

Министерство образования и науки РФ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
образования
Южно-уральский государственный университет
(национальный исследовательский университет)
Институт социально-гуманитарных наук
Факультет психологии
Кафедра «Общая психология, психодиагностика
и психологическое консультирование»

Рецензент, канд.психол.н.,
ведущий специалист МАУ
«ЦППМСП Центрального
района г. Челябинска»
_____ И.П. Ордина
« ____ » _____ 2018 г

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ
Заведующий кафедрой ОП,
канд.психол.н., доцент
_____ С.В.Морозова
« ____ » _____ 2018 г.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ ЖЕНЩИН К МАТЕРИНСТВУ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ
ЮУРГУ–37.03.01.2018.469.ПЗ ВКР

Руководитель проекта
к. психол.н., доцент
_____ О.Б. Конева
_____ 2018 г.

Автор проекта
студент группы СГ-469
_____ Ю.В. Максимова
_____ 2018 г.

Нормоконтролер
_____ Л.А. Донцова
_____ 2018 г.

Челябинск, 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1. БЕРЕМЕННОСТЬ КАК ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИИ	
1.1 Основные психологические аспекты исследования беременности.....	6
1.2 Психологическая подготовка к родам и родительству	17
1.3 Некоторые аспекты психологической готовности к материнству.....	23
2. ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ.....	31
3 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ БЕРЕМЕННЫХ, ПРОХОДЯЩИХ И НЕ ПРОХОДЯЩИХ ПОДГОТОВКУ К РОДАМ И РОДИТЕЛЬСТВУ	
3.1 Описание групп испытуемых	38
3.1.1 Сравнение особенностей групп испытуемых по результатам интервьюирования.....	38
3.1.2 Сравнение групп испытуемых по результатам оценки функционального состояния	39
3.2 Определение взаимосвязанности выделенных аспектов психологической готовности к материнству.....	40
3.3. Исследование эмоциональной готовности. Сравнение реактивной и личностной тревожности групп испытуемых.....	42
3.4 Исследование личностной готовности	46
3.4.1 Сравнение уровня осмысленности жизни групп испытуемых.....	46
3.4.2 Сравнение самооценки себя как матери групп испытуемых.....	50
3.5 Исследование мотивационной готовности.....	52
3.5.1 Сравнение структуры мотивов рождения ребенка у группы испытуемых	52
3.5.2 Связь субъективных мотивов рождения ребенка с результатами по другим методикам	58
3.6 Исследование ценностной ориентации на ребенка	60
ВЫВОДЫ.....	64

ЗАКЛЮЧЕНИЕ	64
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	66
ПРИЛОЖЕНИЯ	
Приложение 1	71
Приложение 2	72
Приложение 3	73
Приложение 4	74
Приложение 5	75

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время наблюдается высокий интерес к психологическим аспектам беременности, родов и материнства, и это не случайно.

В акушерстве и гинекологии, где технологически усовершенствованные приемы не приводят ни к сокращению перинатальной патологии, ни к усилению привязанности матери к ребенку, проблемы «отказных» детей, аборт, плохого обращения с детьми и другие проблемы, в основе которых лежит негативный опыт взаимодействия матери с младенцем, не находят своего разрешения.

Психологическая же готовность к материнству оказывает большое влияние на то, как пройдут беременность и роды, а также, на последующее отношение к ребенку и к себе, на способность матери обеспечивать адекватные условия для развития ребенка.

Несмотря на это, в настоящее время женщина на пороге материнства оказывается неосведомленной об элементарных особенностях развития ребенка и своих функциях в общении с ним во время беременности. Кроме того, из-за того, что в семье уменьшилось количество детей, часто первый младенец, с которым встречается мать, – ее собственный ребенок. Поэтому молодые родители (особенно матери) обращаются к поиску недостающей информации. Подготовка к материнству теперь не ограничивается ведением беременности и сведениями об уходе за ребенком и кормлении. В нее входят развитие эмоциональной сферы, интуиции, освоение способов общения с ребенком до рождения и т.п.

Актуальность данного исследования продиктована необходимостью диагностики и развития психологической готовности к материнству с целью предупреждения возможных вариантов девиантного материнства.

Целью исследования является: исследование особенностей психологической готовности беременных женщин к материнству, проходящих и не проходящих подготовку к родам и родительству.

Задачи исследования:

1. изучить уровень разработанности данной проблемы в теории и практике психологии;
2. выделить некоторые аспекты психологической готовности к материнству и определить их взаимосвязанность;
3. составить план интервью и сравнить особенности беременных двух групп по результатам интервьюирования;
4. исследовать взаимосвязанность аспектов психологической готовности к материнству у беременных, проходящих и не проходящих подготовку к родам и родительству;
5. сравнить психологическую готовность к материнству беременных, проходящих и не проходящих подготовку к родам и родительству.

Объект исследования: беременные, посещающие Центры подготовки к родам и родительству «ЖЕМЧУЖИНА» г. Челябинска и «АИСТ» г. Оренбурга, и беременные, не посещающие специальных курсов.

Предмет исследования: психологическая готовность к материнству беременных.

Гипотеза исследования: психологическая готовность к материнству у беременных, проходящих подготовку к родам и родительству, имеет свои особенности и отличается от психологической готовности беременных, не проходящих специальной подготовки, и проявляется:

- в уровне ситуативной и личностной тревожности, в эмоциональном состоянии во время беременности;
- в уровне осмысленности жизни, в степени соответствия личностных качеств беременной и качеств, необходимых для эффективного материнства;
- в структуре мотивов рождения ребенка;
- в балансе самостоятельной ценности ребенка и ценностей из других сфер

Выпускная квалификационная работа включает введение, 3 главы, выводы, заключение, библиографический список (49 наименований). В работе 2 таблицы, 8 рисунков, 5 приложений. Объем работы 75 страницы.

ГЛАВА 1 БЕРЕМЕННОСТЬ КАК ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИИ

1.1 Основные психологические аспекты исследования беременности

В современных исследованиях материнство рассматривается с двух основных позиций: материнство как обеспечение развития ребенка и материнство как часть личностной сферы женщины. Материнская сфера является вариантом более общей родительской сферы, которая сама входит в состав репродуктивной сферы (вместе с половой).

Многие авторы считают, что потребностно-мотивационная основа материнской сферы формируется в течение жизни. Д. Винникотт [28] говорит, что способность матери «быть достаточно хорошей матерью» формируется на основе ее опыта взаимодействия с собственной матерью, в игре, во взаимодействии с маленькими детьми в детстве, а также в процессе собственной беременности и материнства. Д. Рафаэль-Лефф [41] также считает, что женщина начинает становиться матерью со своего детства. В Китае существует поговорка, что девочка не станет хорошей матерью, если не будет любить своего ребенка с детства. Филиппова Г.Г. [41, 44], применяя сравнительно-психологический подход, выделяет шесть этапов развития материнской сферы в онтогенезе: этап взаимодействия с собственной матерью; игровой; этап нянчания; этап дифференциации мотивационных основ материнской и половой сфер; взаимодействие с собственным ребенком, куда входит беременность, которая подразделяется на пять этапов; и последний этап, на котором у матери образуется привязанность и любовь к ребенку как личности.

Одной из важнейших стадий в становлении материнства является период беременности. Александер Ф. Характеризует беременность как «биологически естественное явление, исключительное состояние, проверяющее соматические и психологические резервы женщины» [2].

Беременность с психофизиологической точки зрения является вызванным оплодотворением психофизиологическим процессом, который ведет к

изменениям в организме и психике женщины и который направлен на развитие и появление на свет нового человека [5]. С психологической точки зрения можно говорить о синдроме беременности. Синдром беременности — новое психогенное состояние женщины, которое ограничивается периодом времени, которое начинается того, когда женщина осознает свое положение и заканчивается в момент «пигмалионизации» своего ребенка.

В психотерапевтически ориентированных исследованиях беременность рассматривают как период жизни, сензитивный к обострению психологических проблем, который требует психологической поддержки [6, 12, 16, 17, 20]. Брутман В.И., Радионова М.С. рассматривают беременность как «подготовительную фазу в развитии взаимной привязанности матери и ребенка, связанная с появлением новых ощущений и физиологических изменений в организме женщины» [9].

Многие авторы [35, 36, 43] рассматривают беременность как критический период жизни женщины, часто сопровождающийся кризисными переживаниями: актуализируются неизжитые детские психологические проблемы, личностные конфликты, проблемы во взаимодействии с собственной матерью, отмечаются проблемы адаптации к супружеству, инфантилизация, повышение зависимости, уровня тревожности. Во время беременности изменяется сознание женщины, а также ее взаимоотношения с этим миром. Необходимой является перемена образа жизни, вживание в роль «матери».

Бергум В. [4] исследует беременность и материнство как моральную связь между людьми, а также те обязательства, которые данные связи налагают на всех людей. «Беременность — это период внутренней взаимозависимости матери и плода. В ходе беременности женщина постепенно обращается внутрь себя, к ребенку». «Беременность и материнство указывают на необходимость полноценных моральных взаимоотношений, ... каждый из партнеров по отношению должен осознавать, как себя, так и другого; ... на необходимость быть с другими прежде, чем можно будет быть для других, т.е. на то, что

отношения предшествуют правам».

По мнению Васильевой О.С. и Могилевской Е.В., беременность является прежде всего «экзистенциальной ситуацией, затрагивающей все жизненные основания женщины, обуславливающей глубокие изменения самосознания, отношения к другим и миру» [12]. На наш взгляд, это наиболее полное и точное определение беременности. Авторы [4, 42], анализирующие влияние периода беременности на жизнь женщины, подтверждают, что этот период сопровождается огромными изменениями и большой внутренней работой. Для многих женщин первая беременность сопровождается сильными эмоциональными переживаниями, которые могут влиять на дальнейшее формирование собственного «Я», ее развитие и становление как полноценного взрослого человека, который в будущем способен заботиться о беспомощном ребенке.

Итак, будущая мать существенно и очевидно меняется. Она вынашивает в своем теле тело другого человека. Ребенок и мать растут вместе: то, что влияет на ребенка, влияет так же и на мать, как развивается ребенок, развивается и мать. Именно через то, что тело женщины изменяется, приходит осознание себя матерью. Чтобы понять, какие именно изменения происходят с женщиной, нужно рассмотреть этапы беременности.

В гинекологии и акушерстве выделяют три триместра беременности, преедродовый период, роды, послеродовый период. В психологии выделяются разные стадии беременности.

По характеру преобладающего переживания период беременности делится на этапы, связанные с необходимостью принятия женщиной решения о сохранении или искусственном прерывании беременности, этап, связанный с началом движения плода, и этап, определяемый подготовкой к родам и появлению ребенка в доме [47].

Изучая формирование чувства привязанности матери к ребенку, В.И. Брутман [9] выделяет следующие этапы:

1. Фаза преднастройки. До беременности формируются матрицы материнского отношения в онтогенезе, на которые влияют взаимодействия с матерью, семейные обряды и традиции, культурные ценности, которые существуют в обществе. В начале беременности (с момента установления факта беременности до момента шевеления) начинает формироваться Я-концепции матери и концепции ребенка, до конца еще не наделенного качествами «родного».

2. Фаза первичного телесного опыта, интрацептивный опыт во время шевеления, после которого происходит разделение «Я» и «не Я», являющееся ростком будущей амбивалентности отношения к ребенку, и формирование нового смысла «родной», «свой», «мой (частичка меня)». После родов происходит достройка смысла «родного» за счет экстрацептивной стимуляции.

Интересна периодизация развития материнского отношения в ходе беременности О. Caplan, построенная в психоаналитической традиции и описанная Филипповой Г.Г. [41]. В ней дается подробное феноменологическое описание психофизиологических изменений, сопровождающихся психоаналитической интерпретацией:

1 стадия — от зачатия до момента движения ребенка (первые 4,5 месяца беременности). В конце этой стадии часто появляется регрессия к оральной фазе, которая может проявляться в тошноте и рвоте или, наоборот, может отмечаться особое пристрастие к какой-нибудь пище. Беременная на этой стадии часто идентифицирует себя со своим плодом.

2 стадия — начинается с шевеления ребенка, женщина начинает ощущать его и признает его, как отдельную жизнь, которую невозможно полностью контролировать. Для многих женщин движения ребенка сопровождаются погружением в свой внутренний мир.

3 стадия — заключительная. У беременной ощущается телесный дискомфорт и сильная усталость. У нее часто меняется настроение по поводу предстоящих родов от нетерпения до боязни, что она может умереть во время родов или что ребенок может получить родовую травму или родиться ненормальным.

Наиболее полную периодизацию беременности приводит Филиппова Г.Г. [41], выделяя пять этапов:

1. Идентификация беременности. Обычно возникновение первого подозрения о наступившей беременности уже провоцирует определенные переживания. До подтверждения факта беременности они всегда носят оттенок беспокойства, причиной которого может быть либо страх наступления беременности, либо страх ее отсутствия. Содержание и интенсивность переживаний этого периода непосредственно отражают значение этой беременности для матери и многие особенности ее материнской сферы.

2. До начала ощущений шевеления плода. Этот период охватывает вторую половину первого триместра и начало второго. Появляется симптоматика беременности, неприятные физические ощущения, изменения в эмоциональном состоянии.

Этот период для матери весьма существенен в развитии ее материнской сферы. Появление ребенка становится реальным фактом. С другой стороны, еще нет никаких его конкретных признаков. Женщина уже имеет возможность на своем опыте прочувствовать свое новое состояние и подготовиться к более серьезным изменениям. Это первый опыт приспособления себя к нуждам будущего ребенка, опыт интерпретации своих переживаний себя как будущей матери.

В этот период представления о ребенке не очень конкретны, описание его затруднено и обычно носит описание своих эмоций и переживаний. Представления о будущем ребенке относятся к достаточно поздним периодам его развития и зависят от опыта женщины.

Появление и стабилизация ощущений шевелений ребенка. Первые ощущения шевеления ребенка начинаются в середине второго триместра (18-22 недели). Этот период является наиболее благоприятным относительно физического и эмоционального самочувствия матери. Женщина уже свыклась с фактом беременности, неизбежностью изменений, у нее было время представить себе не только то, что она теряет, но и то, что приобретает с рождением ребенка.

Появление шевелений позволяет конкретизировать образ ребенка и дает богатую пищу для интерпретации его субъективных состояний.

Многие авторы [7, 9, 13, 27] считают, что психологическое переживание беременности женщин в случаях желанной и нежеланной беременностей значительно различаются, и центральным звеном этих различий становятся субъективные ощущения, связанные с шевелением плода.

4. Седьмой и восьмой месяцы беременности. Третий триместр беременности как с медицинской, так и психологической точки зрения считается достаточно сложным. У женщины несколько ухудшается самочувствие. Отмечается повышение тревожности, страхов родов, беспокойства по поводу послеродового периода. Наряду с этим ощутимо снижается интерес ко всему, не связанному с ребенком. Повышается активность, связанная с подготовкой к родам и послеродовому периоду. Общее ограничение физической активности и одновременное повышение нагрузки переживается по-разному. Некоторые женщины стараются использовать этот период для накопления сил перед родами и заботами, связанными с уходом за ребенком. Другие переживают этот период как неприятный, остро реагируют на связанные с большим животом неудобства. Во всех случаях к концу этого периода возникает выраженное желание завершения, но одни женщины интерпретируют его как нетерпение увидеть ребенка, а другие — как избавление от неудобств беременности.

Образ ребенка становится значительно более конкретным, женщины достаточно легко представляют себе его внешний вид, особенности поведения, свои действия с ним. Этому способствует осознание близости рождения ребенка и стремление повысить свою материнскую компетентность.

5. Предродовым период. В этом периоде ограничена активность и способность резкого эмоционального реагирования, наступает некоторое эмоциональное «отупение», что предохраняет от преждевременных родов. У матери снижается страх перед родами и способность сконцентрироваться только на одном, доминирующем содержании (снижение способности переключения и

распределения эмоций), что необходимо во время родов и послеродового взаимодействия с ребенком. Женщины, тем не менее, наиболее адекватно по сравнению с другими периодами оценивают свои возможности и представляют ребенка и свои действия с ним.

По данным многих исследователей [10, 26, 38, 46], адекватность представлений матери о родах и послеродовом периоде, своих возможностях и особенностях ребенка является существенным показателем успешного развития материнской сферы и дальнейшего благополучного отношения к ребенку.

Бергум В. [4] рассматривая смещение границ при повороте матери к ребенку, выделяет следующие стадии беременности:

1. Ребенок как абстрактная идея. На ранних сроках беременности женщина воспринимает себя с ребенком (как одно существо) на уровне идеи. Внимание женщины сосредотачивается прежде всего на себе: «Как я себя чувствую? Что мне делать с этими новыми ощущениями? Действительно ли там, внутри, ребенок?» [4, с.20]. Мать говорит о ребенке внутри нее как о «части ее самой».

2. Ребенок и женщина как одно целое. Женщина воспринимает себя и ребенка в одном теле (двое воспринимаются как одно). На более поздних сроках беременности, когда женщина слышит сердцебиение ребенка, видит его очертания на ультразвуковом обследовании и чувствует его движение, она уже осознает глубоко в себе присутствие «кого-то еще». Это происходит тогда, когда «я начинаю осознавать, что там ребенок, а не просто со мной что-то случилось»

3. Ребенок и женщина как отдельные, но взаимосвязанные существа. Женщина воспринимает себя и ребенка как два существа в одном теле (одно существо воспринимается как двое). Мать на позднем сроке беременности замечает, как у ее ребенка начинается собственная жизнь: «У него, в самом деле, есть своя собственная жизнь. Как-то раз я читала лежа на боку, а потом повернулась на спину, но ребенку эта поза не понравилась, и он начал шевелиться. Это были намеренные движения. Я понимала, что внутри меня кто-то есть. Этот «кто-то» мог решать, что ему делать, например, ворочаться, толкаться и

высвободить себе больше места. Это определенно был некто отдельный».

Все рассмотренные индивидуальные особенности физического состояния и психологического переживания женщиной периода беременности определяют индивидуальный стиль переживания беременности.

Филиппова Г.Г. [41, 43, 44] в стиль переживания беременности включает физическое и эмоциональное переживание момента идентификации беременности, переживание симптоматики беременности, динамика переживания симптоматики по триместрам беременности, преимущественный фон настроения в эти периоды, переживание первого шевеления и шевелений в течение всей второй половины беременности, содержание активности женщины в третий триместр беременности. Наиболее характерным является переживание шевеления. Полученные данные в ее исследованиях позволили описать шесть вариантов стилей переживания беременности.

1. Адекватный. Идентификация беременности без сильных и длительных отрицательных эмоций; живот нормальных по сроку размеров; соматические ощущения отличны от состояний не беременности, интенсивность средняя, хорошо выражена; в первом триместре возможно общее снижение настроения без депрессивных эпизодов, появление раздражительности, во втором триместре благополучное эмоциональное состояние, в третьем триместре повышение тревожности со снижением к последним неделям; активность в третьем триместре ориентирована на подготовку к послеродовому периоду; первое шевеление ребенка ощущается в 16-20 недель, сопровождается положительными эмоциями, приятно по соматическому ощущению; последующие шевеления четко дифференцированы от других ощущений, не сопровождаются отрицательными соматическими и эмоциональными переживаниями, дифференцированно интерпретируются особенности двигательной активности ребенка.

2. Тревожный. Идентификация беременности тревожная, со страхом, беспокойством, которые периодически возобновляются; живот слишком больших или маленьких по сроку размеров; соматический компонент сильно выражен по

типу болезненного состояния; эмоциональное состояние в первый триместр повышено тревожное или депрессивное, во втором триместре не наблюдается стабилизации, повторяются депрессивные или тревожные эпизоды, в третьем триместре это усиливается; активность в третьем триместре связана со страхами за исход беременности, родов, послеродовой период; первое шевеление ощущается рано, сопровождается длительными сомнениями, или, напротив, четкими воспоминаниями о дате, часе, условиях, переживается с тревогой, испугом, возможны болезненные ощущения; дальнейшие шевеления часто связаны с тревожными ощущениями, тревогой по поводу здоровья ребенка и себя, характерна направленность на получение дополнительных сведений, патронаж. Характер шевеления интерпретируется с точки зрения возможных нарушений в развитии ребенка.

3. Эйфорический. Все характеристики носят неадекватную эйфорическую окраску, отмечается некритическое отношение к возможным проблемам беременности и материнства, нет дифференцированного отношения к характеру шевеления ребенка. Обычно к концу беременности появляются осложнения. Проективные методы показывают неблагополучие в ожиданиях послеродового периода.

4. Игнорирующий. Идентификация беременности слишком поздняя, сопровождается чувством досады или неприятного удивления; живот слишком маленький; соматический компонент либо не выражен совсем, либо состояние даже лучше, чем до беременности; динамики эмоционального состояния по триместрам либо не наблюдается, либо отмечается повышение активности и общего эмоционального тонуса; первое шевеление отмечается очень поздно; последующие шевеления носят характер физиологических переживаний, к концу беременности характеризуются как доставляющие физическое неудобство; активность в третьем триместре повышается и направлена на содержания, не связанные с ребенком.

5. Амбивалентный. Общая симптоматика сходна с тревожным типом,

особенностью являются резко противоположные по физическим и эмоциональным ощущениям переживания шевеления, характерно возникновение болевых ощущений; интерпретация своих отрицательных эмоций преимущественно выражена как страх за ребенка или исход беременности, родов; характерны ссылки на внешние обстоятельства, мешающие благополучному переживанию беременности.

б. 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.

Разумеется, в каждом конкретном случае будут наблюдаться индивидуальные особенности, более или менее приближающиеся к описанным.

Исследование, проведенное Брутман В.И., Филипповой Г.Г., Хамитовой И.Ю. [10], показало, что стили переживания беременности соотносятся с ценностью ребенка для матери. Адекватный стиль переживания беременности соотносится с адекватной ценностью ребенка в 100% случаев. Тревожный и амбивалентный стили чаще всего соотносятся с повышенной или пониженной ценностью ребенка, игнорирующий и отвергающий — с низкой ценностью ребенка и заменой ее на ценности из других потребностно-мотивационных сфер. Очень сложным является эйфорический стиль переживания беременности, при котором обычно ценность ребенка неадекватна (чаще всего замена на другие ценности), но внешне это не выражено. Приподнятое настроение и не критичное отношение к изменениям в жизни является следствием личностной незрелости и неготовности к принятию материнской роли.

Девиантное материнство в настоящее время является одной из наиболее острых областей исследования в психологии как в практическом, так и в теоретическом аспекте. Сюда включаются проблемы, связанные не только с

матерями, отказывающимися от своих детей и проявляющими по отношению к ним открытое пренебрежение и насилие, но и проблемы нарушения материнско-детских отношений, которые служат причинами снижения эмоционального благополучия ребенка и отклонений в его оптимальном психическом развитии в младенческом, раннем и дошкольном возрастах [27, 28,38,41].

Неблагоприятное для будущего материнства течение беременности, а также особенности поведения женщин, предрасполагающее к последующему отказу от ребенка, анализируются в работах В.И. Брутмана, Панкратовой М.Г. [8], Радионовой М.С. [33], Колпаковой М.Ю. [17] и др. Они описывают исследования Д. Пайнз, К. Бонне, и других исследователей, посвященных этой проблеме.

Д. Пайнз считает, что важными причинами отказа от ребенка или других форм отклоняющегося поведения является: инфантилизм, повышенная потребность в любви, связанная с чувством обделенности вниманием и заботой в детстве, сексуальная неразборчивость, эгоцентризм. В фантазиях такие женщины сами — дети, поэтому у них нет желания беременеть.

Катрин Боннэ провела специальное психоаналитическое исследование матерей-отказниц во Франции и выявила некоторые общие черты развития беременности у таких женщин:

1. Для них характерным оказалось позднее обнаружение беременности во 2-м, даже в 3-м триместре беременности, и еще более позднее обращение к врачу. Она полагает, что это является симптомом риска отказа;

2. Перцептивное запаздывание момента движения плода бывает связано, как считает Боннэ, с защитным отрицанием, скрывающим под собой инфантицидный комплекс.

Сходные результаты были получены В.И. Брутман, М.С. Радионовой [9] при сравнительном изучении переживания беременности в случаях желанной и нежеланной беременности, Р. Мей [25] при исследовании тревожности у незамужних матерей из приюта «Ореховый дом», М.Ю. Колпаковой [17] при

изучении тревожности и депрессии у женщин, отказывающихся от новорожденных. Показано, что нежеланная беременность, отсутствие или сильное снижение выраженности симптоматики беременности, высокая тревожность, депрессия легкой и средней тяжести характерны для отказниц.

Из-за распространенности отказа женщин от детей Колпакова М.Ю. [17] говорит о необходимости разработки стратегии психотерапевтической работы с этой группой женщин. Для этого она провела исследование, в ходе которого выяснилось, что состояние растерянности, смятения, высокая тревожность и депрессия легкой и средней являются следствием конфликта между отвергнутыми духовно-нравственными ценностями и выбором женщины об отказе от ребенка. По мнению Колпаковой М.Ю., наиболее адекватным для работы с женщинами, отказывающимися от своих новорожденных детей, является метод духовно-ориентированного диалога, разработанной Флоренской Т.А.. Он направлен на выявление внутреннего диалога «духовного Я» («потенциальное Я», «голос совести», идеальное) и «наличного Я» (представление человека о том, каким ему хотелось быть).

Для избежания возможных вариантов девиантного материнства женщина должна быть психологически готова к материнству, а этому способствуют посещение во время беременности специальных курсов по подготовке к родам и родительству.

1.2 Психологическая подготовка к родам и родительству

Проблема психологической готовности к материнству является важнейшей в плане развивающей, профилактической и коррекционной работы в области психологии материнства. Для проектирования диагностики и психологической работы с женщиной и ее семьей в период ожидания, рождения и воспитания ребенка необходимо четкое представление о том, что понимается под готовностью к материнству.

Брутман В.И. рассматривает готовность к материнству как «способность матери обеспечивать адекватные условия для развития ребенка, которая

проявляется в определенном типе отношения матери к ребенку как во время беременности, так и после родов» [10, с.61].

Мещерякова С.Ю. рассматривает психологическую готовность к материнству как « специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъект-объектная ориентация в отношении к еще не родившемуся ребенку» [26, с. 19]. Она предполагает, что это отношение проецируется после рождения ребенка в реальное в материнское поведение и определяет его. Мещерякова С.Ю. разделяет мнение Филипповой Г.Г. [41, 44], что мотивационная основа материнского поведения человека формируется на протяжении всей жизни, испытывая влияние как благоприятных, так и неблагоприятных факторов. Соответственно, уровень психологической готовности к материнству определяется суммарным эффектом действия этих факторов к тому моменту, когда женщина становится матерью.

Мещерякова С.Ю. [26] выделяет три группы показателей психологической готовности к материнству:

1. Особенности коммуникативного опыта женщины в ее раннем детстве (общение с родителями, сверстниками, старшими и младшими детьми);
2. Переживания женщиной отношения к еще не родившемуся ребенку на этапе беременности (желанность ребенка, наличие субъективного отношения матери к ребенку, которое проявляется в любви к нему, мысленной или вербальной адресованности, стремлении интерпретировать движения плода как акты общения);
3. Установки женщины на стратегию воспитания ребенка (ориентация на потребности младенца или на собственные представления о необходимом ему, что также свидетельствует о преобладании субъективного или объективного отношения к ребенку).

Филиппова Г.Г. [46] в психологической готовности к материнству выделяет 5 блоков:

- 1 Личностная готовность: общая личностная зрелость (адекватная возрастно-

половая идентификация, способность к принятию решений и ответственности, прочная привязанность, внутренняя каузальная атрибуция и внутренний локус контроля, отсутствие зависимостей) и личностные качества, необходимые для эффективного материнства (эмпатия, способность к совместной деятельности, способность быть «здесь и теперь», творческие способности, интерес к развитию другой личности, интерес к деятельности выращивания и воспитания, умение получать удовольствие, культура тела).

2. Адекватная модель родительства: адекватность моделей материнской и отцовской ролей, сформированных в своей семье, по отношению к модели личности, семьи и родительства своей культуры; оптимальные для рождения и воспитания ребенка родительские установки, позиция, воспитательные стратегии, материнское отношение.

3. Мотивационная готовность: зрелость мотивации рождения ребенка, при которой ребенок не становится: средством полоролевой, возрастной и личностной самореализации женщины; средством удержания партнера или укрепления семьи; средством компенсации своих детско-родительских отношений; средством достижения определенного социального статуса и т.п.

4. Сформированность материнской компетентности: отношение к ребенку как субъекту не только физических, но и психических потребностей и субъективных переживаний; сензитивность к стимуляции от ребенка; способность к адекватному реагированию на проявления ребенка; способность ориентироваться для понимания состояний ребенка на особенности его поведения и свое состояние; гибкое отношение к режиму и установка на ориентацию на индивидуальный ритм жизнедеятельности ребенка в ранний период его развития; необходимые знания о физическом и психическом развитии ребенка; способность к совместной деятельности с ребенком; навыки воспитания и обучения, адекватные возрастным особенностям ребенка.

5. Сформированность материнской сферы. Материнство как часть личностной сферы женщины (материнская потребностно-мотивационная сфера) включает три

блока (эмоционально-потребностный, операциональный, ценностно-смысловой), содержание которых последовательно формируется в онтогенезе женщины. В каждом блоке должны быть сформированы необходимые компоненты. В эмоционально-потребностном: реакция на все компоненты гештальта младенчества (физические, поведенческие и продуктивно-деятельностные особенности ребенка); потребность во взаимодействии с ребенком, в заботе и уходе за ним; потребность в материнстве (в переживании соответствующих выполнению материнских функций состояний). В операциональном: операции вербального и невербального общения с ребенком; адекватный стиль эмоционального сопровождения взаимодействия с ребенком; операции ухода за ребенком с необходимыми стилевыми характеристиками (уверенность, бережность, ласковость движений). В ценностно-смысловом: адекватная ценность ребенка (ребенок как самостоятельная ценность) и материнства; оптимальный баланс ценностей материнской и других потребностно-мотивационных сфер женщины.

Знания о составляющих психологическую готовность к материнству применяются в практике работы с беременными, при проектировании диагностики и развивающих психологическую готовность к материнству программ.

Вера разных народов оберегала беременную женщину от стрессов, переутомления, контактов с неприятностями. Зная традиции проведения беременности и родов, женщины постепенно включались в роль матери, которая была естественной и желанной для большинства. Обрядовые действия были своеобразными профилактическими мероприятиями как для физического состояния матери и ребенка, так и для эмоционального, и душевного здоровья [15, 34]. Таким образом, традиции, обычаи, обряды разных народов, связанные с зачатием, беременностью, родами, проведением ранних этапов жизни ребенка стали предпосылками для возникновения специальных школ родителей, курсов по подготовке к беременности и родам, экспресс-семинаров для пар, ожидающих

ребенка.

В зарубежной практике широко распространены школы и курсы подготовки к родам, которые функционируют на базе родильных домов или местных медицинских учреждений. В отечественной практике существуют авторские программы подготовки к родам и родительству под руководством Филипповой Г.Г. [45, 46], Ланцбург М.Е. [19, 20], Братусь И.В. [6], Жаркина Н.А. [16], Васильевой О.С., Могилевской Е.В. [12] и других. Однако государственной программы и единой стратегии организации подготовки к родам еще нет.

Филиппова Г.Г. [46] считает, что для эффективной подготовки женщины к рождению и воспитанию ребенка необходимо осуществлять психологическую работу в нескольких направлениях: повышение личностной зрелости, коррекция родительских установок и форм взаимодействия с ребенком, оптимизация мотивации рождения ребенка, повышение материнской компетентности, коррекция онтогенетического развития материнской сферы.

Групповая работа с беременными Васильевой О.С., Могилевской Е.В. [12] направлена на развитие системы значимых отношений беременных женщин. В качестве системы значимых отношений выделено отношение матери к себе, к отцу ребенка, к вынашиваемому ребенку.

Из анализа имеющихся программ по подготовке к родам и родительству можно выделить общие для них направления психологической помощи, обращенные к разным уровням (структурам) индивидуума:

1. Личностный уровень: работа с ценностями, мотивацией, смысловыми образованиями, установками, применяемые в программах по подготовке к родам и родительству
2. Эмоциональный уровень: поощрение открытого выражения чувств вербальными и невербальными средствами, обучение эмпатийному слушанию.
3. Когнитивный уровень: передача знаний (повышение уровня знаний о беременности, родах, развитии ребенка).

Операциональный уровень: формирование навыков и умений (поведения в

родах, ухода за ребенком).

4. Психофизический уровень: обучение регуляции функциональных и

Уровни воздействия	Методы психологической работы
Личностный	Групповая, семейная и индивидуальная психотерапия, аутотренинг, арттерапия, ролевые игры
Эмоциональный	Арттерапия (рисование, игра на музыкальных инструментах, пение, танец), ролевые игры
Когнитивный	Лекции, просмотр видеофильмов, семинары, тематические беседы, дискуссии
Операциональный	Отработка навыков
Психофизический	Аутотренинг (техники расслабления, дыхания), арттерапия, телесноориентированная терапия

психических состояний средствами аутогенной тренировки, арттерапии, телесноориентированной терапии.

Специалистами, работающими в этой области, разработано множество оригинальных методов (таблица 1).

Таблица 1

Методы психологической работы на разных уровнях воздействия

Очевидно, что в основу работы с семьей в этот период должен быть положен гуманистический подход, т.к. в значительной мере семья нуждается, прежде всего, в психологической поддержке. Как считает Ланцбург М.Е. [20], особое внимание должно быть уделено воспитанию в слушателях уважения к Природе и доверия к природному началу в человеке. Чтобы принять изменения, происходящие с телом в период беременности (которые часто сопровождаются неприятными ощущениями) и успешно, расслабившись, родить, женщине надо научиться полагаться на мудрую Природу, доверять ей, слышать в себе голос Природы.

В результате всего комплекса мер психологической поддержки авторы программ ожидают усиления конструктивных факторов и снижения воздействия разрушительных факторов (таблица 2).

Таблица 2

Ожидаемые результаты психологической работы с семьей

РЕЗУЛЬТАТ	
Усиление конструктивных факторов	Ослабление разрушительных факторов
<ul style="list-style-type: none"> — Принятие на себя ответственности за семью, ребенка и род; — Самоанализ и самосовершенствование; — Повышение родительской компетентности; — Уважение к ребенку и взаимодействие с ним; — Принятие жизни в развитии, изменений в себе, близких и семье; — Уважение к проявлениям многообразия в природе и культуре; — Усиление позитивных чувств: радости, уверенности, спокойствия, любви. 	<ul style="list-style-type: none"> — Эмоциональное безразличие; — Отношение к ребенку как к объекту; — Негативные чувства: вина, страх, тревога, агрессия, уныние.

Опыт работы авторов программ [6, 12, 16, 20] с беременными женщинами показывает, что психологическая подготовка к родам благоприятно влияет на самочувствие женщин во время беременности, протекание родов, физическое и психологическое состояние матери и ребенка после родов.

1.3 Некоторые аспекты психологической готовности к материнству

Анализа литературы по данной теме показывает, что психологическая готовность к материнству формируется под влиянием биологических и социальных факторов и, с одной стороны, имеет инстинктивную основу, а с другой - выступает как особое личностное образование. С нашей точки зрения, психологическая готовность к материнству проявляется в следующих наиболее

важных аспектах, которые влияют на исход родов, последующее материнское отношение к ребенку и на особенности развития ребенка: эмоциональная готовность; личностная готовность; мотивационная готовность; ценностная ориентация на ребенка.

В период беременности в эмоциональной сфере женщины происходят значительные изменения. Отмечается типичная динамика эмоциональных проявлений во время беременности.

В первом триместре характерна эмоциональная лабильность, которая проявляется в колебаниях фона настроения, выражающаяся в различных степенях внутреннего напряжения - от ощущений скуки, медлительности, возрастающего недовольства собой до вербализованного чувства угнетенности [41].

Проведенное исследование методом цветowych выборов на первом и начале второго триместре беременности [29] обнаружило следующие результаты: у этих беременных «явно предпочитаемыми» оказались фиолетовый и желтый цвета. Ведущая роль фиолетового цвета означает состояние временной дезадаптации, которое переживает женщина в сложный период первого и начала второго триместра беременности, когда ее жизнь делится на две, и женщина еще не привыкла к этой перемене в ее жизни. Здесь желтый цвет усиливает неустойчивость эмоций, подверженность сиюминутным настроениям.

Частота депрессивных феноменов различной степени тяжести колеблется от 10% до 14%, имея тенденцию к утяжелению по мере течения беременности. Отмечается выраженная зависимость депрессии от наличия психотравмирующих факторов семейного характера и серьезных опасений, связанных с рождением ребенка и статистически достоверная зависимость депрессии от таких психогенных факторов как: высокий уровень нейротизма, психиатрически отягощенный анамнез, супружеские конфликты во время беременности, страхи в отношении плода, мысли об аборте в период беременности, курение во время беременности [6].

Второй триместр характеризуется относительным спокойствием в

эмоциональном состоянии беременной, осложнения у здоровых женщин составляют исключения [41].

В третьем триместре беременности имеют место интравертированность, пассивная зависимость, депрессивность, отсутствие уверенности в собственных силах. Одними из ярких и эмоционально насыщенных признаков третьего триместра являются страх перед родами (токофобия), тревога за исход для себя и своего ребенка.

Страх может быть неопределенным, трудно объяснимым, однако чаще всего токофобия конкретизирована (страх боли, тяжелых разрывов, последствий перенесенных разрывов, операций или тяжелых родов в виде хронических воспалительных заболеваний, потери трудоспособности, снижения сексуального чувства, инвалидизации, а также страх за состояние здоровья и жизнь ребенка) [31].

Кьеркегор говорит о тревоге, которую испытывает женщина при рождении ребенка, потому что «в этот момент в мир приходит новая личность» [40, с. 15]. Тревога потенциально присутствует в тот момент, когда личность готова вступить во взаимоотношения, и это относится к рождению ребенка.

Р. Мей предлагает следующее определение тревоги, которое, с нашей точки зрения, универсально и подходит для исследования тревоги у беременных: «тревога есть опасение в ситуации, когда под угрозой оказывается ценность, которая, по ощущению человека, жизненно важна для существования его личности» [25, с. 171]. Это может быть угроза физическому существованию (например, угроза смерти, хирургическое вмешательство при родах) или же существованию психологическому (потеря свободы, бессмысленность). Или же опасность может относиться к еще какой-либо ценности, с которой человек идентифицирует свое существование (любовь другого человека, ребенок, «успех» и так далее).

В литературе описан феномен пренатальной тревоги и ее влияния на исход беременности [31]. У беременных, как правило, выявляется несколько видов

тревоги: 1) генерализованная, 2) физическая, когда женщина тяжело переносит физические аспекты беременности, 3) страх за судьбу плода, 4) страх перед необходимостью ухода за новорожденным, 5) страх перед родами, 6) страх перед кормлением новорожденного, 7) психопатологические феномены тревоги.

Тревога за будущего ребенка - за саму возможность его вынашивания, его здоровье; тревога за сохранение семейных отношений - все это приводит к утрате произвольности эмоций и к трудностям контроля эмоциональных проявлений [47].

Эмоциональное напряжение в стрессовых ситуациях (нежеланная беременность, нарушение взаимоотношений с партнером, продолжительная тревога) может оказывать влияние на течение беременности и родов, изменять функциональное состояние ЦНС женщины [18, 49].

В первом триместре эмоциональное состояние матери не влияет на функционирование плода, так как у него еще не сформирована структура нейрогуморальной регуляции. В этот период эмоциональное состояние матери действует на ее собственный организм и при сильных стрессах или продолжительной тревоге создает условия для нарушения состояния внутренних органов, в том числе и матки, что ведет к выкидышу или нарушению физиологического развития плода. Стрессы, тревожность, страхи второго и третьего триместра оказывают влияние на здоровье ребенка, развитие его эмоциональной сферы и состояние нервной системы [9, 13, 18, 36].

Итак, плод чувствителен к эмоциональному состоянию матери под влиянием притока ее гормонов, эмоциональные переживания также влияют на исход родов и дальнейшее развитие ребенка.

Вместе с тем, в каждом конкретном случае уровень тревожности у беременных представлен с различной степенью выраженности. Следовательно, можно говорить об эмоциональной готовности к материнству, которая проявляется в эмоциональном состоянии во время беременности, уровне реактивной и личностной тревожности.

Филиппова Г.Г. [47] под личностной готовностью к материнству подразумевает личностную зрелость и личностные качества, необходимые для эффективного материнства. Якобсон П.М. [50] выделяет следующие психологические черты зрелой личности:

- Выраженное стремление к творчеству;
- Хорошая интеллектуальная активность в смысле постановки жизненных проблем, готовности их вдумчиво понять и пытаться настойчиво решать;
- Достаточная эмоциональная чувствительность, которая носит избирательный характер, но широка по кругу вызывающих ее явлений;
- Мобильность способностей, т.е. умение реализовать в соответствующих действиях присущие человеку потенции, которые он хотел бы раскрыть;
- Рефлексия на свой духовный облик, служащая задачам самоорганизации.

Леонтьев Д.А. [21] подчеркивает, что полноценно развитая зрелая личность обладает значительными жизненными целями, которые наполняют смыслом жизнь человека. Зрелость личности также предполагает определение ею своего места в мире, в обществе, обладание стойким мировоззрением, для такой личности характерно отчетливое проявления жизненных и социальных установок.

По мнению Абульхановой-Славской К.А. [1], личность можно назвать зрелой, если она способна устанавливать свой «порог» удовлетворенности материальными потребностями и начинает рассматривать их как одно из условий жизни, направляя свои жизненные силы на другие цели. Она дала следующее определение стратегии жизни зрелой личности: « это способность к самостоятельному построению своей жизни, к принципиальному, осмысленному ее регулированию в соответствии с кардинальным направлением.... На формирование жизненной стратегии влияет жизненная позиция человека, совокупность жизненных целей и задач» [1].

Жизненные цели и систему ценностей некоторые авторы [11] относят к качественным характеристикам жизненной стратегии, поскольку они отражают ее содержание - то, к чему стремится человек. К количественным характеристикам –

относят ответственность и осмысленность жизни, поскольку они могут быть разного уровня и оказывают влияние на удовлетворенность внось реализации жизненных целей человека.

Как известно, в ходе беременности существенно изменяется сознание женщины и ее взаимоотношения с миром. Необходимой является перемена образа жизни, вживание в роль матери. Для многих женщин период беременности может быть громадным сдвигом к подлинной зрелости личности', увеличению осмысленности жизни, ее удовлетворенностью, возрастанию способности к принятию решений и ответственности; к развитию личностных качеств, необходимых для эффективного материнства, таких как: эмпатия, доброта, справедливость, дружелюбие и других. Для других женщин, наоборот, в период беременности могут актуализироваться инфантилизм, неразрешенные личностные конфликты, связанные с ранними материнско- дочерними отношениями.

При этом нужно помнить, что только мать, являющаяся зрелой личностью, сможет обеспечить оптимальные условия для развития своего ребенка. Следовательно, можно говорит о личностной готовности к материнству, проявляющейся в осмысленности жизни и личностных качествах женщины, необходимых для эффективного материнства.

Ариес Ф. [по 41] считает, что спад рождаемости связан с боязнью будущего, ростом мотивации личностного развития, желанием утвердить свое место в жизни , свою индивидуальность, иметь устойчивое социальное положение раньше, чем посвятить себя заботе о детях.

Мотивационная готовность по Филипповой Г.Г. [46] — это зрелость мотивации рождения ребенка, при которой ребенок не становится средством полоролевой, возрастной и личностной самореализации женщины; средством удержания партнера или укрепления семьи; средством компенсации своих детско-родительских отношений; средством достижения определенного социального статуса и т.п.

Безрукова О.Н. [3] в структуре репродуктивной мотивации выделяет два вида мотивов - психологические и социальные.

К психологическим мотивам относятся:

- 1) мотивы субъективного плана: стремление дать новую жизнь, продолжение себя в ребенке, желание проявить к ребенку любовь, поддержка в старости;
- 2) мотивы с невротическим оттенком: возможность не чувствовать себя одинокой, уважение окружающих;

К социальным мотивам рождения ребенка относятся: нежелание делать аборт, укрепление отношений с партнером, создание полной семьи, нежелание оставаться бездетной, на рождении ребенка настаивает муж.

Безрукова О.Н. провела исследование, в котором обнаружилась связь между мотивами рождения ребенка и моделью отношения к беременности. Так в группе беременных с положительным отношением к беременности преобладают мотивы субъективного плана. Доля мотивов с невротическим оттенком и социальных мотивов заметно снижена по сравнению с другими группами. В группе с отрицательным отношением к беременности доминирующее значение в структуре мотивации имеют мотивы невротического характера, на втором плане стоят социальные мотивы нежелания делать аборт и возможность остаться бездетной. Группа женщин с неопределенным отношением к беременности характеризуется неустойчивой мотивацией с преобладанием мотивов субъективного характера, удельный вес которых по сравнению с первой группой ниже.

Таким образом, видно, что мотивация рождения ребенка значительно влияет на психологическое переживание женщиной периода беременности, что может сказаться на исходе родов и последующем отношении матери к ребенку. Следовательно, можно говорить о мотивационной готовности к материнству, проявляющейся в определенной структуре мотивов рождения ребенка.

Ценность ребенка основана на потребности в эмоциональном контакте у матери и ее объединении с потребностью во взаимодействии с объектом, носителем гештальта младенчества.

Филиппова Г.Г. [41] выделяет четыре основных типа ценности вынашиваемого ребенка во время беременности:

1. Эмоциональная (основное содержание взаимодействия с ребенком — положительно-эмоциональные переживания матери).

2. Повышенно-эмоциональная (с вариантами: аффективная, эйфорическая или концентрация на ребенке всей потребности в эмоциональной привязанности при отсутствии других объектов эмоциональной привязанности у матери).

3. Замена самостоятельной ценности ребенка на ценности из социально комфортной среды (ребенок - как средство для достижения других ценностей: повышение социального и семейного статуса матери, избавление от страха одиночества в будущем и т.п.).

4. Полное отсутствие ценности ребенка.

В литературе [10, 41, 44] сформулировано понятие внедряющихся ценностей (из других потребностно-мотивационных сфер), интерферирующих с ценностью ребенка. Внедряющиеся ценности могут быть доминирующими в субъективном пространстве женщины. Может доминировать ценность ребенка, в которую внедряются другие ценности. Бывает гармоничный, оптимальный баланс ценностей, когда ценность ребенка естественно встраивается в иерархию ценностно-смысловых ориентаций.

Содержание внедряющихся ценностей условно обозначается следующим образом: ценности из социально-комфортной сферы (обеспечение физического и эмоционального комфорта, не связанного с ребенком, овладение профессией, стремление к развлечениям, общению с друзьями и т.п.); ценности из личностной сферы (стремление к самореализации, половозрастной идентификации средствами, не связанными с рождением ребенка); ценности половой сферы (самостоятельная ценность сексуальных переживаний, не связанная с репродуктивной функцией).

В период беременности наиболее прогностичными показателями, характеризующими динамику интерференции ценностей «ребенок-

внедряющиеся», являются отношение к шевелению, стиль переживания беременности, представления матери о том, сколько времени и внимания она будет и хочет уделять ребенку после его рождения. Направление активности в третьем триместре на подготовку к родам и послеродовой период соотносится с благоприятной динамикой течения беременности и ценности ребенка, активность, не связанная с ребенком, - с неблагоприятной динамикой.

Исследование взаимоотношений матери с ребенком дошкольного возраста и с детьми других возрастов позволяют говорить о соответствии эмоционального благополучия ребенка и его ценности для матери в период беременности. Следовательно, исследование баланса самостоятельной ценности ребенка для матери в период беременности и ценностей из других сфер очень важно.

ГЛАВА 2 ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ

Теоретический анализ беременности как предмета исследования психологии обнаружил проблему диагностики психологической готовности к материнству у разных групп беременных и как следствие поставил задачу выделения некоторых аспектов психологической готовности к материнству. В данной работе выделены следующие наиболее важные аспекты психологической готовности к материнству.

1. Эмоциональная готовность, которая проявляется в эмоциональном состоянии во время беременности, уровне ситуативной и личностной тревожности;
2. Личностная готовность, которая проявляется в степени осмысленности жизни, личностных качествах женщины, необходимых для эффективного материнства;
3. Мотивационная готовность, которая проявляется в определенной структуре мотивов рождения ребенка;
4. Ценностная ориентация на ребенка, которая появляется в балансе самостоятельной ценности ребенка и ценностей из других сфер.

Отсюда **целью исследования** является: исследование выделенных аспектов

психологической готовности к материнству и их особенностей у беременных, проходящих и не проходящих подготовку к родам и родительству.

Задачи исследования:

1. изучить уровень разработанности данной проблемы в теории и практике психологии;
2. составить план интервью и сравнить особенности беременных двух групп по результатам интервьюирования;
3. определить взаимосвязанность эмоционального, личностного, мотивационного, ценностного аспектов психологической готовности к материнству;
4. исследовать взаимосвязанность аспектов психологической готовности к материнству у беременных, проходящих и не проходящих подготовку к родам и родительству;
5. сравнить психологическую готовность к материнству беременных, проходящих и не проходящих подготовку к родам и родительству.

Объект исследования: беременные, посещающие Центры подготовки к родам и родительству «ЖЕМЧУЖИНА» и «АИСТ», и беременные, не посещающие специальных курсов.

Количественный состав групп: 30 беременных, посещающих курсы по подготовке к родам и родительству (11 — Центр по подготовке к родам и родительству «ЖЕМЧУЖИНУ», и 19 — «АИСТА») и 30 беременных, не посещающих специальных курсов.

Предмет исследования: психологическая готовность к материнству беременных.

Гипотеза исследования: психологическая готовность к материнству у беременных, проходящих подготовку к родам и родительству, имеет свои особенности и отличается от психологической готовности беременных, не проходящих специальной подготовки, и проявляется:

— в уровне ситуативной и личностной тревожности, в эмоциональном

состоянии во время беременности;

— в уровне осмысленности жизни, в степени соответствия личностных качеств беременной и качеств, необходимых для эффективного материнства;

— в структуре мотивов рождения ребенка;

— в балансе самостоятельной ценности ребенка и ценностей из других сфер.

В ходе исследования применялись следующие **методики**:

1. Для изучения особенностей групп испытуемых использовались:

1) Интервьюирование. В начале исследования с беременными проводилось интервью по специально разработанному плану.

Для получения достоверных результатов исследования необходимо было выровнять группы по сроку беременности, потому что, как показывает описанная в первой главе теория, переживания женщиной периода беременности сильно зависят от триместра беременности. Также желательно было, чтобы женщина ждала своего первого ребенка, потому что первая беременность сопровождается особыми переживаниями и осознанием окончания независимого существования и начала «безвозвратных» материнско- детских отношений, и чтобы у женщины не было явной патологии протекания беременности.

Остальные вопросы (количество полных лет, образование, семейное положение, стаж брака, степень удовлетворенности браком, беременность плановая или нет, были ли мысли прервать беременность на ранних сроках, жилищные условия) были включены в интервью с целью определения некоторых особенностей испытуемых по группам, которые могут исказить результаты исследования.

2) Для оценки функционального состояния использовался тест САН [14]. Данный тест представляет собой карту, на которой нанесено 30 пар слов противоположных по значению, отражающих различные стороны самочувствия, активности, настроения. Самочувствие состоит из характеристик, которые отражают силу, здоровье, утомление. Активность состоит из характеристик

движения, подвижности, скорости и темпа протекания функциональных процессов. Настроение состоит из характеристик эмоционального состояния.

2. Для исследования эмоциональной готовности к материнству использовались:

1) Методика ШРЛТ (шкала реактивной и личностной тревожности), разработанная Ч. Д. Спилбергом. Модифицировал, адаптировал и стандартизировал шкалу Ю. Л. Ханин [24]. Опросник состоит из двух самостоятельных подшкал по 20 вопросов-суждений в каждой. При проведении обследования испытуемым предлагается ответить на вопросы шкал, указав, как он себя чувствует в данный момент (при исследовании РТ) или как он себя чувствует обычно в течение беременности (при изучении ЛТ).

В исследовании мы пользуемся нормативами, которые предложил Ю.Л. Ханин: низкий уровень тревоги - до 34 баллов; средний — 35-45; высокий — 46 и выше. Способ подсчета итогового результата по любой шкале заключается в отдельном суммировании результатов по "прямым" и "обратным" вопросам, затем вычитания из прямых суммы обратных и прибавления постоянного числа — 50 для подшкалы РТ и 35 — для подшкалы ЛТ.

3. Для исследования личностной готовности к материнству использовались:

1) Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Леонтьева Д.А. [22, 23]. СЖО включает наряду с общим показателем осмысленности жизни пять субшкал, отражающих три конкретные смысложизненные ориентации (цели в жизни, процесс жизни или эмоциональная насыщенность жизни, результат жизни или удовлетворенность самореализацией) и два аспекта локуса контроля (локус контроля — Я или Я — хозяин жизни и локус контроля — жизнь или управляемость жизни). В руководстве к тесту приведены средние и стандартные отклонения по общему показателю ОЖ и всем пяти субшкалам отдельно для мужчин и женщин, полученные на выборке 200 человек в возрасте от 18 до 29 лет.

Для общего показателя осмысленности жизни у женщин получены такие нормативы: низкий уровень общего показателя ОЖ — до 79 баллов; средний - 80 - 112; высокий — 113 и выше.

2) Методика личностного дифференциала [32] использовалась для исследования самооценки материнства.

Инструкция: «На бланке приведены противоположные по смыслу пары слов, при помощи которых можно описать личностные особенности людей. Между этими словами размещены цифры. Чем ближе расположена цифра к тому или иному слову, тем большую выраженность имеет данное качество в оцениваемом человеке.

Вам предстоит дать оценку степени выраженности этих качеств у *хорошей матери*. Для этого необходимо зачеркнуть крестиком соответствующие цифры. Оцените степень выраженности данных качеств у самого себя в настоящее время. Для этого обведите соответствующие цифры кружками».

Выявление самооценки степени соответствия имеющегося в настоящий момент образа собственной личности и идеального образа хорошей матери делается на основе сдвига значений в семантическом пространстве (Dав). Чем больше сдвиг, тем больше рассогласование идеального образа хорошей матери и реального образа Я. Таким образом выявляется степень соответствия личностных качеств беременной и качеств, необходимых для эффективного материнства.

Для определения уровня самооценки материнства по группам испытуемых было подсчитано среднее арифметическое значение (M) сдвига значений в семантическом пространстве (Dав), стандартное отклонение (a). Далее использовалась трихотомическая норма, с помощью которой были выделены следующие уровни выраженности самооценки себя как матери: низкий - выше 10 Dав; средний - от 2,51 до 9,9 Dав; высокий - меньше 2,5 Dав .

4. Для исследования мотивационной готовности к материнству использовался список рождения ребенка, предложенный Безруковой О.Н.

Инструкция: «Распределите по степени значимости, начиная с самого

важного, ваши мотивы рождения ребенка. Напротив самого важного мотива рождения ребенка в графе ранги поставьте цифру 1, напротив следующего по степени значимости мотива поставьте цифру 2 и т.д. Таким образом, на 11 месте у вас окажется самый не важный для вас мотив рождения ребенка».

Далее подсчитывался средний ранг каждого мотива по группам испытуемых, и проводилось сравнение групп мотивов, занимающих в индивидуальном ранжировании в каждой группе испытуемых первое, второе и третье места.

5. Для исследования ценностной ориентации на ребенка использовались:

1) «Круги потерь и приобретений» предложенные Филипповой Г.Г. [45] в программе обучения на пренатального психолога в «Школе для пап и мам» при Учебно-Консультационном Психологическом Центре МГУ им. Ломоносова (г.Москва). Методика состоит из двух кругов, нарисованных на бумаге, на которых испытуемым предстоит изобразить свою жизнь до беременности и после рождения ребенка. Инструкция:

1. «Перед вами круг, обозначающий вашу жизнь до беременности. Разбейте, пожалуйста, его на сектора. Каждый сектор - это определенная сфера вашей жизни, сфер может быть сколько угодно. Чем больше места данная сфера занимала в вашей жизни, тем больше оставляйте ей места на круге.

2. Перед вами круг, обозначающий вашу жизнь после рождения ребенка. Разбейте, пожалуйста, его на сектора в зависимости от того, как вы представляете свою жизнь после рождения ребенка».

Для анализа полученных результатов использовались следующие **методы математической обработки:**

Для выявления значимых различий по исследованным показателям между двумя группами беременных использовались *Q - критерий Розенбаума и (p - критерий Фишера.*

Для определения взаимосвязанности выделенных аспектов психологической готовности к материнству — эмоционального и личностного, проводился *факторный анализ* методом главных компонент с последующей варимакс-

ротацией.

Для вычисления корреляционной связи между исследованными показателями аспектов психологической готовности к материнству использовался коэффициент парных корреляций Пирсона.

ГЛАВА 3 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ БЕРЕМЕННЫХ, ПРОХОДЯЩИХ И НЕ ПРОХОДЯЩИХ ПОДГОТОВКУ К РОДАМ И РОДИТЕЛЬСТВУ

3.1 Описание групп испытуемых

3.1.1 Сравнение особенностей групп испытуемых по результатам интервьюирования

В начале исследования с беременными поведилось интервью по специально разработанному плану. Интервью включает в себя основные особенности испытуемых, по которым группы беременных могут отличаться или быть схожими (прил. 1).

Из описанного в таблице можно сказать, что испытуемые обеих групп между собой схожи:

- по сроку беременности (третий триместр)
- по возрасту

С помощью χ^2 – критерия Фишера не обнаружено значимых различий в том, что большинство беременных обеих групп ждут первого ребенка ($\chi^2_{\text{эмп}} = 0,6$; $\chi^2_{\text{эмп}} < \chi^2_{\text{кр}}$ при $p \leq 0,5$).

Высоко значимые различия между группами беременных обнаружены:

- по уровню образования с помощью χ^2 -критерия Фишера ($\chi^2_{\text{эмп}} = 2,68$; $\chi^2_{\text{эмп}} > \chi^2_{\text{кр}}$ при $p \leq 0,01$): уровень образования выше у беременных, посещающих курсы по подготовке к родам;

- по семейному положению с помощью χ^2 -критерия Фишера ($\chi^2_{\text{эмп}} = 2,31$, $\chi^2_{\text{эмп}} > \chi^2_{\text{кр}}$ при $p \leq 0,01$) доля женщин, которые живут в официально зарегистрированном браке, в группе беременных, посещающих курсы по подготовке к родам и родительству, больше, чем в группе беременных, не посещающих специальных курсов;

- по стажу брака с помощью Q -критерия Розенбаума ($Q_{\text{эмп}} = 12$; $Q_{\text{эмп}} > Q_{\text{кр}}$ при $p \leq 0,01$): стаж брака больше у беременных, посещающих курсы по подготовке к родам;

- по уровню удовлетворенности браком с помощью Q -критерия Розенбаума

($Q_{эмп} = 12$, $Q_{эмп} > Q_{кр}$ при $p \leq 0,01$): удовлетворенность браком выше у беременных, посещающих курсы;

— по наличию мыслей прервать беременность на ранних сроках с помощью ϕ -критерия Фишера ($\phi_{эмп} = 2,61$; $\phi_{эмп} > \phi_{кр}$ при $p \leq 0,01$): доля женщин, у которых были мысли прервать беременность на ранних сроках, в группе беременных, не посещающих специальных курсов, больше, чем в группе беременных, посещающих специальные курсы;

— по наличию собственного жилья с помощью ϕ -критерия Фишера ($\phi_{эмп} = 3,879$; $\phi_{эмп} > \phi_{кр}$ при $p \leq 0,01$): доля женщин, чьи семьи живут отдельно от родителей, в группе беременных, посещающих курсы по подготовке к родам и родительству, больше, чем в группе беременных, не посещающих специальных курсов.

Группы беременных удалось выровнять по возрасту, сроку беременности, по рождению первого запланированного ребенка. Значимые различия обнаружены по следующим параметрам: семейное положение, стаж брака и удовлетворенность им, наличие мыслей прервать беременность на ранних сроках, наличие собственного жилья.

3.1.2 Сравнение групп испытуемых по результатам оценки функционального состояния

Результат оценки функционального состояния беременных, полученные по методикам САН, следующие:

— не обнаружено значимых различий по самочувствию между группами беременных с помощью Q -критерия Розенбаума ($Q_{эмп} = 4$; $Q_{эмп} < Q_{кр}$ при $p \leq 0,05$). Следовательно, беременные одинаково оценивают свою силу, здоровье и утомление. Это подтверждает, что у данных беременных нет явных патологий протекания беременности, которые могли бы повлиять на результаты исследования.

— выявлены значимые различия по активности между группами беременных с помощью Q -критерий Розенбаума ($Q_{эмп} = 14$; $Q_{эмп} > Q_{кр}$ при

$p \leq 0,01$): беременные, посещающие курсы по подготовке к родам и родительству, выше оценивают свою подвижность, энергичность, скорость и темп протекания функциональных процессов. Это объясняется самим фактом посещения специальных курсов, на которых беременные плавают, занимаются гимнастикой и йогой, осваивают навыки по уходу за младенцем и т.д.

— также выявлены значимые различия по настроению между группами беременных с помощью Q-критерия Розенбаума ($Q_{эмп} = 9$; $Q_{эмп} \geq Q_{кр}$ при $p \leq 0,01$): беременные, посещающие курсы по подготовке к родам и родительству оценивают свое состояние как более радостное, довольное, в отличие от беременных, не посещающих специальные курсы.

Группы беременных близки между собой по самочувствию. Значимые различия обнаружены в настроении и активности групп беременных.

3.2 Определение взаимосвязанности выделенных аспектов психологической готовности к материнству

Для определения взаимосвязанности выделенных аспектов психологической готовности к материнству – эмоционального и личностного, проводился факторный анализ методом главных компонент с последующей варимакс-ротацией (прил. 2)

Итоговая факторная структура включает в себя один фактор. Данный фактор биполярный и образован полюсами характеристик реактивной, личностной тревожности – общей осмысленностью жизни. Самооценка материнства не вошла в выделенный фактор.

Результаты факторного анализа подтверждают то, что измеряемые параметры эмоционального и личностного аспектов психологической готовности к материнству являются единым показателем уровня психологической готовности к материнству.

Факторный анализ показал, что самооценка материнства не входит в первый выделенный фактор, описывающий психологическую готовность к материнству. Однако самооценка материнства является чувствительной к уровню

психологической готовности к материнству и отражает ее наличие, потому что существует корреляционная взаимосвязь между уровнем осмысленности жизни и степенью рассогласованности идеального образа матери и реального Я (прил. 3)

а) Коэффициент корреляции Пирсона, полученный между уровнем общего показателя осмысленности жизни и степенью рассогласованности идеального образа матери и реального образа Я равен: $r = -0,541$, при уровне статистической значимости равной $p \leq 0,01$.

Это говорит о том, что между уровнем общего показателя осмысленности жизни и степенью рассогласованности идеального образа матери и реального образа Я существует средняя отрицательная корреляция с высоким уровнем значимости. То есть можно утверждать, что беременные с высоким уровнем общего показателя осмысленности жизни характерна низкая степень рассогласованности идеального образа матери и реального образа Я.

Это можно объяснить тем, что беременные с высоким уровнем осмысленности жизни строят свою жизнь в соответствии со своими целями, следовательно, решение о рождении ребенка ими принимается не спонтанно, продуманно, и только в том случае, когда они считают, что хорошо справятся с ролью матери. Поэтому им и характерна низкая степень рассогласованности идеального образа матери и реального образа Я. Таким образом, эти беременные считают, что они обладают личностными качествами, необходимыми для эффективного материнства.

б) Коэффициент корреляции, полученный между уровнем реактивной тревожности и степенью рассогласованности идеального образа матери и реального образа Я равен: $r = 0,586$, при уровне статистической значимости $p \leq 0,001$.

Коэффициент корреляции, полученный между уровнем личностной тревожности и степенью рассогласованности идеального образа матери и реального образа Я равен: $r = 0,543$, при уровне статистической значимости равной $p \leq 0,001$.

Это говорит о том, что между уровнем реактивной и личностной тревожности и степенью рассогласованности идеального образа матери и реального образа Я существует средняя положительная корреляция с высоким уровнем значимости. Следовательно, можно утверждать, что беременным с высоким уровнем реактивной и личностной тревожности характерна высокая степень рассогласованности идеального образа матери и реального образа Я.

Эта закономерность объясняется особенностью тревоги, которая сопровождается ощущением неуверенности в себе, в своих силах, чувством беспомощности перед неопределенной опасностью, поэтому беременные с высоким уровнем реактивной и личностной тревожности не уверены в том, что обладают качествами, необходимыми для эффективного материнства.

Остальные выделенные аспекты психологической готовности к материнству: мотивационная готовность и выделение ребенка как самостоятельной ценности, исследуется методиками, которые обрабатываются качественно. Поэтому не было возможности их включить в факторный анализ. Но в данной процедуре нет большой необходимости, так как в литературе по данной теме мотивы рождения ребенка и его ценности для матери напрямую связывают с психологической готовностью к материнству.

3.3. Исследование эмоциональной готовности. Сравнение реактивной и личностной тревожности групп испытуемых

С помощью Q-критерия Розенбаума по шкале реактивной тревожности Ч.Д. Спилберга были получены следующие значения между группами испытуемых: $Q_{эмп} = 18$; $Q_{эмп} \geq Q_{крит}$ при $p \leq 0,01$. Это говорит о том, что по шкале реактивной тревожности между беременными, посещающими курсы по подготовке к родам и родительству, и беременными, не посещающими специальных курсов, существует высоко достоверные различия.

Таким образом, можно утверждать, что уровень реактивной тревожности беременных, посещающих курсы по подготовке к родам и родительству, значимо ниже уровня реактивной тревожности беременных, не посещающих специальных

курсов (рис. 1).

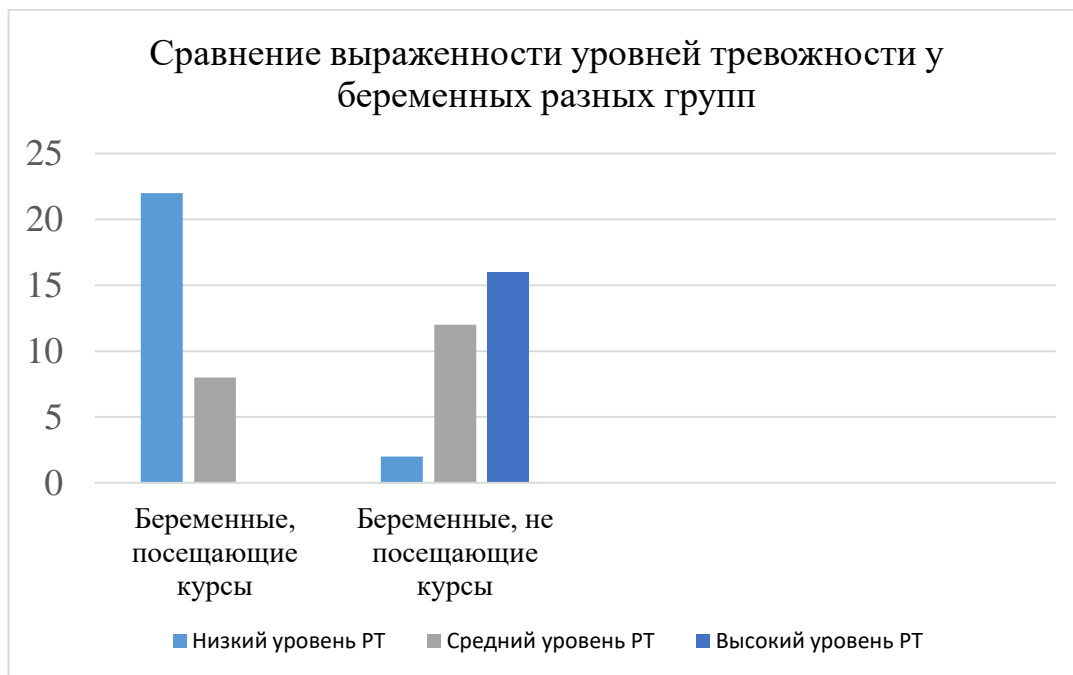


Рис. 1 Сравнение выраженности уровней реактивной тревожности у беременных, посещающих и не посещающих курсы, в количестве человек

Из рисунка видно, что в группе беременных, посещающих курсы по подготовке к родам и родительству, встречаются показатели как низкого уровня РТ, так и среднего уровня, но в данной группе преобладающее большинство испытуемых 73,3 % (22 человека) имеют низкий уровень РТ. А в группе беременных, не посещающих курсов, большинство испытуемых 53,3 % (16 человек) имеют высокий уровень РТ.

С помощью Q-критерия Розенбаума по шкале личностной тревожности Ч.Д. Спилберга получены следующие значения между группами испытуемых: $Q_{эмп} = 21$; $Q_{эмп} \geq Q_{кр}$ при $p \leq 0,01$. Это говорит о том, что по шкале личностной тревожности между беременными разных групп существуют достоверные различия.

Следовательно, можно утверждать, что уровень личностной тревожности беременных, посещающих курсы по подготовке к родам и родительству, значимо ниже уровня личностной тревожности беременных, не посещающих курсов (рис. 2).

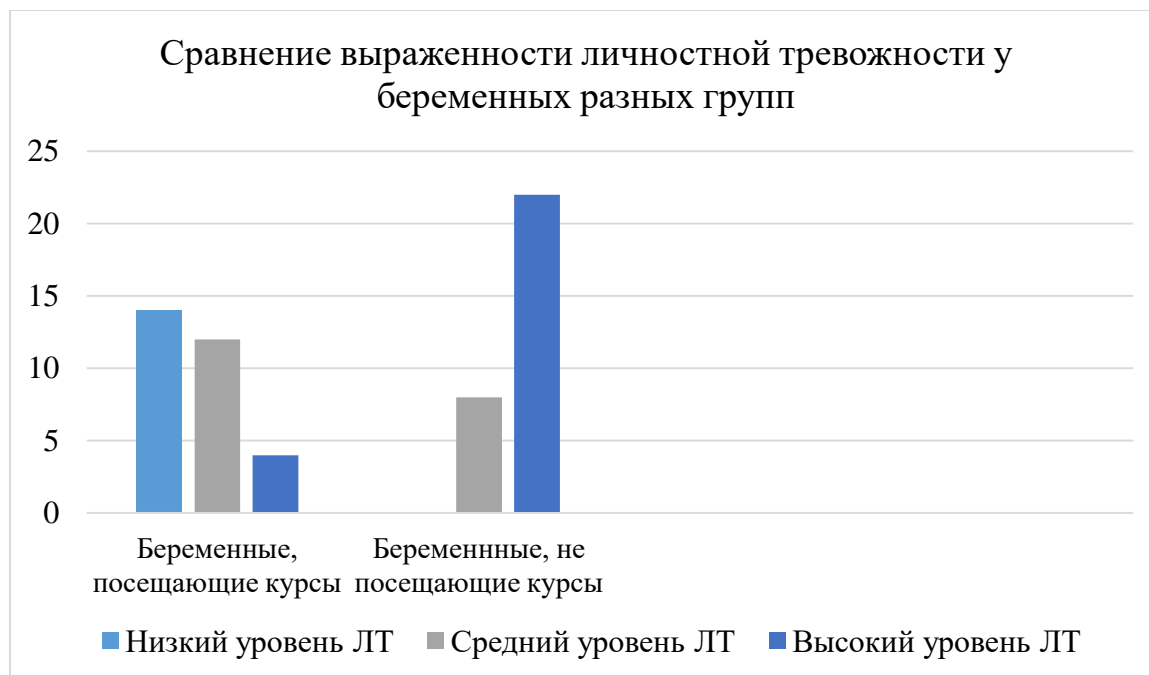


Рис. 2 Сравнение выраженности уровней личностной тревожности у беременных, посещающих и не посещающих курсы, в количестве человек

Из рис. 2 видно, что в группе беременных, посещающих курсы по подготовке к родам и родительству, встречаются показатели и низкого, и среднего, и высокого уровня ЛТ, но в данной группе преобладающее большинство либо низкий 46,6 % (14 человек) либо средний 40 % (12 человек) уровень ЛТ. А в группе беременных, не посещающих курсов, большинство испытуемых 73,3 % (22 человек) имеют высокий уровень ЛТ.

Полученные различия по уровням тревожности между группами испытуемых можно объяснить взаимосвязью реактивной и личностной тревожности с некоторыми результатами интервью (прил. 4)

1. Между уровнем реактивной и личностной тревожностью, и семейным положением существует значимая умеренная отрицательная корреляция (соответственно $r=-0,469$; $r=-0,476$; при $p \leq 0,01$). Следовательно, беременные, посещающие курсы, в большинстве живущие в зарегистрированном браке, в отличие от беременных, не посещающих курсы, имеют низкий уровень реактивной и личностной тревожности.

Поэтому, можно предположить, что более высокая тревожность беременных, не посещающих специальных курсов, обусловлена неуверенностью в завтрашнем

дне и неуверенностью в стабильности отношений с партнером.

2. Между уровнем реактивной и личностной тревожностью и уровнем удовлетворенностью браком существует значимая умеренная отрицательная корреляция (соответственно $r=-0,492$; $r=-0,468$; при $p \leq 0,01$). Следовательно, беременным, посещающим курсы и имеющим более высокий уровень удовлетворенности браком, в отличие от другой группы беременных свойственен более низкий уровень реактивной и личностной тревожности.

Поэтому, более высокая тревожность беременных, не посещающих специальных курсов, также может быть обусловлена отсутствием во время беременности поддержки со стороны мужа или неудовлетворенным отношением с ним.

3. Между уровнем реактивной и личностной тревожностью и уровнем активности во время беременности существует сильная отрицательная связь (соответственно $r=-0,741$; $r=-0,615$; при $p \leq 0,001$). Следовательно, беременным, посещающим курсы и имеющим более высокий уровень активности во время беременности, в отличие от другой группы беременных, свойственен более низкий уровень реактивной и личностной тревожности.

Можно предположить, что активность беременных, посещающих курсы, направлена на эффективность проживания периода беременности, почему они и пошли на специальные курсы. Следовательно, они более осведомлены о тонкостях протекания своей беременности, кроме того, они получают информацию от гинекологов, психологов, тренеров по плаванию и гимнастике. А самое главное эти беременные ориентируются на свои ощущения, поэтому уверены в том, что роды пройдут естественно и мягко. Также они знают, какой врач-акушер будет принимать у них роды, и они доверяют ему.

Беременные, не посещающие курсов, пассивно получают разнообразную, а иногда противоречивую информацию от гинекологов, которая часто отличается от их ощущений. А полученные данные убедительно показали, что тревожность связана с информационной неопределенностью, противоречивостью получаемых

сведений и советов. В тех же случаях, когда информация достаточно однозначная, и даются конкретные рекомендации, уровень тревожности не превышает средний, как в большинстве случаев у беременных, проходящих курс по подготовке к родам и родительству.

4. Между уровнем реактивной тревожности и уровнем настроения существует умеренная отрицательная связь ($r=-0,481$; при $p \leq 0,01$). Следовательно, беременным, посещающим курсы и имеющим более высокий уровень настроения, в отличие от другой группы беременных, свойственен более низкий уровень реактивной тревожности.

Реактивная тревожность, как и настроение, ситуативна. Беременные, посещающие курсы, в настоящий момент оценивают свое настроение как более радостное, довольное, оптимистичное, следовательно, и реактивная тревожность у них ниже.

Таким образом, беременные, посещающие курсы по подготовке к родам и родительству, имеют более высокую эмоциональную готовность к материнству, чем другая группа беременных вследствие более низкого уровня реактивной и личностной тревожности.

3.4 Исследование личностной готовности

3.4.1 Сравнение уровня осмысленности жизни групп испытуемых

С помощью Q-критерия Розенбаума по общему показателю теста смысловых ориентаций Леонтьева Д.А. получены следующие значения между группами испытуемых: $Q_{эмп} = 20$; $Q_{эмп} > Q_{кр}$ при $p \leq 0,01$. Это говорит о том, что по общему показателю теста смысложизненных ориентаций между беременными, посещающими курсы по подготовке к родам и родительству, и беременными, не посещающими специальных курсов, существуют высоко достоверные различия.

Таким образом, можно утверждать, что уровень осмысленности жизни у беременных, посещающих курсы по подготовке к родам и родительству, значимо выше уровня осмысленности жизни беременных, не посещающих специальных курсов (рис. 3).

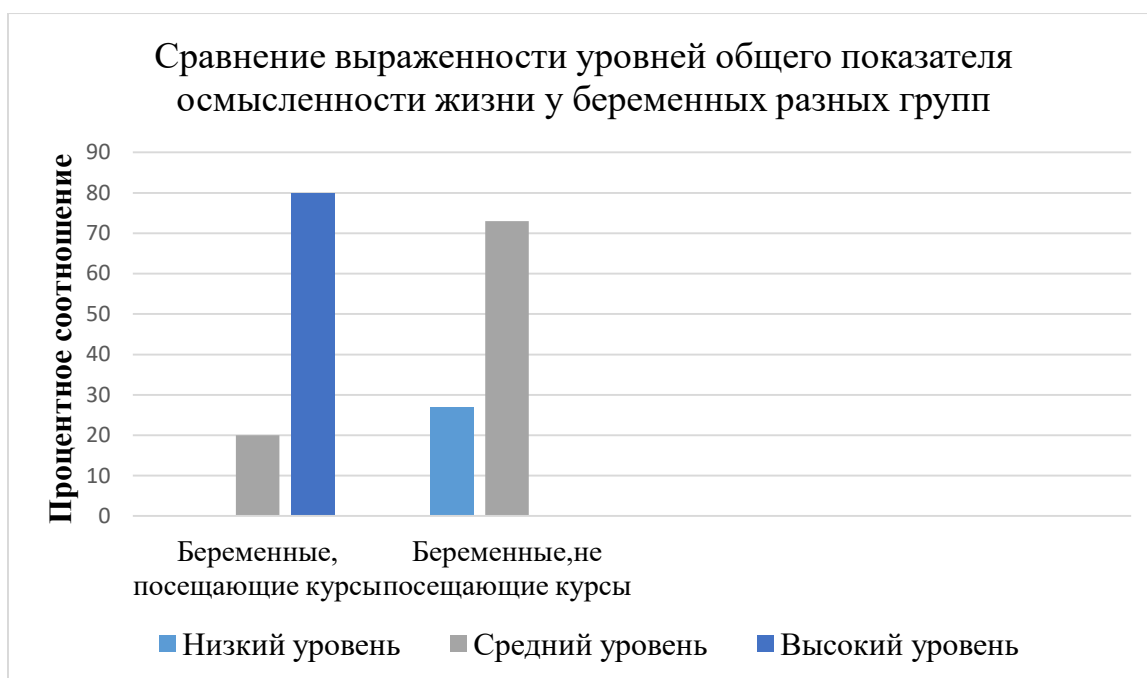


Рис. 3 сравнение выраженности уровней общего показателя осмысленности жизни у беременных, посещающих и не посещающих курсы, в процентах

Из рисунка 3 видно, что в группе беременных, посещающих курсы по подготовке к родам и родительству, встречаются показатели как среднего, так и высокого уровня общего показателя осмысленности жизни, но в данной группе преобладающее большинство 80% (24 человека) имеют высокий уровень. А в группе беременных, не посещающих курсов, большинство испытуемых 73% (22 человека) имеют средний уровень общего показателя осмысленности жизни.

Полученные различия по уровню общего показателя осмысленности жизни между группами испытуемых можно объяснить его взаимосвязью с уровнем реактивной и личностной тревожностью (прил. 5).

Между уровнем реактивной и личностной тревожности и общим показателем осмысленности жизни существует сильная отрицательная корреляция с высоким уровнем значимости (соответственно $r=-0,813$; $r=-0,794$; при $p \leq 0,001$).

Следовательно, беременные, посещающие курсы, имеющие более низкий уровень реактивной и личностной тревожности, в отличие от беременных, не посещающих курсы, обладают более высоким уровнем осмысленности жизни.

Можно предположить, что более выраженная реактивная и личностная тревога, свойственная беременным, не посещающим курсы, проявляется в тревоге

за исход беременности, что порождает неуверенность в собственных силах, неудовлетворенность настоящей и прожитой жизни, неопределенность и неизвестность того, что ждет впереди.

Высоко достоверные различия были получены также по каждой отдельной субшкале теста смысложизненных ориентаций:

1. Беременные, посещающие курсы, имеют более ясные цели в будущем, чем беременные не посещающие эти курсы (цель – $Q_{эмп} = 14$, $Q_{эмп} > Q_{кр}$ при $p \leq 0,01$).

Это можно объяснить обнаруженными различиями между группами испытуемых по уровню образования.

Между уровнем образования и данными по субшкале цели в жизни существует тенденция умеренной положительной корреляции ($r=0,407$; при $p \leq 0,05$).

Следовательно, беременные, посещающие курсы, имеющие более высокий уровень образования, который задает определенный кругозор и перспективы,обладают более ясными целями в будущем, которые придают жизни осмысленность.

2. Беременные, посещающие курсы по подготовке к родам и родительству, в большей степени удовлетворены своей настоящей жизнью, воспринимают ее интересной, наполненной смыслом, чем беременные, не посещающие специальные курсы (процесс – $Q_{эмп} = 20$; $Q_{эмп} > Q_{кр}$ при $p \leq 0,01$).

Это можно объяснить обнаруженными различиями между группами испытуемых по уровню удовлетворенности браком.

Между уровнем удовлетворенностью браком и данными по субшкале процесс жизни существует тенденция умеренной положительной корреляции ($r=0,439$; при $p \leq 0,05$).

Следовательно, беременные, посещающие курсы, имея более высокий уровень удовлетворенностью браком, чем вторая группа беременных, в большей степени удовлетворены своей настоящей жизнью, склоны воспринимать сам процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный

СМЫСЛОМ.

3. Беременные, посещающие курсы по подготовке к родам и родительству, в большей степени удовлетворены своей прожитой частью жизни, воспринимают прожитую жизнь продуктивной и осмысленной, чем беременные, не посещающие специальных курсов (результат – $Q_{эмп} = 9$; $Q_{эмп} \geq Q_{кр}$ при $p \leq 0,01$).

Это можно объяснить обнаруженными различиями между группами испытуемых по уровню образования.

Между уровнем образования и данными по субшкале результативность жизни существует тенденция умеренной положительной корреляции ($r=0,421$, при $p \leq 0,05$).

Следовательно, беременные, посещающие курсы по подготовке к родам и родительству, имея более высокий уровень образования, чем вторая группа беременных, в большей степени удовлетворены прожитой частью жизни и своей самореализацией.

4. Полученные значимые различия по субшкале locus контроля – Я ($Q_{эмп} = 10$; $Q_{эмп} > Q_{кр}$ при $p \leq 0,01$) и locus контроля жизни ($Q_{эмп} = 14$; $Q_{эмп} > Q_{кр}$ при $p \leq 0,01$) между группами испытуемых могут быть объяснены самим фактом посещения курсов по подготовке к родам и родительству и активным, максимально эффективным проживанием беременности.

Беременные, посещающие специальные курсы, в большей степени уверены в своих силах, в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, чем беременные, не посещающие специальных курсов.

Эти качества особенно важны в период беременности. Если женщина не будет верить в свои силы, будет убеждена в том, что жизнь человека неподвластна его контролю, и бессмысленно что-либо загадывать на будущее, то в такой ответственный период жизни как беременность женщина будет «плыть по течению» и не будет предпринимать попыток для наиболее эффективного проживания этого отрезка жизни. Такое поведение может вылиться в пассивное согласие со всем, в том числе в согласие на кесарево сечение без объективных

медицинских причин на это.

Таким образом, беременные, посещающие курсы по подготовке к родам и родительству, имеют более высокую личностную готовность к материнству, чем другая группа беременных вследствие более высокого уровня осмысленности жизни.

3.4.2 Сравнение самооценки себя как матери групп испытуемых

Самооценка себя как матери исследовалась с помощью семантического дифференциала.

С помощью Q-критерия Розенбаума по степени рассогласованности идеального образа матери и реального образа Я получены следующие значения между группами испытуемых: $Q_{эмп} = 10$; $Q_{эмп} \geq Q_{кр}$ при $p \leq 0,01$. Это говорит о том, что по степени рассогласованности идеального образа матери и реального образа Я между беременными разных групп существует высоко достоверные различия.

Таким образом, можно утверждать, что степень рассогласованности идеального образа матери и реального образа Я беременных, посещающих курсы по подготовке к родам и родительству, значимо ниже степени рассогласованности идеального образа матери и реального образа Я уровня беременных, не посещающих специальных курсов.

То есть уровень самооценки себя как матери беременных, посещающих курсы по подготовке, значимо выше уровня самооценки себя как матери беременных, не посещающих курсы (рис. 4).

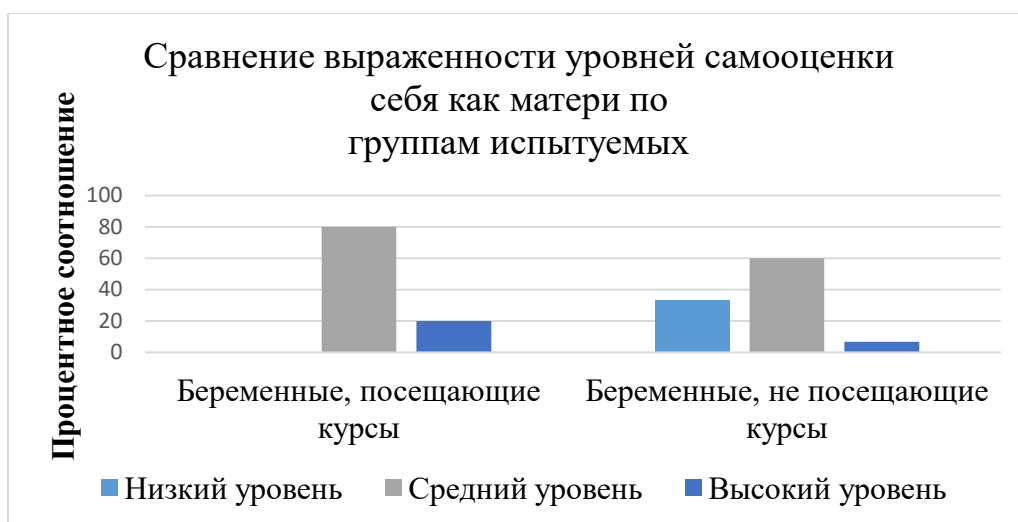


Рис. 4 Сравнение выраженности уровней самооценки себя как матери у беременных, посещающих и не посещающих курсы, в процентах

Из рисунка 4 видно, что в группе беременных, посещающих курсы по подготовке к родам и родительству, встречаются показатели только среднего 80% (24 человека) и высокого 20% (6 человек) уровня самооценки себя как матери с преобладанием среднего уровня самооценки материнства.

В группе беременных, не посещающих специальных курсов присутствует высокая самооценка материнства 6,6% (2 человека), но большинство испытуемых имеют средний уровень самооценки себя как матери 60% (18 человек), но также появляется низкая самооценка материнства 33,3% (10 человек), которая отсутствовала у группы беременных, посещающих курсы.

Полученные различия по самооценке материнства между группами испытуемых можно объяснить описанными выше взаимосвязями между степенью рассогласованности идеального образа матери и реального образа Я и уровнем общего показателя осмысленности жизни и уровнем реактивной и личностной тревожности.

Беременные, посещающие курсы по подготовке к родам и родительству, обладают высоким уровнем осмысленности жизни, следовательно, строят свою жизнь в соответствии со своими целями, поэтому решение о рождении ребенка ими принимается спонтанно, продуманно, и только в том случае, когда они считают, что хорошо справятся с ролью матери. Они уже к концу беременности

считают, что в большей степени обладают такими личностными качествами, необходимыми для эффективного материнства, как сила, энергичность, добросовестность, доброта, справедливость, уверенность, невозмутимость и другими. Поэтому им характерна более высокая самооценка себя как матери, они считают, что будут хорошей матерью для своего малыша.

Тревога сопровождается ощущением неуверенности в себе, своих силах, чувством беспомощности перед неопределенной опасностью, поэтому беременные, не посещающие курсов, не уверены в том, что обладают качествами, необходимыми для эффективного материнства.

Таким образом, беременные, посещающие курсы по подготовке к родам и родительству, имеют более высокую личностную готовность к материнству, чем другая группа беременных вследствие более высокого уровня самооценки себя как матери.

3.5 Исследование мотивационной готовности

3.5.1 Сравнение структуры мотивов рождения ребенка у группы испытуемых

Исследование структуры мотивов рождения ребенка показало следующие средние ранги мотивов по группам испытуемых (рис. 5).

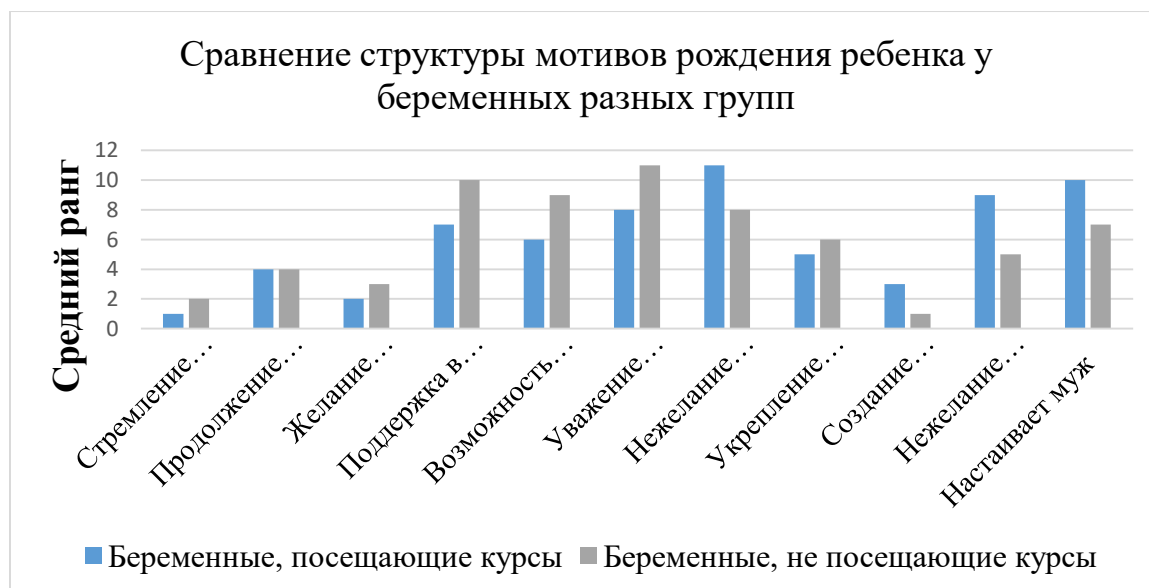


Рис 5 Сравнение структуры мотивов рождения ребенка у беременных, посещающих и не посещающих курсы, в средних рангах мотивов.

В группе беременных, посещающих курсы, в среднем первые два месяца среди

мотивов рождения ребенка занимают субъективные мотивы, соответственно – стремление дать новую жизнь и желание проявить к ребенку любовь. Третье место занимает социальный мотив создания полной семьи. Следовательно, доминирующее значение в структуре мотивов рождения ребенка у данной группы беременных имеют мотивы субъективного плана.

В группе беременных, не посещающих курсы, в среднем ранжировании на первое место выходит социальный мотив создания полной семьи, а уже за ним следуют субъективные мотивы: стремление дать новую жизнь и желание проявить к ребенку любовь.

Более наглядно различия в мотивационной структуре рождения ребенка у групп беременных показывает сравнение групп мотивов, занимающих в индивидуальном ранжировании первое, второе и третье места.

Первое место. По степени преобладания субъективных мотивов рождения ребенка (стремление дать новую жизнь и желание проявить к ребенку любовь) на первых местах в индивидуальных ранжированиях с помощью F – критерия Фишера ($F_{эмп} = 4,2$; $F_{эмп} > F_{кр}$ при $p < 0,01$) обнаружены значимые различия. Беременные, посещающие курсы, чаще на первое место в индивидуальном ранжировании ставят такие субъективные мотивы как стремление дать новую жизнь и желание проявить к ребенку любовь, чем беременные, не посещающие курсы (рис. 6).

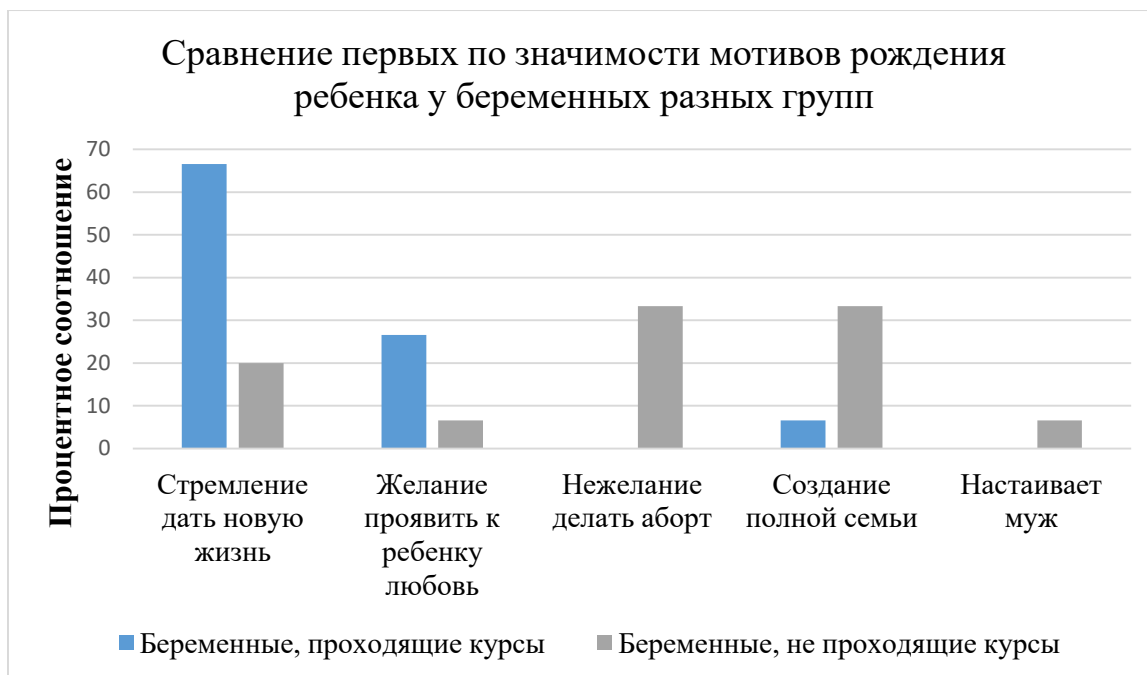


Рис. 6 Сравнение первых по значимости мотивов рождения ребенка у беременных, посещающих и не посещающих курсы, в процентах

У беременных, посещающих курсы, на первом месте преобладают мотивы субъективного плана – стремление дать новую жизнь 66,6% (20 человек) и желание проявить к ребенку любовь 26,6% (8 человек). Вместе они занимают подавляющее большинство основных мотивов рождения ребенка данной группы беременных. Только две беременных на первое место ставят социальный мотив создания полной семьи.

Группа беременных, не посещающая курсы, характеризуется более разнообразной мотивацией рождения ребенка с преобладанием на первых местах мотивов социального характера, общая доля которых 73,3 % (22 человека). Доля мотивов субъективного характера ниже по сравнению с первой группой беременных: стремление дать новую жизнь 20% (6 человек) и желание проявить к ребенку любовь 6,6% (2 человека). Здесь на первых местах в индивидуальных ранжированиях появляются такие социальные мотивы, которых не было у предыдущей группы беременных – это нежелание делать аборт 33,3% (10 человек) и настаивает муж 6,6% (2 человека). Нужно также отметить, что все социальные мотивы на первых местах появляются у беременных, вынашивающих незапланированного ребенка.

Второе место. Значимых различий по преобладанию субъективных мотивов рождения ребенка (стремление дать новую жизнь, продолжение себя в ребенке, желание проявить любовь к ребенку) на вторых местах в индивидуальных ранжированиях между группами испытуемых с помощью ϕ -критерия Фишера обнаружено не было. Но здесь существуют особенности каждой группы в выборе на второе место социальных мотивов (рис. 7).



Рис. 7 Сравнение вторых по значимости мотивов рождения ребенка у беременных, посещающих и не посещающих курсы, в процентах.

У беременных, посещающих курсы, на втором месте, также, как и на первом, преобладают мотивы субъективного плана – стремление дать новую жизнь 33,3% (10 человек), желание проявить к ребенку любовь 33,3% (10 человек) и добавляется новый субъективный мотив продолжения себя в ребенке 6,6% (2 человека). Социальный мотив создания полной семьи на втором месте в индивидуальном ранжировании встречается уже чаще, чем на первом месте 26,6%

(8 человек).

У беременных, не посещающих курсы, на втором месте имеются такие же мотивы субъективного плана, как у первой группы – стремление дать новую жизнь – 20% (6 человек), желание проявить к ребенку любовь 20% (6 человек), продолжение себя в ребенке 13,3% (4 человека)

Социальные же мотивы, стоящие на втором месте, отличаются от первой группы. Нежелание быть бездетной на втором месте индивидуальном ранжировании появляется у четырех беременных (13,3%), которые на первое место ставят нежелание делать аборт, то есть они опасаются последствий операций, и у двух беременных (6,6%), которые основным мотивом рождения ребенка считают настойчивость мужа.

Появляются также у двух человек (6,6%) мотив укрепления отношений с партнером и у шести (20%). Это можно объяснить более низким уровнем удовлетворенности браком беременных, не посещающих курсы по сравнению с группой беременных, посещающих курсы, у которой удовлетворенность браком значительно выше.

Третье место. По степени преобладания субъективных мотивов рождения ребенка на третьих местах в индивидуальных ранжированиях между группами м помощью ϕ -критерия Фишера ($\phi_{эмп} = 3,879$; $\phi_{эмп} > \phi_{кр}$ при $p \leq 0,01$) обнаружены значимые различия. Беременные, посещающие курсы, чаще на третье место в индивидуальном ранжировании ставят такие субъективные мотивы как стремление дать новую жизнь, продолжение себя в ребенке, желание проявить к ребенку любовь, чем беременные не посещающие курсы (рис. 8).

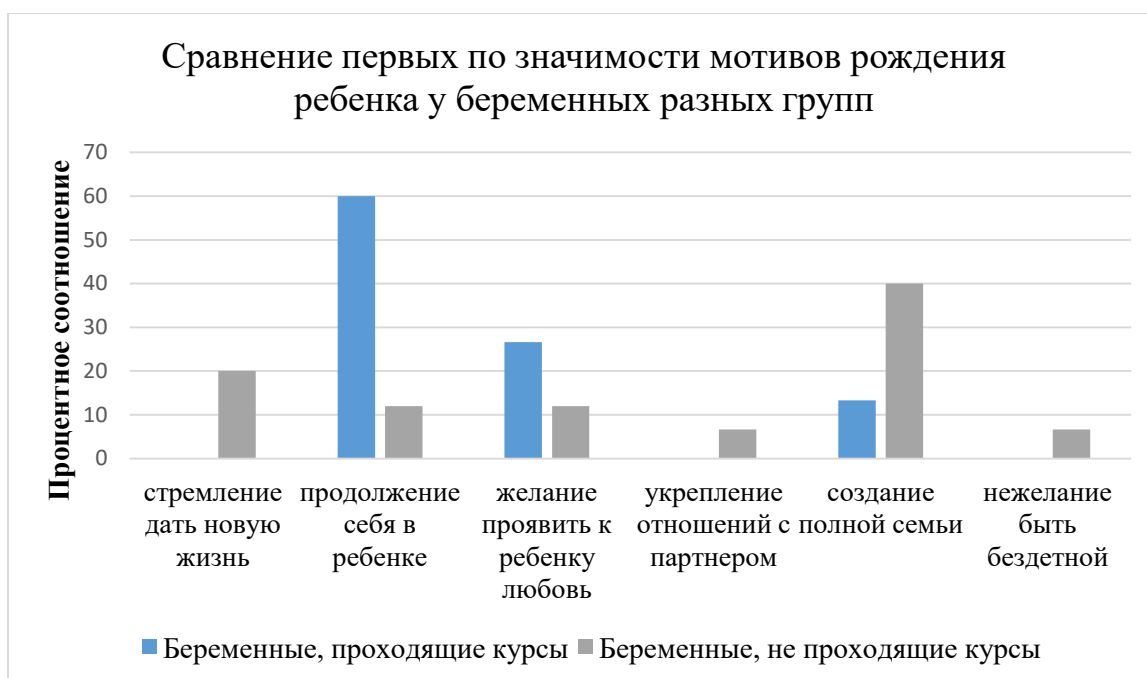


Рис. 8 Сравнение третьих по значимости мотивов рождения ребенка у беременных, посещающих и не посещающих курсы, в процентах.

У беременных, посещающих курсы, на третьем месте, как и на двух предыдущих преобладают мотивы субъективного плана – продолжение себя в ребенке 60% (18 человек) и желание проявить к ребенку любовь 26,6% (8 человек), которые вносят основной вклад. Только четыре беременные на третьем месте ставят социальный мотив создания полной семьи.

У беременных, не посещающих курсы, на третьем месте в индивидуальном ранжировании мотивы рождения ребенка более разнообразны. Больше половины мотивов рождения ребенка у них занимают социальные мотивы – укрепление отношений с партнером 6,6%, создание полной семьи 40%, нежелание быть бездетной 6,6%.

Таким образом, беременные, посещающие курсы по подготовке к родам и родительству, имеют более высокую мотивационную готовность к материнству вследствие доминирования мотивов субъективного плана, чем беременные, не посещающие курсы, которые характеризуются более разнообразной мотивацией с преобладанием мотивов социального плана.

3.5.2 Связь субъективных мотивов рождения ребенка с результатами по другим методикам

Доминирование мотивов субъективного плана у беременных, посещающих курсы по подготовке к родам и родительству, в отличие от другой группы беременных, можно объяснить их взаимосвязью с результатами полученными по другим методикам.

1. Между уровнем образования и местом в индивидуальном ранжировании мотивов рождения ребенка субъективного плана: стремление дать новую жизнь и желание проявить к ребенку любовь, существует тенденция умеренной отрицательной корреляции (соответственно $r=-0,413$; $r=-0,38$; при $p \leq 0,05$).

Таким образом, беременные, посещающие курсы, имеющие более высокий уровень образования, а, следовательно, и социальное положение, и удовлетворенность личностной самореализацией, в отличие от беременных, не посещающих курсы, чаще ведущими мотивами рождения ребенка выбирают мотивы субъективного плана: стремление дать новую жизнь и желание проявить ребенку любовь. Это говорит о том, что ребенок не становится средством достижения определенного социального статуса, средством укрепления отношений с партнером и так далее.

2. Между уровнем удовлетворенности браком и местом в индивидуальном ранжировании мотивов рождения ребенка субъективного плана существует отрицательная корреляция с высоким уровнем значимости (стремление дать новую жизнь $r=-0,690$; при $p \leq 0,001$; $r=-0,552$; при $p \leq 0,001$; желание проявить к ребенку любовь $r=-0,512$; при $p \leq 0,001$; поддержка в старости $r=-0,498$; при $p \leq 0,001$).

Следовательно, для беременных, посещающих курсы и имеющих более высокий уровень удовлетворенности браком, в отличие от беременных, не посещающих курсы, социальные и невротические мотивы рождения ребенка становятся не актуальным и на первый план выходят субъективные мотивы рождения ребенка.

3. Между наличием мыслей прервать беременность на ранних сроках и местом в индивидуальном ранжировании мотивов рождения ребенка субъективного плана существует положительная корреляция с высоким уровнем значимости (стремление дать новую жизнь $r=0,625$; при $p \leq 0,001$; продолжение себя в ребенке $r=0,578$; при $p \leq 0,001$; желание проявить к ребенку любовь $r=0,488$; при $p \leq 0,001$; поддержка в старости $r=0,458$; при $p \leq 0,001$).

Следовательно, для беременных, не посещающих курсы, у которых чаще встречались мысли прервать беременность на ранних сроках, в отличие от беременных, посещающих курсы, субъективные мотивы рождения ребенка не становятся ведущими. Эти женщины вынашивают незапланированного ребенка, у них чаще встречались мысли прервать беременность на ранних сроках, следовательно, на первый план выходят социальные мотивы рождения ребенка (нежелание делать аборт, нежелание оставаться бездетной и другие).

4. Между уровнем реактивной и личностной тревожности и местом в индивидуальном ранжировании двух мотивов рождения ребенка субъективного плана: стремление дать новую жизнь и желание проявить к ребенку любовь существует положительная корреляция с высоким уровнем значимости.

Следовательно, беременные, посещающие курсы, у которых ниже уровень реактивной и личностной тревожности, в отличие от беременных, посещающих курсы, в качестве ведущих мотивов рождения ребенка выбирают субъективные мотивы: стремление дать новую жизнь и желание проявить к ребенку любовь. Потому что их не беспокоят какие-либо социальные или личностные проблемы, способные повлиять на принятие решения о рождении ребенка. Таким образом, у них зрелая мотивация рождения ребенка с преобладанием двух субъективных мотивов.

5. Между уровнем общего показателя осмысленности жизни и местом в индивидуальном ранжировании субъективного мотива рождения ребенка – стремление дать новую жизнь существует тенденция отрицательной корреляции ($r=-0,381$ при $p=0,05$).

Следовательно, беременные, посещающие курсы по подготовке к родам и родительству, имея более высокий уровень осмысленности жизни, чем вторая группа беременных, склонны осознанно принимать решение о рождении ребенка, поэтому чаще ведущим мотивом выбирают субъективный мотив – стремление дать новую жизнь.

Таким образом, беременные, посещающие курсы по подготовке к родам и родительству, имеют более зрелую мотивацию рождения ребенка вследствие доминирования мотивов субъективного плана, чем беременные, не посещающие курсы.

3.6 Исследование ценностной ориентации на ребенка

Ценностная ориентация на ребенка, проявляющаяся в балансе самостоятельной ценности из других сфер, исследовалась с помощью методики «Круги потерь и приобретений».

Результаты, полученные по данной методике, анализировались по следующему плану:

1. Классификация сфер «жизни до беременности».

Большинство беременных, посещающих и не посещающих курсы, выделили одинаковые сферы: семья, дом, работа, досуг. Только одна беременная, посещающая курсы, выделила еще одну сферу – самовыражение.

2. Классификация сфер в «жизни после рождения ребенка».

А) Ребенка как самостоятельную сферу выделили: 26 беременных (86,6%), посещающих курсы, и 18 беременных (60%), не посещающих курсы.

С помощью ϕ -критерия Фишера были обнаружены значимые различия между группами беременных ($\phi_{эмп} = 2,61$; $\phi_{эмп} > \phi_{кр}$ при $p \leq 0,01$: беременные, посещающие курсы по подготовке к родам и родительству, чаще выделяют ребенка в своей жизни как самостоятельную ценность, чем другая группа беременных.

Большая часть беременных обеих групп, которая выделяет ребенка, как самостоятельную ценность, вынашивает запланированного ребенка: 22 человека в

группе беременных, посещающих курсы и 16 человек в группе беременных, не посещающих курсы.

И у всех беременных обеих групп, выделивших ребенка как самостоятельную ценность, не было мыслей прервать беременность на ранних сроках, даже если это был незапланированный ребенок.

Большинство женщин обеих групп (20 беременных, посещающих курсы и 16 беременных, не посещающих курсы) определяет ценность ребенка для себя, эмоциональную близость с ним. Они ожидают этого ребенка и ту радость, которую он принесет в жизнь матери. Остальные беременные тоже обозначают сферу жизни ребенка, в индивидуальных ранжированиях они стоят на явно предпочитаемых местах.

Таким образом, женщины, вынашивающие запланированного ребенка, не только выделяют его как самостоятельную ценность, но и эмоционально близки с ним. Ребенок является для них символом большого счастья, которое он принесет им в будущем.

Следовательно, нежеланная беременность подвергает серьезному испытанию самостоятельную ценность ребенка, эмоциональную близость с ним.

Кроме того, все беременные, посещающие курсы и выделившие ребенка как самостоятельную ценность, ведущими мотивами называют мотивы субъективного плана – стремление дать новую жизнь и желание проявить к ребенку любовь.

Из беременных, не посещающих курсы и выделивших ребенка как самостоятельную ценность, ведущими мотивами рождения ребенка называют мотивы стремление дать новую жизнь и желание проявить к ребенку любовь.

Б) Изменение в сфере семьи. Все беременные, которые не выделяют ребенка как самостоятельную ценность, отвечая на вопрос: «Где ваш ребенок?», говорят, что включили его в сферу семьи.

Все беременные обеих групп, не выделившие ребенка как самостоятельную ценность, вынашивают незапланированного ребенка, и у них были мысли прервать беременность на ранних сроках.

Четыре беременных, посещающие курсы, и восемь беременных, не посещающих курсы, обозначают сферу семьи в ранжированиях на явно предпочитаемых местах, что говорит об эмоциональной близости со сферой семьи, а, следовательно, и с ребенком.

У двух беременных, не посещающих курсы, была обозначена сфера семьи в индивидуальном ранжировании на четвертом месте. Две другие беременные, не посещающие курсы, обозначили сферу семьи на пятом месте. Это говорит о недостаточной ценности семьи и эмоциональной близости с ней и с ребенком.

В) Тип ценности вынашиваемого ребенка, определяемый по факту выделения ребенка в самостоятельную ценность и его балансе с ценностями из других сфер.

У четырех беременных, не посещающих курсы, было обнаружено, что они не выделили ребенка в самостоятельную сферу. Сферы в своей «жизни после ребенка» остаются те же самые, что и в «жизни до беременности», при этом сфера семьи не расширилась, не увеличилась после появления в ней ребенка. Все это говорит об отсутствии ценности ребенка.

У беременных, посещающих курсы по подготовке к родам, чаще остаются в своей «жизни после ребенка» те же самые сферы, что и в «жизни до беременности», и к ним присоединяется самостоятельная сфера ребенка, чем у другой группы беременных. Это говорит об оптимальном балансе ценностей, когда ценность ребенка естественно встраивается в иерархию ценностей из других сфер.

Беременные, не посещающие курсы, чаще игнорируют самостоятельную сферу ребенка в своей «жизни после его рождения», заменяя ее сферой семьи, оставляя при этом те же сферы, что и в «жизни до беременности», чем беременные, посещающие курсы. Это говорит о замене самостоятельной ценности ребенка и поглощении ее ценностями из других сфер.

Беременные, посещающие курсы по подготовке к родам и родительству, имеют более высокую ценностную готовность к материнству, чем беременные, не посещающие курсы, вследствие более частого выделения ребенка как

самостоятельной ценности и оптимального баланса ценностей, когда ценность ребенка естественно встраивается в иерархию ценностей их других

ВЫВОДЫ

1. Результаты проведенного интервьюирования показывают, что группы беременных, посещающих и не посещающих курсы, близки между собой по возрасту, сроку беременности, по рождению первого запланированного ребенка, по самочувствию. Значимые различия обнаружены следующими параметрами: семейное положение, стаж брака и удовлетворенность им, наличие мыслей прервать беременность на ранних сроках, наличие собственного жилья, настроение и активность.

2. Выделенные аспекты психологической готовности к материнству: эмоциональный, личностный, мотивационный и ценностная ориентация на ребенка взаимосвязаны и являются единым показателем уровня психологической готовности к материнству.

3. Беременные, посещающие курсы по подготовке к родам и родительству, имеют более высокую эмоциональную готовность к материнству, чем беременные, не посещающие курсы, вследствие более низкого уровня реактивной и личностной тревожности.

4. Беременные, посещающие курсы, имеют более высокую личностную готовность к материнству, чем беременные, не посещающие курсы. Вследствие более высокого уровня осмысленности жизни и самооценки себя как матери.

5. Беременные, посещающие курсы по подготовки к родам и родительству, имеют более высокую мотивационную готовность к материнству вследствие доминирования мотивов субъективного плана, чем беременные, не посещающие курсы, которые характеризуются более разнообразной структурой мотивов рождения ребенка с преобладанием мотивов социального плана.

6. Беременные, посещающие курсы по подготовке к родам и родительству, имеют более высокую ценностную ориентацию на ребенка, чем беременные, не посещающие курсы, вследствие частого выделения ребенка как самостоятельной ценности и оптимального баланса ценностей, когда ценность ребенка естественно встраивается в иерархию ценностей из других сфер.

7. Сравнение исследованных аспектов психологической готовности к материнству между группами испытуемых позволяет говорить о более высокой готовности к материнству беременных, посещающих курсы по подготовке к родам и родительству.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На протяжении всей беременности вызревает не только плод в утробе матери, но и сама мать, та часть женщины, которая в последующем будет выполнять материнские функции. Беременность рассматривается как один из наиболее важных этапов становления материнства и как период, затрагивающей все жизненные основания женщины, обуславливающей глубокие изменения самосознания, отношения к другим и миру.

Как показывает теоретический анализ литературы по данной теме, важнейшими факторами, воздействующими на ребенка, являются влияния со стороны матери во время беременности. Именно пренатальный период как наиболее сензитивный не только для ребенка, но и для его матери дает возможность значительно корректировать физическое и психическое здоровье сразу двух поколений. Поэтому необходима конкретная психотерапевтическая работа с каждой беременной женщиной, направленная на развитие психологической готовности к материнству.

Для проектирования диагностики и психологической работы с женщиной в период ожидания, рождения, а в дальнейшем и воспитания ребенка необходимо четкое представление о том, что понимается под психологической готовностью к материнству. Психологическая готовность к материнству – это особое личностное образование, проявляющееся в следующих наиболее важных аспектах, которые влияют на исход родов, последующее материнское отношение к ребенку и на особенности развития ребенка: эмоциональный, личностный, мотивационный, ценностная ориентация на ребенка.

Ребенок чувствителен к эмоциональному состоянию матери под влиянием притока ее гормонов, эмоциональные переживания также влияют на исход родов и дальнейшее развитие ребенка. Во время беременности возможно определение личностной зрелости будущей матери, ее материнской компетентности, наличия качеств, необходимых для эффективного материнства, зрелости мотивации рождения ребенка, самостоятельной ценности ребенка для матери.

Выделенные аспекты психологической готовности были исследованы у двух групп испытуемых: у беременных, посещающих курсы по подготовке к родам и родительству, и у беременных, не посещающих специальные курсы.

Сравнение полученных результатов исследования позволяет говорить о более высокой готовности к материнству беременных, посещающих курсы по подготовке к родам и родительству.

Сведения, описанные в литературе, об эффективности родов и послеродового развития взаимодействия с ребенком у матерей, прошедших психологическую подготовку к материнству на специальных курсах, намного превышают средние показатели. Это делает данную отрасль психологической практики актуальной и необходимой для решения демографических проблем современной России, качественного улучшения психического и физического здоровья сразу двух поколений.

В качестве перспектив дальнейшей работы можно назвать исследование, направленное на определение эффективности существующих программ по подготовке к родам и родительству, целесообразности их посещения и на изучение динамики психологического состояния женщин, посещающих специальные курсы, во время беременности и после родов. Такое исследование также позволит проводить направленную коррекцию и проектировать индивидуально ориентированную психологическую поддержку.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абульханова-Славская, К.А. Стратегия жизни / А.К. Абульханова-Славская. – М.: Мысль. 2001. – 303 с.
2. Александер, Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер. – М.: Изд-во ЭКСМО – Пресс, 2002. – 352 с.
3. Безрукова, О.Н. Репродуктивные мотивации женщин / О.Н. Безрукова // СОЦИС: социологические исследования. – 2000. – №12. – С. 122–124.
4. Бергум, В. Моральный опыт беременности и материнства / В. Бергум // Человек. – 2011. – №2. – С. 16–25.
5. Боровикова, Н.В. Психологические аспекты трансформации Я-концепции беременной женщины / Н.В. Боровикова // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей. Сборник материалов конференции по перинатальной психологии. – СПб. – март 2008. – С. 35–43.
6. Братусь, И.В. Постнатальная депрессия: основные характеристики, особенности, профилактика / И.В. Братусь – СПб: Изд-во «Речь», 2008. – 208с.
7. Брутман, В.И. Нежеланная беременность у жертв сексуального насилия (Психологопсихиатрические аспекты проблемы) / В.И. Брутман, С.Н. Ениколомов, М.С. Радионова // Вопросы психологии. – 2005. – №1. – С. 33–40.
8. Брутман, В.И. Некоторые результаты обследования женщин, отказавшихся от своих новорожденных детей / В.И. Брутман, Г.М. Панкратова, С.Н. Ениколомов // Вопросы психологии. – 2004. – №5. – С. 31–37.
9. Брутман, В.И. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности / В.И. Брутман, М.С. Радионова // Вопросы психологии. – 2007. – №6. – С. 38–48.
10. Брутман, В.И. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В.И. Брутман, Г.Г. Филипова, И.Ю. Хамитова // Вопросы психологии. – 2002. – №1. – С. 59–68.

11. Васильева, О.С. Изучение основных характеристик жизненной стратегии человека / О.С. Васильева, Е.А. Демченко // Вопросы психологии. – 2011. – № 2. – С. 74–85.
12. Васильева, О.С. Групповая работа с беременными женщинами: социально – психологический аспект / О.С. Васильева, Е.В. Могилевская // Психологический журнал. – 2011. – том 22, №1. – С. 82–89.
13. Врехман, К.Ш. Психосоматические заболевания детей от нежеланной беременности / К.Ш. Врехман, Г.И. Брехман. – Иваново, 2008.
14. Доскин, В.А. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния САН / В.А. Доскин, И.А. Лаврентьева, М.П. Мирошников // Вопросы психологии. – 1993. – №6. – С. 48–52.
15. Жариков, Ж.В. Отношение к беременной в народной традиции / Ж.В. Жариков. – М.: Рожана, 1995. – 256 с.
16. Жаркин, Н.А. Перинатальная психология в программе подготовки семейных пар к родам / Н.А. Жаркин – СПб: Изд-во «Речь», 2013.
17. Колпакова, М.Ю. Психологическая работа с женщинами, отказавшимися от новорожденных детей / М.Ю. Колпакова // Вопросы психологии. – 1997. – №3. – С. 61–68.
18. Кочнева, М.А. Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности / М.А. Кочнева, А.Е. Сумовская, М.М. Орлова // Акушерство и гинекология. – 2000. – №3. – С. 15–27.
19. Ланцбург, М.Е. Методика свободного рисунка в психологической подготовке к материнству и отцовству / М.Е. Ланцбург. – Москва, 2000.
20. Ланцбург, М.Е. Психологическая помощь семье в период ожидания ребенка и первого года его жизни / М.Е. Ланцбург. – СПб: Иваново, 2000. – 320 с.
21. Леонтьев, Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика

смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 1999. – 487 с.

22. Леонтьев, Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) / Д.А. Леонтьев. – М.: «Смысл», 1992. – 16 с.

23. Леонтьев, Д.А. Факторная структура теста смысложизненных ориентаций / Д.А. Леонтьев, М.О. Калашников, О.Э. Калашникова // Психологический журнал. – 1993. – том 14, №1. – С. 150–155.

24. Лучшие психологические тесты / под ред. А.Ф. Кудряшова. – Петрозаводск: Изд-во «Петроком», 1992. – 318 с.

25. Мей, Р. Смысл тревоги / Р. Мей; пер. с англ.– М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 384 с.

26. Мещерякова, С.Ю. Психологическая готовность к материнству / С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. – 2000. – №5. – С. 18–27.

27. Мухамедрахимов, Р.Ж. Взаимодействие и привязанность матерей и младенцев групп риска / Р.Ж. Мухамедрахимов // Вопросы психологии. – 2008. – №2. – С. 18–32.

28. Мухамедрахимов, Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Р.Ж. Мухамедрахимов. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2009. – 288 с.

29. Общая диагностика / под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина – СПб.: Изд-во «Речь», 2002. – 440 с.

30. Прохоров, В.Н. Навязчивые состояния у беременных / В.Н. Прохоров // Журнал практического психолога. – 2007. – №4. – С. 25–33.

31. Елагина, О.Б. Психологический практикум. Часть 4. Личность / О.Б. Елагина. – Факультет психологии ЮУрГУ, 2001. – 88 с.

32. Радионова, М.С. Причины отказа от материнства / М.С. Радионова // Человек. – 1996. – №5. – С. 12–20.

33. Пашкевич, О. И. Особенности обрядов, связанных с рождением ребёнка (на материале якутской литературы) / О.И. Пашкевич // Молодой ученый. – 2014.

– №4. – С. 1224–1230.

34. Рыжков, В.Д. Практическая психология женских кризисов / В.Д. Рыжков. – СПб: Изд-во «Речь», 2008. – 208с.

35. Рымашевский, Н.В. Влияние особенностей психологической адаптации матери на исход родов / Н.В. Рымашевский, А.Е. Волков // Акушерство и гинекология. – 2002. – №8. – С. 12.

36. Сидоренко, С.В. Методы математической обработки в психологии / С.В. Сидоренко. – СПб.: Социально-психологический центр, 2006. – 349 с.

37. Смирнова, Е.О. Становление межличностных отношений в раннем онтогенезе / Е.О. Смирнова // Вопросы психологии. – 1994. – №6. – С. 5–15.

38. Собчик, Л.Н. Психодиагностика в медицине. Практическое руководство / Л.Н. Собчик – М: Москва, 2007. – 415 с.

39. Тревога и тревожность / под ред. В.М. Астапова. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с.

40. Филиппова, Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие / Г.Г. Филиппова. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 240 с.

41. Филиппова, Г.Г. Девять месяцев, меняющих жизнь / Г.Г. Филиппова // Семья и школа. – 2001. – №5. – С. 14–15.

42. Филиппова, Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Г.Г. Филиппова // Вопросы психологии. – 2001. – №2. – С. 22–36.

43. Филиппова, Г.Г. Материнство: сравнительно-психологический подход / Г.Г. Филиппова // Психологический журнал. – 2009. – т. 20, №5. – С. 81–88.

44. Филиппова, Г.Г. Метод рисуночного теста в психологической работе с беременными / Г.Г. Филиппова // Вопросы психологии. – 2001. – №4. – С. 13–25.

45. Филиппова, Г.Г. Психологическая готовность к материнству / Г.Г. Филиппова // Тезисы на конференцию в Иваново «Пренатальная психология». – июнь 2001. – 11с.

46. Чеботарева, И.С. Методологические аспекты изучения эмоционально-мотивационной сферы беременных / И.С. Чеботарева // Вестник новых медицинских технологий. – 2000. – №2. – С. 35–49.

47. Человек в экстремальной производственной ситуации / под ред. Е.И. Головаха. – Киев: Науково думка, 1999. – 238 с.

48. Четвертаков, В.В. Роль эмоционального напряжения в возникновении осложнений в акушерской практике / В.В. Четвертаков // Акушерство и гинекология. – 2008. – №4. – С. 17–25.

49. Якобсон, П.М. Психологические компоненты и критерии становления зрелой личности / П.М. Якобсон // Психологический журнал. – 2001. – №4. – С. 142–147.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Сводная таблица основных особенностей испытуемых по группам

Особенности испытуемых	Группы испытуемых			
	Беременные, посещающие Центры подготовки к родам и родительству		Беременные, не посещающие специальных курсов	
Возраст	От 19 до 31 г.	М-24,5г.	От 19 до 28 лет	М – 22,5 г.
Образование	Высшее – 20 человек	66,6 %	Высшее – 6 человек	20 %
	Незаконченное высшее – 4 чел	26,6 %	Незаконченное высшее – 6 чел	20 %
Семейное положение	Замужем – 28 чел	93,3 %	Замужем – 18 чел	60 %
	Незарегистрированный брак – 2 чел	6,6 %	Незарегистрированный брак – 12 лет	40 %
Стаж брака	От 8 месяцев до 12 лет	М – 3 года 4 месяца	От 6 месяцев до 2 лет	М – 1 год 2 месяца
Удовлетворенность браком	Высокая	100%	Высокая – 6 мес	40 %
			Средняя – 18 чел	60 %
Срок беременности	От 28 до 39 нед	М – 32 недели	От 30 до 38 нед	М – 35 нед
Какой по счету ребенок	Первый – 26 чел	86,6 %	Первый – 30 чел	100 %
	Второй – 4 чел	13,3 %		
Плановость беременности	Плановая – 22 чел	73,3 %	Плановая – 16 чел	53,3 %
	Неплановая – 8 чел	26,6 %	Неплановая – 14 чел	46,6 %
Наличие мысли прервать беременность на ранних сроках	Мыслей прервать беременность не было – 13 чел	86,6 %	Мыслей прервать беременность не было – 9 чел.	60 %
	Мысли прервать беременность были – 4 чел	13,3 %	Мысли прервать беременность были – 12 чел	40 %
Наличие собственного жилья	Собственное жилье – 26 чел	86,6 %	Собственное жилье – 14 чел	46,6 %
	С родителями – 4чел	13,3 %	С родителями – 16 чел	53,3 %

Приложение 2

Факторная структура эмоционального и личностного аспектов психологической готовности к материнству

Измеряемые параметры эмоционального и личностного аспектов психологической готовности к материнству	Фактор
Реактивная тревожность	-0,79263
Личностная тревожность	-0,7693
Общий показатель СЖО	0,975725
СЖО субшкала 1	0,816397
СЖО субшкала 2	0,880018
СЖО субшкала 3	0,886873
СЖО субшкала 4	0,908969
СЖО субшкала 5	0,842651
Самооценка себя как матери	-0,46316

при $p \leq 0,01$

Таблица корреляционной связи между показателями эмоционального и личностного аспектов психологической готовности к материнству

Взаимосвязанные показатели	Р Т	ЛТ	Общий показатель ОЖ	Цели	Процесс	Результат	Локус контроля Я	Локус контроль жизни	Дав
РТ		0,882***	-0,813***	-0,648***	-0,735***	-0,732***	-0,646***	-0,661***	0,586***
ЛТ			-0,794***	-0,515***	-0,727***	-0,711***	-0,639***	-0,595***	0,586***
Общий показатель ОЖ				0,771***	0,928***	0,924***	0,910***	0,787***	-0,541**
Цели					0,646***	0,653***	0,750***	0,736***	-0,449*
Процесс						0,816***	0,845***	0,671***	-0,513**
Результат							0,815***	0,802***	-0,510**
Локус контроля Я								0,761***	-0,484**
Локус контроля жизни									-0,556**
Дав									

* – при $p \leq 0,05$

** – при $p \leq 0,01$

*** – при $p \leq 0,001$

Таблица корреляционной связи между показателями реактивной, личностной тревожности и результатами, полученными из интервью и диагностики функционального состояния

Взаимосвязанные показатели	РТ	ЛТ
Образование	-0,351	-0,348
Семейное положение	-0,469**	-0,476***
Стаж брака	-0,267	-0,146
Удовлетворенность браком	-0,492**	-0,468**
Мысли прервать беременность	0,275	0,218
Наличие собственного жилья	-0,317	-0,256
Самочувствие	-0,703***	-0,693***
Активность	-0,741***	-0,615***
Настроение	-0,481**	-0,449

* – при $p \leq 0,05$

** – при $p \leq 0,01$

*** – при $p \leq 0,001$

Таблица корреляционной связи между показателями реактивной, личностного аспекта психологической готовности к материнству и результатами, полученными по другим методикам

Взаимосвязанные показатели	Общ. ОЖ	Цели	Процесс	Результат	Локус контроля Я	Локус контроля жизни	Дав
Образование	0,329	0,407	0,194	0,421*	0,235	0,358	-0,359
Семейное положение	0,266	0,173	0,306	0,204	0,234	0,167	-0,338
Стаж брака	0,177	0,195	0,235	0,010	0,142	0,233	-0,291
Удовлетворенность браком	0,444	0,283	0,439*	0,354	0,351	0,307	-0,360
Мысли прервать беременность	-0,168	-0,175	-0,120	-0,112	-0,165	-0,316	0,309
Собственное жилье	0,296	0,243	0,255	0,238	0,217	0,178	-0,184
РТ	-0,813***	-0,648***	-0,735***	-0,732***	-0,646***	-0,661***	0,586***
ЛТ	-0,794***	-0,515**	-0,727***	-0,711***	-0,639***	-0,595***	0,568***
Дав	-0,541***	-0,449*	-0,513***	-0,510***	-0,484**	-0,556**	

* – при $p \leq 0,05$

** – при $p \leq 0,01$

*** – при $p \leq 0,001$