз и форму поведения в процессе беременности.

Гестационная доминанта состоит из физиологического и психологического компонентов.

По мнению перинатальных психологов, проблемой является готовность беременной женщины к материнству. Степень психологической готовности к материнству отражает психологический компонент гестационной доминанты [59].

Физиологический компонент состоит в том, что, помощью гестационной доминанты направляются и поддерживаются на соответствующем уровне все физиологические процессы, совершающиеся в организме беременной [27].

Как считает Савельева особого внимания заслуживает психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД). О проявляется в заторможенном состоянии беременной, ей интересен только ребенок. При появлении различных стрессовых ситуаций испуг, страх, сильные эмоциональные переживания в центральной нервной системе беременной помимо гестационной доминанты могут возникать и другие очаги стойких возбуждений. Это в значительной степени ослабляет действие гестационной доминанты и нередко сопровождается патологическим течением беременности, и родов.

В норме гестационная доминанта должна быть сформирована правильно еще до момента зачатия [54].

В своем исследовании мы будем обозначать психологический компонент гестационной доминанты - ПКГД.

Добряков выделяет пять типов психологического компонента гестационной доминанты:

- оптимальный,
- гипогестогнозический,
- эйфорический,
- тревожный
- депрессивный.

Оптимальный тип характеризуется адекватным отношением женщины к происходящим в ней изменениям, к предстоящим трудностям, высокой степенью ответственности будущей мамы за свое дитя.

Гипогестогнозический тип характеризуется недооцениванием важности и серьезности происходящего. Женщины, имеющие данный тип ПКГД, не склонны менять жизненный стереотип. После родов у них часто

отмечается гипогалактия. Уход за детьми, как правило передоверяется другим лицам (бабушкам, няням) , так как сами матери очень заняты. Нередко этот тип ПКГД встречается у многодетных матерей.

Эйфорический тип характеризуется преобладанием повышенного настроения, уверенностью в благополучном родоразрешении, легковесностью и непониманием своей новой роли сейчас и в ближайшем будущем. Беременность может быть очень желанной, однако, убедившись, что зачатие произошло, «беспечная женщина» добровольно одевает «розовые» очки. Если возникают какие-то осложнения беременности, то они застают женщин врасплох, их тяжесть преувеличивается. Эти женщины притенциозны, требуют от окружающих повышенного внимания [23].

При тревожном типе причины повышенной тревожности, которые определяют все поведение женщины, могут быть вполне объяснимыми, связанными с семейными неурядицами, состоянием здоровья, бытовыми трудностями и гестационная доминанта подавляется доминантой нерешенных социальных проблем то есть, тревожась, мать наносит вред своему малышу.

Депрессивный тип предполагает максимальную выраженность тревожных состояний, что в свою очередь может привести к развитию невротических реакций. У нее могут появиться бредовые, ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, намерения избавиться от ребенка.

Большая роль психологической готовности женщины к материнству в успешном родоразрешении. Но, количество женщин, не встающих на учет по беременности, повышается. Будущая мать согласно своим интересам, вредит плоду, лишая его элементарной помощи в выявлении и санации очагов внутриутробной инфекции, своевременной диагностике и профилактике врожденных пороков развития плода, часто женщины в будущем отказывается от своих детей [17].

Обеспечить нормальное течение беременности и дальнейшее благополучное рождение здорового ребенка помогают психологи осуществляющие пред. родовую, профилактическую подготовку в ходе психологического консультирования беременных женщин на базе женской консультации.

1.3. Структура и функционирование женской консультации

Женская консультация — это учреждение здравоохранения, оказывающее амбулаторную лечебно-профилактическую, акушерскую, и гинекологическую помощь населению. Работа женской консультации основана на участков-территориальном принципе.

Главной целью ее работы является - оказание первичной квалифицированной помощи женщинам, услуг по охране репродуктивного здоровья, профилактике аборт, по профилактике, диагностике и лечению гинекологических заболеваний.

Женская консультация осуществляет следующие, функции:

1) диспансерное наблюдение беременных, в том числе выделение женщин "групп риска" в целях предупреждения и раннего выявления осложненной беременности, родов и послеродового периода;

2) выявление, установление медицинских показаний и направление беременных женщин, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями на стационарное лечение учреждения здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждения государственной системы здравоохранения для получения специализированных (дорогостоящих) видов медицинской помощи [56].

3) физическую и профилактическую подготовку беременных к родам, в том числе подготовку семьи к рождению ребенка;

4) патронаж беременных;

5) консультирование и оказание услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики аборт согласно установленным стандартам и подготовки к беременности и родам;

6) организацию и проведение профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний;

7) обследование и лечение беременных и гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий, в том числе условиях дневного стационара и на дому (стационар на дому);

8) диспансеризацию гинекологических больных в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, включая реабилитацию.

9) установление медицинских показаний и направление на санаторно-курортное лечение беременных женщин и женщин с гинекологическими заболеваниями;

10) осуществление прерывания беременности в ранние сроки (при задержке менструации на срок более 20 дней), а так же выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий (гистероскопия, лазеро-, криотерапия и т.д.);

11) обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц, гинекологических больных между женской консультацией и другими лечебно-профилактическими учреждениями (кожно-венерологическим, онкологическим, психоневрологическим, наркологическим, противотуберкулезным диспансерами и т. д.) территориальным фондом обязательного медицинского страхования Р. Ф.;

12) клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи не беременным женщинам, в период беременности, после родовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий [49];

13) экспертизу временной нетрудоспособности по беременности, родам, в связи с гинекологическими заболеваниями, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода, работника по состоянию здоровья на другую работу, направление в установленном порядке на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности;

14) оказание медико-социальной, правовой и психологической помощи;

15) повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала в соответствии с действующим законодательством Р.Ф.;

16) внедрение в практику современных диагностических и лечебных технологий, новых организационных форм работы, средств, профилактики и реабилитации больных;

17) выполнение санитарно-гигиенических и противо-эпидемиологических мероприятий для обеспечения безопасности пациентов и персонала предотвращения распространения инфекций [40];

18) проведение мероприятий в области информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья женщин, профилактики абортов, а так же инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекцией;

19) анализ показателей работы женской консультации, эффективности и качества медицинской помощи, разработка предложений по улучшению качества акушерско-гинекологической помощи.

Структура женской консультации:

1. Регистратура
2. Кабинет врача акушера-гинеколога.
3. Кабинет специализированных приемов:
 1. планирование семьи;
 2. невынашивания беременности;
 3. гинекологической эндокринологии;
 4. патологии шейки матки;
 5. бесплодия (репродуктивного здоровья);
 6. гинекологии детского и подросткового возраста;
 7. функциональной и пренотальной диагностики.

Кабинет специалистов:

1. терапевта;
2. стоматолога (зубного врача);

3. психотерапевта (медицинского психолога);
 4. юриста;
 5. социального работника;
 6. лечебной физкультуры;
 7. физиотерапевтических методов лечения;
 8. психопрофилактической подготовки беременных к родам;
5. Другие подразделения:
1. малая операционная;
 2. клинико-диагностическая лаборатория;
 3. дневной стационар;
 4. стационар на дому;
 5. процедурный кабинет.
 6. стерилизационная [10].

2. Работа психолога-консультанта с беременными женщинами

Психологическая работа с беременными женщинами осуществляется в соответствии с нормативными актами принятыми в нашей стране. Ее цель: способствовать повышению ценности семьи и материнства в общественном сознании, содействовать нравственному воспитанию будущих родителей, укреплению психического и физического здоровья беременных женщин. Психологическая работа т. е. психологическое консультирование осуществляется на основании добровольного информированного согласия и отличается разнообразием форм, выбор которых производится индивидуально и в соответствии с желанием женщины [2].

Под психологическим консультированием мы понимаем – профессиональную помощь человеку в поиске путей решения определенной проблемы. Данная помощь осуществляется в виде профессионально-организованной беседы и ее оказывают психически здоровым людям [1].

Структура процесса проведения психологического консультирования беременных женщин представляет собой проблему, только недавно в структуре женской консультации появилась должность психолога, до этого времени психопрофилактику беременных осуществляли врачи-гинекологи, а так же акушерки [22].

В настоящее время должностными обязанностями психолога являются:

1. Осуществление медико-психологический патронажа беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации и нуждающихся в медико-психологической защите и поддержке, выявление факторов психологического и социального риска у женщин для благополучного завершения беременности;

2. оказание психологической помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности;

3. осуществление мероприятий по предупреждению абортов, проведение консультаций по вопросам психологической защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежелательной беременности, формирование у женщин сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшая поддержка в период беременности [60];

4. оказание психологической помощи несовершеннолетним, направленной на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовка к семейной жизни, ориентация на здоровую семью;

5. оказание психологической помощи женщинам-инвалидам, особенно в части формирования репродуктивного поведения;

6. оказание психологической помощи бездетным супружеским парам;

7. осуществление мероприятий по профилактике насилия в семье: психологическая помощь женщинам, пострадавшим от сексуального насилия;

8. проведение консультативной работы с медицинским персоналом по вопросам социальной психологии и деонтологии;

9. ведение необходимой рабочей документации.

В настоящее время психолог выполняет следующие функции:

1. осуществление мероприятий по предупреждению абортов - работа с беременными женщинами, сомневающимися в сохранении беременности, формирование у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшая поддержка в период беременности и после родов, работа с беременными женщинами, находящимися в трудной жизненной ситуации [14];

2. оказание психологической помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности с целью профилактики социального сиротства;

3. решение проблем в супружеских парах;
4. психологическая помощь при насилии в семье,
5. преодоление кризиса, связанного с рождением ребенка.
6. помощь в установлении эмоциональной связи между родителями и детьми;
7. психологические тренинги с несовершеннолетними, направленные на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовку к семейной жизни, ориентацию на здоровую семью;
8. психологическая помощь бездетным супружеским парам и женщинам - инвалидам;
9. консультация по телефону доверия в центре психологической помощи подросткам [15]

Критерии для постановки на учет в кабинет медико-социальной помощи:

1. Медицинские критерии:
2. Социальные критерии:
3. Психологические критерии:
 1. сомнения в сохранении беременности;
 2. проблемы в супружеских отношениях;
 3. беременные женщины, находящиеся в трудной жизненной ситуации; насилие в семье;
 4. проблема в адаптации к диагнозу; не информированность социального окружения; растерянность, чувство бессилия;
 7. отсутствие эмоциональной связи с ребенком;
 8. отсутствие представлений о воспитании ребенка;
 9. кризис, связанный с рождением ребенка;
 10. состояние глубокой депрессии;
 11. ограниченный срок жизни [18].

2. 1. Средства (методы) работы с беременными женщинами

Психолог проводит психологическое консультирование беременных женщин готовых отказаться от своего ребенка используя при этом разные средства. Он применяет их в зависимости от принадлежности к той или иной группе женщин.

Группа №1

Работа психолога с женщинами первой группы направлена на психологическую подготовку к родам и материнству, обеспечению благоприятного психоэмоционального настроения в течение беременности, повышению доверия к врачу, работа её с семейным окружением [66].

Группа №2

Главными задачами психолога при работе с женщинами, которые хотят родить ребенка и бросить в роддоме, являются :

1. выявление факторов, подталкивающих женщину к принятию такого решения;
2. оказание помощи женщине в осознании всей ответственности и важности, принимаемого ею решения;
3. оказание беременной женщине эмоциональной поддержки, выражение своей заинтересованности и желаний помочь в трудный для нее период.

При этом психологу необходимо учитывать индивидуальные особенности женщины: социальные, психологические и физиологические.

Отечественными и зарубежными психологами отмечается влияние комплекса патогенных факторов в возникновении и осуществлении решения об отказе, и роль закономерностей развития кризисной ситуации в реализации такого решения. Имеются знания, что отказ от ребенка влияет на психику женщины. Л. Н. Макрушева, Е. Э. Дерягина считают, что подобный шаг является для женщины стрессовым фактором, способствующим возникновению и

развитию у нее психических и физических нарушений. Нарушения не уменьшаются даже спустя десятилетия после отказа, а в половине случаев «чувство потери» возрастает; в момент отказа женщины вытесняют свое горе и прячут свои чувства [61]. Это подтверждается данными об улучшении эмоционального состояния женщины при изменении решения в пользу воссоединением с ребенком. Значит, в основе тревожности и депрессии женщин, отказавшихся от своих младенцев, лежат внутренние конфликты. У матерей, которые хотят отказаться от своего ребенка можно выделить следующие конфликты:

1. между инстинктивным стремлением к материнству и давлением общественной морали,

2. неверием в свои силы — с другой, конфликт между материнским инстинктом и осознанием негативной установки по отношению к беременности[53].

Выбирая отказ от ребенка, женщина испытывает состояние тоски, уныния, отчаяния, опустошенности. Задача психолога — помочь осознать связь между содержанием выбора и тяжелым душевным состоянием. Эта связь невидима и не ясна женщине вследствие вытеснения одной из сторон конфликта.

Вопросы психолога, направленные на то, чтобы беременная поняла в чем причины принимаемого ею решения и по совести ли она поступает. Если выбор уже сделан, психолог должен помочь женщине более глубоко осознать связь между сделанным ею выбором и состоянием, в котором она находится. Часто понимание того, что поступок беременной противоречит совести, не ухудшает, а улучшает ее состояние. Осознание этой связи может изменить ее первоначальное об отказе от ребенка.

Индивидуальный подход психологической помощи женщинам собирающимся отказаться от своего ребенка предполагает и решение

общих задач по данной проблеме.

Основные задачи:

1. выявление актуального нравственного внутреннего конфликта у женщин, отказавшихся от ребенка;
2. анализ динамики нравственных конфликтов матерей которые хотят отказаться от собственного ребенка;
3. помощь в осознании и решении внутреннего конфликта.

Психологическая помощь предполагает беседу в доверительной атмосфере при помощи «научного» диалога [57]. Женщине, оказавшейся в кризисной ситуации необходим диалог с человеком, верящим в нее, в ее духовные возможности; тогда она начинает верить в себя и открывает эти возможности.

Группа №3

При работе с женщинами, решившими прервать беременность, деятельность психолога заключается в предоставлении всей информации о вредных для психики пациентки последствиях такого решения в попытке совместного анализа кризисной ситуации, помощи в преодолении личностных конфликтов.

Так, как, после прерывания беременности отсутствует наблюдение за пациенткой в течение продолжительного периода времени, в большинстве случаев врачи не знают об психических состояниях, вызванных аборт известных в литературе под общим названием — постабортный синдром [55].

Постабортный синдром чаще всего принимает вид реактивной депрессии, которая протекает:

1. в форме эмоционально-аффективного шока, который выражен в слезливости, демонстративных действиях, поступках, показе эмоций, увеличении соматических жалоб, ипохондрическом настроении, требовании повышенного внимания к себе

2. в форме эмоционального паралича— кажущегося равнодушия, спокойствия, отсутствия переживаний , которые через 5–7 дней могут смениться депрессией.

У женщин с постабортным синдромом отмечают появление чувства вины, угрызений совести, их состояние характеризуется утратой надежды стать матерью. Эти переживания могут со временем нарастать, что может привести к нездоровой ситуации в семье и разводу. Акушеры-гинекологи не в состоянии распознать по симптомам этот синдром. Тут необходима помощь психолога.

Психологическая помощь женщинам, страдающим постабортным синдромом, но обратившимся к специалистам по истечении большого срока после аборта, требует много времени и далеко не всегда оказывается достаточно эффективной. Это вызвано накоплением длительных отрицательных переживаний.

Группа №4.

Психологическое консультирование полезно семейным бездетным парам.

Цель работы психолога — способствовать улучшению отношений в семье, преодолению внутри семейных конфликтов, в итоге— сохранению семьи. В том случае, если аборт состоялся, помощь психолога может заключаться в преодолении совместно с женщиной комплекса негативных психических проявлений, характерного для постабортного синдрома.

Так же в процессе психологического консультирования психолог осуществляет психопрофилактическую подготовку к родам [42].

2.2. Образовательный аспект работы психолога-консультанта в женской консультации

Психолог-консультант использует в своей практике различные образовательные методы [9], такие как:

Лекции по подготовке к беременности на различные темы:

- 1) представление о роли матери,
- 2) страхи родов,
- 3) эмоции и страхи беременной женщины,
- 4) мотивация будущего материнства,
- 5) процесс развития ребенка до рождения, эмоциональный контакт с ним,
- 6) эмоции, ощущения и страхи , чувства беременной женщины в период раскрытия,
- 7) особенности дыхания и средства для расслабления в родах,
- 8) улучшение психологического и физиологического состояния в процессе беременности и рождения ребенка,
- 9) поведение матери в процессе рождения ребенка и после него.
- 10) особенности ухода за новорожденным, грудное вскармливание, эмоциональный контакт с ним, развивающие игры.

Обучающие занятия по подготовке к рождению ребенка.

Коллаж Представление о будущем материнстве

Обучающие тренинги.

Психолог в своей работе с беременными женщинами использует метод научения.

2.3. Типы клиентов психолога-консультанта в женской консультации.

Особенности психологической работы с различными группами пациенток.

- гинекологические больные,
- женщины подросткового возраста

А так же психологическое просвещение акушеров-гинекологов и другого медицинского персонал.

-беременные женщины с которыми психолог осуществляет доабортное психологическое консультирование остановимся на нем по-подробнее [66].

В программу занятий с беременными по подготовке к родам включаются беседы о методах контрацепции с целью информации и выработки у женщин мотивации к их использованию после родов.

Женщинам, получившим направление на прерывание беременности, рекомендуется обязательное посещение врача акушера-гинеколога после прерывания беременности для подбора метода контрацепции и проведения реабилитационных мероприятий, рекомендованных врачом стационара.

Консультирование, обследование и лечение женщин, обратившихся по вопросам планирования семьи, проводятся согласно действующим законам.

Незапланированная беременность для большинства женщин является фактором стресса, сложной жизненной ситуацией, при этом человеку очень сложно осуществить осознанный и правильный выбор. В таких случаях необходима помощь квалифицированного специалиста-психолога.

Основными причинами, побуждающими женщину пойти на прерывание беременности являются:

Социальные факторы: низкий уровень жизни, низкий материальный доход, отсутствие нормальных жилищных условий,

Психологические факторы: нежелание беременной и ее родственников менять привычный образ жизни, стремление к карьерному росту, проблемы во взаимоотношениях с мужем, и с близкими убеждающих женщину в необходимости проведения аборта, при этом наблюдается депрессивный синдром, связанный с потерей смысла жизни. Беременность нарушает планы на будущее или же которые уже есть. Нет осознания ситуации в целом, нет понимания, что они решают судьбу второго своего ребенка, который так же реален, как и первый.

Большинство женщин вынуждают принять решение об аборте причины внутреннего характера. В таких случаях просто необходима помощь квалифицированного специалиста [34].

Проведение психологического доабортного, консультирования пациентки с которые не желают иметь ребенка сегодня просто необходимо.

Приемы и методы доабортного консультирования.

Основная проблема консультирования женщин, взявших направление на прерывание беременности, в том, что, как правило, эти женщины не являются немотивированными [23].

1. Замотивировать женщину на дальнейшую работу, психологу в самом начале работы провести беседу об основных целях и направлениях своей работы и желаемой форме сообщения для женщин о психологической консультации.

Необходимо работать с проблемами, которые из-за которых беременная женщина решила сделать аборт.

2. Когда женщина уже пришла на консультацию, необходимо продолжать работу по формированию в ней позиции «истинного» клиента.

3. Беременная женщина испытывает тревогу, потому что сама ситуация консультирования провоцирует тревогу. Тревогу вызывают и естественное чувство вины, сомнение, достаточна ли квалификация консультанта. Это мешает говорить, поэму необходимо создать

эмоционально положительный климат доверия. Необходимо проявлять активность как в начале беседы, так и во время всей встречи, что бы психолог первым начал беседу. Если консультант видит явное напряжение клиента, полезно обозначить и прокомментировать это состояние. Разговор о беспокойстве способствует снятию напряжения.

Первый вопрос задает консультант, вопрос должен быть открытым, если клиент напряжен, психолог прежде всего должен спросить о чувствах, помочь их выразить. Вопросы должны быть четкими, доступными для понимания и легкими для восприятия.

Во время консультации женщина может говорить о многих проблемах. Консультанту необходимо выявить связи между изложенными фактами, мыслями установками и чувствами. В ходе беседы важно отмечать повторяющиеся элементы в речи женщины.

Чтобы не усилить сопротивление, целесообразно вначале поговорить о том, что дает хорошего и плохого беременной женщине проведение аборта [57].

Психолог подводит беременную женщину, к выводу о том, что аборт – это только один из способов решения возникших в ее жизни проблем. Для решения этой ситуации, необходимо выявить причины проблем, что бы это не повторилось снова.

Работая с проблемой абортов, психологу необходимо учитывать, позицию психоанализа, где аборт рассматривается как убийство себя в будущем. Когда человек убивает себя, он прекращает свою жизнь в настоящем. А если убивает ребенка, то тем самым убивает себя будущего, так как ребенок – это продолжение нашей жизни тогда, когда нас уже не будет. Но эту установку нельзя напрямую доводить до клиента. Она определяет направление и содержание работы психолога, но, предъявленная непосредственно женщине-клиенту, может значительно усилить чувство вины, которая сразу, же вызовет агрессию на ее источник и отказ от сотрудничества с психологом, то есть приведет к прерыванию

консультации или прямо противоположным результатам (по отношению к целям консультирования).

3. Необходимо узнать о ее взаимоотношениях с мужем. Могут быть вывлены дефицитарные отношения с мужем.

4. Чаще всего в процессе консультирования женщина не принимает окончательное решение, а в другой раз она может уже не прийти. Можно предоставить женщине материалы для получения информации [44].

При завершении консультирования необходимо учитывать, что принимать решение должна сама женщина, так как на ее плечи ляжет воспитание ребенка, и она будет нести ответственность за то, каким она вырастит этого человека. Так, как при навязанном решении остается риск совершения аборта на более позднем сроке [48]..

Так же в процессе доабортного психологического консультирования психолог опирается на экзистенциальный подход.

Смысл нужно найти. Наше общество на сегодня может предложить человеку крайне мало направлений для самореализации и поиска смысла жизни. Не находя себя в работе, в деле, люди перекрывают и другой путь для нахождения смысла жизни — рождение и воспитание детей, кто-то является бесплодным, насытить жизнь смыслом. Дети являются согласно психоаналитической трактовке нашим продолжением в будущем.

В целом человек находит смысл жизни разными путями:

1. В действии, в создании чего-либо.
2. В переживании, в чувстве любви к другому.
3. В безнадежной ситуации – он может иметь хотя бы собственное отношение к происходящему.

Невозможно изменить мировоззрение клиентки за одну встречу, необходимо много встреч [24].

Выводы

В ходе проведения анализа психолого-педагогической литературы по проблеме исследования нами было выявлено:

Что многие авторы занимались проблемами материнства, у женщины, в период беременности меняется структура психики. То есть преобладает материнская доминанта или гестационная. Эта доминанта имеет два структурных компонента. Важнейшим, из которых является психологический компонент. Сформировать данный компонент помогают психологи в женской консультации в процессе психологического консультирования беременных женщин. Мы изучили:

- структуру женской консультации,
- должностные обязанности и функции психолога в женской консультации,
- Критерии, по которым проводится отбор в кабинет психолога женской консультации,
- типы клиентов женской консультации,
- образовательный компонент работы психолога в консультации.

Мы выявили, что помимо беременных женщин к психологу могут обратиться и гинекологические больные и женщины подросткового возраста и беременные по случаю доабортного консультирования.

ГЛАВА II. Исследование практики консультационного процесса беременных женщин в женской консультации

2.1. Методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента

Экспериментальное исследование состояло из нескольких этапов:

- 1) подготовка к экспериментальному исследованию,
- 2) проведение констатирующего эксперимента,
- 3) проведение формирующего эксперимента изменению эмоционально-волевой сферы беременных женщин
- 4) проведение диагностики состояния эмоционально-волевой сферы беременных
- 5) анализ полученных в ходе проведения экспериментального исследования данных.

Данное исследование проводилось на базе КГБУЗ КМРЖД № 5, женской консультации №4 г. Красноярск.

В нашем исследовании испытуемыми являлись беременные женщины от 23- до 30 лет на 29-32 неделях беременности в количестве 10 человек.

При проведении диссертационного исследования на этапе констатирующего эксперимента мы использовали следующие методики:

Опросник САН (самочувствие, активность, настроение) его разработали В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева.

Цель - оценка психоэмоционального состояния взрослого человека. САН представляет собой таблицу), которая содержит 30 пар утверждений и пациента просят подчеркнуть со утверждение, которое ближе ему. [38]. При обработке результатов обследования оценки пересчитывают в баллы от 1 до 7. Количественный результат представляет собой сумму первичных баллов по отдельным категориям ,или их среднее арифметическое. [26].

Методика «Тест отношений беременной» (вариант для беременных) (И. В. Добряков) [27].

При изучении отношения к материнству и смысловой сферы беременной женщины были использованы «Тест отношений беременной» (ТОБ, И.В. Добрякова) Они состоят из пяти утверждений, отражающих пять различных типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) [10]. Тест позволяет не только определить тип ПКГД по преобладанию выбранных утверждений, но и произвести качественный анализ, выявить те отношения, которые нуждаются в коррекции [65].

Испытуемой предлагается в каждом блоке выбрать только одно утверждение, наиболее соответствующий её состоянию.

На основе результатов методики ТОБ беременную женщину можно отнести к одной из трёх групп, требующих различной тактики проведения дородовой подготовки.

Данная методика 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.

Более подробнее, характеристики каждого из типов ПКГД рассмотрены нами в первой главе диссертационного исследования.

Данные методики использовались нами при проведении констатирующего эксперимента, а так же после проведения формирующего эксперимента для контрольного среза выявления изменения состояния эмоционально-волевой сферы испытуемых.

2.2. Исследование эмоционального состояния и ПКГД у беременных женщин на последней стадии беременности

При проведении констатирующего эксперимента нами были выявлено следующее:

При исследовании самочувствия, активности, настроения беременных женщин с использованием методики – опросника САН В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай, М.П. Мирошников нами было выявлено следующее:

Таблица 1

Результаты проведения методики Сан на этапе констатирующего эксперимента.

№ п/п	Ф. И. О.	Количество баллов	Вывод
1.	Майкушева А. Е.	Самочувствие – 1 б. Активность – 1,6 б. Настроение – 2,2 б.	Неблагоприятное состояние испытуемого.
2.	Кряжева И. Н.	Самочувствие – 1,6 б. Активность – 4,6 б Настроение – 1 б.	Неблагоприятное состояние испытуемого.
3.	Калинина М. В.	Самочувствие – 2,2 б. Активность – 5,2 б. Настроение – 4,6 б.	Неблагоприятное состояние испытуемого.
4.	Ильина Т. А.	Самочувствие – 1 б. Активность – 2,2 б Настроение – 2,2 б.	Неблагоприятное состояние испытуемого.
5.	Конончук Е. М.	Самочувствие – 1,6 б. Активность – 5,1 б. Настроение – 1 б.	Неблагоприятное состояние испытуемого.
6.	Чеканова Т. В.	Самочувствие – 2,2 б.	Неблагоприятное состояние

		Активность – 1 б. Настроение - 4,6 б.	испытуемого.
7.	Тимофеева Ю. О.	Самочувствие – 1 б. Активность – 1 б. Настроение – 1 б.	Неблагоприятное состояние испытуемого.
8.	Шабалина Т. П.	Самочувствие – 1 б. Активность – 1 б. Настроение – 1 б.	Неблагоприятное состояние испытуемого.
9.	Усова Т. К.	Самочувствие – 1,6 б. Активность – 2, 2 б. Настроение – 2,8 б.	Неблагоприятное состояние испытуемого.
10.	Бражникова И. С.	Самочувствие – 1 б. Активность – 2,2 б. Настроение – 1 б.	Неблагоприятное состояние испытуемого

В результате анализа изучения самочувствия, активности и настроения беременных женщин по методике САН на этапе констатирующего эксперимента нами было выявлено следующее:

При исследовании самочувствия у беременных женщин нами было выявлено следующее:

у (5 чел.) 50% - беременных женщин самочувствие весьма неудовлетворительное;

у (5 чел.) 50% - беременных женщин самочувствие средне неудовлетворительное.

При исследовании активности у беременных женщин нами было выявлено следующее:

у (6 чел.) 60% - беременных женщин сниженная активность;

у (4 чел.) 40% - беременных женщин нормальная активность.

При исследовании настроения у беременных женщин нами было выявлено следующее:

У (8 чел.) 80 % - преобладает сниженный фон настроения;

У (2 чел.) 20% - преобладает средний фон настроения.

Таблица 2

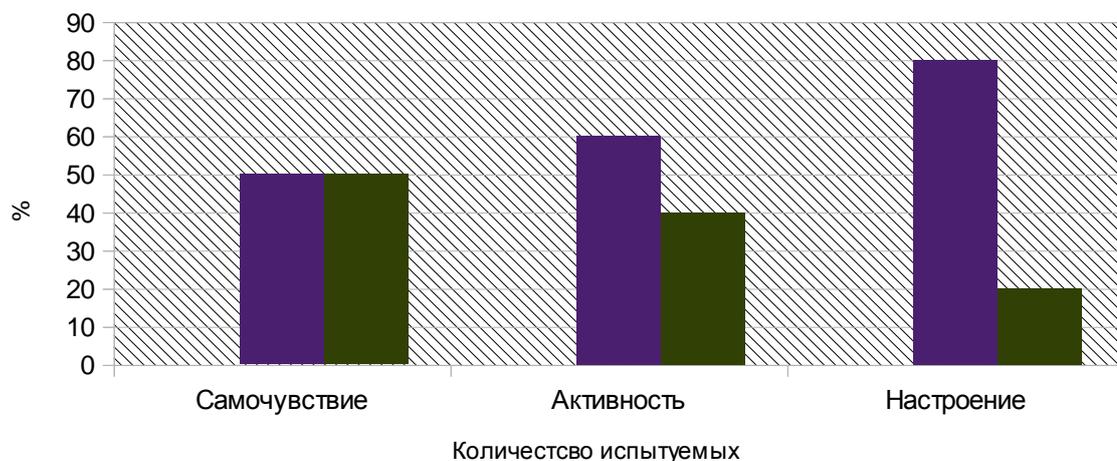
Результаты проведения методики САН на этапе констатирующего эксперимента в %

Название показателей	Самочувствие		Активность		Настроение		Вывод
Кол-во чел., %	у 5 чел. 50% - у беремен ных женщин весьма неудовл етворите льное	у 5 чел. 50% - у беремен ных женщин средне неудовл етворит ельное	У 6 чел., 60%- у береме нных активн ость снижен а	у 4 чел. 40 % - береме нных женщи н нормал ьная активн ость;	У 8 чел. 80 % - прео блад ает сниж енны й фон наст роен ия	У (2 чел.) 20% - прео блад ает сред ний фон наст роен ия	Преоблада ет – неудовлет ворительн ое самочувст вие, сниженная активность , сниженны й фон настроени я,

Результаты проведения исследования самочувствия, активности и настроения представлены на рис. 1

Рисунок 1.

показатели самочувствия, активности, настроения на этапе констатирующего эксперимента



По методике «Тест отношений беременной» И. В. Добрякова нами было выявлено следующее:

Таблица 3

Типы ПКГД на этапе констатирующего эксперимента

№ п/п	Ф. И. О.	Количество баллов	Вывод
1.	Майкушева А. Е.	<p>Оптимальный тип ПКГД – 6 б.</p> <p>Гипогестогнозический тип ПКГД- 0 б.</p> <p>Эйфорический тип ПКГД – 2 б.</p> <p>Тревожный тип ПКГД- 1 б.</p> <p>Депрессивный тип ПКГД – 0 б.</p>	Преобладающий тип ПКГД – оптимальный тип.
2.	Кряжева И. Н.	<p>Оптимальный тип ПКГД – 4 б.</p> <p>Гипогестогнозический тип ПКГД – 2 б.</p> <p>Эйфорический тип ПКГД – 2 б.</p> <p>Тревожный тип ПКГД – 0 б.</p> <p>Депрессивный тип ПКГД – 1 б.</p>	Преобладающий тип ПКГД- оптимальный

3.	Калинина М. В.	<p>Оптимальный тип ПКГД – 0 б.</p> <p>Гипогестогнозический тип ПКГД – 1 б.</p> <p>Эйфорический тип ПКГД – 0 б.</p> <p>Тревожный тип ПКГД – 5 б.</p> <p>Депрессивный тип ПКГД – 3 б.</p>	<p>Преобладающий тип ПКГД – тревожный тип.</p>
4.	Ильина Т. А.	<p>Оптимальный тип ПКГД – 1 б.</p> <p>Гипогестогнозический тип ПКГД – 2 б.</p> <p>Эйфорический тип ПКГД – 0 б.</p> <p>Тревожный тип ПКГД – 4 б.</p> <p>Депрессивный тип ПКГД – 2 б.</p>	<p>Преобладающие типы ПКГД – тревожный и гипогестогнозический и депрессивный типы.</p>
5.	Конончук Е. М.	<p>Оптимальный тип ПКГД – 0 б.</p> <p>Гипогестогнозический тип ПКГД – 1 б.</p> <p>Эйфорический тип ПКГД – 1 б.</p> <p>Тревожный тип ПКГД – 4 б.</p> <p>Депрессивный тип ПКГД – 3 б.</p>	<p>Преобладающий тип ПКГД – тревожный и депрессивный типы.</p>
6.	Чеканова Т. В.	<p>Оптимальный тип ПКГД – 0 б.</p> <p>Гипогестогнозический тип ПКГД – 1 б.</p> <p>Эйфорический тип ПКГД – 0 б.</p> <p>Тревожный тип ПКГД - 1 б.</p> <p>Депрессивный тип ПКГД – 7 б.</p>	<p>Преобладающий тип ПКГД- Депрессивный тип.</p>
7.	Тимофеева Ю. О.	<p>Оптимальный тип ПКГД – 1 б.</p> <p>Гипогестогнозический тип ПКГД – 5 б.</p>	<p>Преобладающий тип ПКГД – гипогестогнозический</p>

		<p>Эйфорический тип ПКГД – 2 б.</p> <p>Тревожный тип ПКГД – 0 б.</p> <p>Депрессивный тип ПКГД – 4 б.</p>	и депрессивный типы.
8.	Шабалина Т. П.	<p>Оптимальный тип ПКГД – 1 б.</p> <p>Гипогестогнозический тип ПКГД – 3 б.</p> <p>Эйфорический тип ПКГД – 1 б.</p> <p>Тревожный тип ПКГД – 3 б.</p> <p>Депрессивный тип ПКГД – 1 б.</p>	Преобладающий тип ПКГД – гипогестогнозический тип и тревожный тип, типы.
9.	Усова Т. К.	<p>Оптимальный тип ПКГД – 0 б.</p> <p>Гипогестогнозический тип ПКГД – 5 б.</p> <p>Эйфорический тип ПКГД – 0 б.</p> <p>Тревожный тип ПКГД – 0 б.</p> <p>Депрессивный тип ПКГД – 4 б.</p>	Преобладающий тип ПКГД – гипогестогнозический и депрессивный типы.
10.	Бражникова И. С.	<p>Оптимальный тип ПКГД – 0 б.</p> <p>Гипогестогнозический тип ПКГД – 7 б.</p> <p>Эйфорический тип ПКГД – 0 б.</p> <p>Тревожный тип ПКГД – 2 б.</p> <p>Депрессивный тип ПКГД – 0 б.</p>	Преобладающий тип ПКГД – гипогестогнозический и тревожный тип.

В результате анализа изучения типов ПКГД у беременных женщин на этапе констатирующего эксперимента нами было выявлено:

У 40% беременных женщин преобладает гипогестогнозический тип ПКГД,

У 30% беременных женщин преобладает тревожный тип ПКГД,
 У 20% беременных женщин преобладает оптимальный тип ПКГД,
 У 10% беременных женщин преобладает депрессивный тип ПКГД.
 У 0 % беременных преобладает эйфорический тип ПКГД.

Таблица 4

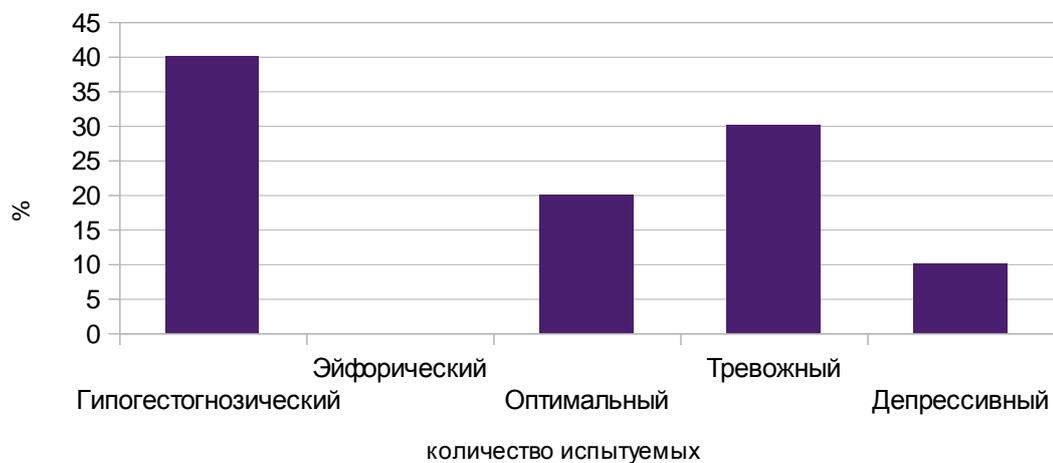
Типы ПКГД на этапе констатирующего эксперимента в %						
Название типа ПКГД	Гипогестогнозический Тип	Тревожный тип	Оптимальный тип	Депрессивный Тип	Эйфорический тип	Вывод
Кол-во чел., %	4 чел., 40%	3 чел., 30%	2 чел., 20%	1 чел., 10%	0 чел., 0%	Преобладает гипогестогнозический тип ПКГД и тревожный тип ПКГД

Результаты изучения типов ПКГД по методике ТОБ Добрякова И.

В. представлены на рисунке 2.

Рисунок 2. Типы ПКГД

Показатели на этапе констатирующего эксперимента



Таким образом, на этапе констатирующего эксперимента мы выявили следующее:

у беременных женщин преобладает гипогестогнозический и тревожный типы ПКГД над эйфорическим, оптимальным и депрессивным а так же, что большинство из беременных женщин имеют плохое самочувствие, сниженную активность, а так же плохое настроение.

2.3. Подготовка, проведение и оценка эффективности процесса психологического консультирования беременных женщин на последней стадии беременности

При проведении формирующего эксперимента целью которого являлось формирования оптимального типа ПКГД и положительного эмоционального настроения в целом у беременных женщин на последней стадии беременности мы использовали следующие методики:

аутотренинг,

арт-терапевтические техники [38], а именно - составление коллажей на тему:

мое материнство,

детство,

наша будущая семья,

гармония в душе,

мир,

я и мой ребенок,

А так же тренинговые занятия для беременных:

Психофизиология беременности, эмоции беременной,

Новые отношения в семье. Новые социальные роли,

Роды. Техника для саморегуляции.

Элементы сказкотерапии и музыкотерапии,

Связь с будущим ребенком во время беременности.

При исследовании самочувствия, активности, настроения беременных женщин с использованием методики – опросника САН В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева [], В.Б. Шарай, М.П. Мирошников после проведения формирующего эксперимента при контрольном срезе нами было выявлено следующее:

Таблица 5

Результаты исследования по методике САН при контрольном срезе

№ п/п	Ф. И. О.	Количество баллов	Вывод
1.	Майкушева А. Е.	Самочувствие – 7 б. Активность – 7 б. Настроение – 6,4 б.	Благоприятное состояние испытуемого.
2.	Кряжева И. Н.	Самочувствие – 5,8 б. Активность – 4, 6 б. Настроение – 6,4 б.	Благоприятное состояние испытуемого.
3.	Калинина М. В.	Самочувствие – 5,8 б. Активность – 5,6 б Настроение – 6,4 б.	Благоприятное состояние испытуемого.
4.	Ильина Т. А.	Самочувствие – 5.8 б. Активность – 7,1 б. Настроение – 5,8 б.	Благоприятное состояние испытуемого.
5.	Конончук Е. М.	Самочувствие – 7 б. Активность – 7 б. Настроение – 6,4 б.	Благоприятное состояние испытуемого.
6.	Чеканова Т. В.	Самочувствие – 7 б. Активность – 6,4 б. Настроение – 7 б.	Благоприятное состояние испытуемого.
7.	Тимофеева Ю. О.	Самочувствие – 6,4 б. Активность – 6,4 б. Настроение – 7 б.	Благоприятное состояние испытуемого.
8.	Шабалина Т. П.	Самочувствие – 6,4 б. Активность – 6,4 б	Благоприятное состояние испытуемого.

		Настроение – 7 б.	
9.	Усова Т. К.	Самочувствие – 5,9 б. Активность – 7 б. Настроение – 5,8 б.	Благоприятное состояние испытываемого.
10.	Бражникова И. С.	Самочувствие – 7 б. Активность – 7 б. Настроение – 6,4 б.	Благоприятное состояние испытываемого

По методике Сан после проведения формирующего эксперимента при контрольном срезе нами было выявлено следующее:

При исследовании самочувствия у беременных женщин нами было выявлено:

у (7 чел.) 70% беременных женщин самочувствие отличное;

у (3 чел.) 30% беременных женщин самочувствие нормальное.

При исследовании активности у беременных женщин нами было выявлено следующее:

у (8 чел.) 80% беременных женщин активность отличная;

у (2 чел.) 20% беременных женщин активность средняя.

При исследовании настроения у беременных женщин нами было выявлено следующее:

у (5 чел.) 50% беременных женщин настроение хорошее;

у (5 чел.) 50% беременных женщин настроение очень хорошее.

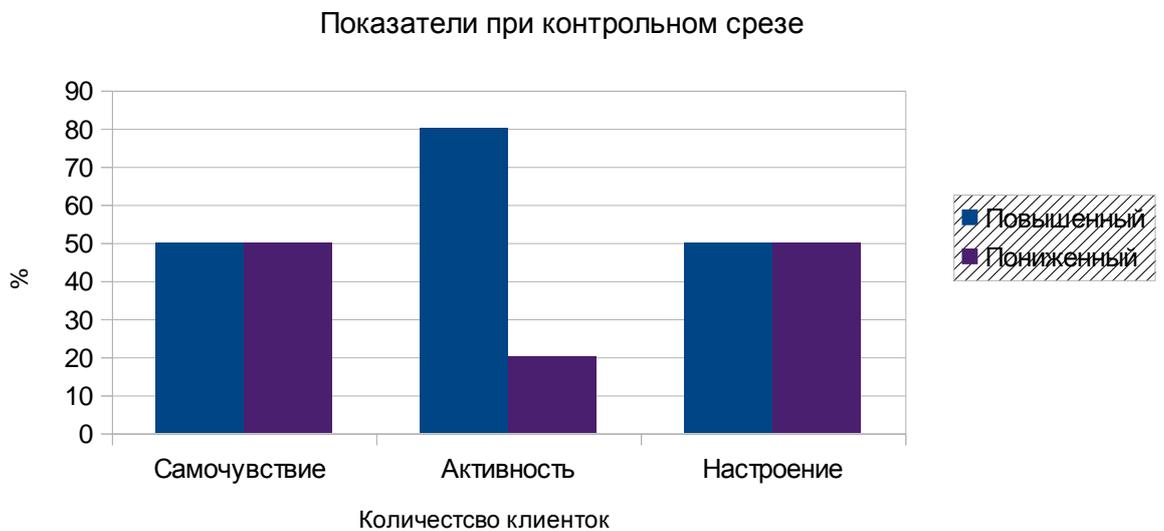
Таблица 6. Результаты показателей САН при контрольном срезе в %

Название показателей	Самочувствие		Активность		Настроение		Вывод
	у 5 чел.	у 5 чел.	у 8 чел.	у 2 чел.	у 5 чел.	у 5 чел.	
Кол-во чел.,	у 5 чел.	у 5 чел.	у 8 чел.	у 2 чел.	у 5 чел.	у 5 чел.	Преобладает –
	50% - у	50% - у	чел.,	20 % -	чел.	чел.	

%	беремен ных женщин отлично е	беремен ных женщин нормаль ное	80%- у береме нных активн ость отличн ая	береме нных женщи н средня я	50 % - прео блад аепо выш енны й фон наст роен ия	50% - прео блад ает очен ь повы шен ный фон наст роен ия	повышенн ый фон настроени я, повышенн ая активность , самочувст вие хорошее
---	--	--	--	---	--	---	---

Более подробны результаты проведения при контрольном срезе по методике Сан представлены на рисунке 3.

Рисунок 3. Показатели самочувствия, настроения, активности



По методике «Тест отношений беременной» И. В. Добрякова после проведения формирующего эксперимента при контрольном срезе нами было выявлено следующее:

Таблица 7

Типы ПКГД при контрольном срезе.

№ п/п	Ф. И. О.	Количество баллов	Вывод
1.	Майкушева А. Е.	Оптимальный тип ПКГД – 5 б. Гипогестогнозический тип ПКГД – 0 б. Эйфорический тип ПКГД – 2 б. Тревожный тип ПКГД – 1 б. Депрессивный тип ПКГД – 1 б.	Преобладающий тип ПКГД- оптимальный
2.	Кряжева И. Н.	Оптимальный тип ПКГД – 8 б. Гипогестогнозический тип ПКГД – 1 б. Эйфорический тип ПКГД – 0 б. Тревожный тип ПКГД – 0 б. Депрессивный тип ПКГД – 0 б.	Преобладающий тип ПКГД – оптимальный
3.	Калинина М. В.	Оптимальный тип ПКГД – 4 б. Гипогестогнозический тип ПКГД – 1 б. Эйфорический тип ПКГД – 3 б. Тревожный тип ПКГД – 0 б. Депрессивный тип ПКГД – 1 б.	Преобладающие типы ПКГД – оптимальный и эйфорический типы.
4.	Ильина Т. А.	Оптимальный тип ПКГД – 4 б. Гипогестогнозический тип ПКГД – 2 б. Эйфорический тип ПКГД – 3 б.	Преобладающий тип ПКГД – оптимальный и эйфорический, гипогестогнозический типы.

		Тревожный тип ПКГД – 0 б. Депрессивный тип ПКГД – 0 б.	
5.	Конончук Е. М.	Оптимальный тип ПКГД – 5 б. Гипогестогнозический тип ПКГД- 0 б. Эйфорический тип ПКГД – 4 б. Тревожный тип ПКГД – 0 б. Депрессивный тип ПКГД -0 б.	Преобладающий тип ПКГД – оптимальный и эйфорический типы.
6.	Чеканова Т. В.	Оптимальный тип ПКГД – 7 б. Гипогестогнозический тип ПКГД – 0 б. Эйфорический тип ПКГД – 2 б. Тревожный тип ПКГД – 0 б. Депрессивный тип ПКГД - 0 б.	Преобладающий тип ПКГД – оптимальный и эйфорический тип.
7.	Тимофеева Ю. О.	Оптимальный тип ПКГД – 3 б. Гипогестогнозический тип ПКГД – 1 б. Эйфорический тип ПКГД – 3 б. Тревожный тип ПКГД – 1 б. Депрессивный тип ПКГД – 1 б.	Преобладающий тип ПКГД – оптимальный и эйфорический типы.
8.	Шабалина Т. П.	Оптимальный тип ПКГД – 2 б. Гипогестогнозический тип ПКГД – 1 б. Эйфорический тип ПКГД – 5 б. Тревожный тип ПКГД – 1 б. Депрессивный тип ПКГД – 0 б.	Преобладающий тип ПКГД – эйфорический и оптимальный типы.

9.	Усова Т. К.	Оптимальный тип ПКГД – 5 б. Гипогестогнозический тип ПКГД – 2 б. Эйфорический тип ПКГД – 1 б. Тревожный тип ПКГД – 1 б. Депрессивный тип ПКГД – 0 б.	Преобладающий тип ПКГД – оптимальный и гипогестогнозический типы.
10.	Бражникова И. С.	Оптимальный тип ПКГД – 4 б. Гипогестогнозический тип ПКГД – 0 б. Эйфорический тип ПКГД – 5 б. Тревожный тип ПКГД – 0 б. Депрессивный тип ПКГД – 0 б.	Преобладающий тип ПКГД – эйфорический и оптимальный типы.

В результате анализа изучения типов ПКГД по методике «Изучения отношений беременной» Добрякова И. у беременных женщин на этапе контрольного среза после проведения формирующего эксперимента нами было выявлено:

У (0 чел.) 0 % беременных женщин преобладает гипогестогнозический тип ПКГД,

У 0% беременных женщин преобладает тревожный тип ПКГД,

У 80% беременных женщин преобладает оптимальный тип ПКГД,

У 0% беременных женщин преобладает депрессивный тип ПКГД.

У 20 % беременных преобладает эйфорический тип ПКГД.

Таблица 8

Типы ПКГД при контрольном срезе в %						
Название типа ПКГД	Гипогестогнозический тип	Тревожный тип	Оптимальный тип	Депрессивный тип	Эйфорический тип	Вывод

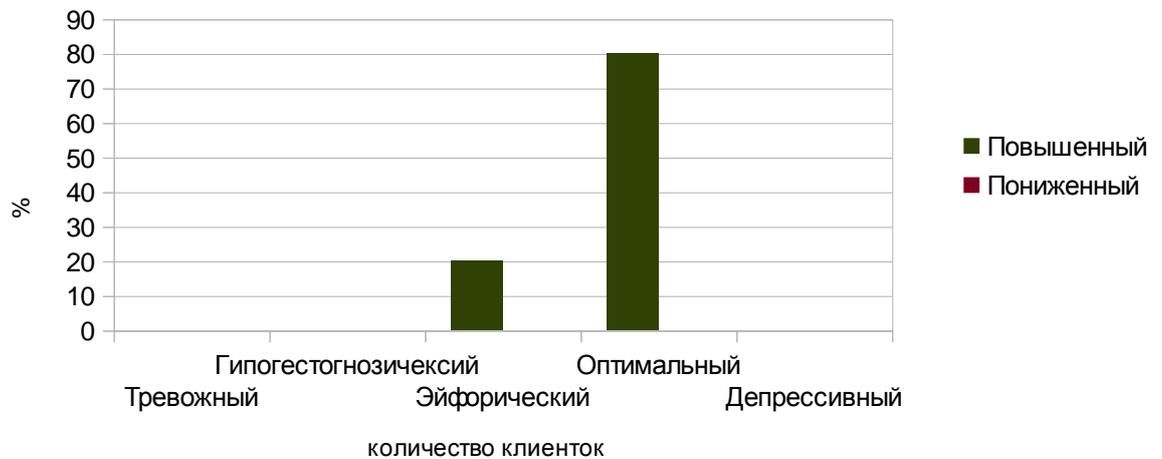
Кол-во чел., %	0 чел., 0%	0 чел., 0%	8 чел., 80%	0 чел., 0%	2 чел., 20%	Преобладает оптимальный и эйфорический типы ПКГД
----------------	------------	------------	-------------	------------	-------------	--

Результаты анализа изучения типов ПКГД представлены на рис. 2

Более подробно результаты исследования типов ПКГД при контрольном срезе представлены на рисунке 4.

Рисунок 4.

Показатели типов ПКГД при контрольном срезе



2. 4. Сравнительный анализ полученных данных

Сравнительный анализ данных полученных нами после проведения контрольного среза по методике изучения типов ПКГД по методике «Изучения отношений беременной» Добрякова И.:

по сравнению с изначальным эмоциональным состоянием у беременных женщин преобладает на 80% - оптимальный тип ПКГД и эйфорический тип ПКГД на 20 % по сравнению с гипогестогнозическим, тревожным и депрессивным типами ПКГД.

Таблица 9

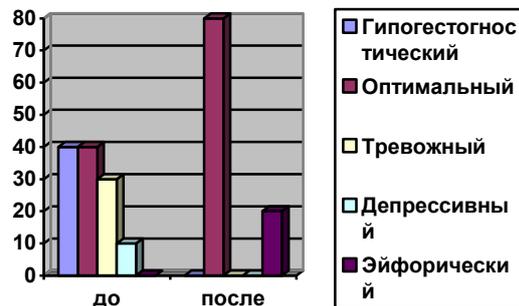
Сравнительный анализ полученных данных по методике ТОБ						
Название типа ПКГД	Гипогестогнозический тип	Тревожный тип	Оптимальный тип	Депрессивный тип	Эйфорический тип	Вывод
Кол-во чел. %	На этапе констатирующего эксперимента					Преобладает гипогестогнозический тип ПКГД и тревожный тип ПКГД
	4 чел., 40%	3 чел., 30%	2 чел., 20%	1 чел., 10%	0 чел., 0%	
	При контрольном срезе данных					Преобладает

	0 чел., 0%	0 чел., 0%	8 чел., 80%	0 чел., 0%	2 чел., 20%	есть оптимальный и эйфорический типы ПКГД
После проведения формирующего эксперимента оптимальный и эйфорический типы преобладают над гипогестагнозическим, тревожным и эйфорическим.						

Более подробно результаты сравнительного анализа показателей представлен на рисунке 5.

Рисунок 5.

Сравнительный анализ показателей типов ПКГД



Сравнительный анализ данных полученных нами после проведения контрольного среза по методике изучения самочувствия, настроения и активности САН:

Таблица 10

Сравнительный анализ полученных данных по методике САН

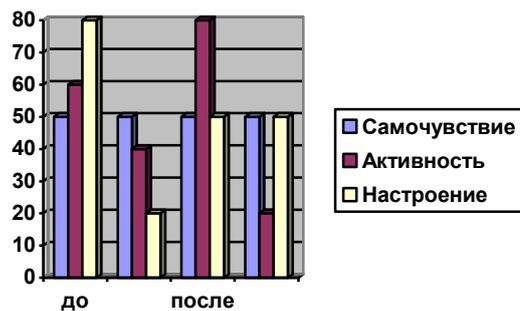
Название компонент	Самочувствие	Активность	Настроение	Вывод
Кол-во	На этапе констатирующего эксперимента			Преобла

чел., %	у 5 чел. 50% - у беремен ных женщи н весьма неудовл етворит ельное	У 5 чел. 50% - у беременн ых женщин средне неудовлет воритель ное	у 6 чел., 60% - у беремен ных активно сть снижена	у 4 чел. 40 % - беремен ных женщин нормаль ная активно сть	у 8 чел. 80 % - прео блада ет сниж енны й фон настр оени я	у 2 чел. 20% - прео блада ет средн ий фон настр оени я	дает – неудовле творител ьное самочувс твие, сниженн ая активнос ть, сниженн ый фон настрое ния.
При контрольном срезе показателей							
Кол-во чел., %	у 5 чел. 50% - у беремен ных женщи н отличн ое	У 5 чел. 50% - у беременн ых женщин нормальн ое	у 8 чел., 80%- у беремен ных активно сть отлична я	у 2 чел. 20 % - беремен ных женщин средняя	У 5 чел. 50 % - прео блада ет пов ышен ный фон настр	у 5 чел. 50% - прео блада ет очень повы шенн ый фон	Преобла дает – повышен ный фон настрое ния, повышен ная активнос ть, самочувс

					оени я	настр оени я	твие хорошее
по сравнению с изначальным эмоциональным состоянием у беременных женщин преобладает повышенное настроение, хорошая активность, а так же отличное самочувствие.							

Более подробно результаты сравнительного анализа показателей по методике САН представлены, на рисунке 6.

Рисунок 6. Показатели самочувствия, активности, настроения у беременных женщин.



Таким образом, при проведении контрольного среза показателей по методикам Сан и Типа отношения беременной мы выявили:

После проведения нами формирующего эксперимента у беременных женщин на последней стадии беременности улучшилось самочувствие на 50%, активность повысилась на 80%, и настроение улучшилось на 50%, преобладают такие типы ПКГД как оптимальный тип, и эйфорический над гипогестогнозическим, тревожным типом и депрессивным.

Выводы

При, проведения констатирующего эксперимента нами было установлено следующее:

согласно данным после проведения методики САН у большинства беременных женщин преобладал пониженный фон настроения, самочувствия, а так же снижена активность.

У беременных было выявлено преобладание гипогестогностического, тревожного и депрессивного типов ПКГД над оптимальным и эйфорическим.

После проведения нами формирующего эксперимента с применением арт-техник, на контрольном срезе показателей по методике Сан нами было выявлено - у беременных женщин повысился общий фон настроения, повысилась активность и улучшилось самочувствие.

При контрольном срезе показателей по методике Тест отношений беременной нами были выявлены следующие результаты - оптимальный и эйфорический тип ПКГД преобладает тревожным, депрессивным и гипогестогностическим.

Оптимальный тип характеризуется адекватным отношением женщины к происходящим в ней изменениям, к предстоящим трудностям.

Эйфорический тип характеризуется преобладанием повышенного настроения, уверенностью в благополучном родоразрешении, легковесностью и непониманием своей новой роли сейчас и в ближайшем будущем.

Заключение

В процессе проведения диссертационного исследования мы провели анализ литературных источников по проблеме исследования, изучили структуру работы психолога консультанта с различными типами клиентов на основании документации обосновали методы работы психолога консультанта с разными типами клиентов. В ходе проведения констатирующего эксперимента нами было выявлено следующее — у беременных женщин на сроке 30-32 недель беременности снижено эмоциональное настроение. Ухудшено самочувствие и снижена активность. А так же преобладали следующие типы психологического компонента гестационной доминанты беременности - тревожный, гипогистегнозический, и депрессивный над оптимальным и эйфорическим.

При работе с беременными женщинами необходимо учитывать образовательный компонент психологического консультирования для дальнейшего успешного вынашивания беременности.

После проведения нами формирующего эксперимента с использованием арт-техник, у беременных женщин улучшилось эмоциональное настроение, активность и самочувствие, а так же оптимальный, и эйфорический типы психологического компонента гестационной доминанты над тревожным, гипогестогнозическим и депрессивным.

В ходе проведения анализа психолого-педагогической литературы по проблеме исследования нами было выявлено:

Что многие авторы занимались проблемами материнства, у женщины, в период беременности меняется структура психики. То есть преобладает материнская доминанта или гестационная. Эта доминанта имеет два структурных компонента. Важнейшим, из которых является психологический компонент. Сформировать данный компонент помогают

психологи в женской консультации в процессе психологического консультирования беременных женщин. Мы изучили:

- структуру женской консультации,
- должностные обязанности и функции психолога в женской консультации, - Критерии, по которым проводится отбор в кабинет психолога женской консультации,
- типы клиентов женской консультации,
- образовательный компонент работы психолога в консультации.

Мы выявили, что помимо беременных женщин к психологу могут обратиться и гинекологические больные и женщины подросткового возраста и беременные по случаю доабортного консультирования.

Библиографический список литературы

1. Алешина Ю. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование – М.: Класс, 2005.
2. Айламазян А. М. Методы беседы в психологии – М. Смысл, 1999
3. Аранович, Инна Юрьевна. Медико-социологический анализ подготовки беременных к роли матери в женской консультации : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.02.05, 14.02.03 / Аранович Инна Юрьевна; [Место защиты: Первый моск. гос. мед. ун-т. им. И.М. Сеченова] Москва, 2012 23 с. : 9 12-1/3494 <http://medical-diss.com/medicina/mediko-sotsiologicheskiiy-analiz-podgotovki-beremennyh-k-rol-i-materi-v-zhenskoy-konsultatsii#ixzz3tDv3eEPG>
4. Аликин И. А. Оформление письменной отчетной работы. Реферат, курсовая и дипломная работы: Методические рекомендации для студентов. - Красноярск: РИО КГПУ, 2010. - 36 с.
5. Андреева Т. В. Семейная психология: Учеб. пособие. — СПб.: Речь, 2004. — 244 с.
6. Арт-терапия женских проблем / Под редакцией А. И. Копытина. – М.: Когито-Центр, 2010. – 270 с.
7. Аршавский Н.А. Физиологическое кровообращение во внутриутробном периоде. М., 1960.
8. Брутман В.Н., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребёнку в период беременности. // Вопросы психологии, 1997, №7, с.-38 -47
9. Бандура А. Теория социального научения. СПб., Евразия, 2000.
10. Бенедиктов Н.И. Обезболивание родов (психопрофилактика болей в родах). Томск, 1970.
11. Габай Т. В. Педагогическая психология : Учебное пособие. М., 1995.

12. Добряков И. В., Колесников И. А. Психологические и психотерапевтические аспекты перинатальных и неонатальных потерь // Репродуктивное здоровье общества: сб. материалов международного конгресса. Спб: Изд-во ИПТП., 2006. С. 156-159.//
13. Дунаевская Э.Б. Психологические аспекты доабортного консультирования женщин репродуктивного возраста. Мир науки, культуры, образования. - Абакан 2012
14. Добряков И. В. Перинатальная психология. : Питер; Спб.; 2010.
15. Добряков И. В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Хрестоматия по перинатальной психологии.– М., 2005.– С. 93–102
16. Дик-Рид Г. Роды без страха. СПб., 1996.
17. Есипова Н.Д. Методические и организационные аспекты консультирования по проблеме абортов., М. Благотворительный Фонд «Семья и детство», 2008 г. – 65 с.
18. Е. Кэпрару, Г.Кепрару. Мать и дитя. Медицинское издательство. Бухарест 1980.
19. Завьялова Ж.В. Психологическая готовность к родам и методы ее формирования. Автореф. дис...к. психол. н. - М., 2000. – 23 с.
20. Захарова Г.И. Психология семейных отношений: Учебное пособие. - Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2009. - 63 с.
21. Иванова Н.Л., Конева Е.В., Коряковцева О.А. Психология современного подростка: поведенческие проблемы, воспитание толерантности. Методическое пособие. Ярославль. Изд-во "Аверс– пресс", 2001.
22. Коломейцев М.Г. Программа полового просвещения учащихся // Материалы конференции «Социальные и клинические проблемы сексологии и сексопатологии».2002. С.163–164
23. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. 1999.

24. Коваленко Н. П. Психопрофилактика и психокоррекция женщины в период беременности и родов. Автореф. канд. дис., Спб., 2002.
25. Костерина Е. Н. Психологическое сопровождение перинатальных потерь /Костерина Е. Н.//Перинатальная психология и психология родительства.- 2004 г. №2, С. 94-107.
26. Коваленко Н.П. Арт-терапия. Лечение творчеством (1 Международный конгресс «Новые медицинские технологии» 8—12 июля 2001, СПб) / Сб. тезисов докл. СПб., Лицей, 2001, 0,2 п.л.
27. Коваленко Н.П. Перинатальная психология (2-е издание). Спб., БИС, 2001. - 11,3 п.л.
28. Кушнарченко Е.В., Батуев А.С., Быстрова К.С. Реакция новорожденных на обонятельные стимулы // Сборник материалов конференции «Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей 2000» СПб., 2001, с. 90.
29. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л., Медицина, 1980. – 184с.
30. Клиническая и медицинская психология: учебное пособие /В. Д. Менделевич.-6-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2008.-432с.
31. «Куценко Оксана Сергеевна, <http://www.prolife-science.ru/>, Книга «Аборт или Рождение? Две чаши весов» – Пособие для психологов и других специалистов, работающих с женщиной и ее семьей в ситуации репродуктивного выбора. СПб., 2011 год,
32. Киселева М. В. Арт-терапия в практической психологии и социальной работе. — Речь, 2007. — 336 с, илл.
33. Коваленко Н.П. Арт-терапевтические подходы в перинатальной психологии (на научн. Российск. конф. по экологической психологии, Москва.) - М., 1999- 0,3 п.л.
34. Ланцбург М.Е. Психологическая поддержка матерей группы риска как профилактика социального сиротства //Современные подходы к ранней профилактике социального сиротства и семейного

неблагополучия. Опыт работы по реализации мероприятий Комплекса мер по преодолению социального сиротства в городе Москве на 2009–2011 гг./Науч.ред. Н.Ю. Грачева.-М.:Старполиграф, 2011, с.489–496.

35. Лявшина Г.Х. Психологические аспекты внутриутробного периода психосексуального развития (на конф. по перинатальной психологии 20-22 марта 1997 г. СПб) сб. Материалов конф. СПб., 1997.

36. Лазарева, Н. И. Оптимизация метода психопрофилактической подготовки беременных к родам: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2006; 29.

37. Лазарев С.Н. – Человек будущего. Воспитание родителей. Часть 5. – СПб., 2010. – С. 191. ISBN 978-5-900694-22-1

38. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум / сост. О.В. Барканова [серия: Библиотека актуальной психологии]. – Вып.2. – Красноярск: Литера-принт, 2009. – 237 с.

39. Новиков, Ю.И. Доминанты репродуктивной функции женщины ЛО. И. Новиков, Г. Г. Хечинашвили // Готовность организма к родам: сборник трудов. — Л., 1976. — С. 5-15.

40. Основы консультативной психологии: учеб. Пособие для студ. учреждений высш. проф. Образования/ О. А. Шаграева.-М. : Издательский центр «Академия», 2011.-272 с.-(Сер. Бакалавриат).

41. От 0 до 3 /Дружинина Л. В., Ладодо К. С. Толкова-Ямкольская Р. В. , Тэгай Н. Д. - М. : Медицина, 1991, 128с. ,ил.

42. Олифинович Н. И., Зинкевич-Куземкина Т. А., Велента Т. Ф. Психология семейных кризисов. — СПб.: Речь, 2006. — 360 с.

43. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. Пер. с английского Е.И. Замфир под ред. Проф. М.М. Решетникова. СПб.: совместное издание Восточно-Европейского института психоанализа и Б.С.К., 1997. – 195 с.

44. Психологическое доабортное консультирование. Методические рекомендации. — Москва: «Центр общественных инициатив», 2009. - 70 с.

45. Практикум по арт-терапии: шкатулка мастера. Научно-методическое пособие. - Луганск: Элтон-2, - 160 стр.

46. Палящая А.Е. Социально-психологические факторы определяющие тип переживания беременности. Известия Самарского научного центра РАН «Педагогика и психология», «Филология и искусствоведение» 4 (6) С 949-952

47. «Подросток. Трудности взросления.» Казанская В. Г. Питер, 2008.-240 с.

48. Пантюшина О. И. Психологические особенности протекания беременности. Тула — 2003 г.

49. Порядок оказания медико-социальной помощи в женских консультациях КГБУЗ «КМРД №5» ОТ 12. 01.2015 г. №33

50. Перинатология и перинатальная психология: учеб. пособие / И. А. Кельмансон. – Санкт-Петербург: Спец Лит, 2015.-343 с.

51. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования ред. Е. Г. Силаева М.: Издательский центр «Академия», 2002.

52. Психология развития. — 9-е изд. — СПб.: Питер, 2005. — 940 с: ил. — (Серия «Мастера психологии»).

53. Роджерс К. консультирование и психотерапия – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000

54. Рубенштейн. С. Л. Основы общей психологии. СПб., 1999.

55. Рабовалюк Л. Н. Ценностные ориентации беременных женщин с разными типами психологического компонента гестационной доминанты. Современные исследования социальных проблем (электронный журнал). №1 (09) 2012. www.sisp.nkras.ru

56. Справочник врача женской консультации / Г. И. Герасифомович, И. В. Дуда, А. А. Завирович и др.; Под ред. Г. И. Герасимовича. - 2-е изд., перераб. И доп. - Мн.: Беларусь, 1988. -400 с.: ил.

57. Смирнова Е. А. Что нужно женщине, которая «уже всё решила». Консультирование в ситуации кризисной беременности. — М.: 201322.http://sm.cnsr.ru/ru/methodiks/psihologicheskaya_pomosh_beremennim_zhenshina_m/3.<http://www.aborti.ru/content/Psihologicheskie-problemy-beremennykh-podrostkov>
58. Стенникова И. А. Психологическое сопровождение женщин с гинекологической патологией / И. А. Стенникова, Н. В. Гафарова // Психологический вестник Уральского государственного университета. Вып. 7. — Екатеринбург: [Изд-во Урал. ун-та], 2009. — С. 164-180. <http://elar.urfu.ru/handle/10995/4186>, <http://hdl.handle.net/10995/4186>
59. Учебное пособие по психологии материнства. Для факультетов: психологических, медицинских и социальной работы — Самара: Издательский Дом БАХ-РАХ-М, 2003.—784с.
60. Филлипова Г. Г. Психология материнства: Учебное пособие.-М.: Изд-во Института Психиатрии, 2002.-240 с.
61. Физиологическое акушерство: учебное пособие /С. Н. Гайдуков. Спб.: Спец. Лит. 2010.-223 с.
62. Фатеева Е.М., Коваленко Н.П. «Грудное вскармливание и психологическое единство «Мать и дитя»: Учебное пособие для мед. персонала учреждений родовспоможения и детства/ Е.М. Фатеева, Ж.В. Цареградская. — М.: Агар, 2000 — с.183
63. Флоренская Т. А. Мир дома твоего. Человек в решении жизненных проблем. — М.: Русский Хронографъ, 2009
64. Франкл. Доктор и душа. СПб.: Ювента, 1997, с.242-279
65. Хазова С. А., Золотова И. А. Особенности гистационной доминанты женщин не встающих на учет по беременности./Хазова С. А., Золотова И. А. //Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова. — 2009. Т. 15
66. Хломов Кирилл Даниилович. Психологические особенности беременных с угрозой прерывания : авторефер. дисс. ... канд. псих. Наук. Спб., 2008; 236 с.

67. Шмурак Ю.И. Пренатальная общность// Человек, 1993, №6, с. 24 – 37
68. Эйдеймиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб., 2006.
69. Энциклопедический словарь медицинских терминов. — М.: Советская энциклопедия . — 1982 — 1984 гг.

Методика САН

(Методика и диагностика самочувствия, активности и настроения).

Цель методики САН: Экспресс-оценка самочувствия, активности и настроения.

Описание методики САН. Опросник состоит из 30 пар противоположных характеристик, по которым испытуемого просят оценить свое состояние. Каждая пара представляет собой шкалу, на которой испытуемый отмечает степень выраженности той или иной характеристики своего состояния.

Типовая карта методики САН

Фамилия, инициалы _____

Пол _____

Возраст _____ Дата _____ Время _____

Инструкция. «Вам предлагается описать свое состояние, которое вы испытываете в настоящий момент, с помощью таблицы (см. ниже), состоящей из 30 полярных признаков. Вы должны в каждой паре выбрать ту характеристику, которая наиболее точно описывает ваше состояние, и отметить цифру, которая соответствует степени (силе) выраженности данной характеристики».

1.Самочувствие хорошее	3 2 1 0 1 2 3	Самочувствие плохое
2.Чувствую себя сильным	3 2 1 0 1 2 3	Чувствую себя слабым
3.Пассивный	3 2 1 0 1 2 3	Активный
4.Малоподвижный	3 2 1 0 1 2 3	Подвижный
5.Веселый	3 2 1 0 1 2 3	Грустный
6.Хорошее настроение	3 2 1 0 1 2 3	Плохое настроение
7.Работоспособный	3 2 1 0 1 2 3	Разбитый
8.Полный сил	3 2 1 0 1 2 3	Обессиленный
9.Медлительный	3 2 1 0 1 2 3	Быстрый
10.Бездеятельный	3 2 1 0 1 2 3	Деятельный
11.Счастливый	3 2 1 0 1 2 3	Несчастный
12.Жизнерадостный	3 2 1 0 1 2 3	Мрачный
13.Напряженный	3 2 1 0 1 2 3	Расслабленный
14.Здоровый	3 2 1 0 1 2 3	Больной
15.Безучастный	3 2 1 0 1 2 3	Увлеченный
16.Равнодушный	3 2 1 0 1 2 3	Взволнованный
17.Восторженный	3 2 1 0 1 2 3	Унылый
18.Радостный	3 2 1 0 1 2 3	Печальный
19.Отдохнувший	3 2 1 0 1 2 3	Усталый
20.Свежий	3 2 1 0 1 2 3	Изнуренный
21.Сонливый	3 2 1 0 1 2 3	Возбужденный
22.Желание отдохнуть	3 2 1 0 1 2 3	Желание работать
23.Спокойный	3 2 1 0 1 2 3	Озабоченный
24.Оптимистичный	3 2 1 0 1 2 3	Пессимистичный

25.Выносливый	3 2 1 0 1 2 3	Утомляемый
26.Бодрый	3 2 1 0 1 2 3	Вялый
27.Соображать трудно	3 2 1 0 1 2 3	Соображать легко
28.Рассеянный	3 2 1 0 1 2 3	Внимательный
29.Полный надежд	3 2 1 0 1 2 3	Разочарованный
30.Довольный	3 2 1 0 1 2 3	Недовольный

ОБРАБОТКА ДАННЫХ.

При подсчете крайняя степень выраженности негативного полюса пары оценивается в один балл, а крайняя степень выраженности позитивного полюса пары – в семь баллов. При этом нужно учитывать, что полюса шкал постоянно меняются, но положительные состояния всегда получают высокие баллы, а отрицательные – низкие. Полученные баллы группируются в соответствии с ключом в три категории, и подсчитывается количество баллов по каждой из них.

Самочувствие (сумма баллов по шкалам): 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активность (сумма баллов по шкалам): 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настроение (сумма баллов по шкалам): 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Полученные результаты по каждой категории делятся на 10. Средний балл шкалы равен 4. Оценки, превышающие 4 балла, говорят о благоприятном состоянии испытуемого, оценки ниже 4 свидетельствуют об обратном. Нормальные оценки лежат в диапазоне 5,0-5,5 балла. Следует учесть, что при анализе функционального состояния важны не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение.