

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «КИЄВО-МОГИЛЯНСЬКА АКАДЕМІЯ»
ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНИХ НАУК І СОЦІАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

освітньо-кваліфікаційний рівень - бакалавр

на тему:

«ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАНЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК»

Виконала: студентка 4-го року навчання,

спеціальності 053 «Психологія»

Каїра Ольга Ігорівна

Науковий керівник: Копець Л. В., кандидат
психологічних наук, доцент кафедри психології та
педагогіки

Рецензент: _Тодорова І.С. (прізвище та ініціали)

Кваліфікаційна робота захищена з оцінкою

«_____»

Секретар ДЕК _____ «___» _____ 2021 р.

Київ – 2021

ПЛАН

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАНЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК.....	5
1.1. Чинники впливу на переживання жінки в період вагітності.....	5
1.2. Загальна характеристика психологічних аспектів вагітності.....	7
1.3. Психологічні стани властиві вагітним жінкам.....	10
1.4. Материнські очікування, установки, виховні стратегії.....	18
1.5. Типологічні відмінності у ставленні жінок до своєї вагітності.....	20
Висновки до 1 розділу.....	23
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАНЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК.....	24
2.1. Організація та хід емпіричного дослідження.....	24
2.2. Обґрунтування методів емпіричного дослідження.....	24
2.2.1. Анкета для аналізу переживань вагітних.....	24
2.2.2. Тест ставлень вагітної.....	27
2.2.3. Проективна методика «Я і моя дитина».....	28
Висновки до 2 розділу.....	31
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАНЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК.....	32
3.1. Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	32
3.2. Формувальна програма адаптації жінок до материнства.....	56
3.3. Аналіз отриманих результатів реалізації формувальної програми.....	57
Висновки до 3 розділу.....	64
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	66

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми. Тема психологічних переживань вагітних жінок у сучасній науці досліджена мало. Попри всю складність зазначена тема стає все більш популярною і в теоретичному, і в прикладному аспекті.

Актуальність дослідження полягає в тому, що стан вагітності є важливим чинником формування складного та специфічного комплексу психологічних, нервово-психічних, анатомо-фізіологічних, соціально-психологічних змін жінки. Ці зміни у науковій літературі позначаються терміном: «материнство», «материнська сфера особистості». Як слушно зазначає Г. Г. Філіппова, «вагітність та викликані нею феномени є по-перше: специфічною фазою індивідуального та гендерного онтогенезу; по-друге: багатомірним нагромадженням (так, це одночасно є процесом, ситуацією та станом), що викликає заявлені вище специфічні зміни гендерного статусу жінки» [50, с.133]. Описані явища вивчаються пренатальною психологією, яка є окремим актуальним напрямком психології та медицини, науки та практики. **Актуальність** даного дослідження визначається тим, що психоемоційний стан вагітних є досить не стабільним, і у нашому сучасному, не простому сьогоденні, вагітним жінкам стає складніше впоратися із своїми психологічними переживаннями, і все частіше вони потребують кваліфікованої допомоги. Від того, наскільки ефективною виявиться психологічна допомога, наскільки вона буде доречною та своєчасною, буде залежати ментальне та фізичне здоров'я жінки. Саме тому дане дослідження є актуальним.

Практичне значення теми. Дане дослідження може бути корисним практичним психологам, які працюють в жіночих консультаціях, центрах матері та дитини та в центрах здоров'я. Результати дослідження можна використовувати для підготовки практичних психологів, лікарів.

Об'єктом дослідження є вагітність жінки як особливий період в її житті.

Предмет дослідження: психологічні особливості переживань вагітних жінок.

Мета дослідження: теоретично та емпірично дослідити проблему психологічних особливостей переживань вагітних жінок, а також розробити формувальну програму адаптації до материнства.

Завдання дослідження:

1. Теоретично обґрунтувати засади дослідження психологічних особливостей вагітних жінок.
2. Емпірично дослідити психологічні особливості вагітних жінок: переживання, ставлення до своєї вагітності, материнські очікування та установки, плановані виховні стратегії щодо майбутньої дитини.
3. Визначити типологічні відмінності ставлення жінок до своєї вагітності.
4. Розробити на основі отриманих результатів формувальну програму з метою адаптації жінок до материнства.

Характеристика джерельної бази. При написанні даної теми дипломної роботи використано наукову та методичну літературу таких авторів як: М. А. Беребін, М. А. Нечаєва, Л. Ф. Рибалова, Л. І. Вассерман, І. В. Давидовський, І. В. Добряков, Є. Б. Карпова, Б. В. Іовлев, В. Н. Мясищев, А. Є. Личко, А. В. Штрахова, Г. Г. Філіппова, С. С. Савенишева, С. Ю. Мещерякова, А. І. Захарова, В. Е. Купченко, О. Б. Баженкова, А. С. Батуєв, В. І. Брутман, А. Я. Варга, І. Ю. Хамитова, Е. А. Тетерльова, С. А. Мінюрова, О. Ю. Дубовік, Г. В. Скобло, Р. Шорта, К. Остіна, С. Гроф та ін.

Методи дослідження. В дослідженні було використано наступні методи: бесіда, анкетування, опитувальники, проєктивні малюнки.

Експериментальна база дослідження. Дослідження було проведено на базі Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня №9» Амурського району м. Дніпра, розташованого за адресою: м. Дніпро, проспект Мануйлівський, 29.

Структура роботи: вступ, основна частина, яка складається із трьох розділів, висновки та список використаної літератури.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАНЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК

1.1. Чинники впливу на переживання жінки в період вагітності

Вагітність створює достатньо багатоаспектний вплив на організм жінки. Це проявляється у змінах, що зачіпають безпосередньо соціальну, фізіологічну та психологічну сфери жінки. За період вагітності може мати місце високий рівень тривожності, емоційна нестійкість, підвищена чутливість, дратівливість, слабкість, недовірливість, неадекватна самооцінка, знижується активність жінки. На початку вагітності спостерігаються важливі зміни у роботі ЦНС: має місце зниження збудливості кори головного мозку, а підвищення збудливості підкіркових структур. Від зміни тону вегетативної нервової системи у вагітних мають місце такі стани як дратівливість, сонливість, запаморочення, плаксивість, та і інші розлади. Із плином часу такі розлади зникають [9, с. 150]. Перераховані зміни мають передусім адаптивний характер, оскільки вони призводять до необхідного зниження активності вагітної (це стосується соціальної та сексуальної активності). У жінки збільшується час на сон та пасивний відпочинок, також суттєво обмежуються контакти із зовнішнім середовищем.

Вагітній необхідний деякий час, для того, щоб жінка могла призвичаїтися до зміни форми тіла, до таких фізичних негараздів як: нудота, вранішня слабкість, сонливість, схильність до запорів, судоми в ногах, до болів у животі та попереку, до тахіурії (частого сечовипускання), тощо. При цьому реалізується розвиток домінантного збудження, що створює глобальний вплив на процес перебігу регуляторних процесів, має місце специфічний рівень ВНД, а це, у свою чергу, позитивно впливає на перебіг вагітності. При наявності стресових чинників, захисні механізми перестають виконувати свою функцію, і розвиток домінанти пригнічується, що, власне і спричиняє порушення процесу регуляції гомеостатичних циклів [1, с. 59].

Гомеостатичні процеси (цикли) забезпечують фізіологічний перебіг вагітності. Нервово-психічні процеси вагітних слід розглядати як прояв адаптації жіночого організму до нового етапу свого життя.

Серед психологічних особливостей вагітних слід назвати суперечливість та нестійкість [12, с. 49]. Це, наприклад, відчуття щастя, так як вона стане матір'ю, і в той же час, — страх дорослішання, пологів, ускладнень, сумніви у своїй спроможності бути матір'ю. Відчуття одночасно двох цілком протилежних емоцій, здійснює сильний вплив на емоційну сферу вагітної. Постійні страхи можуть провокувати нападки паніки. Підсилюють панічні атаки також зміни вагітної жінки стосовного свого тілесного «Я» (змінюється статура, збільшуються груди та живіт, змінюється сексуальне життя). Жінка відчуває себе невпевнено. Таким чином, мова йде про багатофакторний вплив стану вагітності на організм та психологію жінки, що у найбільшій мірі стосується психоемоційної сфери.

Якщо жінка відзначається високою тривожністю, чи має патологічний перебіг вагітності, то вона буде перебувати у постійному стресі. Стосовно таких жінок можна сказати, що вони, передусім, зорієнтовані на стан невдачі. Дана зорієнтованість тримає жінку у постійному занепокоєнні. І у цьому стані вона буде перебувати протягом усього терміну вагітності. Такі жінки переконані в тому, що вони зможуть бути впевненими у своїх силах лише після народження малюка. Хронічний стрес може спричинити невротичні розлади, виражену астенизацію організму, соматизацію, заперечення проблем.

Таким чином, під час вагітності змінюються усі сторони життя жінки, вагітність зумовлює достатньо глибокі зміни самосвідомості, ставлення до інших людей, та й до світу в цілому, дещо трансформуються ціннісно-сміслові складові образу світу, та ідентичності жінки у цьому світі. Також негативно відображається на психофізіологічному стані вагітної інформаційне середовище (станом на сьогоднішній день є дуже насиченим), інтенсивний темп життя, екологічне неблагополуччя та щоденний стресовий вплив. Протягом генеративного періоду навіть здорові жінки перебувають у стані

психологічної та біологічної кризи. Якщо жінка готова до материнства, то з усіма вище перерахованими труднощами їй буде набагато легше впоратися, така жінка буде мати підтримку близьких їй людей, відчувати впевненість у собі. Всі перетворення які відбуваються із жінкою за час вагітності, а саме – соціальні, біологічні та психологічні, - це необхідні умови, щоб задовольнити потреби майбутньої дитини. Жінка має підійти з повним розумінням до цих змін: має підготувати себе не лише фізично (мова йде про перевірку власного здоров'я), з'ясувати для себе усі питання, які пов'язані із вагітністю, пологами та народженням дитини, розібратися із практичними питаннями догляду на новонародженим, мати розуміння та підтримку близьких людей. Також жінка має обов'язково підготувати себе морально. Від того, наскільки жінка буде уважною до порад лікарів, до свого харчування, як вона буде приймати усі зміни, які відбуваються із нею, буде залежати здоров'я та благополуччя майбутньої дитини.

1.2. Загальна характеристика психологічних аспектів вагітності

В контексті завдань дослідження важливо визначити основні психологічні зміни психологічного стану вагітних жінок на 1-3 триместрі. У першому триместрі психоемоційний стан вагітної є нерівним [2, с. 15]. Для такого стану характерними є постійна зміна настрою (наприклад стан ейфорії може дуже швидко змінитися на пригнічений стан). Зазвичай жодної логічної (такої, що можна пояснити з наукової точки зору) причини ці коливання настрою не мають. Зовнішні події є лише приводом для виходу назовні сильних емоцій. Зміна (хитання) настрою вагітної жінки пояснюється різкими змінами її гормонального стану [4, с. 5].

Досить часто на першому-третьому місяці вагітності у жінки виникає невпевненість у майбутньому, розгубленість, відчуття того, що вона не впорається із усім.

У перші три місяці із зміною об'єму тіла (збільшуються груди, талія, стегна) жінка відчуває психічний шок. При цьому жінка має впоратися із цими фізіологічними змінами тіла, та, починаючи із 2 та 3 триместру, «полюбити себе» такою, яка вона є.

Суттєві хитання відбуваються і щодо самооцінки. Висока самооцінка змінюється дуже заниженою. Вчені цей процес пов'язують виключно із зміною гормонального фону вагітної. Досить часто жінка відчуває дуже сильні емоції, викликані несуттєвими дрібницями. Ці всі зміни також мають бути прийняті жінкою, лише сприйняття всього цього як дійсності сприятиме формуванню нормального психоемоційного стану жінки.

На третьому триместрі відбувається занурення в себе. Якщо жінка почувається спокійною, на третьому триместрі наступають відчутні зміни у психоемоційному стані жінки. Дослідники використовують такий термін як «бінарна психіка вагітної»: коли жінка усвідомлює, що вона не сама, що малюк, який ще не народився, має власні бажання (так, можуть у матері і у дитини бути пов'язані ритми сну та неспання (це також може бути пов'язано із підвищеним станом сонливості матері, оскільки малюк спить більше, ніж вона) [3, с. 81].

У вагітних жінок зростає тривожність, вони хвилюються постійно. Жінки мають працювати на зменшення тривожності, бо тривожність негативно відобразиться на психоемоційному стані жінки та ще ненародженої дитини. Також вагітні мають схильність до сугестивності. Достатньо сказати щось авторитетній особистості, і з переконаннями вагітної жінки відбуваються суттєві зміни, оскільки вона стає вже не настільки впевненою у власній логіці та переконаннях. Наявний високий поріг образливості у вагітних жінок свідчить про високу чутливість вагітної. Підвищуються творчі здібності. Це пов'язано із тим, що починаючи із другого триместру у жінки підвищується активність правої півкулі головного мозку. Як відомо, саме права півкуля головного мозку відповідає за наявність у людини творчої фантазії. Також високого розвитку набувають дизайнерські здібності жінки. Вони

проявляються у бажанні створити безпечну обстановку для малюка у власному домі. Жінка планує життєвий простір для малюка, той простір, де дитині буде зручно, де вона буде захищена.

Одним із важливих аспектів новоутворень є наявність / відсутність пренатальної прив'язаності у жінок. Так, тісні взаємозв'язки матері та ще ненародженої дитини залежать, передусім, від терміну вагітності, що обов'язково має враховуватися в контексті діагностики психологічних змін.

Стан пренатальної прив'язаності жінки у кожному триместрі є специфічним. У першому триместрі рівень пренатальної прив'язаності є дуже низьким. Починає прив'язаність підвищуватися від початку ворухіння ще ненародженої дитини. Пренатальна прив'язаність прогресує у 2 та 3 триместрі до прив'язаності поведінкової.

На формування пренатальної прив'язаності здійснюють вплив низка чинників. Так на думку російської дослідниці В. Волкової, відсутність у жінки емпатії та низької сенситивності проявить афективно незріле, дисгармонійне ставлення до материнства [9, с. 151]. Дослідниця Г. Філіппова називає саме емпатію основним психологічним чинником у блоці особистісної готовності жінки до материнства [49, с. 76].

В нашому дослідженні ми будемо використовувати визначення психологічної готовності, яке було запропоноване І. В. Добряковим. Вчений під психологічною готовністю розуміє стан, для якого характерною є мобілізація ресурсів суб'єкта дії на довгострокове та оперативне виконання певної діяльності [29, с. 18].

Психологічна готовність вагітних до материнства передбачає розуміння та сприйняття жінкою дитини як цінності. Г. Філіппова, зокрема, виділяє наступні цінності вагітних :

- цінність себе як матері;
- цінність майбутньої дитини;
- материнська компетентність [49, с. 65].

Таким чином, із збільшенням строку вагітності відбуваються суттєві зміни у мисленні та сприйнятті себе вагітною жінкою.

Таким чином, вагітність зумовлює достатньо глибокі зміни самосвідомості, ставлення до інших людей, та й до світу в цілому, де що трансформуються ціннісно-сміслові складові образу світу та ідентичності жінки у цьому світі, саме у цих нових для вагітної жінки умовах.

1.3. Психологічні стани властиві вагітним

Поширеним явищем є депресія вагітної. **Депресивні переживання** бувають у майже у кожної вагітної жінки. **Під депресією** слід розуміти позначення симптомів, настрою, синдромів афективних розладів [28, с. 115]. Перебіг депресії пов'язують із низьким рівнем серотоніну у мозку жінки. Як переконаний дослідник Ю. Шмурак: «пreekламсія під час вагітності є «базовим» фактором для формування тривожно-депресивних порушень» [56, с. 24].

В якості основних причин появи депресії у вагітної виділяють:

- незапланована вагітність, яка спричинить великі зміни у житті жінки, до яких остання виявилася не готовою;
- якщо у жінки наявні житлові чи побутові проблеми;
- відсутність постійного прибутку (роботи, постійного заробітку);
- токсикоз, який виснажує жінку;
- негативне ставлення партнера чи інших членів сім'ї до вагітності жінки;
- обставини психосоціального чи фізіологічного характеру;
- переживання вагітної з приводу втрати близької людини;
- переживання через втрату роботи;
- внутрішні зміни організму (ендогенні фактори);
- гормональні зміни;

- достатньо тривале вживання лікарських засобів (снодійних, седативних);
- негаразди минулого досвіду при спробі народити малюка (аборт, викидень, завмерла вагітність);
- слабкість та підвищена стомлюваність [52, с. 4].

Симптоматика депресії при вагітності охоплює наступні ознаки. Сигналом депресії при вагітності є поява стану тривожності з приводу майбутніх пологів, фізичного стану. Сильні перепади настрою жінки, а також її надмірна сльозливість можуть призвести до порушення сну у жінки, що у свою чергу створить умови того, що жінці буде вкрай важко прокинутися вранці. Результатом цього будуть серйозні проблеми із самопочуттям вагітної.

До основних симптомів депресії відносяться:

- хронічний смуток;
- дратівливість;
- відчуття постійної втоми;
- відсутність апетиту, або відчуття постійного голоду;
- відсутність бажання спілкуватися;
- відсутність задоволення та радості життя.
- відсутність впевненості у собі;
- відчуття провини та занижена самооцінка;
- апатія;
- тривожність та недовірливість;
- тривала сонливість;
- плаксивість та загострена чутливість.

Депресія може по різному проявлятися у різні періоди вагітності. Так, на початковому етапі вагітності (у першому триместрі) початок депресії полягає у періоді заперечення: про свій стан мати не думає, навіть більше, вона до уваги його не бере, жінка займається своїми щоденними справами (наприклад, жінка може планувати відрядження чи подорож). Саме у цей час, жіночий організм зазнає перебудови. В даному випадку, стан депресії виникає від того,

що вагітна вже не може займатися своїми щоденними справами, повинна відмовитися від власних звичок, однак на думку жінки все що з нею відбувається відсовує її від нормального життя.

Відповідно проявляються певні зміни у емоційному фоні вагітної. Вагітна жінка частіше нервує, її все починає дратувати. При невеликих змінах у емоційному фоні, у цілому говорити про початок депресії не варто. Але слід враховувати те, що ці зміни не повинні мати затяжний характер, бо якщо це не так, то це є сигналом початку депресії.

В кінці вагітності тиск зовнішнього середовища, наближення пологів, все це значно посилює депресію, на жінку впливає факт того, що вона втратила своє звичне життя. Основними причинами та наслідками депресій в останньому триместрі вагітності є безсоння, фінансові негаразди, гормональні зміни [51, с.26]

Наслідки депресивного стану: безсоння, тягне за собою виснаження жінки; хворобливе сприйняття жінкою нерозуміння близьких, партнера. В такому стані жінка потребує порад фахівців, та розуміння й підтримки близьких, вони мають більше уваги приділяти жінці: вислухати, що саме хвилює її, допомогти їй відчувати позитивні емоції, радість до життя.

В протіканні вагітності проявляються та посилюються **стресові реакції жінки**. Стрес є реакцією організму людини. Відомі наступні **види стресу:** *емоційний, нервово-психічний, температурний, фізіологічний, світловий* [54, с. 72]. Стрес викликати можуть найрізноманітніші чинники: відсутність їжі, світла, тепло чи сильний холод.

Відповідно до наслідків, стрес буває 2-х видів: корисний (або еустрес) та шкідливий (дистрес). **Еустрес** викликають емоції позитивні, це є нетривалий, легкий стрес. Значення еустресу в тому, що він мобілізує організм, сприяє підвищенню захисних функцій організму людини. Отже, еустрес є корисним стресом. Однак «корисний» стрес не є таким вже корисним для вагітної жінки. Бурхлива реакція вагітної може позначитися негативно на перебігу вагітності.

Дистрес виникає при тривалому перебуванні організму людини у стані нервової напруги: відбувається виснаження імунної системи, різноманітні гормональні порушення. Для вагітних жінок зазначений вид стресу є небезпечним.

Перша стадія стресу – це *стадія активації організму* людини; стадія друга – організм людини починає чинити *опір впливу стресу*; стадія третя – *виснаження організму* [43, с. 33].

При надто сильному та тривалому впливі стресу на організм, коли самотійно організм людини із стресом впоратися не може, у людини з'являються серйозні проблеми. Вплив стресу на організм є руйнуючий, він знижує імунітет, загострює хронічні захворювання людини, також можуть з'явитися нервово-психічні чи гормональні розлади. Власне саме це і становить справжню небезпеку стресу.

Стрес призводить до стимуляції енергетичного забезпечення пристосувальних процесів. У цих реакціях основне значення мають гормони. В умовах стресу в організмі вагітної жінки виділяються такі гормони як: катехоламіни та глюкокортикоїди. Зазначені гормони (катехоламіни та глюкокортикоїди) активують руйнування глюкози (або катаболічні процеси) та викликають підвищений рівень цукру у крові (гіперглікемію). У відповідь на гіперглікемію у крові підвищується рівень інсуліну, і тканини організму утилізують глюкозу, що призводить до збільшення в організмі теплотворення та збільшення працездатності м'язів. Організм довгий час виробляти інсулін у достатньо великій кількості не може, тому рівень його у крові знижується даний стан має назву - **функціональний транзиторний діабет**. У зв'язку із цим посилюється жиромобілізуючий ефект глюкокортикоїдів, а також здійснюється активація процесу глюконеогенезу (синтез глюкози з амінокислот) [46, с. 12]. Отже, в організмі вагітної жінки виникає дефіцит амінокислот. Саме із цієї причини енергетичний обмін дуже швидко перемикається із вуглеводного на ліпідний тип. Поступово знижується вироблення глюкокортикоїдів, при зниженому рівні інсуліну. Ендокринна

система поступово врівноважує катаболічні і анаболічні процеси (руйнування та синтез), це призводить до зниження витрати білка на енергетичні проблеми. Дія гормонів спричиняє збільшення жирних кислот. І саме ліпіди стають основним джерелом енергії. Окисленню піддаються жирні кислоти у печінці, скелетних м'язах та м'язах міокарда, отже виникає окислення м'язових тканин, серця, нирок, мозку, а також матки. Окрім зазначених процесів, відбувається обмеження у споживанні вуглеводнів жирною та м'язовою тканиною. Це здійснюється задля того, щоб заощадити глюкозу для кровотворної тканини, для міокарду, еритроцитів і для головного мозку. Таким чином, зрозуміло, що у стресовій ситуації плід глюкози недоотримує, і може перебувати у стані гіпоксії.

Метаболічні та гормональні перебудови захищають саме організм вагітної жінки, щодо ще ненародженої дитини – то вона перебуває у стані небезпеки.



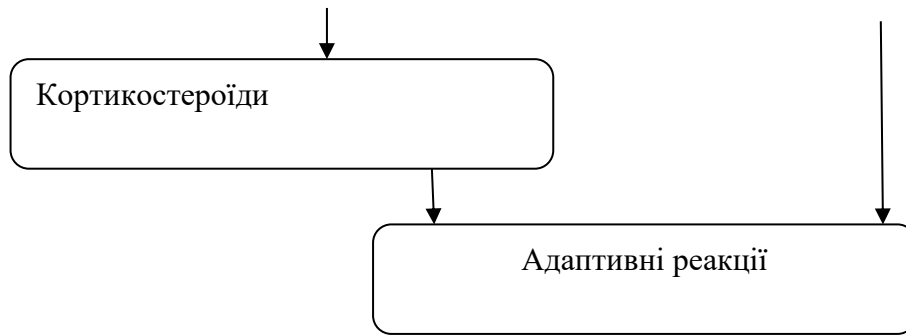


Рис. 1. Схема дії стресу на організм вагітної жінки [44, с. 9].

На **рис. 1** відображено схематично особливості дії стресу на організм вагітної жінки [44, с. 9]. Якщо вагітна тривалий час знаходиться у сильному емоційному напруженні, то в організмі жінки гормональна активність щитовидної залози знижується, що у свою чергу цілком може призвести до порушення розвитку ще ненародженої дитини.

З огляду на все вище викладене, стрес під час вагітності ігнорувати неможна у жодному разі. Тривале перебування у стресі, чи, взагалі, сильний стрес, може призвести до передчасних пологів чи викидня.

Про наявність стресу свідчать наступні прояви: *наявність панічного стану; порушення апетиту та сну; апатія та млявість; постійна втома, знижена працездатність; тремтіння м'язів, прискорене серцебиття, запаморочення; блювота, депресія, періоди безпричинного занепокоєння; порушення артеріального тиску; часті хвороби, що підтверджують факт того, що у вагітної жінки знижений імунітет.*

У випадку наявності у вагітної жінки хоча б двох із перерахованих симптомів, можна зробити висновок, що жінка знаходиться у стані стресу [42, с. 54]. У цьому випадку вагітна жінка має звернутися за допомогою до спеціаліста.

Джерелами стресу у вагітної жінки є наступні чинники:

- *конфлікти та нервова обстановка на роботі чи у сім'ї;*
- *важкі життєві події, чи втрати близьких;*
- *перебування у скрутних фізичних умовах;*

- *невпевненість у собі, наприклад побоювання того що вона не зможе стати гарною матір'ю;*
- *емоційний дискомфорт;*
- *страх передчасних пологів, викидня;*
- *хвилювання за здоров'я дитини;*
- *страх пологів (страх фізичного болю, чи ускладнень).*

Усі причини, зважаючи на психоемоційну сферу жінки можуть посилюватися, якщо у вагітної присутня зайва вразливість, висока тривожність, чи надмірна емоційність. Під час вагітності перераховані якості можуть значно посилюватися.

На фоні фізіологічних змін, які мають місце при вагітності створюється цілком новий фон, на якому розвиваються нервово-психічні розлади. Згідно із останніми даними станом на 01.01.2021 р. на території України близько 40 % вагітних жінок мають нервово-психічні розлади. В даному аспекті мова йде про донозологічний етап формування психічних розладів. Це проміжний стан між нормою та патологією, і його вкрай важко розпізнати. Зазначені проміжні стани не містять клінічних радикалів хвороби, являють собою варіанти норми, такої, яка відповідно до певних обставин входить у протиріччя із нормами та умовами соціального середовища, функціональної активності індивідуального бар'єру психічної адаптації. Як наслідок – мають місце варіанти дезадаптації із феноменами психогенних розладів, при цьому під діагностичні критерії міжнародної класифікації хвороб вони не підпадають.

При нозологічних невротичних реакціях має місце несформований **психопатологічний синдром** [37, с. 18]. Структуру його складають психовегетативні дисфункції, саме це вказує на не специфічність цих розладів. Невротичні стани та афективні стресові реакції проявлятися можуть у вигляді дистимічного, астеничного, діснестичного та психовегетативного варіантів. На психологічному рівні **гестаційна домінанта** проявляється у загальмованості вагітної жінки, а також у деяких дезадаптивних реакціях. Чинником дезадаптації вагітної жінки виступають наявність конфліктів та

несприятливий клімат у сім'ї. Обстеження виявляють основні типи реакцій, що визначають наявний ризик дезадаптації вагітної жінки:

- дисфоричний;
- астеничний;
- психовегетативний.

Астеничний тип реакцій характеризується скаргами вагітних на постійне відчуття втоми, швидку фізичну втомлюваність, смуток, погіршення настрою, сонливість удень. Наявність нав'язливих спогадів, а також слід звернути увагу на форму викладу скарг (в даному випадку характерним є саме демонстративний виклад скарг). Реакції даного типу наступні:

- пригніченість;
- емоційна лабільність;
- демонстративність.

Дисфоричний тип реакцій:

- підвищена дратівливість;
- зниження настрою;
- відчуття гніву, злоби;
- незадоволення оточуючими;
- емоційною лабільністю.

У конфліктних ситуаціях люди даного типу проявляють демонстративність. Також характерним є поверховий сон у нічний час та підвищена сонливість вдень. Основними реакціями є демонстративність, довірливість, стеничність, екзальтованість та гіпертимність [40, с. 15]. **Симптоматика:** пригніченість, відчуття тривоги, знижений настрій, настрої є нестійким. Також варто зазначити, що поряд із цим, присутня вегетативна нестійкість, зокрема, мова йде про розлади сну, підвищену сонливість вдень, коливання артеріального тиску, підвищення апетиту.

При психовегетативному типі реакції мають місце *тривожність, гіпертимність, екзальтованість та демонстративність*. У більшості

випадків має місце поєднання тривожності та депресії. Психотерапевтична допомога в даному випадку полягає у впливові на:

- **емоційну сферу** (нейтралізація пригніченості та тривоги, гармонізація міжособистісних відносин);

- **когнітивну сферу** (робота має полягати формуванні у вагітної жінки усвідомлення етапів домінанти материнської сфери, зміни жінкою власної поведінки, а також зміни самосприйняття, адекватне ставлення до зміни взаємин у сім'ї);

- **поведінкову сферу** (програвання проблемних ситуацій у родині, спілкуванні із дитиною);

- **тілесну сферу** (прийняття та усвідомлення тілесних змін, які мають місце).

Розглядаючи питання пренатальної прив'язаності та ситуативної тривожності К. Мак-Махон та Р. Харт стверджують, що прихильність до ще ненародженої дитини корелювала негативно із тривожністю, особистісною та ситуативною [27, с. 76].

Особливо значимим є вплив депресивного стану: наявність у жінки стану депресії негативно впливає на формування пренатальної прив'язаності. При нижчому рівні депресії пренатальна прихильність буде вищою.

Таким чином, в період вагітності навіть при її благополучному і здоровому перебігу жінки можуть відчувати дію депресії, стресу та інших проміжних розладів, що впливає на ще ненароджену дитину.

1.4. Материнські очікування, установки, виховні стратегії

У вітчизняній та зарубіжній пренатальній психології готовність до материнства розглядається з позиції теорії прив'язаності. Як слушно зазначають М. Ейнсворт та Дж. Боулбі, відповідно до теорії пренатальної прив'язаності відношення між дитиною та матір'ю починаються задовго до народження малюка. З огляду на це варто здійснювати психопрофілактику та

психокорекцію відхилень у відношеннях дитини та матері на ранніх етапах вагітності.

Дослідниця Lumley, яка першою у 1972 році порушила питання пренатальної прив'язаності, розглядала прив'язаність як уявлення про стосунки жінки, що склалися між нею та плодом. Lumley була переконана в наступному: якщо мають місце неприємні симптоми вагітності, то в такому випадку пренатальна прив'язаність може скластися із затримкою, чи, навіть, зовсім не скластися [29, с. 112].

Більш детальне дослідження пренатальної прив'язаності знаходимо в дослідженнях М. Кренлі, саме вона запропонувала **багатовимірну модель пренатальної прив'язаності** (*Maternal-Fetal attachment*) та запропонувала наступне визначення прив'язаності, стверджуючи, що це первинний ступінь, коли жінка залучена до поведінки, при якій вона (жінка) повинна встановити взаємодію та взаємозв'язок із її ще ненародженою дитиною.

Досить влучне визначення прив'язаності було запропоноване М. Мюллер, яка вважає її афективним ставленням, що має місце між матір'ю та плодом. При цьому, як зазначає Мюллер, у формуванні у жінки даної прив'язаності велике значення матимуть відносини вагітної із її матір'ю, саме ці стосунки сприятимуть прив'язаності жінки не лише до плоду, а й до сім'ї, партнера.

Як стверджує Дж. Кондон, пренатальна прив'язаність є емоційним зв'язком, що розвивається у жінки із ще ненародженою дитиною.

Подальші дослідження, проведені Е. Адамсон-Маседо та С. Сендбрук, переконують, що вагітна відчуває до ще ненародженої дитини бажання її захистити, і саме цей захисний механізм сприяє можливості змінити свою поведінку для сприятливого розвитку плода.

Е. Зиммерман та Х. Доан **під пренатальною прив'язаністю** розуміли цілковито абстрактний термін, що відображає існуючі до вагітності відносини між плодом та батьками, відносини ці мають бути чітко пов'язані із емоційними та когнітивними здібностями, формувати уявлення про іншу

людину, а розвиватися вони мають виключно у рамках екологічної системи [18, с. 10].

За період вагітності має бути встановлено афективний зв'язок між ще ненародженою дитиною та матір'ю, зазначений зв'язок проявляється у вигляді захисної поведінки.

На думку Кренли існують **наступні складові пренатальної прив'язаності:**

- **когнітивна складова** (коли має місце диференціація «Я» від ще ненародженої дитини, коли приписуються наміри та характеристики ще ненародженій дитині);

- **емоційна складова** (або самовіддача);

- **поведінкова складова** (прийняття ролі, взаємодія із ще ненародженою дитиною, «гніздування»).

Дещо відмінних поглядів дотримуються вчені: Кравіц, Шие, Вонг; вони у пренатальній прив'язаності виокремлюють **наступні складові:**

- *прив'язаність когнітивну* (коли вагітна виявляє бажання дізнатися про дитину);

- *прив'язаність афективну* (отримання задоволення від взаємодії із ще ненародженою дитиною);

- *альтруїстичну прив'язаність* (бажання жінки захистити ще не народжену дитину) [20, с.185].

Таким чином, ми можемо стверджувати, що в основі пренатальної прив'язаності більшість дослідників у структурі феномену виділяють: емоційний, когнітивний та поведінковий компоненти.

Існує 2 групи чинників, які впливають на прив'язаність матері до ще ненародженої дитини: соціально-демографічні; психологічні.

Психологічні фактори - це відношення вагітної жінки із своєю власною матір'ю, які мали місце в період раннього дитинства, соціальна підтримка, стосунки із партнером, особистісні характеристики.

Соціально-демографічні фактори – це період вагітності, вік жінки, попередній досвід вагітностей (наявність абортів, викиднів), кількість дітей у сім'ї, рівень освіти жінки, статус сім'ї.

Варто зазначити, що соціально-психологічні фактори, в жодному випадку не впливають на наявність чи відсутність пренатальної прив'язаності. При цьому більшість зарубіжних дослідників (Е. Сіддікі, Е. Хут-Бокс) переконані що важливою детермінантою формування пренатальної прив'язаності до ще ненародженої дитини є згадки жінки до того, яким було її власне виховання. Як зауважує Ж. Бучард, якщо відносини з батьками були слабкими (тобто мається на увазі слабка прив'язаність до батьків) на формування пренатальної прив'язаності можуть впливати теплі стосунки із партнером. У вітчизняній науці феномен пренатальної прив'язаності трактують із позиції як суб'єкт-суб'єктного підходу.

1.5. Типологічні відмінності у ставленні жінок до своєї вагітності

Для подальшого дослідження необхідно проаналізувати особливості ставлення до вагітності молодих жінок. Ми виходимо із припущення, що перебіг вагітності та ставлення жінки до неї залежить від характеру жінки. Припускаємо, що існує взаємозв'язок між ейфорійним ставленням до вагітності і акцентуаціями — характерологічними особливостями вагітної жінки (мова йде про емотивність, демонстративність і екзальтованість), а також між тривожним ставленням і наступними характерологічними особливостями — високою тривожністю та «зациклюваністю». Тобто, характер жінки впливає на її ставлення до вагітності.

Акцентуації або характерологічні особливості, ми розуміємо як крайній варіант норми, тобто загострені риси особистості. На думку Леонтьева Д. А. акцентуйовані особи є нормальними, а особистість, яка не має натяку на акцентуацію, не схильна розвиватися, — ні в соціально-позитивному, ні, навіть, в негативному напрямку [35, с. 62].

На думку А. Е. Личко характерологічні особливості, на противагу психопатії, можуть виявлятися не завжди і не скрізь, а лише у певних умовах [34, с. 72].

Вагітність буде протікати спокійно лише у випадку, коли вона є запланованою, тобто жінка є готовою стати матір'ю.

Під впливом соціальних та біологічних факторів формується готовність до материнства. Психологічну готовність можна визначити через вплив несприятливих та сприятливих чинників. **Фактори готовності до материнства:**

- бажання мати дитину;
- прообраз материнства;
- установка на дітей.

Дослідники проблеми виділяють наступні **типологічні ставлення до вагітності**: *тривожний, адекватний, ігноруючий, ейфорійний, відкидаючий (стиль відрікання), амбівалентний*.

Для адекватного типу ставлення характерна присутність позитивних емоційних переживань.

Для тривожного типу характерними є занепокоєння, страхи та депресивний стан, це найбільш характерно проявляється у першому триместрі вагітності.

Ейфорійний тип характеризується наявністю у вагітної характеристик неадекватного ейфорійного забарвлення. Також можна констатувати некритичне ставлення жінки до проблем пов'язаних із вагітністю та материнством. До кінця вагітності ситуація стає ще складнішою.

При ігноруючому типі вагітність ідентифікується із значним запізненням, зазвичай супроводжується постійним невдоволенням. Емоційний стан постійно неврівноважений.

Для амбівалентного типу характерна симптоматика, яка є схожою із типом тривожним (характерними для цього типу є больові відчуття жінки).

Вагітна інтерпретує власні негативні емоції, наприклад страх, жінка боїться пологів, чи боїться за дитину.

Тип відрікання (має наступні стани: різкі негативні емоції, тривогу та страх. Висока тривожність та панічний страх пов'язані, в більшій мірі з незнанням деяких, важливих моментів, і вони (страх та тривожність) зникають, коли вагітна отримує інформацію (мається на увазі знання про пологи, материнство, про практичні аспекти догляду за дитиною). Ще однією причиною високої тривожності вагітної може бути самотність та відсутність розуміння її з боку близьких для неї людей.

Таким чином, ставлення до вагітності залежить від характеру жінки.

Висновок до 1 розділу

Вагітність зумовлює формування складного комплексу психологічних змін та психологічних особистісних новоутворень жінки, які спрямовані на підготовку до материнства та розвиток материнської сфери особистості.

Психологічні особливості переживань вагітних жінок проявляються в різноманітних аспектах. Стан вагітності зумовлює глибокі зміни самосвідомості, ставлення до інших людей, до світу в цілому, трансформацію ціннісно-сміслових компонентів образу світу та особистої ідентичності жінки.

В період вагітності жінки схильні проявляти наступні психологічні особливості: високий рівень тривожності, емоційна нестійкість, підвищена чутливість, дратівливість, слабкість, недовірливість, неадекватна самооцінка, зниження активності.

Особливості ставлення жінки до вагітності, особливості розвитку сфери материнства та психологічна готовність до материнства набувають важливого значення у процесі внутрішньоутробного розвитку дитини та виявляються у феноменології пренатальної прив'язаності до майбутньої дитини. В процесі вагітності формується феноменологія пренатальної прив'язаності до майбутньої дитини, в структурі якої можна виділити емоційний, когнітивний та поведінковий компоненти.

На формування ставлення до майбутньої дитини визначальним чином впливають такі психологічні чинники: відношення вагітної жінки із своєю власною матір'ю, які мали місце в період дитинства, соціальна підтримка, стосунки із партнером, особистісні характеристики. Ставлення до вагітності залежить від характеру жінки та буде виражено в таких варіантах: *тривожний, адекватний, ігноруючий, ейфорійний, відкидаючий (тип відрікання), амбівалентний*.

Проблема нашого дослідження полягає у визначенні психологічних умов окресленого кола психологічних змін, новоутворень та переживань вагітної жінки.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАНЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК

2.2. Організація та хід дослідження

Емпіричне дослідження було проведено на базі Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня №9» Амурського району м. Дніпра, розташованого за адресою: м. Дніпро, проспект Мануйлівський, 29.

Дослідженням були охоплені вагітні жінки (основна (експериментальна) група, охоплена формувальною програмою, та контрольна група, потрібна для порівняння результатів).

Хід емпіричного дослідження був наступний:

На першому етапі проведено емпіричне дослідження, його мета полягала в тому, щоб встановити початковий стан психологічних переживань вагітних жінок обох груп.

На другому етапі проведено формувальну програму, в ході якої із учасниками основної групи проведено тренінг, лекції, практичні заняття. Контрольна група не охоплюється формувальною програмою.

На третьому етапі учасники обох груп були обстежені за допомогою визначеного інструментарію повторно.

2.2. Обґрунтування методів емпіричного дослідження

2.2.1. Анкета для аналізу переживань вагітних

Анкета для аналізу переживань вагітних, розроблена дослідницею О. Ф. Лисенко. Список запитань анкети складається із трьох розділів. У першому (вступному) розділі анкети подано опис мети опитування, а також надаються пояснення, яким чином опитувані мають заповнювати надану їм анкету.

Основний розділ анкети вміщує запитання, а також місце, де опитувані зможуть написати свої відповіді. У останньому, заключному, розділі анкети автори виражають вдячність опитуваним за їх участь у дослідженні. Всі питання анкети розміщені в логічній послідовності, є чіткими та зрозумілими, повністю відповідають завданням дослідження. Опитуваними є вагітні жінки які мають різний соціальний статус, особистісний та інтелектуальний рівень розвитку.

Основне завдання анкети полягає у виявленні компонентів психологічної готовності до материнства, така робота дасть можливість нам визначитися із напрямками подальшої формувальної програми адаптації.

Психологічну готовність до материнства ми будемо розуміти як певне специфічне особистісне утворення, що вміщує наступні компоненти:

- когнітивно-операційний;
- потребно-мотиваційний;
- соціально-особистісний.

Саме перераховані складові (блоки) відображають рівень стану готовності вагітної жінки до материнства. Відповіді на питання зазначених системних блоків зможуть слугувати прогнозом якості материнської позиції, а також дадуть початкові уявлення про розуміння вагітною жінкою материнської поведінки. Всі питання анкети побудовані таким чином, щоб всебічно висвітлити зміст зазначених блоків. Анкетування проведено три рази, відповідно до кожного триместру вагітності, оскільки ми виходимо з того, що бо розуміння та сприйняття вагітності жінкою у кожному триместрі вагітності буде різним.

Перший блок має назву: потребно-мотиваційна готовність жінки до материнства. Цей блок вміщує у собі ціннісно-смысловий та емоційний компоненти. Потребно-емоційна готовність проявляється у позитивному ставленні жінки до факту, що дуже скоро вона стане матусею, жінка не відчуває гнітючого страху перед пологами; сприймає дитину позитивно і чекає із великим нетерпінням того дня, коли малюк народиться, щоб вона могла

піклуватися про нього. Ціннісно-сміслова готовність передбачає, що жінка має усвідомлювати високу цінність дитини та матері, тобто у вагітної жінки мають розвиватися уявлення про сутність та значення материнства.

Питання анкети, що розглядають ціннісно-сміслову та потребно-мотиваційну готовність:

1. Ваша вагітність була запланованою?
2. Чи спілкуєтесь ви із дитиною? Якщо так, то це відбувається у який спосіб?
3. Як ви уявляєте власну дитину?
4. Чи можете ви розповісти, нащо ви вирішили народити дитину?
5. Як ви розумієте вираз «гарна мати»?

Зміст когнітивно-операційного блоку складає інформація про розуміння вагітною психофізіологічних особливостей у період вагітності, функцій матері, знання про пологи, про те, яким чином слід піклуватися про новонароджену дитину (як дотримуватися особистої гігієни, у який спосіб і чим годувати малюка). Питання, які розкривають зміст цього блоку наступні:

1. Чи маєте ви досвід догляду за новонародженими? Опишіть дуже коротко.
2. Чи знайомі ви із особливостями психологічного та фізичного розвитку дітей?
3. Чи шукаєте ви інформацію яка стосується догляду за дітьми? Що найбільше вас цікавить?
4. Як ви вважаєте, чи потрібно дитину привчати до рук?

Блок соціально-особистісної готовності до материнства вміщує розуміння статевої ідентичності жінки, дає інформацію щодо змісту стратегії виховання дитини, про особистісні якості матері, які будуть для малюка важливими, чи позитивно сприймає жінка своє материнство, яка саме у неї материнська позиція, чи готова жінка долати перешкоди, які пов'язані із народженням малюка, а потім із його подальшим вихованням.

Зміст цього блоку розкривають наступні питання:

1. Вік.
2. Освіта.
3. Професія, посада.
4. Перебування у шлюбі, тривалість.
5. Професія чоловіка, посада.
6. Чи вважаєте ви свої стосунки із батьком дитини стабільними?
Потрібно дуже коротко дати опис цим стосункам.
7. Як ви вважаєте, в цілому чи протікає ваша вагітність у легкій формі?
8. На якому терміні вагітності ви вперше почули як ворухиться плід?
Які при цьому ви відчули емоції? Які були ваші думки із цього приводу?.

2.2.2. Тест ставлень вагітної

Тест ставлень вагітної розроблений групою дослідників: І. Добряковим, Е. Ейдемільером та І. Нікольською. Основою створення тесту є теорія психології стосунків, яка була розроблена В. Н. Мясіщевим. Саме зазначена теорія дає всі підстави для розгляду вагітності через призму єдності особистості. В. Мясіщевим було доведено, що особистість є динамічною системою відносин. Відповідно до цього запропонований діагностичний тест вміщує три блоки тверджень, що показують такі аспекти:

1. Ставлення жінки до себе як вагітної.
2. У який спосіб формуються стосунки жінки у системі «мати-дитя».
3. Як складаються у вагітної жінки стосунки із людьми, які її оточують.

Ми маємо три блоки, ці блоки вміщують шкалу понять. Кожне запропоноване поняття має 5 тверджень. Ці твердження розкривають різні типи психологічного компонента гестаційної домінанти. Опитуваним пропонується обрати один, який відображає їх внутрішній стан.

У блоці А (ставлення до себе вагітної жінки) представлені такі розділи:

1. Відношення жінки до вагітності.

2. Ставлення жінки до способу життя, який ведеться нею за час вагітності.

3. Ставлення під час вагітності до майбутніх пологів.

У блоці Б (стосунки жінки у системі «мати-дитя») представлені такі розділи:

1. Ставлення жінки до себе як до матері.

2. Ставлення жінки до свого малюка.

3. Ставлення до вигодовування дитини грудьми.

Третій блок В (стосунки вагітної з оточуючими) представлений такими розділами:

1. Ставлення чоловіка до вагітної жінки.

2. Ставлення родичів та близьких до вагітної.

3. Ставлення сторонніх людей до вагітної.

Тест ставлень дає можливість виявити наявність нервово-психічного порушення на ранньому етапі розвитку, пов'язувати порушення із особливостями відносин у родині і орієнтувати психологів та лікарів на надання жінці відповідної допомоги. Своєчасно надана допомога, покращить перебіг вагітності та ситуацію у родині, виявиться профілактикою недостатності грудного молока, а також післяпологових психічних та невротичних розладів. Оцінити ефективність проведеної роботи можна із результатів тестування, на початку спілкування із вагітною та по завершенню формувальної програми.

2.2.3. Проективна методика на тему: «Я і моя дитина»

Проективна методика «Я і моя дитина» допомагає визначити особливості переживання жінкою вагітності та майбутнього материнства.

Психолог пропонує виконати малюнок: «Я і моя дитина». За час малювання фіксують процес створення малюнка (який час особа обмірковує свій задум, стирання, загальна тривалість роботи). Окрім цього, особливу

увагу варто приділити саме коментарям та висловлюванням, які наводить (проговорює) жінка за час роботи над малюнком. Висловлювання жінки мають велике значення для психологічного дослідження, звертати увагу потрібно на відсутність чи наявність у висловлюваннях стосовно дитини компонентів інтонаційних baby talk (інфантильні компоненти інтонації мови). Основною обов'язковою умовою проведення методики є позитивне ставлення вагітної стосовно ситуації дослідження та особистості психолога.

Власне виконаний малюнок містить інформацію щодо стилю переживання вагітності, стилю усвідомлення себе матір'ю, ставлення до дитини, усвідомлення цінності дитини, усвідомлення цінності малюка стосовно інших цінностей жінки.

У першому триместрі вагітності можна вважати нормальним явищем незначні симптоми тривожності, конфліктності та невпевненості у собі. Вираження та збереження означених явищ у другому триместрі та у третьому триместрі говорять про те, що ставлення до вагітності та подальшого материнства є несприятливим. У діагностиці необхідно виокремлювати наступні значущі особливості малюнка:

- відсутність на малюнку дитини;
- відсутність на малюнку себе (вагітної жінки);
- коли наявна на малюнку заміна одного образу (наприклад, дитини або себе) на символ, тварину, рослину, «сховану» дитину в животі матері, в ліжечку чи колисці, тобто є просторова дистанція між дитиною та матір'ю.

На думку Г. Філіппової слід приймати до уваги чотири симптоматичні комплекси, що дають характеристику (виходячи власне з виконаного малюнка) психологічним переживанням жінкою вагітності та материнства.

1. Ситуація сприятлива. Коли на малюнку респондент відобразила себе та дитину. Коли ніхто (ні дитина, ні мати) нічим не замінені, коли фігури, які виконані на малюнку цілком співмірні, наявність на малюнку деталей одягу чи додаткових предметів одягу, які не становлять основну частину малюнка; присутність на малюнку спільної діяльності матусі та дитини, присутність

зображення тілесного контакту, дитина має бути не захованою (у колісці, візочку чи животику матері), не ізольованою (якщо малюк загорнутий у пелюшки, при цьому у нього (малюка) промальована особа – риси обличчя, то це вважають доброю ознакою); у випадку, якщо мають місце промальовані риси особи, фігура дитини зображена обличчям до читача, відображено вік дитини.

2. Невпевненість, незначні симптоми тривоги, конфліктність. Про це свідчить наступний малюнок: на малюнку має місце зображення матері, дитини, замітники, які їх замінюють – є відсутні; фігура дитини не відповідна, присутність на малюнку інших людей; зображення на малюнку великої кількості предметів, при цьому ці предмети мають повністю неадекватні розміри; дитину зображено у рухомому об'єкті (наприклад, це може бути дитячий візочок), наявність контакту (мати тримає малюка за деталь, це може бути, наприклад, рука малюка); обличчя та фігура дитини є промальованими; фігури зображено або в профіль, або обличчям до читача; цілком відсутньою може бути спільна діяльність; вік малюка може бути відображеним у межах раннього, до кінця перебігу пологів, того що наближається до дитячого, а також після пологів.

3. Тривога та неспокій у собі. На малюнку зображено матусю, дитину, їх заміни є відсутніми; фігура дитини є невідповідною; на малюнку відображено величезну кількість додаткових об'єктів; дуже ретельно промальовані усі деталі; існування недостатнього відтворення фігури, - це розповсюджується і на себе, і на інших осіб, і на малюка; відсутність спільної діяльності; схематизація; контакт матері та дитини без тілесного дотику; наявність на малюнку інших членів родини респондента; зображення на малюнку додаткових предметів, при тому, що їх розмір є неадекватно великими; вік зображеної на малюнку дитини був дошкільного віку.

4. Конфлікт з вагітністю або ситуацією материнства. Відсутність на малюнку себе і / або дитини, заміна образу дитини і / або себе; відсутність спільної діяльності і контакту з дитиною; дитина «схована» (зображена у

пелюшках, візочку, животику матусі); має місце ізоляція дитини (у дитячому візочку, ліжечку, гойдалці); наявність великої просторової дистанції між малюком та матусею; зображені на малюнках фігури відтворені із спини; існування на малюнку предметів додаткових; розміри додаткових предметів є непропорційними чи неадекватно великими; риси обличчя фігури відсутні; вік зображуваної дитини – шкільний, малюка у ранньому віці відображають дуже рідко.

Висновки до 2 розділу

Відповідно до завдань дослідження визначені етапи проведення дослідження та емпіричні методи спрямовані на виявлення, опис та ретельне вивчення психологічних переживань вагітних жінок: стиль переживання вагітності, стиль усвідомлення себе як матері, ставлення до дитини, усвідомлення цінності дитини, усвідомлення цінності дитини стосовно інших цінностей жінки.

Для встановлення психологічних умов переживань вагітних жінок визначена схема аналізу даних: проведення діагностичного етапу з основною та контрольною групами, проведення формувальної програми з основною групою, проведення повторного діагностичного дослідження та порівняння результатів основної та контрольної групи.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАНЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК

3.1. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Таблиця 3.1. - Ваша вагітність запланована?

	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість	%	Кількість	%
Так	8	53	9	60
Ні	7	47	6	40

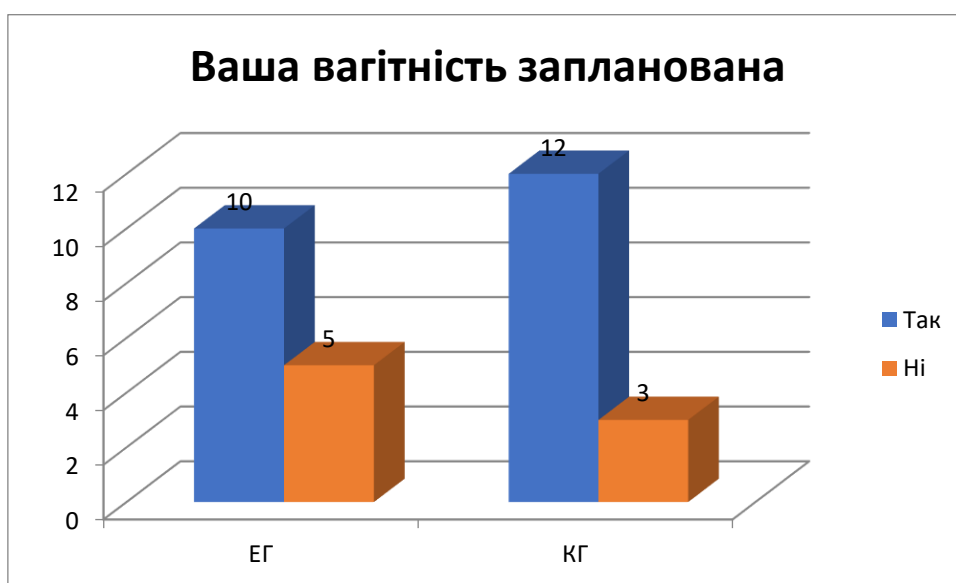


Рис. 3.1. Діаграма відповідей на перше питання анкети

Із таблиці 3.1 та рис. 3.1 ми бачимо, що запланована вагітність мала місце у 8 учасниць (або 53 %) ЕГ та 9 (або 60 %) учасниць КГ. Негативну відповідь (тобто вагітність виявилася не запланованою) у 7 (або 47 %) учасниць ЕГ та у 6 (або 40 %) учасниць КГ.

Наступне питання, відповіді досліджуваних ми відобразимо у таблиці 3.2 та рис. 3.2.

Таблиця 3.2. Чи спілкуєтеся Ви зі своєю дитиною?

	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість	%	Кількість	%
Так	10	67	12	80
Ні	5	33	3	20

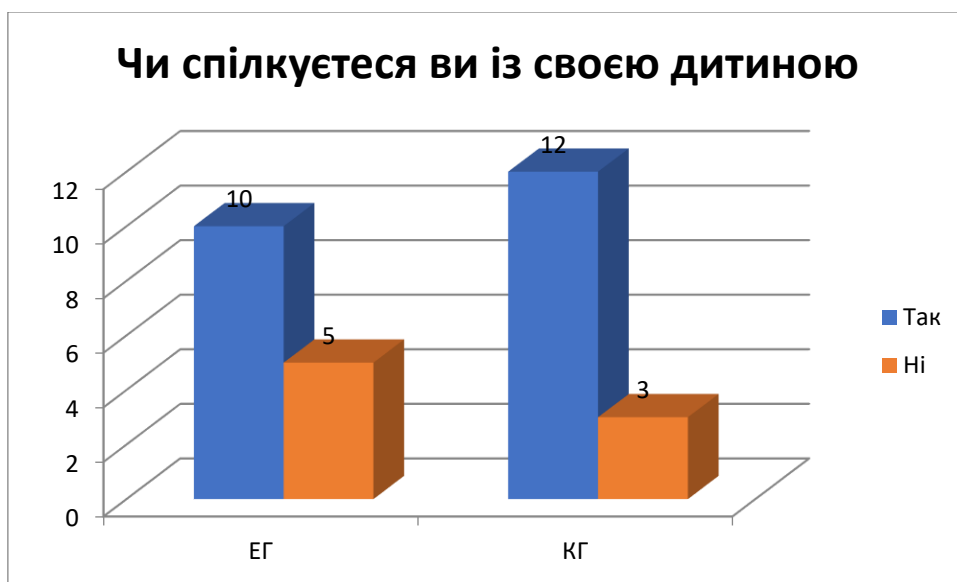


Рис. 3.2. Відповідь на друге питання

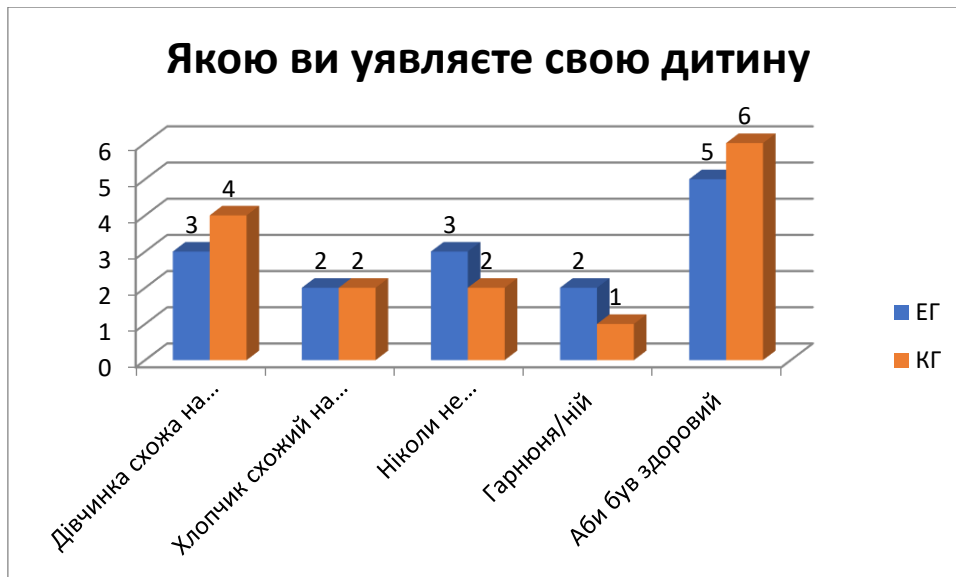
Із таблиці 3.2. та рис. 3.2. ми бачимо, що позитивну відповідь на питання, чи спілкується майбутні матусі зі своєю дитиною дали 10 (або 67 %) учасниць ЕГ та 12 (або 80 %) КГ. Не спілкуються із своєю дитиною 5 (або 33 %) учасниць ЕГ та 3 (або 20 %) учасниці КГ.

Відповідь на наступне питання ми занесемо в таблицю 3.3. та рис. 3.3.
Таблиця 3.3. - Якою Ви уявляєте свою дитину?

Експериментальна група	Показник	Контрольна група	Показник

Дівчинка, на маму схожа	3	Дівчинка, на маму схожа	4
Хлопчик весь у татка	2	Хлопчик весь у татка	2
Ніколи не замислювалася	3	Ніколи не замислювалася	2
Гарнюня/ній	2	Гарнюня/ній	1
Аби був здоровий	5	Аби був здоровий	6

Із таблиці 3.3. ми бачимо, що уявлення у учасниць досить широкі, зазвичай учасниці хочуть щоб дитина була здоровою, і для них це єдине що вони уявляють стосовно до малюка, так відповіли 5 респондентів із основної групи та 6 осіб із контрольної групи.



3.3. Відповіді респондентів на третє питання анкети

Продовжуючи аналіз третього питання, тобто таблиці 3.3 та рис. 3.3. зазначимо, що певну фантазію продемонстрували, уявляючи, що дівчинка має бути схожою на матусю 3 учасниці ЕГ та 4 із КГ. В своєму уявленні бачать хлопчика схожим на татка рівна кількість учасниць із обох груп. Над цим

питанням ніколи не замислювалися 3 особи із ЕГ та 2 із КГ. Гарною уявляють дитину 2 учасниці із ЕГ та 1 особа із КГ.

Відповідь на четверте питання ми занесемо в таблицю 3.4 та рис. 3.4.

Таблиця 3.4. - Чи можете Ви сказати, чому Ви вирішили народити дитину?

Експериментальна група

	Експериментальна група	
	Кількість	%
Ні	4	26
Так	11	74
<i>Дуже хочу мати дитину</i>	8	53
<i>Вважаю що настав час (сприятливий період)</i>	2	14
<i>Хочу реалізувати себе як жінка</i>	1	7
Всього	15	100



Рис. 3.4. Відповідь на четверте питання експериментальної групи

Із таблиці 3.4. та рис. 3.4. ми бачимо результати на питання «чому вирішили народити дитину?» це дані лише ЕГ, «так» відповідь на це запитання дали 11 учасниць (або 76 %), із них 8 учасниць (або 56 %) сказали, що вони дуже хочуть мати дитину. Вважають, що настав сприятливий час для народження дитини 2 учасниці (або 14 %); хочуть реалізувати себе як жінка 1 учасниця (або 7 %). Відповідь на це запитання не дали 4 учасниці (або 26 %).

У таблиці 3.5 та на рис. 3.5 дамо аналіз результатів на четверте питання КГ.

Таблиця 3.5. Контрольна група

	Контрольна група	
	Кількість	%
Ні	5	33
Так	10	67
<i>Дуже хочу мати дитину</i>	4	26

<i>Хочу бути матусею і домогосподаркою</i>	2	14
<i>Хочу реалізувати себе як жінка</i>	3	20
<i>Настав сприятливий період</i>	1	7
Всього	15	100



Рис. 3.5. Відповідь учасниць КГ на четверте питання анкети.

Із даних таблиці 3.5 серед учасниць КГ на питання чому вони вирішили мати дитину відповідь дали 10 (або 67 %). Серед них 4 (або 26 %) пояснили, що вони дуже хочуть мати дитину. Ще 2 учасниці (або 14 %) відповіли, що вони дуже хочуть реалізувати себе як матуся і домогосподарка. 3 особи (або 20 %) відповіли, що вони хочуть реалізувати себе як жінки. І, насамкінець, вважають, що настав сприятливий період для народження дитини: 1 учасниця (або 7 %). На це запитання відповіді не дали 5 осіб (або 33 %).

Відповідь на 5 питання анкети: Як Ви розумієте вираз «гарна матір»?

Експериментальна група дала наступні відповіді:

Для якої дитина на першому місці – 4

Яка присвячує увесь свій час дітям – 3

Яка добре піклується про дитину – 3

Відповідальна – 2

Знає, де увесь час перебувають її діти – 1

Добра, ласкава – 1

Яка забезпечить дитині безпеку і якій дитина буде довіряти – 1

Наочно дані відповіді 5 питань відобразимо на діаграмі рис. 3.6.



Рис. 3.6. Відповіді учасниць ЕГ на п'ять питань.

Далі розглянемо відповіді на питання про те, як учасниці КГ розуміють вираз «гарна мати», зокрема, ми отримали наступні відповіді:

Добре піклується про дитину – 4

Для якої родина і діти на першому місці – 3

Відповідальна – 2

Турботлива – 2

Для якої дитина на першому місці в житті – 2

Та, в якій діти доглянуті, вдягнені, нагодовані – 1

Та, що захистить і допоможе дитині – 1



Рис. 3.7 Розуміння виразу «гарна матір» КГ

Далі відповіді ЕГ та КГ на 6 питань анкети ми презентуємо у таблиці 3.6. та відобразимо на рис. 3.8 та 3.9.

Таблиця 3.6. Чи маєте Ви досвід догляду за немовлям? Опишіть коротко.

	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість	%	Кількість	%
Ні	6	40	5	33
Так	9	60	10	67
<i>бо в мене є ще старші діти</i>	4	26	3	20

<i>відвідувала спеціальні заняття</i>	1	7	2	13,5
<i>проглядала в Інтернеті</i>	1	7	1	6,5
<i>вчилася у подруги, у якої є малюк</i>	1	7	2	13,5
<i>є в родині молодший брат / сестра</i>	2	13	2	13,5
Всього	15	100	15	100

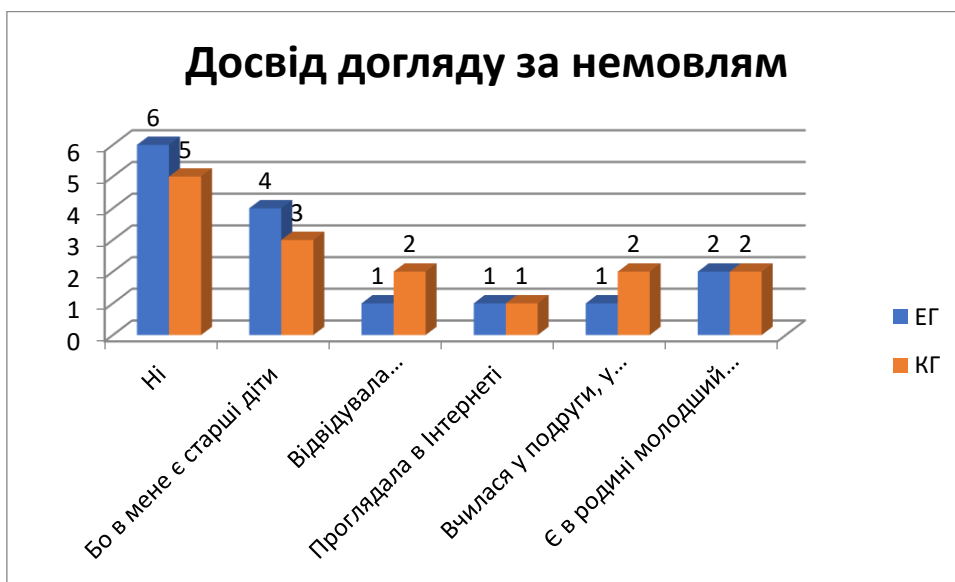


Рис. 3.8. Відповідь на шосте питання

Із таблиці 3.6 та рис. 3.8 ми бачимо, що погодилися описати свій досвід догляду за немовлям 9 (або 60 %) учасниць ЕГ та 10 (або 67 %) учасниць КГ. З них зокрема, мають старших дітей 4 (або 26 %) учасниць ЕГ та 3 (або 20 %)

учасниць КГ. Відвідували спеціальні заняття 1 (або 7 %) учасниць ЕГ та 2 (або 13,5 %) учасниць КГ. Проглядали інформацію в Інтернеті по 1 особі у кожній групі. Навчалася у подруги, у якої є малюк 1 (або 7 %) учасниць ЕГ та 2 (або 13,5 %) учасниці КГ. У родині є молодший брат /сестра у однакової кількості осіб обох груп по 2 особи.

Відповіді досліджуваних на 7 питання анкети ми подамо у таблиці 3.7 та на рис. 3.9.

Таблиця 3.7. - Чи знаєте Ви основні особливості фізіологічного та психологічного розвитку дітей?

	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість	%	Кількість	%
Ні	6	40	5	33
Так	9	60	10	67
Всього	15	100	15	100

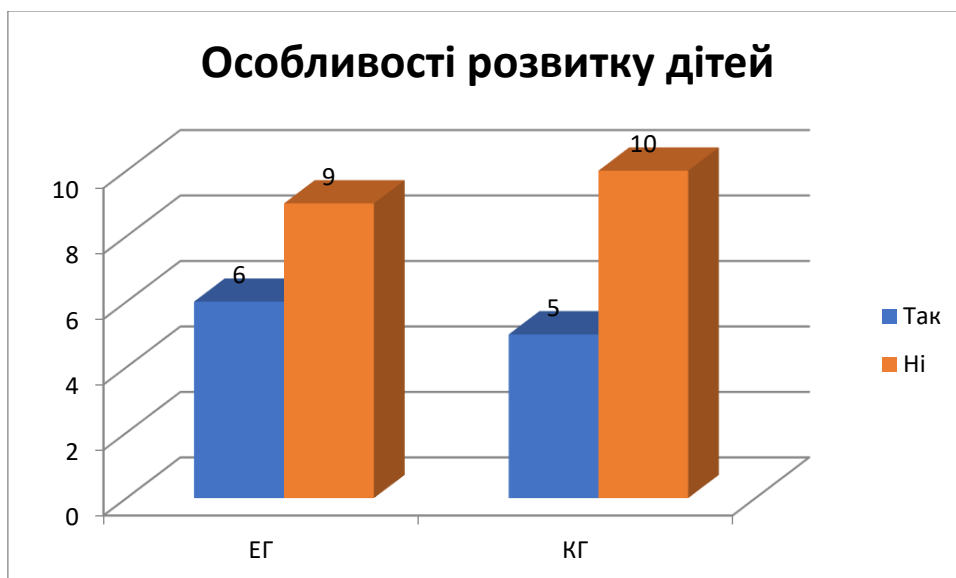


Рис. 3.9. Відповіді учасниць на сьоме питання анкети

Із таблиці 3.7 та рис. 3.9 ми бачимо, що 6 (або 40 %) учасниць ЕГ та 5 (або 33 %) учасниць КГ незнайомі із особливостями психологічного та

фізіологічного розвитку дітей. Натомість знайомими виявилися відповідно 9 (або 60 %) учасниць ЕГ та 10 (або 67 %) КГ.

Відповіді учасниць на восьме питання анкети ми відобразимо в таблиці 3.8.

Таблиця 3.8. - Чи шукаєте Ви інформацію у різних джерелах про особливості догляду за дитиною та її виховання? Що Вас цікавить найбільше?

	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість	%	Кількість	%
Ні	2	13	1	7
Так	13	87	14	93
<i>Я використовую посібник, авторства Б. Спока «Дитина та догляд за нею»</i>	4	26	2	14
<i>Користуюся інформацію різноманітних блогів</i>	1	7	3	20
<i>Користуюся порадами мами та свекрухи</i>	2	14	4	26
<i>Користуюся порадами</i>	3	20	1	7

<i>подруг, у яких є діти</i>				
<i>Читаю наукову літературу про те, як доглядати за дитиною</i>	3	20	4	26
Всього	15	100	15	100

Із таблиці 3.8 ми бачимо, що інформацію по догляду за дитиною цікавлять, та шукають її у різних джерелах інформації 13 осіб (або 87 %) осіб ЕГ та відповідно 14 осіб (або 93 %) КГ. Із них, зокрема вивчають інформації із підручника, написаного Б. Споком «Дитина та догляд за нею» 4 (або 26 %) учасниць ЕГ та 2 (або 14 %) учасниць КГ. Інформацією із різноманітних блогів користується 1 особа (або 7 %) КГ та 3 (або 20 %) КГ. Порадами мами та свекрухи користуються 2 (або 14 %) особи в ЕГ та 4 (або 26 %) особи КГ. Порадами подруг, у яких є діти користуються 3 (або 20 %) учасниць ЕГ та 1 (або 7 %) учасниць КГ. І, наукову літературу читають 3 (або 20 %) та 4 (або 26 %) учасниць КГ. На додаткове запитання учасниці відповіли, що найбільше їх цікавлять особливості режиму дня дитини, особливості режиму годування дитини, режим сну, як правильно користуватися засобами гігієни для новонародженого, що робити, якщо не буде молока, які суміші можуть замінити материнське молоко, які з них корисніші і т. п. При цьому, серед учасниць дослідження були і такі, яких питання догляду за дитиною не цікавило, серед них це 2 (або 13 %) особи із ЕГ та 1 особа (або 7 %) із КГ.

У таблиці 3.9 та на рис. 3.10 ми відобразимо отримані результати на 9 питання.

Таблиця 3.9 - Ви вважаєте, що дитину треба носити на руках так часто, як вона того захоче, чи треба навпаки не «привчати до рук»?

	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість	%	Кількість	%
Часто брати на руки	11	73	10	67
Не «привчати до рук»	4	27	5	33
Всього	15	100	15	100

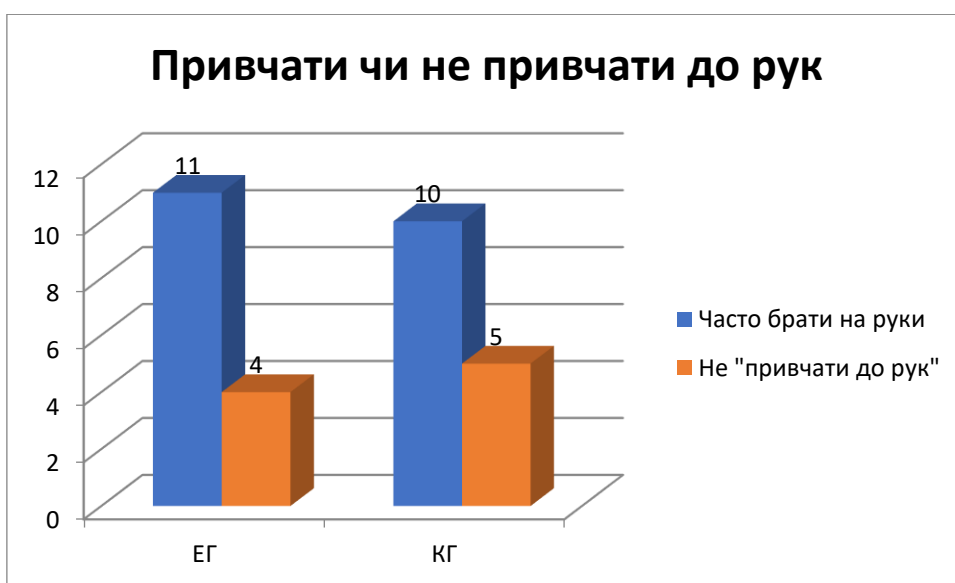


Рис. 3.10 Відповідь на 9 питання анкети

Із таблиці 3.9 та рис. 3.10 ми бачимо, що більшість опитуваних переконані у тому, що малюка потрібно брати на руки, тобто часто брати на руки, до такої думки схильні 11 (або 73 %) учасниць ЕГ та 10 (або 67 %) учасниць КГ. Натомість, 4 (або 27 %) учасниць ЕГ, а також 5 (або 33 %) учасниць КГ переконані в тому, що дитину не потрібно привчати до рук.

Відповіді учасниць на десяте питання анкети ми відобразимо у таблиці

3.10

Таблиця 3. 10. Ваш вік.

	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість	%	Кількість	%
До 20	0	0	1	6
20-24	4	26	3	20
25-29	7	48	5	35
30-34	3	20	4	26
35-39	1	6	2	13
Старше 40	0	0	0	0
Всього	15	100	15	100

Із таблиці 3.10 ми бачимо систематизовані дані, які стосуються віку наших учасниць, так, зокрема у ЕГ учасниці у віці до 20-ти років немає жодної, натомість як у КГ є 1 особа (або 6 %). У віці від 20 до 24 років таких осіб 4 (або 26 %) у ЕГ та 3 (або 20 %) у КГ. У віці від 25 до 29 років є 7 (або 48 %) у ЕГ та 5 (або 35 %) у КГ. У віці від 30 до 34 років маємо 3 особи (або 20 %) у ЕГ та 4 (або 26 %) у КГ. У віці від 35 до 39 років маємо 1 особу (або 6 %) ЕГ та 2 (або 13 %) КГ. У віці старше від 40 років не маємо жодної особи ні в ЕГ ні в КГ.

Далі у таблицю 3.11 ми занесемо дані на 11 питання нашої анкети.

Таблиця – 3.11. Освіта

	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість	%	Кількість	%

Повна середня	1	6	0	
Професійно-технічна	2	13	2	13
Неповна вища	1	6	3	20
Базова вища (бакалавр)	7	48	5	33,5
Повна вища (спеціаліст, магістр)	4	27	5	33,5
Всього	15	100	15	100

Із таблиці 3.11 ми бачимо, що повну середню освіту мають 1 (або 6 %) учасниць ЕГ, що стосується КГ – там жодної. Професійно-технічну освіту мають однакова кількість учасниць обох груп – по 2 (або 13 %) особи ЕГ та КГ. Неповну вищу освіту має 1 (або 6 %) особа ЕГ та 3 (або 20 %) особи КГ. Базову вищу освіту (бакалавр) мають 7 (або 48 %) учасниць ЕГ та 5 (або 33,5 %) учасниць КГ. Повну вищу освіту (спеціаліст, магістр) мають 4 (або 27 %) учасниць ЕГ та 5 (або 33,5 %) учасниць КГ.

Далі у таблицю 3.12 ми занесемо відповіді ЕГ на 12 питань анкети.

Таблиця 3. 12. Професія. Посада ЕГ

Професія	Кількість респондентів
Перукарка	1
Менеджерка торгового залу	2

Вчителька СШ	1
Вихователька ДНЗ	1
Юристка	3
Консультантка по роботі з клієнтами (банківська працівниця)	1
Екскурсовод музею	1
Бухгалтер	1
Швачка	2
Касир	2

Із таблиці 3.12 ми бачимо, що учасниці ЕГ займають досить широкі спеціальності, зокрема: є 3 особи за спеціальністю юрист, по 2 особи, які займають наступні позиції: менеджер торгового залу, касир, швачка. По 1 особі, які мають професії: бухгалтер, екскурсовод музею, консультантка по роботі з клієнтами (банківська працівниця), вихователька ДНЗ та вчителька СШ.

У таблицю 3.13 ми занесемо відповіді одержані від учасниць КГ на 12 питання анкети.

Таблиця 3.13. Професія. Посада. КГ

Професія, посада	Кількість респондентів
Продавчиня, відділ косметики, магазин «Ева»	2
Офіціантка, кав'ярня «Світ кави» м. Київ	1
Повар, їдальня	1

Касир, магазин «Сільпо»	1
Економіст	2
Юрист, працює помічником нотаріуса	1
Вчителька СШ	1
Вихователька ДНЗ	1
Помічник вихователя	1
Викладач ВНЗ	1
Швачка	1
Робітниця метро	1
Офісний працівник	1

Із таблиці 3.13 ми бачимо ряд таких спеціальностей серед учасниць КГ, зокрема це: по 2 особи, які працюють продавчинями у відділі косметики магазину «Ева», та 2 економісток; а також по 1 особі в наступних позиціях: офіціантка, жінка працює у кав'ярні «Світ кави» м. Київ, повар, працює у їдальні, касир, працює у магазині «Сільпо», вчителька СШ, вихователька ДНЗ, помічник вихователя, викладач ВНЗ, швачка, робітниця метро, офісна працівниця.

Далі у таблицю 3.14. ми занесемо відповіді учасниць на 13-те питання нашої анкети.

Таблиця 3.14. - Чи Ви перебуваєте у шлюбі? Скільки років?

	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість	%	Кількість	%

Ні	5	33	4	26
Так	10	67	11	74
<i>Менше 1 року</i>	1	7	2	14
<i>1-2 роки</i>	3	20	2	14
<i>3-5 років</i>	5	33	4	26
<i>5-10 років</i>	1	7	2	14
<i>Понад 10 років</i>	0	0	1	6
Всього	15	100	15	100

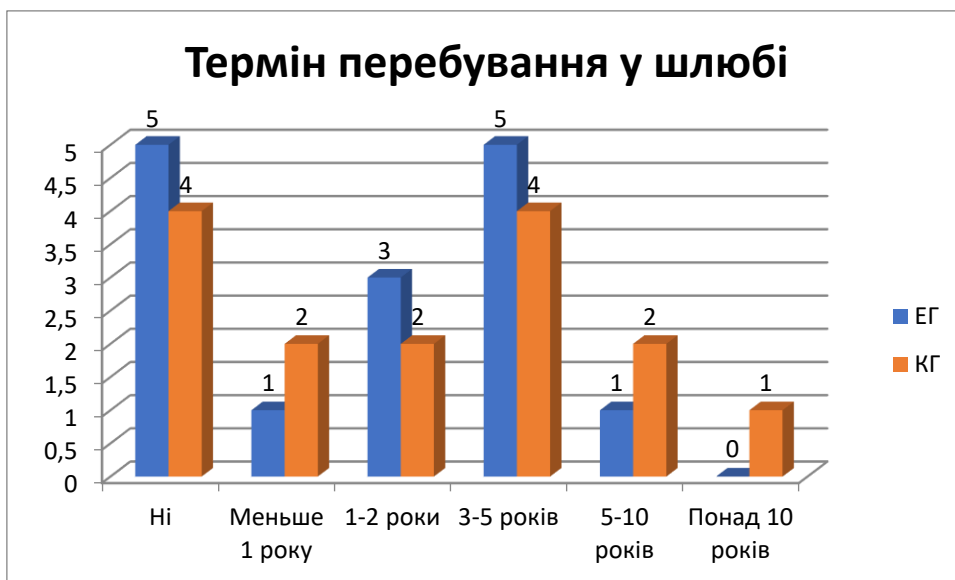


Рис. 3.11 Відповідь на питання про термін перебування у шлюбі

Із відповідей на 13 – те питання анкети (таблиця 3.14 та рис. 3.11) ми можемо сказати, що у шлюбі не перебувають 5 осіб (або 33 ЕГ та 4 (або 26 %) особи КГ. Натомість інші 10 (або 67 %) учасниці ЕГ та 11 (або 74 %) учасниць КГ перебувають у шлюбі. Із них, у шлюбі менше 1-го року перебуває 1 (або 7 %) учасниць ЕГ та 2 (або 14 %) учасниць КГ. У шлюбі перебувають 1-2 роки 3 (або 20 %) учасниць ЕГ та 2 (або 14 %) учасниць КГ. 3-5 років у шлюбі

перебувають 5 (або 33 %) учасниць ЕГ та 4 (або 26 %) учасниць КГ. 5-10 років у шлюбі перебуває 1 (або 7 %) учасниця ЕГ та 2 (або 14 %) учасниці КГ. Понад 10 років у шлюбі не перебуває жодна особа ЕГ та 1 особа (або 6 %) — учасниця КГ.

Далі занесемо дані відповідей учасниць на 14 питань анкети у таблицю 3.15 (для ЕГ) та у таблицю 3.16 для КГ.

Таблиця 3.15. Відповідь на 14 питань анкети: Професія та посада чоловіка.

Експериментальна група

Посада	Кількість
ФОП	3
Менеджер з продажів	2
Спеціаліст з маркетингу	1
Економіст	1
Бармен /бариста	1
Водій автобуса	1
Робітник заводу	1
Всього	10

Із таблиці 3.15 ми бачимо наступні професії, які займають чоловіки наших учасниць із ЕГ: 3 чоловіки є фізичною особою підприємцем (ФОП), 2 чоловіки працюють менеджерами із продажів, по 1 чоловікові працюють на наступних позиціях: спеціаліст із маркетингу, бармен, економіст, водій автобусу та робітник на заводі.

Далі побудуємо таблицю 3.16, у цій таблиці ми покажемо професії учасниць КГ.

Таблиця 3.16. Відповідь на 14 питання анкети: Професія та посада чоловіка
Контрольна група

Професія	Кількість
ФОП	2
Робітник метро	1
Офіціант	1
Водій	1
Викладач ВНЗ	1
Інженер	1
Майстер СТУ	1
Слюсар	1
Продавець консультант	2
Всього	11

Із таблиці 3.16 ми бачимо наступні професії, які займають чоловіки наших учасниць із КГ: 2 чоловіки є фізичною особою підприємцем (ФОП), також 2 чоловіки працюють продавцем консультантом; по 1 чоловіку займають наступні посади: працівник метро, офіціант, водій, викладач ВНЗ, інженер, майстер СТУ, слюсар.

Далі в таблицю 3.17 ми занесемо відповіді на 15 питання нашої анкети, а також отримані дані відобразимо на рис. 3.12

Таблиця 3.17. – відповідь на 15 питання анкети: Чи це Ваша перша вагітність?

	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість	%	Кількість	%

Так	9	60	8	53
Ні	6	40	7	47

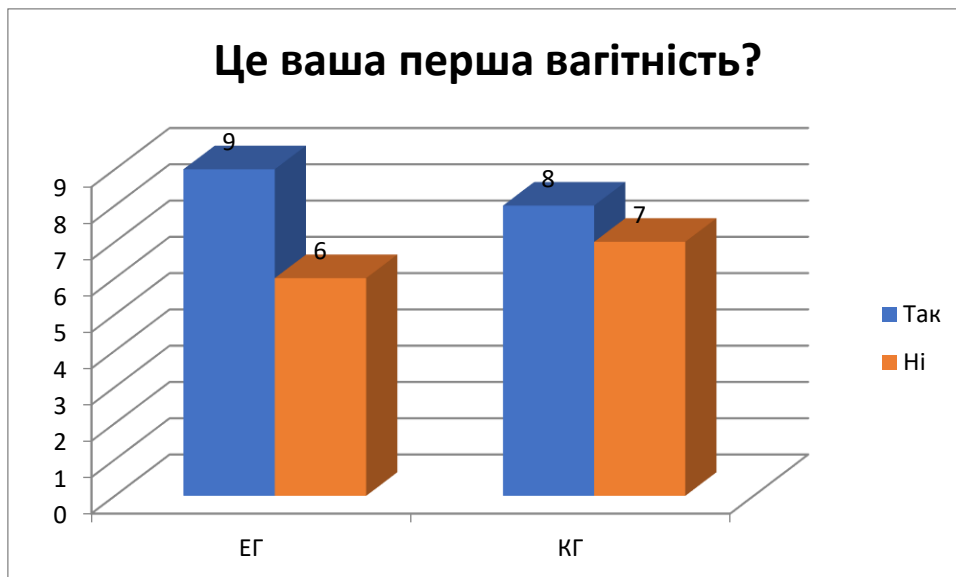


Рис. 3.12. Відповідь на 15 питання анкети.

Із 3.17 ми бачимо, що це є першою вагітністю у 9 учасниць ЕГ (або 60 %), і відповідно 8 (або 53 %) учасниць КГ. І відтак не першою є вагітність у 6 (або 40 %) учасниць ЕГ та у 7 (або 47 %) учасниць КГ.

Таким чином, проведена анкета нам дала можливість ознайомитися із ЕГ та КГ – учасницями нашого дослідження. Далі ми будемо проводити продовжимо діагностичний етап, використовуючи методики, які увійшли в нашу програму.

Ми провели методику 2 - Тест ставлень вагітної (ТСВ) (автор методики І. Добряков). Із анкети ми дізналися, що перша вагітність у 9 учасниць ЕГ (або 60 %), і відповідно 8 (або 53 %) учасниць КГ. Отримані результати по методиці 2 ТСВ занесемо до таблиці 3.18

Таблиця 3. 18. Методика 2 – Тест вставлень вагітної (ТВВ). Констатувальний етап.

	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість	%	Кількість	%

Оптимальний	7	47	7	47
Гіпогестогнозичний	2	13	1	6
Ейфоричний	3	21	2	13
Тривожний	2	13	3	21
Депресивний	0	0	0	0
Чітко не виражений	1	6	2	13
Всього	15	100	15	100

Оптимальний тип переживання вагітності. Із таблиці ми бачимо, що оптимальний тип переживання вагітності було виявлено у однакової кількості ЕГ та КГ по 7 (або 47 %) учасниць. Даний тип можна схарактеризувати як відповідальний: подружжя (або мати) до своєї вагітності ставиться з високою відповідальністю. У досліджуваних гармонійні відносини у сім'ї, вагітність є бажаною, досліджувані продовжують вести активне життя, на облік у жіночу консультацію стали своєчасно, сумлінно та постійно відвідують лікаря – гінеколога, а також заняття, які проводяться на базі жіночої консультації. Чітко та в повній мірі виконують усі рекомендації, які надають лікарі, сумлінно слідкують за своїм здоров'ям. У майбутньому оптимальний тип здатний створити гармонійний тип сімейного виховання малюка.

Гіпогестогнозичний тип переживання вагітності складає 2 (або 13 %) ЕГ та 1 (або 6 %) учасниць КГ. Учасниці цього типу не бажають змінювати життєвий уклад, не бажають ставати на облік до жіночої консультації своєчасно, у таких респондентів відсутня систематичність у відвідуванні лікарів; курси занять, які проводять у жіночій консультації, зазвичай, вони не відвідують зовсім, пояснюючи це тим, що у них зовсім немає часу. Поради лікарів не виконують. Після пологів у таких осіб дуже часто спостерігається гіпогалактія. Після народження малюка догляд за дитиною передають іншій

особі (це може бути няня, чи бабуся). Характерним даний тип є для родин багатодітних.

Ейфорійний тип переживання вагітності було виявлено у 3 респондентів (або 21 %) учасниць ЕГ та 2 (або 13 %) учасниць КГ. Цей тип переживання вагітності властивий для жінок, які мають істеричні риси особистості, а також для жінок, які досить тривалий час лікували безпліддя. На облік до жіночої консультації стають своєчасно, при цьому, рекомендації лікарів виконують несистематично. Також це стосується також і занять для вагітних, вони їх відвідують, але не виконують усіх рекомендацій, що їм радять фахівці. Наявне формальне виконання більшості рекомендацій. Вагітні цього типу до себе вимагають підвищеної уваги від оточуючих.

Тривожний тип переживання вагітності було виявлено у 2 учасниць (або 13 %) ЕГ та 3 (або 21 %) учасниць КГ. Цей тип переживання вагітності властивий для учасниць, які мають високий рівень тривожності, і це негативно впливає на соматичний стан жінок. Такі учасниці потребують психологічної допомоги. У подальшому таким матусям властива підвищена моральна відповідальність, невпевненість у власних діях, домінуючим є стан суперечливого виховання та гіперпротекції.

У жодної особи не було виявлено депресивного стану переживання вагітності.

І, насамкінець, чітко не виражений стан переживання вагітності ми помітили у 1 (або 6 %) учасниць ЕГ та у 2 (або 13 %) КГ.

Для наочності відобразимо на рис. 3.13

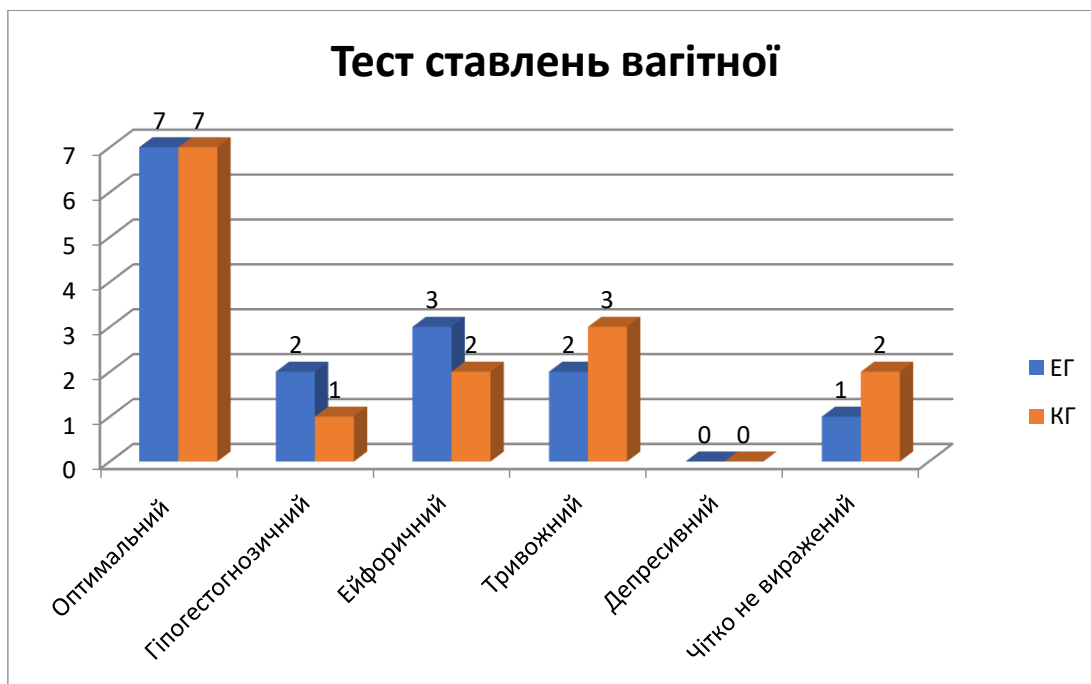


Рис. 3.13. Тест ставлень вагітної (констатувальний етап)

Наступною методикою ми будемо аналізувати результати за методикою «Я і моя дитина». У таблицю 3.19 ми занесемо отримані відповіді учасниць EG і KG. Також на рис. 3.14 отримані результати відобразимо на графіку 3.14.

Таблиця 3.19 – методика «Я і моя дитина» (констатувальний етап)

	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість	%	Кількість	%
Сприятлива ситуація	6	40	7	46
Незначні ознаки тривоги, невпевненості, конфліктності	4	27	4	27
Тривога і невпевненість в собі	4	27	4	27

Конфлікт з вагітністю чи ситуацією материнства	3	1	6	0	0
Всього		15	100	15	100

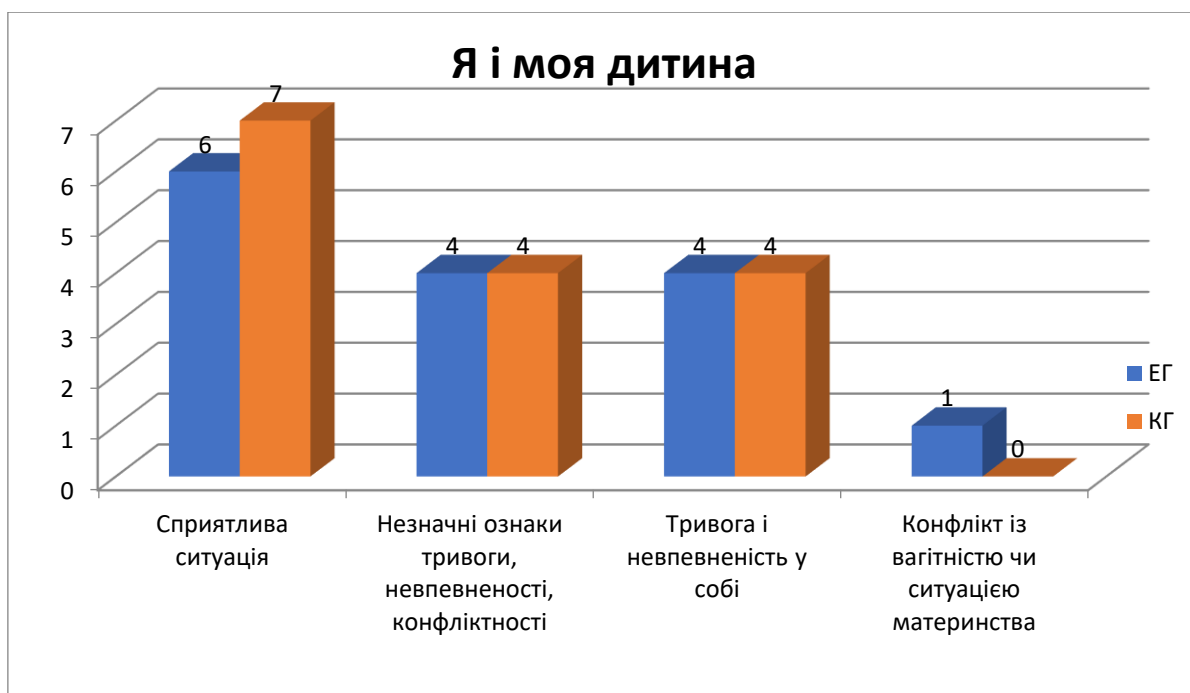


Рис. 3.14 Результати методики «Я і моя дитина» (констатувальний етап)

Із таблиці 3.14 ми бачимо наступні результати:

1. Сприятлива ситуація – була виявлена у 6 (або 40 %) учасниць ЕГ та у 7 (або 46 %) учасниць КГ. На малюнках учасниць проглядається чітке зображення матері та дитини. Жоден (ні дитина, ні мати) нічим не замінений, зображені фігури є співмірними, на малюнках присутні деталі одягу, при цьому, головну частину малюнка вони не складають. Відображена спільна діяльність дитини та матері: збирають квіти, катаються на гірці, гуляють, тримаючи одне одного за руку (тобто є тілесний контакт). У дітей на усіх малюнках промальовані риси обличчя: носик, очі, рот. Дитина не є захищеною (мається на увазі візочок чи колисочку), не є ізольованою (маємо на увазі пелюшки).

2. Незначні ознаки тривоги, невпевненості, конфліктності були виявлені у однакової кількості учасниць ЕГ та КГ по 4 (або 27 %) учасниць. На малюнку має місце зображення матері, дитини, замітники, які їх замінюють – на малюнку відсутні; фігура дитини не відповідає, присутність на малюнку інших людей; зображення на малюнку великої кількості предметів, при цьому ці предмети мають повністю неадекватні розміри; дитину зображено у рухомому об'єкті (наприклад, дитячий візочок), наявність контакту (мати тримає малюка частково «за деталь», це може бути, наприклад, рука малюка, малюка не видно); обличчя та фігура дитини є промальованими; фігури зображено або в профіль, або обличчям до читача; цілком відсутньою є спільна діяльність; вік малюка є відображеним у межах раннього, до кінця перебігу пологів, того що наближається до дитячого, а також після пологів.

3. Тривога і невпевненість в собі були виявлені у однакової кількості учасниць ЕГ та КГ по 4 (або 27 %) учасниць. На малюнку зображено матусю, дитину, їх заміни є відсутніми; фігура дитини є невідповідною; на малюнку відображено величезну кількість додаткових об'єктів; дуже ретельно промальовані усі деталі; існування недостатнього відтворення фігури, - це розповсюджується і на себе, і на інших осіб, і на малюка; відсутність спільної діяльності; схематизація; контакт матері та дитини без тілесного дотику; наявність на малюнку інших членів родини респондента; зображення на малюнку додаткових предметів, при тому, що їх розмір є неадекватно великими; зображена на малюнку дитина дошкільного віку.

4. Конфлікт з вагітністю чи ситуацією материнства – було виявлено у 1 або 7 %) учасниць ЕГ а у КГ не було виявлено у жодної особи. Відсутність на малюнку себе і / або дитини, заміна образу дитини і / або себе; відсутність спільної діяльності і контакту з дитиною; дитина «схована» (зображена у пелюшках, візочку, животику матусі); має місце ізоляція дитини (у дитячому візочку, ліжечку, гойдалці); наявність великої просторової дистанції між малюком та матусею; зображені на малюнках фігури відтворені із спини; існування на малюнку предметів додаткових; розміри додаткових предметів є

непропорційними чи неадекватно великими; риси обличчя фігури відсутні; вік зображуваної дитини – шкільний, малюка у ранньому віці відображають дуже рідко.

Таким чином, після діагностичного етапу ми виявили майже однаковий психологічний стан вагітних жінок в обох групах. Провівши дві методики ми співставили отримані показники обох груп і не виявили суттєвих відмінностей.

3.2. . Формувальна програма адаптації жінок до материнства

На другому етапі емпіричного дослідження було розроблено програму адаптації, якою було охоплено основну (експериментальну) групу. Створена контрольна група потрібна для порівняння результатів з основною групою з метою перевірки ефективності розробленої програми.

Формувальна програма полягала в тематичних лекціях про стрес та тривожність та шкоду, яку подібні переживання можуть спричинити малюкові; про засоби гігієни вагітної жінки, про аспекти харчування; про прогулянки та здоровий спосіб життя. Програма включала тренінги подолання стресу, щоб зменшити стрес та його негативний вплив на життєзабезпечення малюка, усунути психотравмуючі чинники в житті вагітної жінки та дитини. Формувальна програма включала психологічне тестування (визначення рівня тривожності, наявності депресивного стану, психологічні прояви емоційних переживань вагітних). Основною частиною програми були практичні заняття, на яких готували жінок до пологів, - зокрема, вчили їх керувати своїм психоемоційним станом, вчили правильно дихати, розповідали що потрібно мати породіллі, коли вона прямує до пологового будинку. На практичних заняттях були інформаційні повідомлення про те, як має поводити себе жінка у перші дні та тижні після пологів; як доглядати за дитиною, годувати та пеленати її; які існують засоби догляду за дитиною. Практичні заняття познайомили із предметами, які входять у пакунок малюка та використанням

кожного предмету та засобу. Частина практичних занять була спрямована на аспекти, які стосуються власне самої жінки: як доглядати за грудьми, як зціджувати молоко.

Варто зазначити, що всі учасники основної групи дуже відповідально поставилися до занять, систематично відвідували заняття, ретельно записували інформацію, приймали активну участь у тренінгових вправах.

Після закінчення формувальної програми було проведено повторні діагностичні вимірювання за допомогою двох основних методик з метою дізнатися, як змінилися (чи взагалі змінилися?) психологічні переживання учасниць і чи виявилася програма ефективною.

3.3. Аналіз отриманих результатів після формувальної програми

Спочатку ми провели методику 2 - Тест ставлень вагітної (ТСВ). Отримані результати по методиці 2 ТСВ занесемо до таблиці 3.20.

Таблиця 3. 20. Методика 2 – тест відношень вагітної (ТСВ).

	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість	%	Кількість	%
Оптимальний	11	75	7	47
Гіпогестогнозичний	1	6	1	6
Ейфоричний	1	6	2	13
Тривожний	2	13	3	21
Депресивний	0	0	0	0
Чітко не виражений	0	0	2	13
Всього	15	100	15	100

Для наочності відобразимо на рис. 3.15



Рис. 3.15. Тест відношень вагітної

Із таблиці 3.20 та рис. 3.15 ми бачимо, що оптимальний тип переживання вагітності було виявлено у 11 (або 75 %) ЕГ та у 7 (або 47 %) учасниць КГ

Гіпогестогнозичний тип переживання вагітності мають однакова кількість учасниць в обох групах - 1 (або 6 %) учасниць ЕГ та КГ.

Ейфорійний тип переживання вагітності було виявлено у 1 особи (або 6 %) ЕГ та 2 (або 13 %) осіб КГ.

Тривожний тип переживання вагітності було виявлено у 2 осіб (або 13 %) ЕГ та 3 (або 21 %) осіб КГ.

У жодної особи не було виявлено депресивного стану переживання вагітності.

І, насамкінець, чітко невиражений стан переживання вагітності ми не виявили серед учасниць ЕГ, однак виявили у 2 учасниць (або 13 %) КГ.

Наступний крок аналізу — методика «Я і моя дитина». У таблицю 3.21 ми занесемо отримані відповіді учасниць ЕГ і КГ. Також на рис. 3.16 ми відобразимо у формі графіку отримані результати.

Таблиця 3.21 – методика «Я і моя дитина» (формувальний експеримент)

	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість	%	Кількість	%
Сприятлива ситуація	8	54	7	46
Незначні ознаки тривоги, невпевненості, конфліктності	4	27	4	27
Тривога і невпевненість в собі	2	13	4	27
Конфлікт з вагітністю чи ситуацією материнства	1	6	0	0
Всього	15	100	15	100



Рис. 3.16 Результати методики: «Я і моя дитина» (формувальний експеримент)

Із таблиці 3.21 та рис. 3.16 ми бачимо наступні результати: сприятлива ситуація — у 8 (або 56 %) учасниць ЕГ та у 7 (або 46 %) учасниць КГ. Незначні ознаки тривоги, невпевненості, конфліктності були виявлені у однакової кількості учасниць ЕГ та КГ по 4 (або 27 %) учасниць. 3. Тривога і невпевненість в собі були виявлені у 2 (або 13 %) осіб ЕГ та 4 (або 27 %) учасниць КГ. Конфлікт з вагітністю чи ситуацією материнства – було виявлено у 1 (або 6 %) особи ЕГ, а в КГ — у жодної з учасниць.

Таким чином, ми бачимо, що результати учасниць ЕГ значно покращилися у порівнянні із КГ, що переконує в тому, що проведена програма виявилася ефективною.

У таблиці 3.22 ми порівнюємо результати респондентів ЕГ після формувальної програми. Отримані результати презентуємо на рис. 3.17.

Таблиця 3.22 – Тест ставлень вагітної (порівняння – експериментальна група)

	Констатувальний експеримент		Формувальний експеримент	
	Кількість	%	Кількість	%
Оптимальний	7	47	11	75
Гіпогестогнозичний	2	13	1	6
Ейфоричний	3	21	1	6
Тривожний	2	13	2	13
Депресивний	0	0	0	0
Чітко не виражений	1	6	0	0
Всього	15	100	15	100



Рис. 3.17 - Тест ставлень вагітної (контрольний експеримент)

Із таблиці 3.22 та рис. 3.17 ми бачимо що суттєві зміни відбулися в оптимальному типі ставлення до вагітності: кількість учасниць збільшилася із 7 (або 47 %) до 11 (або 75 %). Гіпогестогнозичний тип переживання вагітності зменшився (із 2 до 1 особи). Значно зменшився ейфорійний тип переживання вагітності (із 3 до 1 особи). Не залишилося осіб, які б мали чітко невизначений

тип переживання вагітності. Без змін залишився тривожний і депресивний тип переживання вагітності.

Далі порівняємо результати по методиці «Я і моя сім'я», отримані результати занесемо в таблицю 3.23 та відобразимо на рис. 2.18.

Таблиця 3.23 – Результати методики «Я і моя сім'я» - контрольний експеримент (порівняння)

	Констатувальний експеримент		Формувальний експеримент	
	Кількість	%	Кількість	%
Сприятлива ситуація	6	40	8	54
Незначні ознаки тривоги, невпевненості, конфліктності	4	27	4	27
Тривога і невпевненість в собі	4	27	2	13
Конфлікт з вагітністю чи ситуацією материнства	1	6	1	6
Всього	15	100	15	100

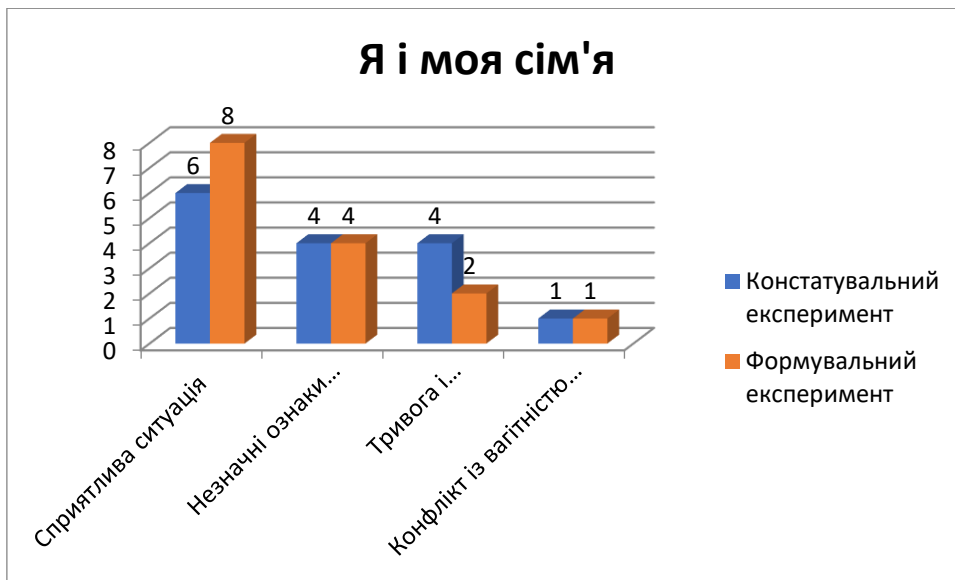


Рис. 3.18 Результати методики «Я і моя сім'я» (контрольний експеримент)

Із таблиці 3.23 та рис. 3.18 ми помітили, що значно покращила сприятлива ситуація, із 6 (або 40 %) до 8 (до 54 %) учасниць. Дещо зменшилась частка учасниць, які мають тривогу та невпевненість у собі із 4 (або 27 %) до 2 (або 13 %).

Таким чином, отримані дані свідчать про те, що наша програма виявилася ефективною та психологічний стан значної частини учасниць значно покращився.

Висновок до 3 розділу

Психологічні відмінності ставлення жінок до своєї вагітності, зумовлені особливостями характеру проявляються у таких типах ставлень: тривожний, адекватний, ейфорійний, амбівалентний, ігноруючий, відрікаючий (тип відрікання), що є сталими характеристиками та відзначаються своєрідною динамікою щодо формувальних впливів. Для жінок із оптимальним (гармонійним) типом ставлення до вагітності притаманними є розвиток когнітивних, емоційних та поведінкових компонентів уявлень про материнство, розвинені материнські почуття, материнська відповідальність, материнські установки й очікування, значущість сімейного життя.

Проведене емпіричне дослідження, учасниками якого стали вагітні жінки переконує, що розроблена нами формувальна програма є ефективною.

Діагностичне обстеження на першому етапі не виявило суттєвих відмінностей між основною та контрольною групою.

Після проведення формувальної програми суттєві зміни відбулися в оптимальному типі ставлення до вагітності, так кількість осіб з оптимальним ставленням збільшилася із 7 (або 47 %) до 11 (або 75 %). Гіпогестогнозичний тип переживання вагітності зменшився із 2 до 1 респондента. Значно зменшився ейфорійний тип переживання вагітності із 3 до 1 особи. Не залишилося осіб, які б не змогли досягти рефлексивного осмислення особистого типу переживання вагітності. Тим не менш без змін залишився тривожний і депресивний тип переживання вагітності.

Змінилася оцінка ситуації як сприятливої у значної кількості учасниць (із 6 (або 40 %) до 8 (до 54 %) осіб); зменшилась кількість учасниць, які проявляли тривогу та невпевненість у собі (із 4 (або 27 %) до 2 (або 13 %) осіб).

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про те, що реалізована програма виявилася ефективною та психологічний стан більшості її учасниць значно покращився.

ВИСНОВКИ

Проведений теоретичний аналіз проблеми психологічних особливостей вагітних жінок та емпіричне дослідження дозволяє сформулювати ряд наступних висновків та узагальнень:

1. Вагітність зумовлює формування складного комплексу психологічних змін та психологічних особистісних новоутворень жінки, які спрямовані на підготовку до материнства та розвиток материнської сфери особистості.

2. Психологічні особливості переживань вагітних жінок проявляються в таких аспектах:

А) Стан вагітності зумовлює глибокі зміни самосвідомості, ставлення до інших людей, до світу в цілому, трансформацію ціннісно-смислових компонентів образу світу та особистої ідентичності жінки.

Б) В період вагітності жінки схильні проявляти наступні психологічні особливості: високий рівень тривожності, емоційна нестійкість, підвищена чутливість, дратівливість, слабкість, недовірливість, неадекватна самооцінка, зниження активності.

В) В процесі вагітності формується феноменологія пренатальної прив'язаності до майбутньої дитини, в структурі якої можна виділити емоційний, когнітивний та поведінковий компоненти.

Г) На формування ставлення до майбутньої дитини визначальним чином впливають такі психологічні чинники: відношення вагітної жінки із своєю власною матір'ю, які мали місце в період дитинства, соціальна підтримка, стосунки із партнером, особистісні характеристики.

Д) Особливості ставлення жінки до вагітності, особливості розвитку сфери материнства та психологічна готовність до материнства набувають важливого значення у процесі внутрішньоутробного розвитку дитини та виявляються у феноменології пренатальної прив'язаності до майбутньої дитини.

3. Типологічні відмінності ставлення жінок до своєї вагітності, зумовлені особливостями характеру проявляються у таких типах ставлень: тривожний, адекватний, ейфорійний, амбівалентний, ігноруючий, відрікаючий (тип відрікання), що є сталими характеристиками та відзначаються своєрідною динамікою щодо формувальних впливів. Для жінок із оптимальним (гармонійним) типом ставлення до вагітності притаманними є розвиток когнітивних, емоційних та поведінкових компонентів уявлень про материнство, розвинені материнські почуття, материнська відповідальність, материнські установки й очікування, значущість сімейного життя.

4. Після проведення дослідження, спрямованого на визначення психологічних особливостей переживань вагітних жінок ми встановили, що жінки, які мають переважно гармонійний тип ставлення до вагітності, здатні до формування більш оптимальної материнської поведінки та взаємодії із соціальним оточенням. У жінок із труднощами у сприйманні майбутнього материнства (тривожний, ейфорійний, амбівалентний, ігноруючий, відрікаючий (тип відрікання)) спостерігається як динаміка до оптимального ставлення до вагітності, так і деякі проблеми, які не піддаються змінам і залишаються стійкими до формувального впливу.

На основі отриманих результатів розроблено формувальну програму з метою адаптації жінок до вагітності та майбутнього материнства. Апробація програми свідчить про її ефективність. Програма спряє розвитку оптимального ставлення до материнства, який закріпився у більшості учасниць програми. Зменшилася кількість осіб із ейфорійним типом переживання вагітності. Однак, хоча серед учасниць не залишилося осіб, які б не змогли рефлексивно визначити тип свого ставлення до майбутнього материнства, тривожний і депресивний тип переживання вагітності залишилися без змін. Отримані результати свідчать про те, що реалізована програма в цілому є ефективною та психологічний стан більшості її учасниць значно покращився.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В. В. Принципы психопрофилактической подготовки беременных групп высокого риска к родам // Перинатальная психология и медицина: профилактика, психокоррекция, психотерапия нервно-психических расстройств: Сб. научных работ по мат. II-й Межд. Конф. по перинатальной психологии. / Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д. О. Отта. – СПб.: Издательство Знаменитые Университеты. – 2003. – С.59-61.
2. Абрамченко В. В., Багрунов В. П. Первый опыт применения новой психоакустической технологии беременными с целью положительного влияния на психическую сферу будущего новорожденного // Институт акушерства и гинекологии ВЕСТНИК ВГМУ, 2004, ТОМ 3, №1 РАМН им. Д. О. Отта. - СПб., 2000. - С.15.
3. Абрамченко В. В., Коваленко Н. П. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт. - СПб.: Издво С.-Петерб. ун-та, 2001. - С. 348.
4. Абрамченко В. В., Немчин Т. А. Методика экспериментально-психологического исследования беременной женщины. В кн.: Проблемы медицинской психологии. - Л., 1976. - С.5-7.
5. Аммон Г. Динамическая психиатрия. - СПб., 1995. - С. 101.
6. Анохин П. К. Избранные труды. Системные механизмы высшей нервной деятельности. - М., 1979. – С. 309.
7. Ата-Мурадова Ф. А. Развивающийся мозг. Системный анализ. - М.: Медицина, 1980. - С. 274.
8. Бадинтер Э. Мужская сущность / пер. с фр. И. О. Крупичевой, Е. Б. Шевченко. - М.: АО «Изд-во «Новости». - М.: Амальтея, 1995. - С. 304.
9. Батуев А. С. Психофизиологическая природа доминанты материнства // Психология сегодня: Ежегодник Рос. психол. о-ва. М., 1996. Т. 2. Вып. 4. - С.150-151.
10. Бергум В. Моральный опыт беременности и материнства // Человек. 2000. № 1. - С.59-68.

11. Бертин А. Воспитание в утробе матери. - М.:МНПО «Жизнь», 1992. - С. 25.
12. Божович Л. И. Проблемы формирования личности: избранные психологические труды / под ред. Д.И. Фельдштейна. Москва; Воронеж: Ин-т практ. психологии, 1995. - С. 351.
13. Брутман В. И., Филиппова Г. Г., Хамитова И. Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопр. психологии. 2002. № 3. - С. 110–118.
14. Брутман В. И., Филиппова Г. Г., Хамитова И. Ю. - Особенности динамики психологического состояния женщины во время беременности и родов // Вопр. психологии. 2002. № 1. - С.18-21.
15. Брутман В. И., Родионова М. С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопр. психологии. 1997. № 7. - С. 32–37.
16. Батуев А. С. Психофизиологические основы доминанты материнства // Психофизиология матери и ребенка / - СПб.: Издательство «Знаменитые Университеты», 2003. - С.12-16.
17. Батуев А. С. У истоков перинатальной психологии // Перинатальная психология и медицина: Материалы конференции по перинатальной психологии, Санкт-Петербург, 25–27 мая 2001 г. / Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д. О. Отта. - СПб., 2001. - С. 10 -13.
18. Боровникова Н. В., Посохова С. Т. Психологическая помощь беременным // РМЖ. - 2000.- №3. - С.10-14.
19. Боровникова Н. В. Психолого-акмеологический тренинг зрелого отцовствования и материнства. Тренинг адаптации к беременности. - М., 2001. – С. 18.
20. Беребин М. А. К вопросу о клинко-психологической составляющей в современной перинатальной психологии / М. А. Беребин, М. А. Нечаева // Журнал практического психолога. - 2005. -№ 1. - С. 185–19
21. Беребин М. А. Клинко-психологические аспекты организации и содержания психологической работы в акушерстве и гинекологии / М. А. Беребин, М. А. Нечаева, Л. Ф. Рыбалова // Через интеграцию наук к

сохранению репродуктивного здоровья семьи: научн. сб. материалов IV Всероссийского конгресса по перинатальной психологии, психотерапии и перинатологии. - М.: Благовест, 2003.

22. Вассерман Л. И. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: метод. рекомендации / Л. И. Вассерман. - Л., 1987. – С. 16.

23. Верни Т. Тайная жизнь ребенка до рождения. - М.: ЦРК «Аква», 1994. - С. 82.

24. Винникот Д. В. Маленькие дети и их матери. - М.: Класс, 1998. - С. 110.

25. Винничук Л. Люди, нравы и обычаи Древней Греции и Рима. - М.: Высш. шк., 1988. - С. 496.

26. Гросс Э. Изменяя очертания тела // Введение в гендерные исследования. Харьков: ХЦГИ, 2001. — С. 620.

27. Давыдовский И. В. Проблема причинности в медицине (этиология) / И. В. Давыдовский. - М.: Медицина, 1962. – С. 176.

28. Денисова В. А. Материнство как социально-культурный феномен с позиции различных психологических направлений // Гуманитарные исследования в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке. - 2012. №2. – С. 115–118.

29. Добряков И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков - СПб.: Питер, 2010. – С. 272.

30. Запорожец А. В. Избранные психологические труды: в 2 т. - М., 1986. – Т.1. – 320 с. Т.2.-299 с.

31. Иолев Б. В. Психология отношений. Концепция В. Н. Мясищева и медицинская психология / Б. В. Иолев, Э. Б. Карпова. - СПб.: Сенсор, 1999. - С.76.

32. Кант И. Сочинения. В 6 т. - М., 1963–1966. Т. 6. С. 423–484.

33. Кляйн М. Развитие в психоанализе. - М.: Акад. проект, 2001. - 320 с.

34. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. - Л.: Медицина, 1983. - 256 с.

35. Леонтьев Д. А. Психология смысла. - М.: Наука, 2003. - С. 487.
36. Лисицина М. И. Проблемы онтогенеза общения. - М.: Педагогика, 1986. – С. 144.
37. Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопр. психологии. - 2000. № 5. - С. 18-27.
38. Мид М. Культура и мир детства. - М.: Наука, 1988. - С. 268–321.
39. Мясищев В. Н. Психология отношений / В. Н. Мясищев. - М.: Воронеж, 1995. – С. 120–123.
40. Нечаева М. А. Психосемантические методики исследования внутренних картины беременности и их применение для оценки качества психической адаптации беременных / М. А. Нечаева, А. В. Штрахова // Психическая и социально-психологическая адаптация: проблемы теории и практики: материалы ежегодной открытой научно-практической конференции преподавателей и аспирантов. - Челябинск, ЮУрГУ, 2005 – С. 120–124.
41. Нечаева М. А. Беременность как проявление третьего состояния в континууме «здоровье-болезнь» и внутренняя картина беременности / М. А. Нечаева, А.В. Штрахова // Актуальные проблемы медицинской науки, технологии и профессионального образования: материалы Уральской научно-практической конференции. - Челябинск, 2003. - Вып. 5. - С. 156–159.
42. Нечаева М. А. Психологические факторы онтогенеза материнской сферы, внутренней картины беременности и перинатального развития: учеб. пособие / М. А. Нечаева, А. В. Штрахова, Л. Ф. Рыбалова. - Челябинск: Изд-во ЮУрГУ. - 2005. – 62 с.
43. Нечаева М. А., Беребин М. А. Классификация и психологическая диагностика отношения к беременности / М. А. Нечаева, М. А. Беребин // Клиническая психология. Серия «Психология», выпуск 9. - С. 33–38.
44. Пантин В. Семья и семейные ценности в сознании россиян // Воспитание школьников. - 2008. № 10. - С. 9–14.

45. Пушкарева Н. Л. Русская женщина: история и современность. История изучения «женской темы» русской и зарубежной наукой. - М.: Ладомир, 2002. – С. 203.
46. Рамих В. А. Материнство и культура: Философско-культурологический анализ. Ростов н/Д: Дон. гос. техн. ун-т, 1997. - С. 144.
47. Рябова Т. Б., Рябов О. В. Гендерные стереотипы как фактор социальных конфликтов // Вестн. Костром. гос. технол. унта, 2005. Т. 11, № 4. - С. 210–216.
48. Сергиенко Е. А. Развитие модели психического как ментальный механизм становления субъекта // Субъект, личность, психология человеческого бытия / под ред. В. В. Знакова, З. И. Рябикиной. - М.: Ин-т психологии РАН, 2005. - С. 113–146.
49. Фатыхов С. Г. Проблема элементарного социума человека и начала смыслообразования // Вестн. Моск. гос. ун-та культуры и искусств. - 2009. № 4. - С. 19-24.
50. Филиппова Г. Г. Психология материнства: учеб. пособие / Г. Г. Филиппова. - М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 240 с.
51. Филиппова Г. Г. Развитие материнского поведения в онтогенезе / Г. Г. Филиппова // Психология сегодня. Ежегодник Российского психологического общества. - 1996. - Вып. 3. - С. 133.
52. Филиппова Г. Г. Материнство: сравнительно-психологический подход // Психол. журн. 1999. - Т. 20, № 5. - С. 26–34.
53. Фогель А. В., Бутова О. А. Онтогенетические особенности макро- и микроэлементного статуса женского организма // Современный мир, природа и человек. - Томск, 2009. - Т. 1. - С. 4–7.
54. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. - М.: «Наука», 2008. - С. 334–348.
55. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. Основные положения, исследования и применение: пер. с англ. - СПб.: Питер Пресс, 1997. – 608 с.
56. Чемберлен Д. Разум вашего новорожденного ребенка. - М.: Класс, 2005. – 220 с.

57. Шмурак Ю. И. Пренатальная общность // Человек. - 1993. № 6. - С. 24-37.
58. Эльконин Д. Б. Избранные психологические труды. - М.: «Педагогика», 1989. – 555 с.
59. Эстес К. Бегущая с волками. Женский архетип в мифах и сказаниях. - М.: Гелиос, 2002. – 656 с.
60. Юнг К. Г. Архетип и символ. - М.: Ренессанс, 1991. - С. 65.