

Санкт-Петербургский государственный университет

Выпускная квалификационная работа на тему:

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН,
ВЫБИРАЮЩИХ РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ.

по направлению подготовки 37.03.01 – Психология.

Выполнил:

Студент 4 курса,

дневная форма обучения.

Вельман Юлия Владимировна

Ф.И.О. Рецензент:

Кандидат психологических наук,
доцент кафедры психологии развития
и дифференциальной психологии.

Савенышева Светлана Станиславовна

Научный руководитель:

Кандидат психологических наук,
доцент кафедры социальной психологии
Кузнецова Ирина Викторовна

Санкт-Петербург

2018

Содержание

Аннотация.....	4
Введение.....	6
Глава 1. Аналитический анализ современного состояния проблемы изучения социально-психологических особенностей беременных женщин в отечественной и зарубежной литературе.....	7
1.1. Психологические и физиологические аспекты беременности.....	8
1.2. Формы и виды подготовки беременных женщин к родам	13
1.3. Формирование готовности к рождению ребенка	19
1.4. Подготовка к родам и уходом за ребенком.....	22
1.5 Социально-психологические особенности. Влияние внешних факторов на беременную женщину и протекание беременности.	24
Глава 2. Программа эмпирического исследования	29
2.1. Методы и организация исследования.....	29
2.2. Организация исследования.....	30
2.3. Респонденты исследования	31
2.4. Описание выборки	31
2.5. Методы сбора информации	33
2.5.1. Социально-демографическая анкета	33
2.5.2. Методика «Тест отношений беременной» (ТОБ (б)).....	34
2.5.3. Опросник Локус Контроля Дж. Роттера	35
2.5.4. Методика диагностики межличностных отношений Т. Лири	35
2.6. Методы обработки информации.....	37
ГЛАВА 3. Анализ эмпирических данных.....	37
3.1. Социально-демографическая анкета	38
3.1.2. Методика «Тест отношений беременной» (ТОБ (б)).....	46
3.1.3. Опросник Локуса Контроля Дж. Роттера.....	51
3.1.4. Методика диагностики межличностных отношений Т. Лири	54
3.2. Обсуждение результатов эмпирического исследования	58
3.2.1. Социально-психологические особенности беременных женщин по социально-демографическим и личностным характеристикам.....	59
3.2.2. Взаимосвязь между выбираемыми видами подготовки к родам и социально-психологическими, социально-демографическими особенностями беременных женщин	59
3.2.3. Взаимосвязь отношения женщин к настоящей беременности с успешно завершёнными родам	60
3.2.4. Взаимосвязь видов поддержки с социально-психологическими особенностями беременных женщин.....	60
Выводы.....	62

Заключение	64
Список использованной литературы.....	65
Приложения	71

Аннотация

В данной дипломной работе рассматривается проблематика выбора вида подготовки к родам беременной женщиной и социально-психологических аспектов беременности. Автором выбраны методики: Тест отношений беременной Добрякова И.В., предназначен для определения типа переживания беременности у будущей матери, методика «Локус Контроля» Дж. Роттера, направленная на изучение когнитивного стиля, методика диагностики межличностных отношений Т. Лири для исследования представлений субъекта о себе и идеальном "Я", создана собственная социально-психологическая анкета, с помощью которой изучается ранжирование различных видов поддержки и социологический анамнез респондента.

В исследовании участвовало 79 беременных женщин от 23 до 41 года, находясь в разных триместрах беременности: от 6 до 38 недели.

Обработка данных проводилась с помощью анализа средних значений и корреляционного анализа.

Результаты: найдена корреляционная взаимосвязь между отношением беременной женщиной к своей беременности и её когнитивным стилем.

The current research considers problem of choosing a type of preparation for childbearing as well as socio-psychological aspects of pregnancy.

Methods: The Relationship test by Dobryakov I.V., to define the type of pregnancy experience by the future mother; Julian B. Rotter's "Locus of control" theory. Timothy Leary's "Interpersonal Diagnosis of Personality" elaborated own socio-psychological questionnaire, which helps to research different types of support rankings as well as sociological anamnesis of examinee.

79 pregnant women aged 23 to 41. Being in different trimesters of pregnancy (from 6 up to 38 weeks) took part in this research. Results that there is correlation between pregnant woman's attitude to pregnancy and her cognitive style.

Введение

Анализ современных исследований по проблеме выбора вида подготовки к родам показал, что в настоящее время в фокусе внимания оказываются такие аспекты психологической помощи беременным женщинам как психологическая готовность к материнству, тревожный компонент беременности или связь отношений к нерожденному ребенку и проявляемыми, в последствии, материнскими чувствами. На психологическую готовность к материнству влияют множества факторов: взаимоотношения в родительской семье, мотивы зачатия, взаимоотношения со сверстниками на разных этапах жизни, теплота личной семьи и взаимоотношения с мужем, а также его наличие, играла ли будущая мама в дочки-матери и куклы в детстве, сформирована ли установка на будущее воспитание ребенка, внешние факторы, например социальной и экономической стабильности. При этом роль психологической, физической и информационной подготовки к родам также несомненна. Несмотря на очевидную значимость проблемы выбора подготовки к родам, данный аспект являлся предметом специального изучения в малой степени, в отличие от многих иных факторов, влияющих на беременную и роды.

На настоящий момент существуют разнообразные виды подготовительных курсов, занятий разных направленностей, объединенных общей темой подготовки к родам. Перед беременной женщиной встает выбор как выбрать подготовку, чтобы остаться довольной, достичь желаемой цели, касающейся собственной готовности к родам и будущему материнству. Перед исследователями этого аспекта возникает вопрос как женщина осуществляет свой выбор (из каких целей, мотивов, что её привлекает в одном или другом виде подготовки). На данный вопрос нет ответа, и мы нашим исследованием решили притронуться к нахождению некоторых ответов по этой тематике.

Глава 1. Аналитический анализ современного состояния проблемы изучения социально-психологических особенностей беременных женщин в отечественной и зарубежной литературе

Беременность является особым периодом в жизни женщины, вызывающим значительные перемены в биологической, социальной и психологической сферах жизнедеятельности. И данные перемены существенны, их невозможно игнорировать. Психологическое состояние самой женщины в этот период заметно меняется, сказываются, как биологические изменения, происходящие в её организме, так и социальные установки, стереотипы, сформированные в процессе индивидуального жизненного пути. Также немаловажными считаются и изменения собственной Я-концепции, произошедшие под влиянием осознания состояния собственного организма. “Когда мы описываем самих себя: мы в словах пытаемся выразить основные характеристики нашего привычного самовосприятия. Их можно перечислять до бесконечности, ибо к ним относятся любые ролевые, статусные, психологические характеристики индивида, описание его имущества, жизненных целей и т. п. Все они входят в образ Я с различным весом - одни представляются индивиду более значимыми, другие - менее. Причем значимость элементов самоописания и соответственно их иерархия могут меняться в зависимости от контекста, жизненного опыта индивида или просто под влиянием момента”. Во время беременности женщина находится как раз под влиянием момента; и самовосприятие, позиционирование себя миру также изменяются в виду физических, и психологических изменений, как пример - социальная роль - будущая мать, социальные установки и оценка беременной себя самой влияют на изменения в Я-концепции.

Что еще изменяется в жизни женщины с наступлением беременности? Именно ответу на данный вопрос и анализу основных закономерностей,

определяющих психологическое состояние беременной женщины, посвящена первая глава данного исследования.

1.1. Психологические и физиологические аспекты беременности

В этом разделе будут рассмотрены изменения, происходящие у женщин во время беременности как физиологического, так и психологического характера, в аспекте их взаимосвязи. Будут приведены ряд исследований, посвященных этим вопросам с выходом на идею необходимости комплексного сопровождения беременности: медицинского и психологического.

Продолжительность беременности при нормальном протекании в обычно длится 280 дней (40 недель или 9 месяцев). В течение всего этого времени происходят значительные изменения в женском организме, включая физиологические, психологическая и эмоциональная сферы.

Для удобства наблюдения за беременной женщиной в медицине беременность разделяют на три отрезка (триместра). Каждый триместр беременности имеет свои особенности, которые отличают его от остальных триместров.

Основу деления беременности по триместрам ее развития составляют:

- особенности этапов роста плода и плаценты;
- изменения в организме женщины в связи с прогрессированием беременности;
- различный риск воздействия неблагоприятных факторов на плод и возможность его повреждения;
- допустимость пределов лекарственной терапии и устранения возникших осложнений и другие факторы [36].

Первый триместр беременности также называют триместром зарождения и формирования органов плода (1, 2 и 3 месяцы). В этот период возбудимость спинного мозга и подкорковых центров повышается. При этом возбудимость коры больших полушарий головного мозга беременной снижается. У многих женщин проявляются повышением чувствительности обоняния, непереносимостью некоторых запахов. Могут появляться вкусовые прихоти: есть кислые, соленые продукты, или какой-нибудь определенный продукт [14].

Процесс гармонизации жизнедеятельности двух организмов может сопровождаться токсикозом. У плода в первом триместре формируются практически все внутренние органы. В это время у женщины наблюдается эмоциональная чувствительность и привыкание к своей новой социальной роли – будущей мамы.

Второй триместр беременности также называют триместром испытаний сформированных органов и систем нерожденного ребенка (4, 5 и 6 месяцы). У беременных во время второго триместра возбудимость коры больших полушарий головного мозга и подкорковых центров имеет примерно одинаковый уровень. Головной мозг плода интенсивно развивается, формируются органы эндокринной системы. При нормальном течении беременности эмоциональный фон стабилизируется, происходит перестройка самосознания женщины, принятие новой жизни в себе [14].

Именно на этом сроке у беременных появляются первые ощущения шевелений плода. С этим связаны амбивалентные чувства. С одной стороны это радостное событие, ощущение единения, получение подтверждения и укрепления взаимосвязи «мать – дитя», с другой стороны большое количество волнений, тревога.

Многие беременные женщины для снятия своей тревоги обращаются с вопросами к интернет ресурсам (статьям, специализированным форумам), родным и близким, к книгам, врачам или курсам дородовых подготовок.

Начиная с 4-5 месяца беременности целесообразно начать посещать курсы дородовых подготовок, которые можно разделить на 2 группы:

- Обучающие курсы (рассказывают про этапы беременности, как пеленать ребенка и преподают прочие практические знания)
- Специализированные групповые встречи (йога для беременных, практики дыхания, занятия в бассейне и прочие)

Подобные занятия могут помочь беременной справиться с возникшими тревогами, волнениями, к тому же повышают уверенность в себе. Однако в этот период многие беременные женщины еще активно работают и не находят время и силы для занятий.

Последний, третий триместр беременности называют триместром роста и накопления сил для рождения и внутриутробного выживания. Возбудимость коры больших полушарий головного мозга у женщины повышается и остается высокой до 38-39 недели, после чего снова снижается. Повышается потребность в еде, качественном сне и комфорте.

Зачастую женщины начинают жаловаться, что беременность им надоела, выражают стремление к скорейшему окончанию. Это происходит на фоне сильных колебаний эмоций от радости до печали и отчаяния, чаще основывается на переживаниях о скором рождении и тревогах о благополучности родов [14]. У плода наблюдается высокая активность, продолжается развитие внутренних органов, формирование органов дыхания, наблюдается функционирование почек, работы периферической и центральной нервной систем, черты лица становятся понятнее, волосы на голове становятся гуще и на 39-40 неделе плод принимает положение, в котором будет рождаться.

- Головой вниз (головное предлежание)
- Головой вверх (тазовое предлежание)
- Поперек матки (поперечное предлежание)

На 40 неделе у ребенка увеличиваются надпочечники, которые во время родов будут вырабатывать большое количество адреналина и норадреналина, стимулирующие активность ребенка в родах. К моменту рождения в норме длина малыша составляет 48-56 см, вес примерно 3000-4000г, а диаметр головы 9 см. Особенности строения черепа (несформированность швов) позволяет плоду менять расположение во время прохождения родовых путей.

Именно на 39-40 недели у большинства женщин проявляется сильный страх перед родами. Из-за чего в некоторых случаях возникают депрессии, большое количество комплексов и сомнений. На данном этапе важны психологическое сопровождение и поддержка беременной женщины [14].

Во время перинатального периода развития ребенка неотрывна связана с жизнью его матери, поэтому нарушения, протекающие в физиологическом или психологическом состоянии матери, могут оказать пагубное влияние и на развитие ребенка. Единство двоих – женщины и нерожденного ребенка на данном этапе удивляет. У них общий орган (плацента), общие границы и симбиотическая связь. Изменение состояния мамы несет в себе влияние на ребенка и наоборот. Эмоции, которые испытывает мама, вызывают изменения в биохимии крови, частоты дыхания, сердечных ритмов, артериального давления и все это ощущает и малыш. Это подтверждается тем, что в момент волнения женщины плод становится более активным.

Во время беременности у женщин отмечается нарушение когнитивных функций, на что обращают внимание от 48 до 81 % самих женщин [53]. Эти данные подтверждаются и при использовании объективных психологических методик [50].

Многие исследователи психологических состояний беременных женщин пишут об особом интересе в вопросе изменений структуры психоэмоциональной сферы у женщин по триместрам. В исследовании

Знаменской С.Г, Киселева А.Г, Куличкина Ю.В., Шаповаловой Е.А. (2010), были выявлены такие закономерности у большинства испытуемых:

1. Самочувствие в первом триместре существенно снижалось, в последствии улучшалось во втором и снижалось в третьем.
2. Настроение значительно снижалось в первом триместре, значительно улучшалось во втором и снижалось в третьем.
3. Тревожность возрастала в первом триместре, снижалась до исходных значений в середине беременности и обострялась к концу беременности, превышая значения первого триместра [17].

Авторы связывают такие изменения на поздних сроках с мобилизацией всех сил на успешные родоразрешения. Также обращают внимание, на выраженную потребность у беременных, находящихся в третьем триместре психологической помощи, поддержке, эмоциональном одобрении, информировании о родах и изменениях в жизни семьи с появлением ребенка.

Ившина М.Е. (2011) в исследовании психологического здоровья женщины во время беременности выделяет важность психологической поддержки как для беременных женщин с опытом невынашивания беременности, так и для беременных без такого опыта.

Л.Л. Баз и О.В. Баженова (1994) также акцентируют на важность поддержки: “Найдена прямая зависимость между поддержкой, получаемой испытуемым в недостаточной степени, и его психическим и физическим здоровьем” [4].

Именно о важности психологической помощи и сопровождения беременности специалистами психологического профиля сообщают многие зарубежные исследователи беременности и материнства. [4]

Из чего разумно сделать выводы о высокой значимости данного аспекта для самих женщин, находящихся на различных сроках беременности.

Анализ литературы позволяет говорить о том, что период беременности является особым периодом в жизни женщины, который сопровождается серьезными физиологическими и психологическими изменениями. В этот период женщина может нуждаться не только в традиционно принятом медицинском сопровождении, но и психологической помощи.

1.2. Формы и виды подготовки беременных женщин к родам

Что касается вопроса форм подготовки к рождению ребенка с психологической точки зрения - отечественных исследований в общедоступном формате не так много.

При этом ответу на вопрос, что такое психологическая готовность к рождению ребенка посвящены множество не научных сайтов, форумов и прочих интернет ресурсов. Некоторые утверждения на этих ресурсах удивляют и пугают. Если обратиться к литературе 2000 годов, складывается не самая позитивная картина: по мнению Г.Г. Филипповой (2011), автора многих научных публикаций на темы: беременность, роды и уход за младенцем, для успешных и эффективных родов важна общая психологическая готовность будущей мамы [41]. При этом, Галина Григорьевна в статье “Психологическая диагностика готовности к родам” обращает внимание, что до момента написания статьи не была выявлено или описано единого смысла, дающего понимание что является критерием психологической готовности к родам у беременной женщины.

В современных научных публикациях, как отечественных, так и зарубежных исследователей есть ответ на этот вопрос.

Большинство авторов в понятие психологической готовности к родам и будущему материнству вкладывают следующее:

- В концепции С. Ю. Мещеряковой (2000) психологическая готовность к материнству понимается как специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъект — субъектная ориентация в отношении к еще не родившемуся ребенку [27].

- Грицай Л.А (2010) считает, что женщина, осознающая ту роль, которую ей предстоит выполнять, когда она еще готовится к зачатию, понимающая, какие функции будет выполнять, какие обязанности перед ней появляются во время беременности и после рождении ребенка психологически готова к родам [12].

- Позиция Овчаровой Р.В. (2006) в данном вопросе: у женщин, готовых к материнству, присутствует образ матери принимающей, отзывчивой, способствующей развитию и обучению ребенка, разделяющей его самостоятельную ценность [29].

- Также считаем важным указать структуру психологической готовности к материнству Гурьянова Т.А. (2005), которая выделяет следующие аспекты:

1. Мотивационный – мотив рождения ребенка, понимание и принятия ответственности за его рождение и воспитание.

2. Оценочный – идентификация себя в роли матери, рефлексия своей подготовленности и соответствия.

3. Эмоциональный – восприятие ситуации на эмоциональном фоне материнства, отношение к собственной беременности, преобладающее настроение.

4. Операционный – компетентность в роли матери: знание, умения, владение способами, необходимыми для ухода за ребенком.

5. Регуляционный – саморегуляция во время беременности и после.

Все суждения данных авторов можно свести к единому смыслу: готовность к родам — это целенаправленный жизненный этап женщины на рождение ребенка, понимание и принятие ответственности за дальнейшее воспитание и развитие, осознание дальнейшей самостоятельности этого ребенка.

Для того, чтобы понимать и научно обосновать программы помощи беременным женщинам в современных исследованиях используются различные методы оценки психологического состояния беременной женщины: изучаются смысловые переживания материнства [39], психологические факторы неготовности к материнству [39] психологическое сопровождение беременности [37]. В ряде исследований беременность рассматривается как стрессовый фактор, который может обострить существующие психологические проблемы [10], [44]; описывается формирование доминанты беременности [28].

И.В. Добряков описал психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) как физиологический и психологический аспекты беременности. Под психологическим компонентом гестационной доминанты (ПКГД) автор понимает совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение беременности и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы [45]. В последствии создал методику, с помощью которой определяется тип для каждой женщины. Эта методика позволяет оценить отношение беременной женщины к себе, родам и к будущему материнству.

Данная методика популярна у отечественных исследователей и часто используется для психологических опросов и анкетирований беременных женщин [7], [42].

В целом можно отметить, что с момента возникновения беременности в ЦНС матери начинает поступать возрастающий поток импульсов, что вызывает

появление в коре головного мозга местного очага повышенной возбудимости, так называемой гестационной доминанты, вокруг которой создается поле торможения нервных процессов. Это проявляется в преобладании у нее интересов, непосредственно связанных с рождением и здоровьем будущего ребенка. В то же время другие интересы как бы отходят на второй план. Такое состояние наиболее отчетливо проявляется до 3—4-го месяца беременности, а затем возбудимость коры головного мозга постепенно повышается. При возникновении различных стрессовых ситуаций (испуг, страх, сильные эмоциональные переживания и др.) в ЦНС беременной могут наряду с гестационной доминантой возникать и другие очаги стойких возбуждений. Это в значительной степени ослабляет действие гестационной доминанты и нередко сопровождается патологическим течением беременности. Исходя из сказанного, всем беременным необходимо по возможности создать условия психического покоя: как на работе, так и в домашних условиях.

Имеющиеся данные позволяют говорить о том, что наряду с физиологическими составляющими гестационная доминанта характеризуется и существенными психологическими аспектами. Предложено выделять определенные варианты психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) [14].

Выделение типа ПКГД при скрининговом исследовании женщин в процессе их сопровождения во время беременности позволяет составить представление об отношении их к беременности и соответствующим образом построить психологическую работу с ними.

И.В. Добряков выделяет 5 типов: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный.

При Оптимальном варианте отмечается, что эти женщины:

- рады своей беременностью,
- имеют гармоничные отношения с мужем,

- продолжают вести активный образ жизни,
- как правило, имеют хорошие отношения со своими родителями.

При возникновении осложнений беременности у такой женщины адекватное отношение к данному факту, согласие с мнением врача и соблюдение всех его предписаний, нет сильного страха перед родами, считает, что все пройдет хорошо. Таким образом, оптимальный тип ПКГД способствует формированию гармоничного типа семейного воспитания.

У женщин с гипогестогнозическим типом заметно:

- раздражение от соматических проявлений беременности,
- старание как бы избегать, игнорировать проявления беременности,
- отсутствие эмоциональной связи с плодом
- нет планов о материнстве.

Этот тип проявляется чаще у женщин до 21 года, также у женщин после 29 лет, при незапланированной беременности, при холодных отношениях с родителями, а также у женщин с незарегистрированным браком. Такими женщинами первое шевеление плода замечается уже на поздних сроках, вызывают дискомфорт. По Филипповой Г.Г. (2002) молодые мамы с этим типом относятся к женщинам с «игнорирующим стилем переживания беременности» [40]

У беременных женщин с эйфорическим типом чаще

- преобладает хорошее настроение,
- мысли только о благополучных родах,
- неадекватная оценка реальности,
- завышенные требования к ближайшему кругу знакомств,
- любят манипулировать своим положением,
- чаще всего недовольна малым вниманием к себе,

- некоторые с упоением ходят на все курсы и подготовки, боясь упустить какие-либо еще занятия.

Первые шевеления плода ждет и после ощущения восторгается ими. А при возникновении проблем в течение беременности воспринимаются слишком страшными, эмоциональными, тяжесть и серьезность преувеличивается женщиной. При этом она часто безответственно не слушает предписание врача.

При тревожном типе женщины

- подвержены патологическим страхам и фобиям,
- постоянно находятся в напряжении и со страхом думают о родах
- ранимы и мнительны
- стараются спрятать свою беременность
- подвержены мыслям, что муж стал холоднее относиться

Как только узнают о своей беременности, сразу начинают бояться всего, что может повредить как самой женщине, так и ребенку, чувствуют сильную ответственность, считают (зачастую беспричинно), что будут проблемы с родами, кормлением, также подвержены страху стать плохими матерями. При первых шевелениях плода женщин окутывает страх, что случилось что-то плохое.

Депрессивный тип проявляется, прежде всего:

- резко сниженным фоном настроения у беременных. Женщина, мечтавшая о ребенке, может начать утверждать, что теперь не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здоровое дитя, боится умереть в родах.
- женщина считает, что беременность «изуродовала ее», боится быть покинутой мужем, часто плачет.

- поведение будущей матери может действительно ухудшить ее отношения с родственниками, объясняющих все «капризами», не понимающими, что женщина не здорова.
- в тяжелых случаях появляются сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, обнаруживаются суицидальные тенденции.

Гинекологу, акушеру, психологу, всем, кто общается с беременной, очень важно своевременно выявить подобную симптоматику и направить женщину на консультацию к психотерапевту или психиатру, который сможет определить невротический или психотический характер депрессии и провести соответствующий курс лечения.

В исследованиях в области перинатальной психологии многие авторы используют эту методику для решения различных задач. В настоящем исследовании мы также использовали данную методику.

С психологической готовностью беременной женщины к рождению ребенка стало понятнее, однако еще осталась неосвещенной проблема формирования этой готовности. Остановимся на этой проблематике подробнее.

1.3. Формирование готовности к рождению ребенка

Большинство авторов (Баженова О.В., Баз Л.Л., Копыл О.А., 1993; Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю., 2000; Мещерякова С.Ю., 2002; Мухина В.С., 2003; Филиппова Г.Г., 2005; Савенышева С.С., Чижова В.Ф., 2012;) рассматривающих данную проблему, заявляют, что готовность к материнству формируется в течение всей жизни женщины. Действительно, на данный процесс имеют влияния и биологические, и социальные факторы, так как с одной стороны запускаются инстинктивные процессы, а с другой стороны личностный опыт взаимодействия с окружающим миром. С.Ю. Мещерякова

(2011) считает, что одними из самых важных аспектов для готовности к материнству являются:

- общение со своими с близкими взрослыми, в частности родителями, еще на ранних этапах детства. При этом большое количество отечественных и зарубежных исследований говорят о важности материнско-детские отношений беременной для формирования готовности и будущей успешности собственного материнства [40, 9, 11, 51, 48, 49, 52]. Если между матерью и ребенком преобладают тёплые отношения, любовь, поддержка и ощущение значимости друг для друга, впоследствии у такого ребенка наблюдается: уверенность в себе, любознательность, активность и инициативность, а также эффективно складывается привязанность к близким взрослым. В лонгитюдном исследовании С.Ю. Мещеряковой (2011), которое длилось от беременности женщины, вплоть до достижения возраста 3-х лет, детей данных женщин подтверждается важность близких материнско-детских отношений. Дети с близким эмоциональным контактом с собственной матерью развивались успешнее, реагировали на изменения в общении, прислушивались и поворачивали головку на голос матери. В тоже время дети с меньшей привязанностью к матери гораздо реже проявляли внимание к ней и реже стремились получить её внимание, часто отвлекались и прекращали общение. Интересно, что в возрасте 6 месяцев эти различия становились еще более яркими: дети с близкими отношениями с матерью в процессе игры жестами, улыбками, взглядами и словами приглашали маму к совместной деятельности. А дети с менее близкой эмоциональной привязанностью были менее эмоциональны, редко проявляли инициативу в общении с матерью, чаще действовали в одиночку. В возрасте 3 лет различия становились ещё заметнее.

- общение со сверстниками, старшими или младшими детьми. Здесь часто упоминаются игровые процессы детства, например “дочки-

матери”, уход за младшими детьми (это могут быть братья/сестры или иные близкие дети), моделирование поведения с реакцией взаимодействия более старших детей.

- период от зачатия собственного ребенка до его рождения. В это время вырабатывается отношение женщины к собственному, еще не родившемуся ребенку, которое можно пронаблюдать по: реакциям на его шевеления, наличию или отсутствию воображаемого общения, выбору имени ребенку.

- желанность ребенка и мотивы его зачатия. Желанность ребенка - важный фактор в определении готовности к материнству. В исследовании Безруковой О.Н. (2007) опрошено 680 респондентов женского пола, среди которых выявлены: 71,5% женщин с положительным отношением к беременности, 17,8% с неопределенным и 11,8% женщин с отрицательным отношением к беременности. У последней группы наблюдается реже теплый эмоциональный отклик при виде маленьких детей, будущий ребенок становится источником отрицательных эмоций, плохого самочувствия, в меньшей степени выражена готовность к выполнению материнской роли. Мотивами рождения ребенка у данной группы чаще являются: возможность не чувствовать себя одинокой, повысить свой уровень самоуважения. Большинство женщин этой группы рожают потому, что не хочет или боится делать аборт или беспокоится о его последствиях - возможность остаться бездетной, неуважение в обществе, уход мужа из семьи ввиду несостоятельности его жены. У первой группы, с положительным отношением к собственной беременности среди основных мотивов рождения ребенка: возможность проявить свою любовь, продолжить себя в нем, надежда на поддержку в старости. Данные женщины чаще беспокоятся при виде плачущего малыша, чем группа с отрицательным отношением.

- установки на стратегию воспитания ребенка. В процессе подготовки к родам женщина ищет информацию, полагается на свой опыт и близких или значимых людей.

Выше перечислены основные, преобладающие факторы готовности к материнству, однако, далеко не все, так как этапы формирования готовности различны и сугубо индивидуальные, определяются суммарным эффектом действия как позитивных, так и негативных ситуаций в опыте женщины.

1.4. Подготовка к родам и уходом за ребенком

Как беременная женщина может получить всю информацию о течении беременности, стать подготовленной к родам и уходу за ребенком?

- Обучающие школы и курсы.

Предлагается большой выбор программ, которые ведут специалисты акушеры, гинекологи, врачи-педиатры, психологи и другие. Такие программы существуют и на коммерческой и на государственной основе. Что является плюсом для многих семей, не располагающих большим бюджетом. В программе обычно несколько лекций, тренингов или иных форматов информирования о важных этапах беременности, родах, об уходе за ребенком, ответы на вопросы и поддержка беременных женщин. В некоторых программах также предусмотрены и физические гимнастики, бассейн и прочие легкие нагрузки, помогающие подготовить женщину к родам с физической точки зрения. Также часто предлагаются курсы подготовок не только для будущих мам, но и для будущих отцов и обоих партнеров. В последних указанных курсах чаще изучаются парные роды, методики помощи мужа в рождении ребенка, изучения аспектов ухода за ребенком и возможности поддержки молодой мамы.

- Специализированные групповые встречи

Здесь предоставляется большое количество разноплановых вариантов: занятия в бассейне, практики дыхания, йога, медитация, занятия искусством, фитнес, танцы по специализированным программам для будущих мам и другие варианты. Данные занятия ведут тренера с разными сертификациями своей деятельности. Они не направлены на уход за ребенком, основополагающим аспектом является снятия тревожности и страхов у беременной женщины, помощь в достижении спокойствия и позитивного восприятия себя как будущей матери.

- Интернет-ресурсы

В современном, быстро меняющемся мире у беременных женщин зачастую совершенно нет времени на длительные курсы и школы. Многие получают информацию с форумов и прочих не всегда компетентных источников.

Этот вид подготовки не является тяжело доступным, как с временной, так и с экономической точки зрения. Пока нет большого разнообразия исследований на тему полезности интернет сообществ как вида подготовки к родам, однако, считаем важным обратить внимание на общедоступность становления “экспертом” на форумах, посвященных материнству.

Исследование Мельниковой О.О. (2013) показывает современные тенденции в области переосмысления будущими родителями процесса родов. “Читая интернет-источники, родители получают разрозненную информацию о рождении и вырабатывают индивидуальные сценарии родов” [24].

Сейчас форумы являются одним из разноплановых источников знаний, обмена опытом и субъективными оценками различных вопросов; от процесса родов, и до выбора определенного специалиста.

Одна из самых животрепещущих тем форумов, посвященных беременности является обсуждение домашних родов. На интернет страницах идет активный обмен ссылками на статьи, посвященным эстетизации домашних

родов и прочих альтернатив (например, роды на даче, природе, в бассейне и т.д). Вопрос о вероятности благоприятного исхода родоразрешения без сопровождения квалифицированных специалистов на большинстве интернет-ресурсах не берется во внимание.

Однако, данные тенденции открывают новые горизонты для коммерческих родильных домов в расширении области платных услуг, которые уже стали откликаться на сложившийся спрос в аспекте домашних родов.

Подводя итог: в наши дни перед беременной женщиной выбор дородовой подготовки сопровождается большим количеством альтернатив, направленных на различные потребности, от полного информирования о протекающих процессах, до обсуждения интересующих тем за вязанием.

Одним из самых существенных недостатков перечисленных форм психологической помощи является их не систематичность, разорванность с работой других специалистов, имеющих отношение к ведению беременности, родов, педиатрическими службами. В действительности, будущие родители оказываются перед обращениями к разным специалистам по разным поводам, связанными с текущей беременностью и будущим материнством. Существуют программы, удачно нивелирующие описанный недостаток, но в основном только в крупных городах. Также многие из перечисленных программ являются платными и зачастую, цены на программы не по средствам некоторым семьям.

1.5 Социально-психологические особенности. Влияние внешних факторов на беременную женщину и протекание беременности.

Разумеется, на беременную женщину оказывает влияние очень много факторов. Рассмотрим самые распространенные:

Одна из часто встречаемых - социально-экономическое положение семьи. Не все будущие мамы могут позволить себе качественное питание, длительные прогулки, уход в декретный отпуск, покупки для будущего ребенка и прочие важные аспекты для положительного самочувствия, настроение беременной женщины и эффективного развития ребенка.

Уровень образования также влияет на отношение к собственной беременности. По исследованию Безруковой О.Н. (2007) чаще встречаются женщины с низким уровнем образования среди группы с отрицательным отношением к собственной беременности. Проблемы жилищного характера реже коррелируют, но все же встречаются в некоторых исследованиях среди влияющих на готовность к материнству (О.Н. Безрукова, 2007; Е.А. Андриянова, И.Г. Новокрещенова, И.Ю. Аранович, 2011.). При этом в данных случаях проблемы жилищного характера могут заключаться как в проживании со старшим поколением, так и маленькие, неудобные по мнению женщины собственные или коммунальные комнаты, а также съемные квартиры. Разумеется, одним из самых важных аспектов является здоровье самой женщины. В исследовании Меньшиковой А.А. подтвердилось, что беременные женщины с онкологическими заболеваниями характеризуются средним и низким уровнями готовности к материнству, относятся к группе женщин с амбивалентными и дисфункциональными родительскими установками. Также по мнению Каплун И.Б., (1995); и Подобинной О.Б., (2005); и Мухамедрахимова Р.Ж., (2001); наличие тяжелых соматических патологий в период беременности и родов являются условием для хронического психоэмоционального стресса, что выступает фактором риска развития плода и нарушению детско-родительских отношений в последствии. Социальные взаимоотношения с близкими людьми в свою очередь, влияют на стабильное психологическое, эмоциональное отношение к себе беременной или к будущему ребенку. Сюда же можно отнести и взаимоотношения в родительской семье и собственной. Добряков И.В. в своей книге “Перинатальная психология” (2010) пишет о

различных стадиях добрачных и брачных взаимоотношениях, беременность в разных стадиях и этапах семьи имеет различные аспекты в принятии и течении беременности (поддержки партнеров друг друга, отношение к беременности и отношению к будущему ребенку):

- добрачные отношения чаще характеризуются эйфорией, усиленным половым влечением, игнорированием недостатков партнера. Беременность на этом этапе чаще незапланированная и ведет к заключению брака или разрыву отношений. Мотивом рождения этого ребенка чаще является средством решения личных проблем.

- конфронтация. Молодожены, начинающие жить, вместе зачастую находятся в конфронтационной фазе. В современных реалиях здесь также находятся не только молодожены, но и просто пары, находившиеся в близких любовных отношениях и решившие жить вместе. Строя семью или совместный быт на данном этапе используется опыт родительской семьи и прошлого опыта взаимоотношений, столкновение двух различных систем жизненного уклада проживания на одной территории неизбежно. Беременность в данной ситуации чаще расшатывает семью, а не укрепляет её. В виду возможных неразрешенных конфликтов между будущими родителями часто возникают стресс и соматические, психологические проблемы у матери, что часто приводит к ухудшению взаимосвязи триады мать-отец-ребенок.

- стадия компромиссов является окончание противостояний, выбора одного жизненного уклада, который определяется совместными усилиями, компромиссами и уступками, принятие его обеими сторонами. На данном этапе семьи появляются собственные традиции, обычаи, укрепление границ от внешних посягательств. Чаще всего именно с этого этапа начинается запланированные с обеих сторон беременности. Беременность желательна, будущий ребенок уже любим и является ценностью.

- зрелое супружество. Может длиться много лет и характеризуется своей стабильностью, уверенностью партнерами друг в друге. Часто на данном этапе у семьи уже имеется ребенок и возникает желание иметь еще одного ребенка. Беременность обдумывается и благоприятна для первого ребенка и ожидаемого, готовность к материнству и отцовству сознательная и успешная.

- эксперимент с независимостью. Семья нередко старается выйти за рамки привычного уклада жизни, у супругов часто возникает желание в переменах: смена места работы, путешествия, изменение места проживания и иногда смена, построение новой семьи. На этом этапе беременность зачастую несет в себе мотив привязать супруга, не дать уйти, скрепить отношения. Часто возникают ссоры у супругов, ведущие к стрессу у матери и психологическим переживаниям, что приводит к менее глубоко и прочно налаженной триаде.

- стадия ренессанса. Если семья смогла пережить прошлый этап, то нередко отношения между супругами улучшаются, и запланированная или внеплановая беременность приносит зачастую удовольствие и радость обоим супругам. На данном этапе в воспитании ребенка чаще присутствует гиперопека, тревоги о состоянии здоровья ребенка, как в течение беременности, так и после рождения.

Одним из важных факторов влияния на беременную женщину является планированная или незапланированная ли данная беременность. В исследовании Лялиной А.А. и Карташевой К.С. (2011) были выявлены следующие закономерности: ценность семьи и теплых семейных отношений значительно чаще встречается у женщин с запланированной беременностью, также, как и близкие взаимоотношения с собственной матерью, в отличие от женщин с незапланированной беременностью [22].

Мотивы зачатия также являются частыми факторами готовности к материнству. Мотивов зачатия огромное множество, в исследовании

Боровиковой Н.В. и Федоренко С.А. (1997) выявлены наиболее часто встречаемые:

- ради сохранения собственного здоровья (страх неудачного аборта или утрата деторождения в будущем) 26% опрошенных женщин.
- желание соответствовать социальным нормам, ожиданием мужа, будущих бабушек и дедушек (24%)
- беременность ради сохранения отношений с мужем (16%) [8].

Различные девиации, такие как наркомания, алкоголизм, активное курение тоже оказывают влияние на дальнейшее течение беременности, взаимоотношение между родителями и в триаде мать-отец-ребенок. На данном аспекте не будем останавливаться подробно, так как тут и так понятно влияние девиаций на разрушение отношений в семье, здоровья физиологического и психологического уклада семьи.

Подводя итоги литературного обзора, обратим внимание, что несмотря на большое внимание исследователей и учёных к изучению беременности, материнства и психологической готовности к материнству. Работ, посвященных теме выбора подготовки к родам и уходу за новорожденным, не так много, а те, что существуют, носят больше социологический характер.

В ходе изучения существующей литературы на данную тему нами были рассмотрены аспекты влияния различных факторов на готовность к родам и будущему материнству.

Были также проанализированы различные концепции психологических и физиологических особенностей беременных женщин.

Рассмотрены различные формы и виды подготовки к родам, будущему материнству и исследования влияния данного аспекта на жизнь беременной женщины.

Глава 2. Программа эмпирического исследования

2.1. Методы и организация исследования

Цель исследования - изучение социально-психологических особенностей женщин, выбирающих различные виды подготовки к родам.

Объект исследования - беременные женщины.

Предмет исследования:

1. Социально-психологические особенности женщин.
2. Способы психологической подготовки к родам.
3. Виды поддержки, оказываемые беременным женщинам.

Гипотезы исследования:

1. Существует взаимосвязь между видом подготовки к родам и личностными и социально-демографическими особенностями беременных женщин.
2. Отношение к своей беременности связано с успешно завершёнными родами.
3. Запрашиваемые и получаемые виды поддержки связаны с личностными особенностями беременных женщин

Задачи исследования:

1. Изучение социально-психологических особенностей беременных женщин по социально-демографическим и личностным характеристикам.

2. Исследование взаимосвязи между выбираемыми видами подготовки к родам и социально-психологических особенностей беременных женщин.

3. Исследование отношения женщин к настоящей беременности.

4. Проведение сравнительного анализа получаемых и желаемых видов поддержки.

2.2. Организация исследования

Исследование проходило на базе интернет-портала forum.littleone.ru. Выбор данной базы для исследования обусловлен следующими факторами:

- государственные учреждения, занимающиеся данными вопросами, не выразили готовности сотрудничать и предоставлять доступ для проведения исследования на территорию учреждений.

- коммерческие организации, специализирующиеся на работе с беременными женщинами, выразили нежелание сотрудничать в связи с риском раскрытия коммерческих тайн и потенциальной потери клиентов.

Именно в связи с этими причинами был выбран онлайн-формат исследования.

Этапы исследования:

1. Теоретическое обоснование, обзор существующих исследований.

2. Подготовка и подбор методик, создание дизайна проведения эмпирического исследования.

3. Поиск базы для проведения.

4. Сбор эмпирического материала (данных исследования).

5. Обработка данных: применение методов математической обработки и контент-анализа данных.
6. Описание и интерпретация результатов.

Первый этап исследования заключался в теоретическом обосновании необходимости и актуальности данного исследования. Были проанализированы современные исследования, касающиеся данной темы. В дальнейшем, осуществлялся выбор методик и составлялась собственная социально-психологическая анкета, обсуждался порядок предъявления методик.

Далее велись поиски базы для исследования. Сбор эмпирических данных в последствии был переведен в онлайн опросник с помощью сервиса www.surveymonkey.com. Чтобы испытуемым было удобнее заполнять методики все вопросы были переведены на интерактивный, удобный и понятный формат. Каждой женщине предлагалось добровольно поучаствовать в исследовании в удобное для неё время.

Обработка данных в первоначальном виде осуществилась в виде таблиц Excel, в последствие в программе SPSS 23.0.

2.3. Респонденты исследования

Беременные женщины, зарегистрированные на интернет-портале forum.littleone.ru.

2.4. Описание выборки

В исследовании принимали участие беременные женщины:

- в возрасте от 23 до 41 года (средний возраст 32,6),
- с высшим образованием 68 человек (86,8%), два высших у 3 людей (3,8%) кандидаты наук 4 человека (5%), неполное высшее 3 человека (3,8%) и среднее образование 1 человек (1,27%).
- находящиеся на 6-39 недели беременности (в среднем 26 неделя).
- у 72 женщин (91,14%) зачатие происходило естественным путем, у 4 женщин (5,06%) с помощью ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение) и у 3 женщин (3,8%) с помощью ИКСИ (введение сперматозоида в цитоплазму, интрацитоплазматическая инъекция).
- 71 испытуемый (89,7%) находится в зарегистрированном браке, 6 человек (7,59%) в гражданском браке и 2 женщины (2,53%) не замужем, ни одна женщина нашей выборки не находится в разводе;
- 9 человек (11,39%) проживают совместно со старшим поколением и 70 человек (88,7%) отдельно.
- Для 17 женщин (21,52%) испытуемых данная беременность оказалась спонтанной, для 62 человек (78,48%) планируемой.
- Из всех опрошенных у 31 респондента (39,94%) нет детей, у 34 женщин (43,04%) есть 1 ребенок, у 9 респондентов есть 2 ребенка (11,39%), у 2 женщин (2,53%) по три ребенка и у 3 респондентов имеется 4 ребенка (3,8%).

Нами рассматривались несколько видов подготовки к родам:

- посещение курсов или школ по вопросам беременности, родов и ухода за ребенком 13 человек (16,46% выборки посещают данный вид),

- занятия с расслабляющимися техниками (бассейн, йога, медитация) 9 человек (11,39%) ходят на занятия этого вида
- 57 человек (72,15%) респондентов не планирует посещать занятия, объясняя это уже имеющимся опытом или иными причинами.

2.5. Методы сбора информации

Пример бланка ответов в приложении (приложение №1).

2.5.1. Социально-демографическая анкета

Разработана специально для данного исследования. Содержит вопросы социально-демографического характера:

- возраст респондента
- срок настоящей беременности (в неделях)
- уровень полученного образования
- каким образом осуществлялось зачатие (естественное или иное)
- в каком семейном положении находится респондент
- как проживает респондент (совместно или отдельно от старшего поколения)
- была ли запланирована данная беременность
- сколько уже рожденных детей существует у респондента
- был ли опыт невынашивания беременности (прерывание беременности в связи с различными ситуациями или утраты не рожденного или новорожденного ребенка)

- посещаются ли занятия по подготовке к родам (какого вида занятия)
- какая поддержка является наиболее и наименее важной для респондента
- какую поддержку в наибольшей и наименьшей степени получает респондент
- кто оказывает разные виды поддержки респондента
- какие роды выбираются женщиной (с помощью медицинского персонала или иные виды)
- запланировано ли место для родоразрешения или еще не выбрано

2.5.2. Методика «Тест отношений беременной» (ТОБ (б))

Разработана Эйдемиллером Э. Г., Добряковым И. В. и Никольской И. М. в 2003 году. Предназначен для определения типа переживания беременности у будущей матери (Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М., 2003). Тест позволяет не только определить тип ПКГД по преобладанию выбранных утверждений, но и произвести качественный анализ, выявить те отношения, которые нуждаются в коррекции.

Все утверждения данной методики соотносятся с 3 категориями отношений беременной:

А. Отношение к себе беременной (отношение к беременности, отношение к образу, отношение к родам)

Б. Отношения в системе «мать-дитя» (отношение к себе, как к матери, отношение к ребенку, отношение к грудному вскармливанию)

В. Отношение к отношению окружающих (отношение к мужу, отношение к близким, отношение к посторонним).

Если в результате тестирования набрано 7-9 баллов, соответствующих одному из типов ПКГД, он может считаться определяющим.

2.5.3. Опросник Локус Контроля Дж. Роттера

Дж. Роттер в 1954 году ввел понятие «локус контроля» с помощью которого предложил группировать людей в соответствии с тем, где они локализуют контроль (внутри или снаружи). Локусом контроля называют также и локализацию контроля волевого компонента. Понятие локус контроля рассматривается как степень понимания причинных взаимосвязей между собственным поведением и достижением желаемого человеком. По мнению Роттера, интернальность и экстернальность локуса контроля выступают устойчивыми свойствами личности, сформированными в процессе социализации и приобретения жизненного опыта. Представляет собой методику выявления локуса контроля личности, рассчитанную на взрослых испытуемых, относится к типу опросников установок и исследует глобальные мировоззренческие отношения личности методом прямых вопросов. В данной методике исследуется интернальность и экстернальность.

2.5.4. Методика диагностики межличностных отношений Т. Лири

Методика создана Т. Лири, Г. Лефоржем, Р. Сазеком в 1954 г. Предназначена для исследования представлений субъекта о себе и идеальном «Я». С помощью данной методики выявляется преобладающий тип отношений к людям в самооценке личности.

Для представления основных социальных отношений Т. Лири разработал схему в виде круга, разделенного на секторы. В этом круге по вертикальной и горизонтальной осям обозначены четыре ориентации:

- доминирование-подчинение,
- дружелюбие-враждебность.

В свою очередь, эти секторы разделены на восемь секторов, соответствующим более частным отношениям. Для еще более тонкого описания круг возможно поделить на 16 секторов, но чаще используются октанты, определенным образом ориентированные относительно двух основных осей.

Схема Т. Лири основана на предположении: чем ближе оказываются результаты испытуемого к центру окружности, тем сильнее взаимосвязь этих переменных. Сумма баллов каждой ориентации переводится в индекс, где выясняется какая часть каждой оси является доминирующей в вертикальной (доминирование-подчинение) и горизонтальной (дружелюбие-враждебность). Отдаленность полученных данных от центра круга и указывает на адаптивность или экстремальность поведения.

Опросник содержит 128 оценочных суждений, сгруппированных по 4 суждения определенной направленности и повторяется через равное количество раз. Полученные при помощи «ключа» первичные оценки по 16 характеристикам формируют 8 октант, которые отражают тот или иной вариант межличностных отношений:

- властный – лидирующий;
- независимый – доминирующий;
- прямолинейный – агрессивный;

- недоверчивый – скептический;
- покорный – застенчивый;
- зависимый – послушный;
- сотрудничающий – конвенциальный;
- ответственный – великодушный.

Характеристики, не выходящие за пределы 8 баллов, свойственны гармоничным людям. Показатели, превышающие 8 баллов, свидетельствуют об акцентуации свойств, выявляемых данным октантом. Уровень в 14-16 баллов свидетельствует о трудностях социальной адаптации.

Предназначена для исследования представлений субъекта о себе и для изучения взаимоотношений в малых группах.

2.6. Методы обработки информации

Полученные данные были первично обработаны в таблице Excel, подсчет производился с помощью методов математической статистики и был реализован в программе SPSS 23.0, с использованием χ^2 -Пирсона, Т-критерия Стьюдента и многофакторного дисперсионного анализа Шеффе, а также был применен контент-анализ данных.

ГЛАВА 3. Анализ эмпирических данных

Данный раздел строится по следующему принципу:

В начале мы рассмотрим результаты по каждой проведенной методике отдельно, далее проведем сопоставление результатов между собой и с результатами уже существующих практик в уже описанном литературном обзоре.

3.1. Социально-демографическая анкета

Данная анкета изучала следующие параметры:

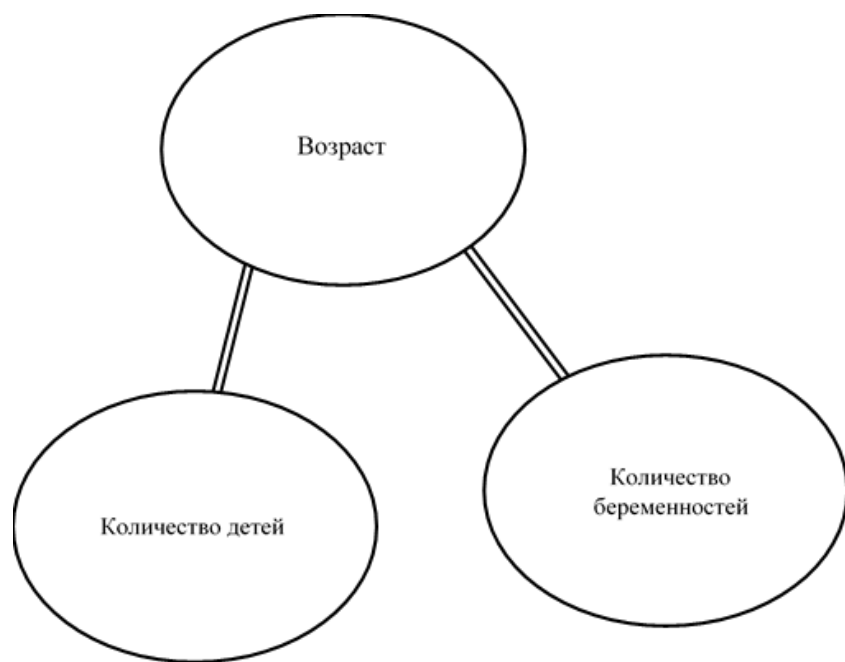
- возраст респондента
- срок настоящей беременности (в неделях)
- уровень полученного образования
- каким образом осуществлялось зачатие (естественное или иное)
- в каком семейном положении находится респондент
- как проживает респондент (совместно или отдельно от старшего поколения)
- была ли запланирована данная беременность
- сколько уже рожденных детей существует у респондента
- был ли опыт невынашивания беременности (прерывание беременности в связи с различными ситуациями или утраты не рожденного или новорожденного ребенка)
- посещаются ли занятия по подготовке к родам (какого вида занятия)
- какая поддержка является наиболее и наименее важной для респондента
- какую поддержку в наибольшей и наименьшей степени получает респондент
- кто оказывает разные виды поддержки респондента

- какие роды выбираются женщиной (с помощью медицинского персонала или иные виды)
- запланировано ли место для родоразрешения или еще не выбрано

Для нахождения статистически значимых результатов нами был проведен сравнительный анализ с помощью таблиц сопряженности различных параметров выборки. Рассмотрим полученные результаты подробнее:

Первая группа данных сопоставлена с возрастом испытуемых.

- Чем старше беременная женщина, тем больше у нее детей ($p < 0,01$), (корреляционная плеяда 1).
- Чем старше женщина, тем больше у неё было беременностей ($p < 0,01$), (корреляционная плеяда 1).



Корреляционная плеяда 1.

Следующая группа данных относится к количеству беременностей.

- Чем меньше у женщины было беременностей, тем чаще она живет со старшим поколением на одной жилищной территории ($p < 0,05$), (корреляционная плеяда 2).
- Чем меньше у женщин было беременностей, тем чаще настоящая беременность является запланированной ($p < 0,05$), (корреляционная плеяда 2).
- Чем больше было у женщины беременностей, тем реже она ходит на занятия по подготовке к родам и уходу за ребенком ($p < 0,01$), (корреляционная плеяда 2).



Корреляционная плеяда 2.

Далее рассмотрим группу посещения занятий.

- Занятия не посещаются теми женщинами, у которых данная беременность планируемая ($p < 0,05$), (корреляционная плеяда 3).
- Занятия не посещаются теми женщинами, которые чаще проживают совместно со старшим поколением на одной жилищной территории ($p < 0,05$), (корреляционная плеяда 3).



Корреляционная плеяда 3.

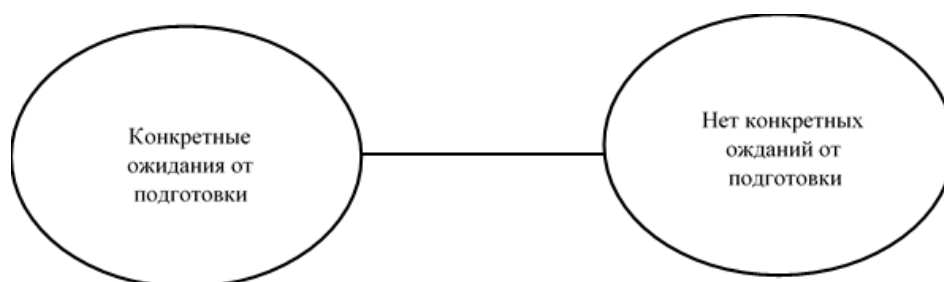
Среди респондентов, принявших участие в нашем исследовании, значительно меньше респондентов, посещающих разные виды подготовительных занятий ($p < 0,05$), чем тех, кто не посещает специализированных занятий. Предполагаем, что это связано с базой сбора выборки. Так как эти женщины большую часть волнующей информации ищут на интернет-портале forum.littleone.ru и прочих интернет ресурсах они не столь заинтересованы в курсах, занятиях для дородовой подготовки.

Подводя итог, можно говорить о взаимосвязи проживания самостоятельного или совместного со старшим поколением с количеством беременностей и детей. Специфичность нашей выборки обуславливает непосещения занятий для подготовки к родам. Ввиду большого количества экспертного (на их взгляд) мнения на форуме.

Результаты контент-анализа данной методики показывают следующее:

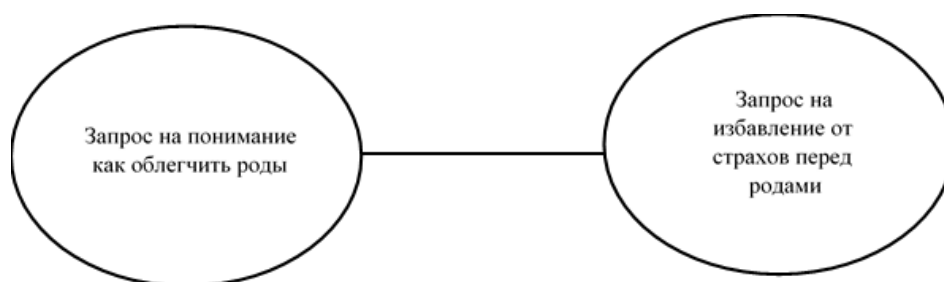
Выявлено, что в ходе подготовки к родам женщины чаще не ожидают чего-то конкретного от занятий ($p < 0,05$), (корреляционная плеяда 4). Для 29 испытуемых (37,2%) целью посещения занятий является «получение знаний». 18 респондентов (22,3%) отмечают одной из целей - получение информации о том «как сделать роды легкими и успешными». Для 8 испытуемых (10,2%)

одной из целей подготовки является избавление от страха перед родами, В большинстве случаев беременные хотят облегчить боль в родах, минимизировать страх и при этом завершить родовспоможение успешно.



Корреляционная плеяда 4.

К тому же считаем важным отметить, что данные женщины чаще выбирают подготовку к родам для понимания как облегчить роды, чем избавиться от страхов перед родами ($p < 0,05$), (корреляционная плеяда 5). Данный аспект интересен ввиду неоднозначности. Можем предположить, что женщины считают избавления от страха перед родами невыполнимой задачей, так как даже прошедшие уже этот процесс и знающие об этапах родов все равно боятся и тревожатся на этот счет.



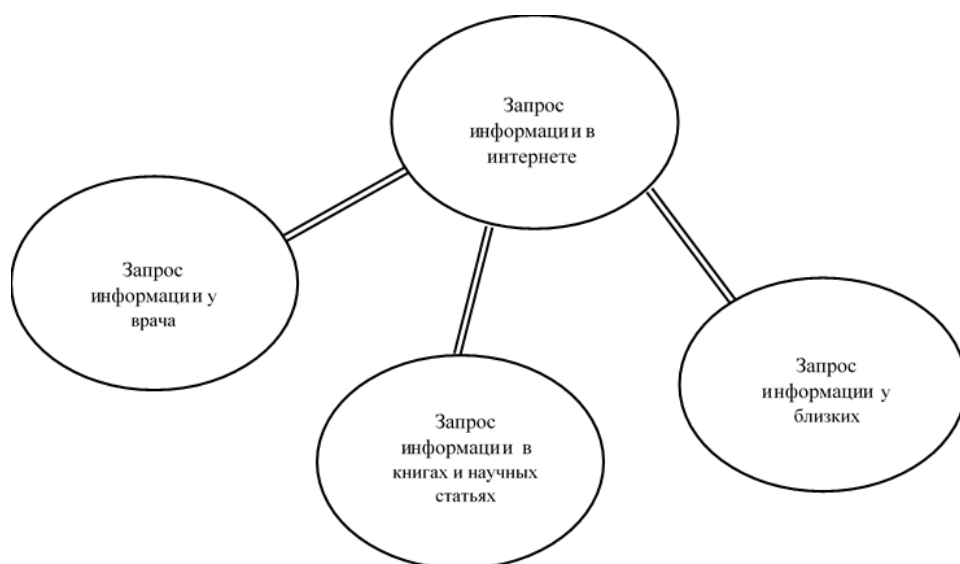
Корреляционная плеяда 5.

В ходе анализа данных было замечено, что статистически чаще женщины нашей выборки ищут информацию по вопросам родов, в отличие от вопроса покупок для новорожденного ($p < 0,05$), однако еще чаще ищут информацию о текущей беременности, в ходе её протекании ($p < 0,01$). Таким образом самые актуальные темы для большинства: протекание беременности и её этапы, а также роды (корреляционная плеяда 6).



Корреляционная плеяда 6.

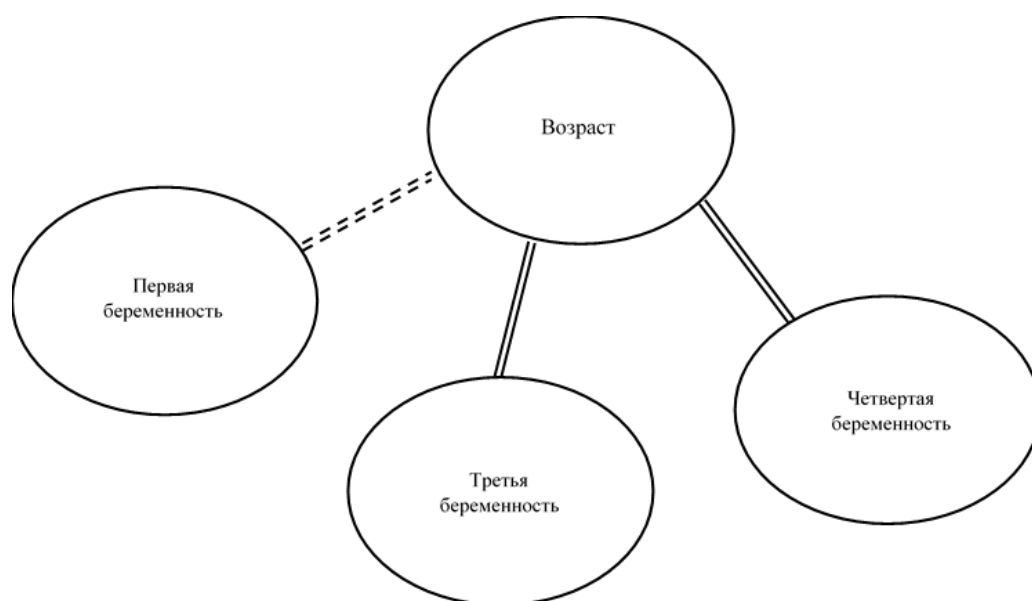
Большинство беременных женщин, участвовавших в нашем исследовании запрашивают информацию в интернете, а не у близких ($p < 0,01$), или в книгах и научных статьях ($p < 0,01$), также значимо реже обращаются к врачам по своим вопросам ($p < 0,01$), (корреляционная плеяда 7). В век современных интернет технологий и инфокоммуникаций в любой момент можно получить огромное количество ответов на один запрос за пару секунд. Необходимо учесть особенности нашей выборки, характеризующейся высокой активностью в интернет форуме. Зачастую в ходе обсуждений на форумах возникают дружественные связи и тем самым повышается доверия к «форумчанам» и к информации, получаемой от них. Благодаря чему с большей вероятностью женщины нашей выборки больше будут обращаться за информацией, объяснениями и пояснениями на интернет портал.



Корреляционная плеяда 7.

Также нами были подтверждены следующие вполне объяснимые закономерности:

- те женщины, которые переживают третью беременность значительно старше ($p < 0,01$), по сравнению с теми, у кого данная беременность первая. Также и со сравнением тех, у кого настоящая беременность четвертая ($p < 0,01$) при сравнении с испытуемыми, с первой беременностью (корреляционная плеяда 8).



Корреляционная плеяда 8.

В ходе анализа данных нами были выявлены и неожиданные аспекты:

- Спонтанно забеременевшие женщины значительно чаще живут отдельно от старшего поколения (родителей, бабушек, дедушек) ($p < 0,05$). Это может быть обусловлено более активной сексуальной жизнью у женщин, проживающих отдельно от старшего поколения (корреляционная плеяда 9).

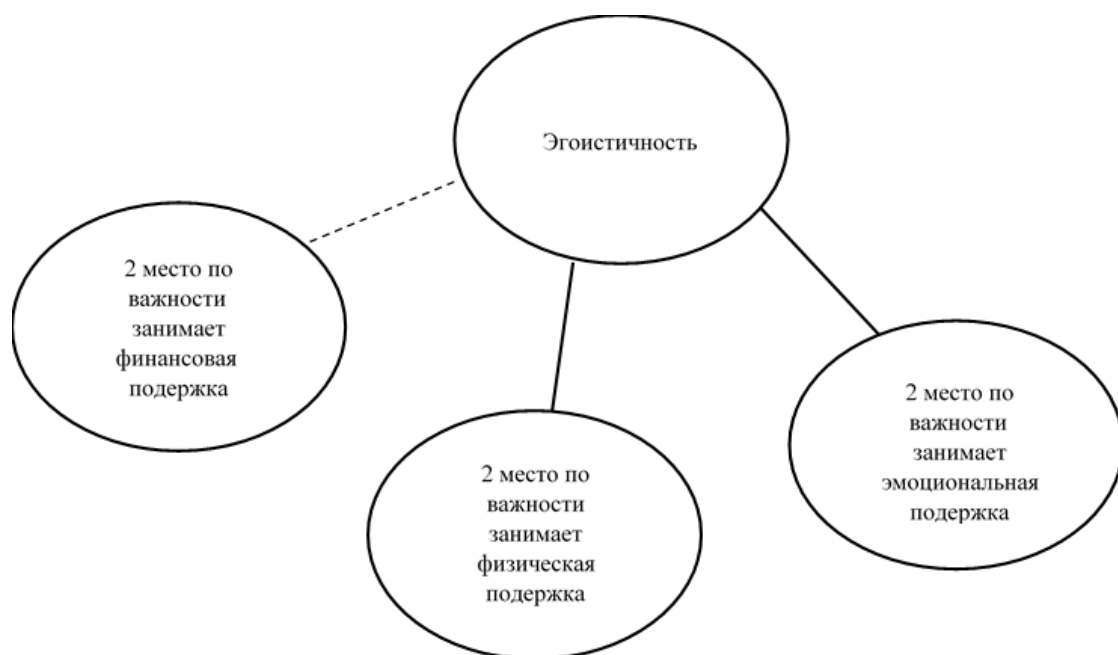
- У спонтанно забеременевших девушек значимо чаще встречается более низкий уровень образования (неполное высшее или среднее) ($p < 0,01$), (корреляционная плеяда 9).



Корреляционная плеяда 9.

- Женщины, которые на 2 место по важности ставят физическую поддержку имеют более значимые показатели эгоистичности, в отличие от тех, кто на 2 место по важности ставят финансовую поддержку ($p < 0,05$), (корреляционная плеяда 10). То есть, те, для которых важна физическая поддержка считают себя эгоистичнее в межличностных отношениях, в отличие от тех, кому важна финансовая помощь. Вероятно, это может быть связано с некоторыми чертами характера и темперамента.

- Те, кто ставит на 2 место по важности эмоциональную поддержку имеют показатели эгоистичности выше, чем те, кому важна финансовая поддержка ($p < 0,05$), (корреляционная плеяда 10). Иначе говоря, женщины, для которых актуальнее эмоциональная поддержка проявляют себя более эгоистично, чем беременные с желанием получить финансовую помощь.



Корреляционная плеяда 10.

Предполагаем, что данный аспект может быть связан с личностными особенностями женщин.

Согласно полученным данным можно сделать вывод о наличие взаимосвязи между личностными характеристиками, социально-демографическими, социально-психологическими аспектами и отношением к собственной беременности. Иначе говоря, гипотеза не нашла опровержения.

3.1.2. Методика «Тест отношений беременной» (ТОБ (б))

Для определения типа переживания беременности у будущей матери были рассмотрены 3 параметра: отношение к себе беременной, отношение в системе мать-дитя и отношение к отношению окружающих.

Результаты исследования по данной методике говорят о значительном преобладании оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты у женщин нашей выборки над остальными типами (77,2%). Это означает, что у большинства представителей исследуемой группы женщин преобладают: положительные эмоции к своей беременности, ответственный подход к рождению ребенка, без лишней тревоги, чаще беременность желанна обоими супругами и сохраняются теплые, гармоничные отношения.

Реже встречается смешанный тип (7,59%), где выявлено одинаковое количество ответов, относящихся к разным типам гестационной доминанты. Что говорит о примерно равном соотношении сразу нескольких типов, у этих женщин амбивалентные отношения к своей беременности, могут быть как повышенный фон настроения, так и большое количество тревог. При проведении качественного анализа ответов женщин с смешанным типом было выявлено:

- у всех женщин высокий уровень образования (высшее, второе высшее и 2 высших).
- все беременные проживают отдельно от старшего поколения
- все находятся в зарегистрированном браке
- все не посещают занятия по подготовке к родам и уходу за ребенком, при этом у 3 женщин нет опыта успешного родоразрешения.

Можно предположить, что беременные женщины со смешанным типом ПКГД можно охарактеризовать, как самостоятельных и уверенных в собственных силах и опыте. Женщин этой группы в нашей выборке оказалось недостаточно для нахождения корреляций между личностными характеристиками и фактом отношении к своей беременности. Однако, можно

предположить, что у женщин этого типа могут наблюдаться выраженные отличия в плане ответственности и уверенности.

Также редко в нашей выборке встречается эйфорический тип (6,33%). У женщин с этим типом доминирует повышенное настроение, уверенность только в благополучном исходе родов, малая чувствительность к объективной реальности. При использовании качественного анализа было обнаружено, что беременные женщины эйфорического типа нашей выборки имеют в опыте от одной до семи неуспешно завершенных беременностей по различным причинам. Можно предположить, что у данных женщин ввиду опыта неуспешной беременности ожидаемость ребенка может быть выше, благодаря чему беременность воспринимается как исполнение давней мечты. Также беременными данного типа были выбраны одинаковые утверждения: «беременность заставила меня полностью изменить образ жизни», «я понимаю ребенка, которого вынашиваю, восхищаюсь им и считаю, что он знает и понимает все, о чем я думаю» и «я думаю о родах, как о предстоящих праздниках». Если обратиться к уже существующим исследованиям, построенным на данной методике, можно обратить внимание на научную публикацию Л. Н. Рабовалюк (2012 г.). В которой отмечается, что нередко женщины с эйфорическим типом отличаются истерическими чертами личности, декларируют чрезмерную любовь к будущему ребенку, а также зачастую имеют в опыте жизни длительное лечение от бесплодия или неудачные беременности. [34] Данные аспекты выявились и в нашем исследовании.

Редким для нашей выборки также является и гипогестогнозический тип (2,53%) – равнодушное отношение к собственному состоянию, внимание окружающих к факту беременности вызывает раздражение. При контент-анализе было обнаружено, что эти женщины относятся к старшей возрастной группе (30 лет), получили высшее образование, не ходят на занятия или курсы для подготовки к родам и уходом за ребенком, отметили, что меньше всего

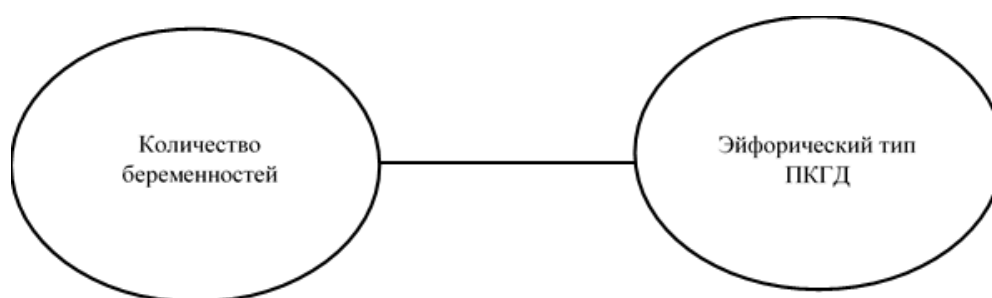
получают физическую поддержку, для них наименее важна финансовая поддержка, относятся к группе с выраженной интернальностью, сотрудничающие и ответственные. При выполнении опросника отметили: «я не думаю о том, как буду кормить ребенка грудью», «я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с тем, что я беременна», «беременность не заставила меня существенно изменить образ жизни, но я стала кое в чем себя ограничивать». Схожие результаты получились у О.В. Лысенко в своем исследовании. В котором автор описывает женщин с данным типом, как скептически настроенных к курсам подготовки, пренебрегающих занятиями, не склонных менять свои жизненные позиции и устои в связи с беременностью [21]. Согласно описанию женщин с гипогестогнозическим типом ПКГД в книге И.В. Добрякова беременные с этим типом зачастую производят впечатление вполне благополучных, с высоким уровнем образования, однако довольно поздно осознают свою беременность [14]. Динора Пайнз считает, что в формировании данного типа определенную роль играют защитные механизмы, вытесняющие нежелательные переживания [30].

Наиболее редкий тип ПКГД в нашем исследовании - тревожный (1,27%) – у женщин с таким типом, согласно классификации И.В. Добрякова наблюдаются: высокая тревожность, постоянное нервное напряжение и мысли о неуспешных родах. В исследовании приняла участие только одна женщина с таким типом. У неё данная беременность одиннадцатая, детей двое, она никогда не состояла в браке и забеременела спонтанно. Н.К. Спицина в своей научной публикации пишет, что зачастую фактором возникновения служат дисгармонии в семье, беременность вне брака, а также случайная беременность, соматическое или психическое нездоровье [38]. Что подтверждается в нашем исследовании социально-демографической анкетой женщины с тревожным типом.

В ходе эмпирического исследования нами не было обнаружено беременных с депрессивным типом. Предполагаем, что это связано со спецификой испытуемых: все беременные женщины нашей выборки высоко активно участвуют в жизни интернет форума, посвященному беременности и родительству, что может говорить об уровне принятия собственного статуса беременной женщины, важности общности с теми, у кого ситуация похожа и вовлеченности в обсуждения актуальных тем.

Таким образом, в рамках нашей выборки по данной методике выявлено следующее: чаще встречаются женщины с оптимальным типом ПКГД, у женщин со смешанным типом ПКГД есть сходства в социально-демографических характеристиках. У женщин с тревожным типом фактором может служить неблагоприятная обстановка в семье. А женщины с депрессивным типом встречаются реже в отличие от остальных типов.

Также в ходе анализа результатов данной методики были выявлены значимые данные: при увеличении количества детей у беременной женщины значимо чаще встречается эйфорический тип, в отличие от оптимального ($p < 0,05$), (корреляционная плеяда 11).



Корреляционная плеяда 11.

Можно предположить, что у женщин с большим количеством детей ввиду наличия опыта родов, понимания процессов беременности и малого количества неопределенности чаще встречается эйфорическое ожидание ребенка и повышенное настроение. Вероятно, на формирование типа ПКГД влияет

существующий опыт успешных родов. Таким образом, гипотеза о связи отношения к собственно беременности и количества успешных родов не нашла опровержение.

3.1.3. Опросник Локуса Контроля Дж. Роттера

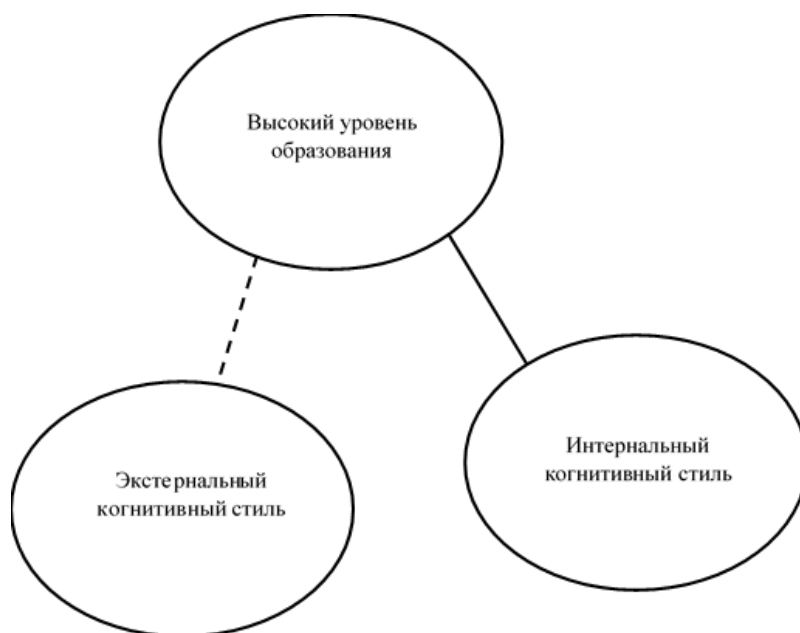
Статистический анализ показал частотность встречаемости 3 когнитивных стилей: интернальный 27 респондентов (33,8%) для которых характерна внешняя направленность, желание поддержки и похвалы, люди с высокими показателями интернальности чувствуют ответственность за совершаемые действия и уверены в возможности управления процессов любых сфер жизни. В исследовании Блюм А.И. и Василенко Т.Д. беременные с выраженным интернальным стилем описываются как уверенные в том, что человек сам влияет на судьбу и человек получает результаты согласно о своей ответственностью за них. Такие женщины предпринимают усилия для достижения положительных результатов в будущем.

Экстернальный стиль - 47 испытуемых (58,8%), у людей данного стиля достижения успехов или неудачи в каких-либо действиях приписываются успеху, везению, окружающей среде, помощи от других людей или случаю. Среди которых у 2 испытуемых (4,26%) был найден гипогестогнозический тип. Логично предположить, что женщины с возможным принятием собственной беременности также приписывают все свои удачи и неудачи к влиянию из вне и не берут ответственность за собственные действия.

Экстернально-интернальный стиль – 5 женщин (6,3%) у данных беременных наблюдается одинаковое количество ответов по шкалам экстернальности и интернальности, что говорит либо о гармоничном соблюдении пропорции восприятия личных успехов и неудач в большинстве интересующих сферах жизни (например, работа, семья или увлечения), либо о

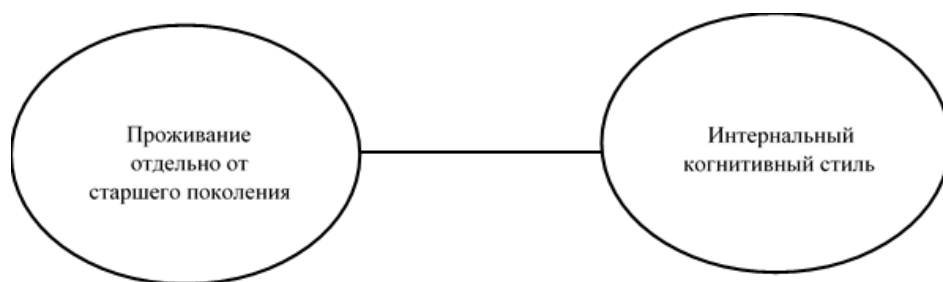
разнице между пониманием ответственности и принятии успехов и не удач за собственные действия в различных сферах.

В ходе статистического анализа данных были выявлены следующие взаимосвязи: у женщин нашей выборки, относящихся к группе интернального когнитивного стиля значимо чаще уровень образования, был выше, в отличие от группы с экстернальным стилем ($p < 0,05$), (корреляционная плеяда 12). Предполагаем, что те женщины, которые берут ответственность за собственные решения и действия более успешны в сфере обучения, чем те, кто привык винить в своих неудачах внешние факторы.



Корреляционная плеяда 12.

Также беременные с выраженным интернальным стилем проживали значимо чаще отдельно от старшего поколения ($p < 0,05$), (корреляционная плеяда 13). Что может говорить о некотором желании самостоятельности, свободе действий.



Корреляционная плеяда 13.

Также нами обнаружено, что значимо чаще выраженный интернальный стиль встречается у тех, кто не сталкивался в своем жизненном опыте с неуспешными родоразрешениями ($p < 0,05$), (корреляционная плеяда 14). Целесообразно предположить, что те беременные женщины, которые переживали утрату еще не рожденного ребенка или выбрали аборт обращены на мнение о неуспешности в жизни. Что подтверждается описанием женщин с «привычной невынашиваемостью беременности» в работе Е.И. Захарова и А.С. Чуваева (2015). В исследовании данных авторов подтвердилась гипотеза о восприятии будущего материнства как угрозу собственному благополучию женщинами с опытом невынашивания. Кроме того, корреляция между экстернальным типом и высокими показателями недоверчивости по методике диагностики межличностных взаимоотношений Т.Лири находятся на уровне тенденций ($p < 0,05$), (корреляционная плеяда 14). Что подтверждается описанием экстернальности автора методики. К тому же значимые статистические данные показывают взаимосвязь между экстернальным типом и высокими показателями зависимости от чужого мнения ($p < 0,01$), (корреляционная плеяда 14). Коверзнева И. А. (2010) пишет о людях с данной направленностью, как о подверженных влиянию, возвращающихся к прошлым ситуациям, эмоционально неустойчивых и неопосредовано мыслящих [18].



Корреляционная плеяда 14.

По результатам данной методики гипотеза о существовании взаимосвязи между видом подготовки к родам и личностными особенностями беременных женщин не нашла подтверждение. Однако нашлись взаимосвязи с методикой диагностики межличностных отношений.

3.1.4. Методика диагностики межличностных отношений Т. Лири

Женщины, которым важнее физическая поддержка значимо чаще имеют высокие показатели уверенного, независимого стиля межличностных отношений, в отличие от тех, кому хотелось бы получать больше финансовой поддержки ($p < 0,05$), (корреляционная плеяда 15). То есть беременные со стабильным финансовым положением предпочитают физическую помощь и чувствуют себя увереннее в общении с людьми, в отличие от тех, кому не хватает финансового благополучия.



Корреляционная плеяда 15.

Также те беременные, которые в приоритет ставят эмоциональную помощь значимо чаще показывают уверенное, независимое поведение в межличностных отношениях, в отличие от тех, кому хотелось бы получать больше финансовой поддержки ($p < 0,05$), (корреляционная плеяда 16). Что вполне логично, если у женщины есть деньги и их ей хватает на ее потребности она чувствует независимость и хочет получать одобрение, понимание и прочие эмоциональные аспекты.

Также те, кто выделяют по важности эмоциональную поддержку сами проявляют больше помощи окружающим людям, чем те, кто нуждается в финансовой поддержке ($p < 0,05$), (корреляционная плеяда 16). Из этого можно сделать предположение, что для этих женщин важно не только получать эмоциональную поддержку, одобрение, положительную оценку, понимание, но и отдавать это другим людям.



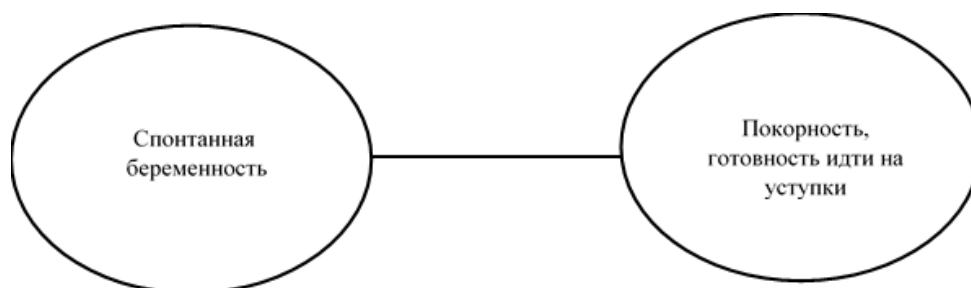
Корреляционная плеяда 16.

Также нами был обнаружен неожиданный аспект: те женщины, которые посещают образовательные курсы по подготовке к беременности значимо чаще показывают высокие результаты показателей властности, уверенности в себе, в отличие от тех, кто посещают занятия по расслабляющим техникам ($p < 0,01$), (корреляционная плеяда 17). Целесообразно предположить, что возможно изначально эти женщины более уверенны и властны в межличностном общении. Также возможно, что ввиду понимания процессов беременности и родов женщины понимают, как могут справляться с различными ситуациями и за счет этого ощущают больше уверенности.



Корреляционная плеяда 17.

У спонтанно забеременевших женщин чаще (на уровне тенденций) встречаются такие личностные характеристики, как покорность, склонность к уступкам, стремление найти опору в ком-либо более сильном ($p < 0,05$), (корреляционная плеяда 18).



Корреляционная плеяда 18.

Предполагаем это связано с личностными характеристиками женщин.

Те беременные, которые посещают занятия по подготовке к родам значительно чаще доминируют и стремятся занимать лидирующие позиции ($p < 0,05$), а также имеют более авторитарный характер ($p < 0,01$), нежели те, кто не посещают, (корреляционная плеяда 19).



Корреляционная плеяда 19.

В нашей выборке не выявлены взаимосвязи межличностных отношений и отношения к собственной беременности. Предполагаем, что данные взаимосвязи не проявились в виду большого количественного разрыва между групп женщин с оптимальным и остальными типами ПКГД и могли бы обнаружиться при большей или менее разрозненной выборке.

3.2. Обсуждение результатов эмпирического исследования

При анализе данных обнаружили разнящиеся по количеству группы посещения/не посещения занятий по подготовке к родам, спонтанности/запланированности беременности, естественному/искусственному зачатию. В виду чего было невозможно посчитать некоторые корреляции, и многие аспекты не выявились. В будущем исследовании планируем расширить выборку и добавить некоторые методики.

3.2.1. Социально-психологические особенности беременных женщин по социально-демографическим и личностным характеристикам

В нашем исследовании выявились взаимосвязи социально-демографических, социально-психологических и личностных особенностей беременных женщин. Участники исследования отнесенные к смешанному типу ПКГД имеют схожие социально-демографические характеристики по уровню образования, проживанию отдельно от старшего поколения, семейному положению и не посещению занятий психологической или физической подготовки к родам. У женщин с эйфорическим типом ПКГД были найдены схожие ситуации невынашиваемости беременности в жизненном опыте и социально-психологический аспект недоверчивости в вопросах межличностных отношений. У женщин с гипогестозическим типом ПКГД были выявлены следующие сходные данные: все женщины относятся к старшей возрастной группе (30 и более лет), получили высшее образование, нуждаются в физической поддержке, не нуждаются в финансовой помощи, считают себя сотрудничающими и ответственными в межличностных отношениях. Тревожный тип ПКГД был найден только у одной женщины, которая отличается большим количеством прерванных беременностей, текущая беременность спонтанна. В ходе исследования не были обнаружены женщины с депрессивным типом. Испытуемые, живущие со старшим поколением на одной жилищной территории, меньшее количество раз беременели. Также отметим взаимосвязь интернального стиля с проживанием отдельно от старшего поколения и отсутствием опыта невынашиваемой беременности.

3.2.2. Взаимосвязь между выбираемыми видами подготовки к родам и социально-психологическими, социально-демографическими особенностями беременных женщин

Ввиду малого количества в выборке женщин, посещающих занятия, было выявлено небольшое количество взаимосвязей между социально-психологическими особенностями женщин и выбираемыми подготовками к родам. В большинстве случаев женщины выбирают подготовку преследуя цели снизить свою тревожность, избавиться от страха перед родами, получить практические знания и информацию об успешных родах.

3.2.3. Взаимосвязь отношения женщин к настоящей беременности с успешно завершёнными родам

В ходе исследования была найдена обратная взаимосвязь между отношением женщины к настоящей беременности и количеством не успешно завершённых родов. У эйфорического типа ПКГД нашей выборки в жизненном опыте от одной до семи невыношенных беременностей по различным показаниям и убеждениям. Таким образом можем говорить о повышенном чувстве ожидания ребенка, повышенном эмоциональном фоне и малой чувствительности к объективной реальности у женщин с эйфорическим типом, имеющих в анамнезе невынашиваемость беременности.

3.2.4. Взаимосвязь видов поддержки с социально-психологическими особенностями беременных женщин

Женщины с запросом на физическую помощь значимо чаще обладают показателями уверенности и независимости в межличностных отношениях. А те, кто в приоритет ставят эмоциональную поддержку значимо чаще показывают уверенное поведение и независимость, к тому же сами эмоционально поддерживают других людей. Женщины с выраженной интернальностью чаще ставят на первое место по важности физическую поддержку и на последнее место финансовую поддержку. Женщины, ставящие

на второе место по важности физическую или эмоциональную поддержку, имеют более высокие показатели эгоистичности, в отличие от тех, у которых следует на втором месте финансовая поддержка.

Выводы

1. Наименьшее количество беременностей и высокие показатели интернальности выявлены у женщин, проживающих отдельно от старшего поколения (родителей, бабушек, дедушек).

2. У женщин с одним типом ПКГД существуют тождественные социально-демографические, социально-психологические и личностные характеристики. Например, у женщин с эйфорическим типом были обнаружены недоношенные беременности и большее количество детей, в отличие от женщин с другими типами.

3. Взаимосвязь между выбираемыми видами подготовки к родам и социально-психологическими особенностями не найдена.

4. Обнаружена взаимосвязь посещения занятий по подготовке к родам, уходом за новорожденным и количеством уже рожденных детей.

5. Беременные женщины относятся к своей беременности согласно пережитому опыту, личностным характеристикам и социально-демографическим параметрам. К примеру, женщины с гипогестогнозическим отношением к беременности отличаются выраженной интернальностью, ответственностью и сотрудничеством, согласно социально-демографического аспекта - относятся к старшей возрастной группе (30 и более лет) и получили высшее образование.

6. В зависимости от пережитого опыта, локуса контроля и стиля поведения в межличностных отношениях существует взаимосвязь с получаемыми и желаемыми видами поддержки. Так например, женщины с запросом на физическую помощь значимо чаще соглашаются с утверждениями о собственной уверенности и независимости в межличностных отношениях. А те, кто в приоритет

ставят эмоциональную поддержку чаще сами эмоционально
поддерживают других людей.

Заключение

Подводя итоги, можно говорить, что данная проблематика еще мало изучена. Впрочем, ввиду молодости психологической науки предполагаем, что еще множество новых открытий на данную тему ждут исследователей и ученых.

В нашем исследовании были найдены аспекты, позволяющие выявить взаимосвязи социально-психологических, социально-демографических и личностных характеристик беременных женщин, а также частично выбора вида психологической подготовки к родам. Тем самым, частично подтвердив гипотезу исследования.

К тому же согласно результатам проведенного исследования подтверждает необходимость дальнейшего изучения данной проблематики. Представляется целесообразным расширение выборки и методологического комплекта для улучшения эффективности последующего исследования.

Данное исследование может дополнить систему знаний по данной проблематике, помочь в изучении социально-психологических аспектов беременности и сложить изученные социально-психологические взаимосвязи в общую структуру сведений о психологической составляющей беременных женщин.

Список использованной литературы

1. Айламазян Э.К. Психика и роды. СПб.,1996
2. Андреева Е.А., Новокрещенова И.Ю., Аранович И.Ю. Готовность к роли матери: медико-социологический анализ факторов формирования. Известия Саратовского университета. 2011, том 11 Социология. Политология, № 4
3. Аранович И.Ю., Андриянова Е.А., Новокрещенова И.Г. Современная практика подготовки беременной женщины к выполнению роли матери (по материалам интервью с врачами женских консультаций) // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011, том 7, №1. С. 45-49.
4. Баз Л.Л. Баженова О.В. Исследование восприятия психологической поддержки беременными женщинами Психологический журнал. Том 15, №1, 1994. С 137-146.
5. Безрукова О.Н. Готовность к отцовству: факторы, условия и предпосылки. Вестник Санкт-Петербургского университета. 2007, сер. 6, №2. Ч. 1. С. 98-109.
6. Бернс Р., Развитие Я-концепции и воспитание /Пер. с англ. - М.: "Прогресс", 1986. С. 32
7. Блох М.Е., Шаповалова Е.А., Киселев А.Г. Психологические характеристики беременных женщин, посещающих курсы подготовки к родам. Журнал акушерства и женских болезней. Том LXI, №5, 2012. С 49-54.
8. Боровикова Н.В., Федоренко С.А. Мотивы сохранения беременности в условиях современной российской действительности. Материалы всероссийской конференции духовные ценности российской молодежи, - Орел, 1997.

9. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Вопросы психологии. 2002. №3, сентябрь.
10. Ветчанина Е.Г. Психологические состояния беременных женщин в условиях острого и хронического стресса и особенности их психокоррекции – автореф. на соискание степени канд. пси. н. - Томск: 2003. 191с.
11. Винникотт Д.В. Разговор с родителями/ Пер. с англ. М. Н. Почукаевой, В.В. Тимофеева. М.: Независимая фирма “Класс”. Серия: Библиотека практической психологии и психотерапии, 2007.
12. Грицай Л.А. Кризис традиционного материнства в современной России: социально-психологический аспект // Практическая психология и психоанализ. №3, 2010. С 17-19
13. Демина А.С. Психологическая готовность к материнству в период ранней взрослости. Вестник КемГУ. 2013, №4 (56), том 2. С. 88-92.
14. Добряков И.В. Перинатальная психология. – Спб.: Питер, 2010 – 272 с.
15. Довгяло О.А. Психологическая служба поддержки беременных женщин и молодых родителей. Витебск, 29-30 октября 2015 г. - Витебск : ВГУ имени П. М. Машерова, 2015. - С. 29-30.
16. Захаров Е.И., Чуваева А.С.. Психологический компонент “привычного невынашивания беременности”. Консультативная психология и психотерапия. Москва - № 1 (85) 2015. С. 104-115.
17. Ившина М.Е. Психологическое здоровье женщины во время беременности. Психология XXI века: материалы международной научно-практической конференции молодых ученых 21-23 апреля 2011 года / Санкт-Петербургский государственный университет (СПб), Министерство образования и науки РФ, Федеральное агентство по образованию, Российский фонд фундаментальных исследований; ред. О. Ю. Щелкова. - СПб. : Изд-во СПбГУ, 2011.С 176

18. Коверзнева И. А. Психология активности и поведения. Мн., 2010
19. Копыл О.А., Баженова О.В., Баз Л.Л. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс.1993. № 4
20. Куличкин Ю.В, КоммунарOVA О.П., Федоров А.П. Психологические и психотерапевтические аспекты в акушерской анестезиологии// Интеллектуальные ресурсы Якутии в интеллектуальном потенциале России. Материалы научно-практической конференции. СПб., 28 мая 2004 г. С 304-306.
21. Лысенко, О. В. Психологическая диагностика в системе психопрофилактической подготовки беременных к родам / О. В. Лысенко // Охрана материнства и детства. - 2003-2004. - № 1 (4-5). - С. 180-184.
22. Лялина А.А., Карташова К.С. Психологическая готовность к материнству у женщин с запланированной и незапланированной беременностью. Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова, 2011. №2. С 98-100.
23. Махмутова Р.К. Материнство как психологический феномен. Вестник удмуртского университета. Психология и педагогика. 2007, №9. С. 159-166.
24. Мельникова О.О. Предопределение родовспоможения в родительских интернет-дискуссиях (на примере Томского форума). Журнал исследований социальной политики. Том 10, №3
25. Меньшикова А.А. Особенности психологической готовности к материнству у беременных женщин с онкологическими заболеваниями. Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова, 2011. №3. С. 275-279.
26. Мещерякова С.Ю. Путь к материнству начинается с младенчества. Журнал «Дошкольное воспитание». 2002, №11. С. 1-12.
27. Мещеряковас С.Ю. Психологическая готовность к материнству. Вопросы психологии. №4, 2000.

28. Никулина С.А. Исследование психологических особенностей отношения женщины к собственной беременности. Университетские чтения 2015. С 56-61.
29. Овчарова Р. В. Родительство как психологический феномен: учебное пособие. - М.: Московский психолого-социальный институт. - 496 с.. 2006
30. Пайнз Д. Бессознательное использование женщиной своего тела. Изд-во Восточно-Европейского института психоанализа. 2000.
31. Посходнева Д.В., Дугарова Т.Ц. Психолого-педагогические основы формирования материнства и отцовства у студентов. Вестник бурятского государственного университета. 2011, №1. С. 167-171.
32. Рабовалюк Л.Н., Выделение подтипов ПКГД на основе теста отношений беременной И.В. Добрякова, - Социальные науки и общественное здоровье: теоретические подходы, эмпирические исследования, практические решения. Материалы II международной научно-практической конференции 20–21 апреля 2012. – Пенза – Москва – Витебск: Научно-издательский центр «Социо- сфера». С 124-136.
33. Рылова О.В Влияние различных методов дородовой подготовки на течение беременности, качество жизни и психоэмоциональный статус женщин: автореф. на соискание степени канд. мед. н. Самара, 2009. 24 с.
34. Савенышева С.С. Отношения к материнству у современных женщин. Вестник Санкт-Петербургского университета. 2008, №4, сер. 12. С. 45-54.
35. Савенышева С.С., Чижова В.Ф. Особенности отношения к беременности и переживания родов, а также психического развития у женщин с разным уровнем психологической готовности к материнству. // Новое в психолого-педагогических исследованиях. Теоретические проблемы психологии и педагогики. №4 (28). М., 2012.
36. Сидорова И.С., Кулаков В.И., Макаров И.О. Руководство по акушерству. Журнал “Акушерство и гинекология” №4, 2007. С 68-70
37. Смирнова О.Г., Васильчикова О.В., программа «Психологическое сопровождение беременности». Государственное учреждение

Ярославской области «Ярославский областной молодежный информационный центр». 2004, №2.

38. Спицына Н. К. Типы психологического компонента гестационной доминанты у матерей, родивших ребенка с детским церебральным параличом // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2008. №55.
39. Тетерлева Е.А. Смысловое переживание материнства как новообразование самосознания женщины - автореф. на соискание степени канд. пси. н. – Москва: 2006-214 с.
40. Филиппова Г. Г. Психология материнства: Учебное пособие. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. — 240 с.
41. Филиппова Г.Г. Психологическая диагностика готовности к родам. Журнал акушерства и женских болезней. Том LX, №3, 2011. С 148-151
42. Хазова С.А., Золотова И.А. Особенности гестационной доминанты женщин, не встающих на учет по беременности. Вестник КГУ им. Некрасова. Том 15, 2009. С 200-206
43. Хазова С.А., Золотова И.А. Особенности гестационной доминанты женщин, не встающих на учет по беременности. Вестник КГУ им. Некрасова, 2009, том 15.
44. Хломов К.Д. Психоэмоциональные особенности беременных с угрозой прерывания – автореф. на соискание степени канд. пси. н. - СПб: 2008-23 с.
45. Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / Сост. А.Н. Васина. — М.: Изд-во УРАО, 2005 С.38 — 41
46. Цареградская Ж.В. Ребенок от зачатия до года. - М.: Астрель: АСТ, 2005.
47. Цыденжапова Е.Л. Особенности представлений о материнстве беременных женщин. Вестник бурятского государственного университета. 2011, №5. С. 189-192.

48. Эльчефф К., Эйниш Н. Дочки-матери. 3-й лишний? Институт общегуманитарных исследований: Изд-во “Кстати”, 2006.
49. Body C.J Mothers and Daughters: A Discussion of Theory and Research // Journal of Marriage and the Family. 1989. (May). P. 291-301
50. Henry J. D., Rendell P. G. A review of the impact of pregnancy on memory function. JORNAL OF Clinical and Experimental Neuropsychology №8. 2007. P. 793-803.
51. Pajulo M., Savonlahti E., Sourander A. et al. Antenatal depression, substance dependency and social support. – J. Affect Disord. – 2001.
52. Pines D. A. Woman's Unconscious Use of Her Body. – New Haven: Yale University Press, 1994.
53. Poser M. Kassirer R. Peyser. M. Benign encephalopathy of pregnancy Preliminary clinical observations. Neurologia №1. 1986.
54. Song Huynjoo. The Mother-Daughter Relationship as Resource for Korean Women Career Aspirations. Sex Roles // A Journal of Research, 2001.

Приложения

Приложение №1. Бланк ответов

Здравствуйтесь!

Беременность – это очень важный этап в жизни женщины, ее семьи, близких и родных. Перемены касаются не только физических, но и психологических состояний. Именно этот аспект я как студент психологического факультета СПбГУ и хочу изучить в своей работе.

Буду очень признательна вам за помощь.

Пожалуйста, ответьте на несколько общих вопросов, **результаты анонимны, конфиденциальность гарантируется.**

1. Возраст _____ Образование _____
2. Срок беременности _____
3. Какая по счету текущая беременность? (включая прерванные беременности, если они были) _____
4. Каким способом произошло зачатие (обведите в кружочек):
 - Естественное оплодотворение
 - И (Искусственная инсеминация)
 - ЭКО (Экстра корпоральное оплодотворение)
 - ИКСИ (Введение сперматозоида в яйцеклетку)
5. Ваше семейное положение:
 - зарегистрированный брак;
 - гражданский брак;
 - в разводе;
 - не замужем.
6. Вы проживаете:
 - Совместно с родителями/старшим поколением
 - Отдельно от родителей/старшего поколения
7. Беременность была:
 - спонтанной;
 - планируемой.
8. Есть ли у Вас еще дети:
 - Да. Сколько? _____
 - Нет
9. Посещаете ли вы занятия для подготовки к родам?
 - Обучающие курсы (рассказывают про этапы беременности, как пеленать ребенка и преподают прочие практические знания)
 - Специализированные групповые встречи (йога для беременных, практики дыхания, занятия в бассейне и прочие)

- Не занимаетесь в группах (получаете знания от родственников, интернета)
- Другой вариант:

10. Если посещаете занятия – в каком центре они проходят, как называется программа?

11. Что вы хотите получить от подготовки к родам?

12. Какую информацию, касающуюся настоящей беременности или рождения ребенка вы ищите? Где её получаете (если получаете) и кто даёт вам эту информацию (если вы её получаете)?

13. Заполните в таблице:

- Какие из перечисленных видов поддержки для вас наиболее важны. Распределите цифры от 1 до 4 (где 1- самое важное, 4 – самое не важное).
- Получаете или не получаете ли вы данные виды поддержки. Распределите цифры от 1 до 4 (где 1- получаете чаще всего, 4 – получаете меньше).
- И ответе на вопрос: кто вам оказывает данные виды поддержки (родители/подруги/муж/интернет сообщества и т.д.).

Виды Поддержки	Самое важное (1) – Наименее важно (4)	Получаете/ Не получаете данную поддержку	Кто вам оказывает данную поддержку
Информационная			
Физическая			
Эмоциональная			

Релаксационная			
----------------	--	--	--

14. Где вы планируете роды?

- В медицинском учреждении (уже выбрано)
 - Примете решение ближе к родам
 - На дому
 - Другой вариант:
-

15. Вы планируете:

- Самостоятельные роды
 - Парные (с помощью мужа/родственника/подруги)
 - Другой вариант:
-

Опросник №1.

Прочтите каждое высказывание в паре и решите, с каким из них вы согласны в большей степени и обведите букву «а» или «б»

№	Утверждение А		Утверждение Б	
1	А	Дети попадают в беду потому, что родители слишком часто их наказывают.	Б	В наше время неприятности происходят с детьми чаще всего потому, что родители слишком мягко относятся к ним.
2	А	Многие неудачи происходят от невезения.	Б	Неудачи людей являются результатом их собственных ошибок.
3	А	Одна из главных причин, почему совершаются аморальные поступки, состоит в том, что окружающие мирятся с ними.	Б	Аморальные поступки будут происходить всегда, независимо от того, насколько усердно окружающие пытаются их предотвратить.
4	А	В конце концов к людям приходит заслуженное признание.	Б	К сожалению, заслуги человека часто остаются непризнанными.
5	А	Мнение, что преподаватели несправедливы к учащимся, неверно.	Б	Мнение, что преподаватели несправедливы к учащимся, неверно.
6	А	Успех руководителя во многом зависит от удачного стечения обстоятельств.	Б	Способные люди, которые не стали руководителями, сами не использовали свои возможности.
7	А	Как бы вы ни старались, некоторые люди	Б	Тот, кто не сумел завоевать

		все равно не будут симпатизировать вам.		симпатии окружающих, просто не умеет ладить с другими.
8	А	Наследственность играет главную роль в формировании характера и поведения человека.	Б	Только жизненный опыт определяет характер и поведение.
9	А	Я часто замечал справедливость поговорки: «Чему быть – того не миновать».	Б	По-моему, лучше принять решение и действовать, чем надеяться на судьбу!
10	А	Для хорошего специалиста даже проверка с пристрастием не представляет затруднений.	Б	Даже хорошо подготовленный специалист обычно не выдерживает проверки с пристрастием.
11	А	Успех является результатом усердной работы и мало зависит от везения.	Б	Чтобы добиться успеха, нужно не упустить удобный случай.
12	А	Каждый гражданин может оказывать влияние на важные; государственные решения.	Б	Обществом управляют люди, которые выдвинуты на общественные посты, а рядовой человек мало что может сделать.
13	А	Когда я строю планы, то я вообще убежден, что смогу осуществить их.	Б	Не всегда благоразумно планировать далеко вперед, потому что многое зависит от того, как сложатся обстоятельства.
14	А	Есть люди, о которых можно смело сказать, что они нехорошие.	Б	В каждом человеке есть что-то хорошее.
15	А	Осуществление моих желаний не связано с везением.	Б	Когда не знают, как быть, подбрасывают монету. По-моему, в жизни можно часто прибегать к этому.
16	А	Руководителем нередко становятся благодаря счастливому стечению обстоятельств.	Б	Чтобы стать руководителем, нужно уметь управлять людьми. Везение здесь ни при чем.
17	А	Большинство из нас не могут влиять сколько-нибудь серьезно на мировые события.	Б	Принимая активное участие в общественной жизни, люди могут управлять событиями в мире.
18	А	Большинство людей не понимают, насколько их жизнь зависит от случайных обстоятельств.	Б	На самом деле такая вещь, как везение, не существует.
19	А	Всегда нужно уметь признавать свои ошибки.	Б	Как правило, лучше не подчеркивать своих ошибок.
20	А	Трудно узнать, действительно ли вы нравитесь человеку или нет.	Б	Число ваших друзей зависит от того, насколько вы располагаете к

				себе других.
21	А	В конце концов неприятности, которые случаются с нами, уравниваются приятными событиями.	Б	Большинство неудач являются результатом отсутствия способностей, незнания, лени или всех трех причин вместе взятых.
22	А	Если приложить достаточно усилий, то формализм и бездушие можно искоренить.	Б	Есть вещи, с которыми трудно бороться, поэтому формализм и бездушие не искоренить.
23	А	Иногда трудно понять, на чем основываются руководители, когда они выдвигают человека на поощрение.	Б	Поощрения зависят от того, насколько усердно человек трудится.
24	А	Хороший руководитель ожидает от подчиненных, чтобы они сами решали, что они должны делать.	Б	Хороший руководитель ясно дает понять, в чем состоит работа каждого подчиненного.
25	А	Я часто чувствую, что мало влияю на то, что происходит со мной.	Б	Не верю, что случай или судьба могут играть важную роль в моей жизни.
26	А	Люди одиноки из-за того, что не проявляют дружелюбия к окружающим.	Б	Бесполезно слишком стараться расположить к себе людей: если ты им нравишься, то нравишься.
27	А	Характер человека зависит главным образом от его силы воли,	Б	Характер человека формируется в основном в коллективе.
28	А	То, что со мной случается – это дело моих собственных рук.	Б	Иногда я чувствую, что моя жизнь развивается в направлении, не зависящем от моей силы воли.
29	А	Я часто не могу понять, почему руководители поступают именно так, а не иначе.	Б	В конце концов, за плохое управление организацией ответственны сами люди, которые в ней работают.

Опросник № 2.

Инструкция: Вам предлагается список характеристик. Следует внимательно прочесть каждую и решить, соответствует ли она вашему представлению о себе. Если соответствует, то обведите номер утверждения, если не соответствует или нет полной уверенности – не обводите. Старайтесь быть искренними.

1. Другие думают о нем благосклонно
2. Производит впечатление на окружающих
3. Умеет распоряжаться, приказывать
4. Умеет настоять на своем
5. Обладает чувством достоинства
6. Независимый

7. Способен сам позаботиться о себе
8. Может проявлять безразличие
9. Способен быть суровым
10. Строгий, но справедливый
11. Может быть искренним
12. Критичен к другим
13. Любит поплакаться
14. Часто печален
15. Способен проявлять недоверие
16. Часто разочаровывается
17. Способен быть критичным к себе
18. Способен признать свою неправоту
19. Охотно подчиняется
20. Уступчивый
21. Благодарный
22. Восхищающийся, склонный к подражанию
23. Уважительный
24. Ищущий одобрения
25. Способный к сотрудничеству, взаимопомощи
26. Стремится ужиться с другими
27. Дружелюбный, доброжелательный
28. Внимательный, ласковый
29. Деликатный
30. Ободряющий
31. Отзывчивый на призывы о помощи
32. Бескорыстный
33. Способен вызывать восхищение
34. Пользуется у других уважением
35. Обладает талантом руководителя
36. Любит ответственность
37. Уверен в себе
38. Самоуверен, напорист
39. Деловитый, практичный
40. Любит соревноваться
41. Стойкий и упорный, где надо
42. Неумолимый, но беспристрастный
43. Раздражительный
44. Открытый, прямолинейный
45. Не терпит, чтобы им командовали
46. Скепичен
47. На него трудно произвести впечатление
48. Обидчивый, щепетильный
49. Легко смущается
50. Неуверенный в себе
51. Уступчивый
52. Скромный
53. Часто прибегает к помощи других
54. Очень почитает авторитеты
55. Охотно принимает советы
56. Доверчив и стремится радовать других
57. Всегда любезен в общении
58. Дорожит мнением окружающих
59. Общительный, уживчивый
60. Добросердечный
61. Добрый, вселяющий уверенность
62. Нежный, мягкосердечный
63. Любит заботиться о других

64. Бескорыстный, щедрый
65. Любит давать советы
66. Производит впечатление значительного человека
67. Начальственно повелительный
68. Властный
69. Хвастливый
70. Надменный и самодовольный
71. Думает только о себе
72. Хитрый, расчетливый
73. Нетерпим к ошибкам других
74. Корыстный
75. Откровенный
76. Часто недружелюбен
77. Озлобленный
78. Жалобщик
79. Ревнивый
80. Долго помнит свои обиды
81. Самобичующийся
82. Застенчивый
83. Безынициативный
84. Кроткий
85. Зависимый, несамостоятельный
86. Любит подчиняться
87. Предоставляет другим принимать решения
88. Легко попадает впросак
89. Легко поддается влиянию друзей
90. Готов довериться любому
91. Благорасположен ко всем без разбора
92. Всем симпатизирует
93. Прощает все
94. Переполнен чрезмерным сочувствием
95. Великодушен, терпим к недостаткам
96. Стремится покровительствовать
97. Стремится к успеху
98. Ожидает восхищения от каждого
99. Распоряжается другими
100. Деспотичный
101. Сноб, судит о людях лишь по рангу и достатку
102. Тщеславный
103. Эгоистичный
104. Холодный, черствый
105. Язвительный, насмешливый
106. Злой, жестокий
107. Часто гневлив
108. Бесчувственный, равнодушный
109. Злопамятный
110. Проникнут духом противоречия
111. Упрямый
112. Неверчивый, подозрительный
113. Робкий
114. Стыдливый
115. Отличается чрезмерной готовностью подчиняться
116. Мягкотелый
117. Почти никогда никому не возражает
118. Навязчивый
119. Любит, чтобы его опекали
120. Чрезмерно доверчив

- 121. Стремится сыскать расположение каждого
- 122. Со всеми соглашается
- 123. Всегда дружелюбен
- 124. Любит всех
- 125. Слишком снисходителен к окружающим
- 126. Старается утешить каждого
- 127. Заботится о других в ущерб себе
- 128. Портит людей чрезмерной добротой

Опросник №3

Выберите **из пяти утверждений**, представленных в блоках (А, Б, В), **одно**, наиболее полно отражающее Ваше состояние. (То есть из каждого блока (А, Б, В) нужно выбрать **1 утверждение**).

Здесь нет ответов правильных и неправильных, так как каждый прав по отношению к собственным взглядам. Старайтесь отвечать точно и правдиво.

А		
I	1	Ничто не доставляет мне такого счастья, как осознание, что я беременна
	2	Я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с тем, что я беременна
	3	С тех пор, как я узнала, что беременна, я нахожусь в нервном напряжении
	4	В основном мне приятно сознавать, что я беременна
	5	Я очень расстроена тем, что беременна
II	1	Беременность заставила меня полностью изменить образ жизни
	2	Беременность не заставила меня существенно изменить образ жизни, но я стала кое в чем себя ограничивать
	3	Беременность я не считаю поводом для того, чтобы менять образ жизни
	4	Беременность так изменила мой образ жизни, что она стала прекрасной
	5	Беременность заставила меня отказаться от многих планов, теперь многим моим планам не суждено сбыться
III	1	Я стараюсь вообще не думать ни о беременности, ни о предстоящих родах
	2	Я постоянно думаю о родах, очень их боюсь
	3	Я думаю, что во время родов все смогу сделать правильно, и не испытываю особого страха перед ними
	4	Никогда не задумываюсь о предстоящих родах, настроение у меня ухудшается, т.к. я почти не сомневаюсь в их плохом исходе
	5	Я думаю о родах, как о предстоящем празднике
Б		
I	1	Я сомневаюсь в том, что смогу справиться с обязанностями матери

	2	Я считаю, что не смогу стать хорошей матерью	
	3	Я не задумываюсь о предстоящем материнстве	
	4	Я уверена, что стану прекрасной матерью	
	5	Я полагаю, что если постараюсь, то смогу стать хорошей матерью	
II	1	Я часто с удовольствием представляю себе ребенка, которого вынашиваю, разговариваю с ним	
	2	Я понимаю ребенка, которого вынашиваю, восхищаюсь им и считаю, что он знает и понимает все, о чем я думаю	
	3	Я постоянно беспокоюсь о состоянии здоровья ребенка, которого вынашиваю, стараюсь его почувствовать	
	4	Я не думаю о том, каким будет ребенок, которого вынашиваю	
	5	Я часто думаю о том, что ребенок, которого вынашиваю, будет каким-нибудь неполноценным и очень боюсь этого	
III	1	Я не думаю о том, как буду кормить ребенка грудью	
	2	Я с восторгом представляю себе, как буду кормить ребенка грудью	
	3	Я думаю, что буду кормить ребенка грудью	
	4	Я беспокоюсь о том, что у меня будут проблемы с кормлением ребенка грудью	
	5	Я почти уверена, что вряд ли смогу кормить ребенка грудью	
В			
I	1	Я считаю, что беременность сделала меня еще прекрасней в глазах отца моего ребенка	
	2	Моя беременность никак не изменила отношения ко мне отца моего ребенка	
	3	Из-за беременности отец моего ребенка стал внимательнее и теплее относиться ко мне	
	4	Из-за беременности я стала некрасивой, и отец моего ребенка стал холоднее относиться ко мне	
	5	Боюсь, что изменения, связанные с беременностью, могут ухудшить отношение ко мне отца моего ребенка	
II	1	Большинство близких мне людей разделяют мою радость по поводу беременности, и мне хорошо с ними	
	2	Не все близкие мне люди рады тому, что я беременна, не все понимают, что я теперь нуждаюсь в особом отношении	
	3	Большинство близких мне людей не одобряют то, что я беременна, отношения с ними ухудшились	

	4	Меня мало интересует отношение к моей беременности даже близких мне людей	
	5	Некоторые близкие мне люди относятся к моей беременности неоднозначно, и это меня тревожит	
III	1	Мне всегда мучительно стыдно, когда окружающие замечают, что я «в положении»	
	2	Мне немного не по себе, когда окружающие замечают, что я «в положении»	
	3	Мне приятно, когда окружающие замечают, что я «в положении»	
	4	Мне наплевать, замечают окружающие или нет, что я «в положении»	
	5	Я не испытываю особой неловкости, если окружающие замечают, что я «в положении»	

Спасибо за участие в исследовании!