

**БЫЛИНА ЕКАТЕРИНА ВИКТОРОВНА**

*старший преподаватель кафедры консультативной психологии и психологии здоровья  
Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы,  
генеральный директор Общества с ограниченной ответственностью  
«Курсы подготовки к родам "СКАЗКА ОЖИДАНИЯ"»,  
bylina\_e@mail.ru*

**YEKATERINA V. BYLINA**

*Senior Lecturer at the Department of Health and Developmental Psychology  
of St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work,  
Director General of the Training Courses for Childbirth «SKAZKA OGIDANIAY»*

УДК 159.923

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН  
С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ**

**PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PREGNANT WOMEN WITH DYSFUNCTION  
OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM**

*АННОТАЦИЯ. Статья посвящена анализу психологических особенностей беременных женщин с нарушением функции репродуктивной системы. Представлены результаты сравнительного исследования будущих матерей с репродуктивной проблемой и контрольной группы. Отмечается, что у женщин, имеющих нарушения, повышена ситуативная тревожность, отношение к беременности смешанного типа с тревожными, депрессивными и эйфорическими тенденциями. Показатели самочувствия, активности различаются существенно, уровень настроения в группах имеет незначимые различия.*

*ABSTRACT. The article is devoted to the analysis of the psychological features of pregnant women with dysfunction of the reproductive system. Features of psycho-emotional states in women with a history of one of the dysfunctions of the reproductive system during the current pregnancy are highlighted. The results of a comparative study of psychological characteristics of future mothers with reproductive problems and a control group are presented. It is noted that women with impaired function of the reproductive system, experience increased situational anxiety. Their relation to pregnancy is of mixed type, with anxious, depressive and euphoric tendencies. The level of health and activity varies significantly. The level of mood in the groups has insignificant differences.*

*КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: психологические особенности беременных женщин, материнская доминанта, ситуативная тревожность, нарушение функции репродуктивной системы.*

*KEYWORDS: psychological features of pregnant women, maternal dominant, situational anxiety, dysfunction of the reproductive system.*

Беременность привносит в жизнь женщины изменения не только соматического, но и психологического плана. Влияние состояния матери на здоровье будущего ребенка изучается такими науками, как медицина и психология, однако каждая из них анализирует проблему с позиции своего предмета познания.

В психологии материнство является феноменом, который предполагает систему взаимодействия матери с ребенком. Мать как субъект наделена своими потребностями, переживаниями, и на их основании она выстраивает свое отношение к ребенку. При соматических или психологических нарушениях матери отмечается влияние на внутриутробное развитие плода (В. В. Абрамченко, Г. Б. Коваленко). Характерные нарушения — токсикоз первой половины беременности, раннее развитие гестозов, хроническая плацентарная недостаточность в третьем триместре [1].

Нарушение функции репродуктивной системы может возникать до и во время беременности. Рассматривая клинические формы нарушений, выделим основные:

- Поликистозная болезнь яичников.
- Дисфункциональные маточные кровотечения.
- Синдром истощения яичников.
- Аплазии матки, шейки матки и влагалища.
- Нейроэндокринные заболевания.
- Приобретенные поражения яичников [9].

В литературе авторами отражены основные положения и определения репродуктивного здоровья и рассмотрены те проблемы, которые могут возникнуть у женщин при нарушенных репродуктивных функциях.

Для женщин новая социальная роль является кризисным состоянием, требующим адаптации на психофизиологическом уровне. Возможна

соматизация в связи с внутренними конфликтами, которые могут обостряться в период беременности.

Фрустрирующие ситуации для женщины — бесплодие, выкидыш, перинатальная утрата или сам факт соматического заболевания, при котором беременность невозможна. При наступлении беременности патологические черты и особенности эмоционального реагирования могут минимизироваться. У каждой женщины есть репродуктивный потенциал, позволяющий обеспечить баланс репродуктивного здоровья, при этом основным показателем нормального функционирования репродуктивной системы семейной пары является наступление беременности в желаемый срок, ее неотягощенное течение и рождение здорового ребенка [4].

По определению ВОЗ репродуктивное здоровье — это состояние физического, умственного и социального благополучия, относящееся к репродуктивной системе на всех стадиях жизни. Состояние, обеспечивающее возможность вести безопасную и эффективную половую жизнь в сочетании со способностью воспроизводить здоровое потомство в сроки, определенные самим человеком.

В настоящее время большое количество семей имеют разнообразные сложности с зачатием, вынашиванием и рождением детей, что говорит о наличии репродуктивных проблем [8].

По данным ВОЗ, у 30% женщин наблюдаются различные нарушения функции репродуктивной системы [2].

К нарушениям репродуктивного здоровья относят:

- нарушение способности к зачатию;
- нарушение способности женщин к вынашиванию плода;
- нарушение развития плода;
- нарушение лактационной функции у кормящих матерей;
- нарушения менструальной функции у женщин,
- новообразования [4].

Репродуктивные нарушения могут зависеть от следующего:

- общесоматических заболеваний, влияющих на репродуктивную функцию;
- уровня физического и полового развития;
- заболеваний репродуктивной системы;
- полового воспитания, сексуального образования и поведения;
- психологической готовности к материнству [7].

Пока не разработаны методы работы с беременными женщинами, имеющими в анамнезе нарушения функции репродуктивной системы, объединяющие в себе все механизмы реализации «репродуктивной функции», при которой будут объединены такие психические принципы, как: мотивационно-потребностные, ценностно-смысловые, эмоциональные, когнитивные, физиологические, нейрогуморальные [11].

Репродуктивная функция обозначает вектор поведения женщины, которое характеризуется в социуме как роль матери. Принятие материнства является кризисным этапом в жизни женщины,

поскольку предъявляет особые требования к ее психологическим ресурсам и несет в себе как потенциальные возможности, так и опасности.

Кризис — состояние индивида, при котором необходимо изменить прошлую модель поведения для адаптации к изменившимся условиям. Чтобы справиться с новым этапом жизни у женщины должна реализоваться психическая адаптивность к беременности, определяющаяся способностью адекватно проявлять свои эмоции, регулировать свое поведение, приспосабливаться к кризисной ситуации [5].

Осознание своей роли в процессе подготовки к зачатию, вынашиванию и рождению ребенка и понимание своих задач и обязанностей говорит о психологической готовности к исполнению роли матери [3]. Успешность выполнения материнских функций зависит от определенного уровня готовности к роли матери, причем не только на физиологическом, но и на психологическом уровне [2].

Плод перенимает ощущения матери, при стрессе женщины у ребенка проявляется нейрогормональный сдвиг, который классифицируется как стрессовое состояние плода.

К факторам, препятствующим осуществлению репродуктивной функции, относят: неблагоприятную ситуацию, нестабильность и неуверенность в будущем, напряженную семейную ситуацию, страхи и тревоги, связанные с вынашиванием беременности, родами, рождением нездорового ребенка, с изменениями физического облика и образа жизни, внутренний конфликт между стремлением к рождению детей и другими жизненными ориентациями. Таким образом, необходимо снизить действия негативных факторов и оптимизировать факторы, подерживающие репродуктивную доминанту.

В психологии реализация репродуктивной функции женщины рассматривается как образование доминанты материнства, при актуализации которой осуществляется системный процесс, обеспечивающий необходимое функционирование всех физиологических и психических механизмов для выполнения этой задачи [12].

Г.Г. Филиппова выделяет две группы женщин А и Б, имеющих разные особенности репродуктивного статуса.

Группа А — женщины с нарушениями репродуктивной функции до беременности в основном гормонального происхождения, бесплодием или трудностями зачатия, угрозой прерывания беременности и невынашиванием, нарушением внутриутробного развития ребенка с минимальным риском для здоровья женщины. Этой группе присущи такие качества, как: психологическая неустойчивость, склонность к перепадам настроения, болезненное отношение к фрустрирующим факторам, взрывы переживаний, склонность к формированию сверхценных идей, в том числе беременности и репродуктивной функции, усиление маскулинных качеств и ослабление или отвержение женственности, снижение социальной адаптации, отсутствие гибкости во взаимодействии, конфликтные отношения с родителями (идеализации и недифференцированности отношения с матерью), недовольство собой.

Группа Б состоит из женщин, имеющих гинекологические заболевания соматического характера и негинекологические соматические проблемы, влияющие на успешность репродуктивной функции, угрожающие здоровью женщины. Для группы Б также характерны эмоциональная неустойчивость, склонность к гипостеническому реагированию и пониженному настроению, раздражительность, подверженность стрессам, зависимость от окружающих, поиск внешней помощи, нормальная женская идентичность, симбиотические отношения с родителями, неуверенность в себе, чувство вины, не критичность по отношению к другим, сверхответственность, повышенная ценность ребенка, «бегство в болезнь» и аутоагрессия, риск суицида.

Можно выделить общий признак в обеих группах, а именно нарушение психологической адаптации и инфантильный способ разрешения конфликтной ситуации по типу соматизации [12].

На основе идеи взаимного влияния психики и организма женщины появился интерес исследовать беременных женщин, имеющих в анамнезе одно из нарушений функции репродуктивной системы и изучить психологическое состояние текущей беременности.

Исследование проводилось в школе для будущих и состоявшихся родителей «Сказка Ожидания». В школе есть курсы подготовки к родам, осуществляется поддержка в послеродовой период, обеспечивается индивидуальное психологическое консультирование. Целью работы было изучение особенностей психологического состояния женщин, имеющих в анамнезе нарушения функции репродуктивной системы. Была поставлена задача исследовать их психологические и личностные характеристики.

В исследовании приняли участие 40 человек. Были обследованы 20 беременных женщин, имеющих в анамнезе нарушение функции репродуктивной системы, и 20 с неотягощенным акушерским анамнезом. Возраст женщин варьируется в экспериментальной группе от 29 до 43 лет, в контрольной группе от 25 до 38 лет. Срок беременности испытуемых в экспериментальной группе: 90% III триместр и 10% II триместр беременности; в контрольной группе: 80% III триместр и 15% II триместр, 5% I триместре. Первородящих 92,5%, у 7,5% есть ребенок в возрасте от 3,2 до 17 лет. У 70% экспериментальной группы пол ожидаемого ребенка — мужской, в контрольной группе у 60% будет мальчик.

Исследуя семейное положение респонденток, отметим, что 92,5% состоят в браке, а 7,5% находятся в гражданском браке.

Все женщины имеют высшее образование, работают по настоящее время 22,5% и 77,5% находятся в декретном отпуске.

Представлено практическое исследование (Каун В. А., 2018–2019), в котором было проведено сравнение двух групп женщин: в первую группу входили женщины, лечившиеся от нарушений репродуктивной функции, во второй группе были женщины с нормальным течением беременности

и не имеющие проблем с репродуктивным здоровьем.

Был проведен сравнительный анализ экспериментальной и контрольной групп по показателям: ситуативная тревожность, самочувствие, активность, настроение, типы и подтипы психологического компонента гестационной доминанты (далее ПКГД), представления о родах.

В процессе исследования был подобран и опробован психодиагностический комплекс: методика «САН» («Самочувствие, активность, настроение»), Шкала ситуативной тревожности теста «Исследование тревожности» (Ч. Д. Спилбергер, Ю. Л. Ханин), анкета «Представления о родах» (М. Е. Блох), «Тест отношений беременной» (И. В. Добряков, проективная методика «Я и мой ребенок» (Г. Г. Филиппова). Использовались анкета для беременных женщин для выявления социального положения, оценки медицинских показателей, а также получения данных о личностных характеристиках женщин, анкета «Представление о родах» для выявления представлений о родах беременной женщиной.

Предполагалось, что психологическое состояние беременных женщин, имеющих в анамнезе нарушение функции репродуктивной системы, характеризуются повышенной тревожностью; самочувствие, активность и настроение будут снижены по сравнению с контрольной группой; отношение к беременности будет иметь не оптимальную гестационную доминанту.

Для выявления различий в экспериментальной и контрольной группах был использован U-критерий Манна — Уитни.

Табл. 1

Ранг по шкале ситуативной тревожности методики «Исследование тревожности» (Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханина) в экспериментальной и контрольной группах

№	Экспериментальная группа. Ранг	Контрольная группа. Ранг
Сумма	497	323



Рис. 1. Ось значимости U-критерия Манна — Уитни

$U_{кр.} = 114$  для  $p \leq 0,01$  и  $U_{кр.} = 138$  для  $p \leq 0,05$  (см. табл. 1).

$U_{эмп.} = 113$  находится в зоне неопределенности, и можно сделать вывод, что взаимосвязь экспериментальной и контрольной групп по уровню

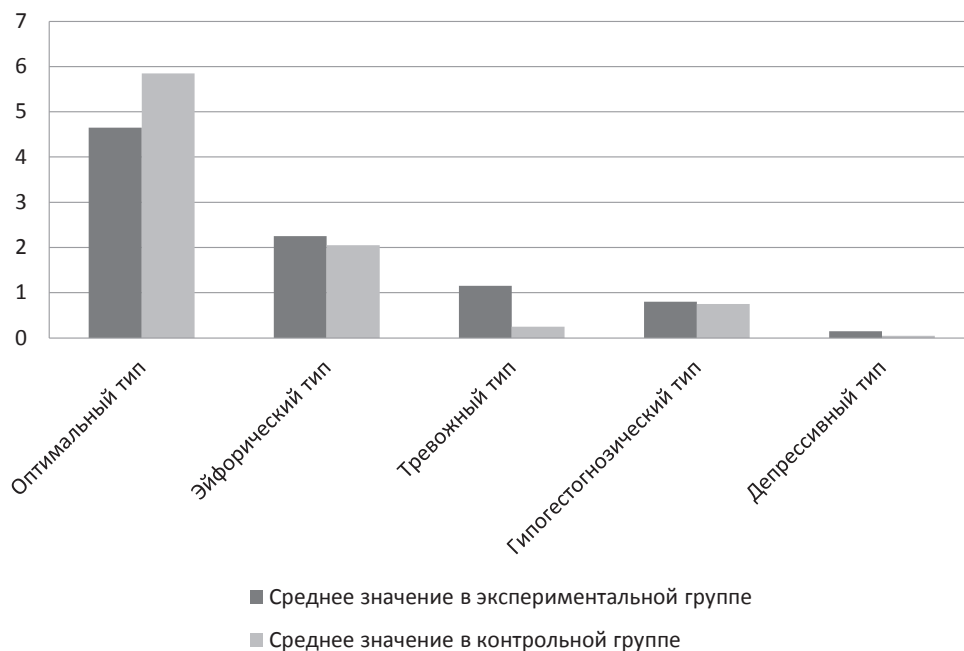


Рис. 2. Средние значения показателей ПКГД «Теста отношений беременной» в экспериментальной и контрольной группах

ситуативной тревожности не имеет определяющего значения на уровне значимости 0,01 и 0,05; однако показатель  $U_{\text{эмп.}} = 113$  близок к  $U_{\text{кр.}} = 114$  ( $p \leq 0,01$ ), который соответствует области значимости, следовательно, показатели этих групп различаются существенно для эксперимента и доказывают, что у экспериментальной группы более высокие значения, соответственно более выраженные проявления тревоги и беспокойства по сравнению с контрольной группой.

При рассмотрении индивидуальных показателей женщин обнаружилось, что в экспериментальной группе больше высоких и умеренных значений, а в контрольной группе показатели высокой тревожности отсутствуют, и у 50% выборки — низкий уровень тревожности. Исходя из этого в экспериментальной группе возможны трудности адаптации в стрессовых ситуациях. Уровень умеренной тревоги в экспериментальной и контрольной группах позволяет оценить уровень актуальной тревоги у беременных женщин, из чего можно сделать вывод, что женщины в обеих группах, находясь под воздействием стрессовых факторов, имеют тенденцию к появлению чувства тревоги, субъективно воспринимая ее как угрозу своей личности, самооценке.

Большой балл в контрольной группе получают пункты: «Я встревожена», «Я нервничаю», «Я озабочена», а в экспериментальной группе чаще встречаются сомнения в утверждениях: «Я спокойна», «Я чувствую себя свободно», «Мне ничего не угрожает», что может свидетельствовать о внутренних переживаниях женщин.

Для сравнения результатов по методике «Тест отношений беременной» полученные данные представим в виде гистограммы (рис. 2).

В контрольной группе у 80% опрошенных отсутствует тревожный тип ПКГД, а депрессивный тип встречается в три раза реже, чем в экспериментальной группе (5% — контрольная группа и 15% — экспериментальная).

По подтипам ПКГД можно сделать вывод, что доминирующее положение занимают смешанные подтипы (70%), формирующие в определенных областях жизнедеятельности беременной соответствующие типы поведения и отношения.

Так, у 30% женщин из контрольной группы общим является показатель: «я думаю о родах как о предстоящем празднике!», 30% уверены, что «станут прекрасной матерью», 25% именно состояние беременности доставляет счастье. 20% исследуемых «не думают, что будут кормить детей грудью».

В экспериментальной группе 50% респонденток боятся родов, «постоянно думают о них», также 30% «беспокоятся о состоянии здоровья ребенка, которого вынашивают». По предложенному Л. Н. Рабовалюк учету подтипов ПКГД посмотрим распределение их в двух группах.

В экспериментальной группе у 30% встречается оптимально-эйфорический подтип, у 20% — эйфоро-оптимальный и преимущественно оптимальный, у 10% — оптимально-гипогестогнозический.

В контрольной группе у 45% испытуемых преимущественно оптимальный тип, что в два раза выше показателя экспериментальной группы. У 15% выражен оптимально-эйфорический подтип, что в два раза меньше показателей экспериментальной группы. У 10% встречается эйфоро-оптимальный и оптимально-тревожный.

Женщины контрольной группы осознанно говорят о наличии страхов и тревоги за определенные процессы родов: потуги, схватки, послеродовой

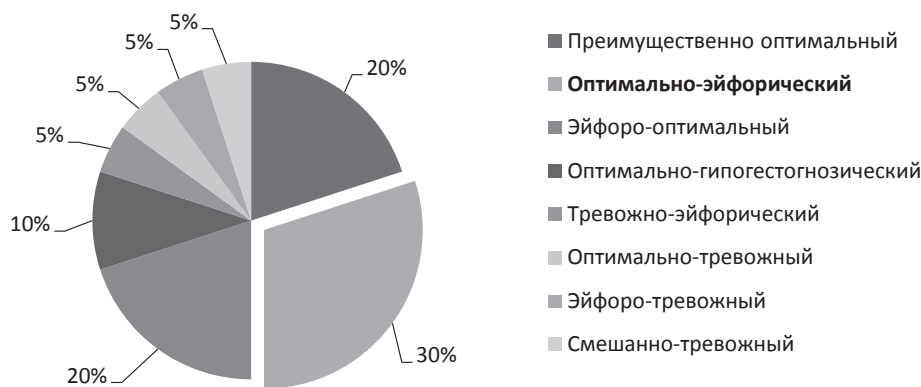


Рис. 3. Процентное распределение подтипов ПКГД в экспериментальной группе

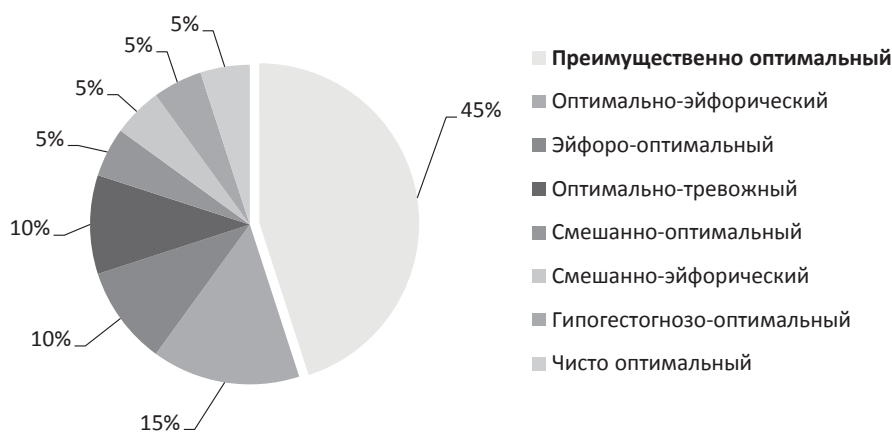


Рис. 4. Процентное распределение подтипов ПКГД в контрольной группе

период, делятся своими мыслями и переживаниями на данную тему.

В контрольной группе чаще всего встречается комбинация оптимального и эйфорического/тревожного типов, тенденцией в экспериментальной группе являются смешанные подтипы, где более явно выделяются параметры тревожности.

Н. Д. Творогова считает, что группа риска — это условная группа с высокой вероятностью возникновения в ней заболеваний, травм и других нарушений здоровья [10].

По мнению В. Авдеева, риск выражает прогностическую оценку вероятности неблагоприятного исхода ситуации, в данном случае связан с неоптимальным типом ПКГД.

Группы «значительного» и «умеренного» риска, согласно Л. Н. Рабовалюк, нуждаются в психокоррекционных мероприятиях по оптимизации психологического компонента гестационной доминанты для профилактики различных психологических и соматических расстройств в период гестации и послеродовой период и гармонизации диады матери и ребенка [13].

Поскольку группы имеют эйфорические и тревожные показатели, то психологическая работа

может быть направлена на их своевременное выявление и купирование и должна проводиться точечно и индивидуально по запросу клиентки.

Группа «минимального» риска может нуждаться в психокоррекционных мероприятиях в незначительной степени, длительность небольшая. Группа с отсутствием показателей риска не нуждается в коррекционных мероприятиях.

По методике «САН» проведен подсчет достоверности различий между данными экспериментальной и контрольной групп по шкале «Самочувствие».

$U_{\text{эмп.}} = 134$ ,  $U_{\text{кр.}} = 114$  для  $p \leq 0,01$  и  $U_{\text{кр.}} = 138$  для  $p \leq 0,05$ .

$U_{\text{эмп.}}$  находится в зоне неопределенности.

Из полученных данных можно заключить, что в экспериментальной группе у 40% исследуемых показатели имеют средние значения, у 60% — высокая оценка, а в контрольной группе у 80% — высокая оценка и у 20% — средняя оценка.

По методике «САН» проведен подсчет достоверности различий между данными экспериментальной и контрольной групп по шкале «Активность».

$U_{\text{эмп.}} = 103$

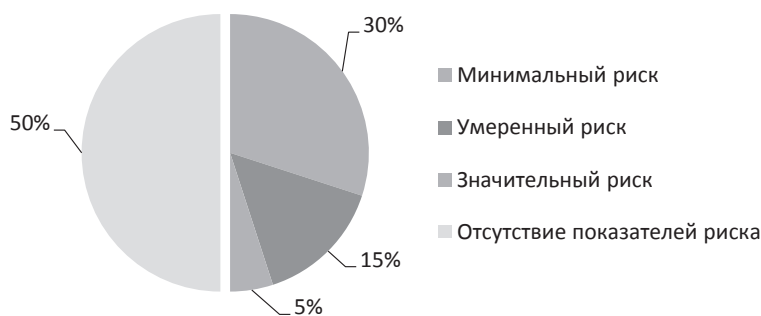


Рис. 5. Группы риска в экспериментальной группе, основанные на данных подгрупп ПКГД

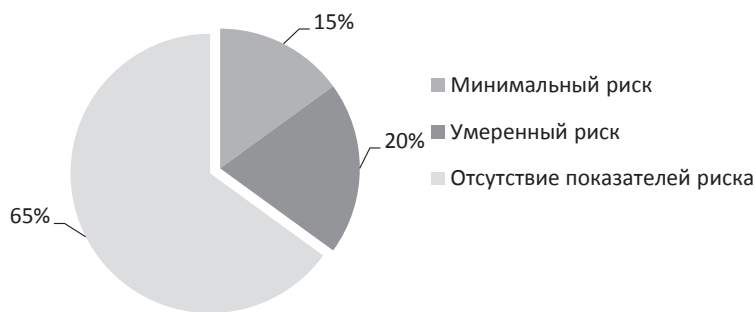


Рис. 6. Группы риска в контрольной группе, основанные на данных подгрупп ПКГД

$U_{кр.} = 114$  для  $p \leq 0,01$  и  $U_{кр.} = 138$  для  $p \leq 0,05$ .

$U_{эмп.}$  находится в зоне значимости.

В экспериментальной группе показатели «Соображать трудно», «Желание отдохнуть» встречаются в 40% анкет с индексом 1, что равно 3 баллам, низкий уровень/отрицательное состояние. Контрольная группа в 45% случаев обозначила показатель «Сонливый» индексом от 1 до 3, что соответствует 1–3 баллам, низкому уровню.

Подсчет достоверности различий между данными экспериментальной и контрольной групп по шкале «Настроение» методики «САН»  $U_{эмп.} = 161$

$U_{кр.} = 114$  для  $p \leq 0,01$  и  $U_{кр.} = 138$  для  $p \leq 0,05$ .

$U_{эмп.}$  находится в зоне незначимости. Шкалы «Полный надежд» и «Довольный» более выражены в контрольной группе, индекс от 1 до 3, что

соответствует высоким баллам от 5 до 7, в экспериментальной группе данные шкалы имеют от 3 до 6 баллов.

Все показатели по методике «САН» выше у контрольной группы, и средние значения, указанные в гистограмме на рис. 7, имеют групповые различия.

Показатели настроения в контрольной и экспериментальной группах достаточно высокие.

Как видно из гистограммы (рис. 7), средние значения по показателям «Самочувствие» и «Активность» отражают преобладание средних и высоких оценок по данной методике, что характеризует женщин как средние и высоко активные, имеющих удовлетворительное самочувствие, хорошее настроение.

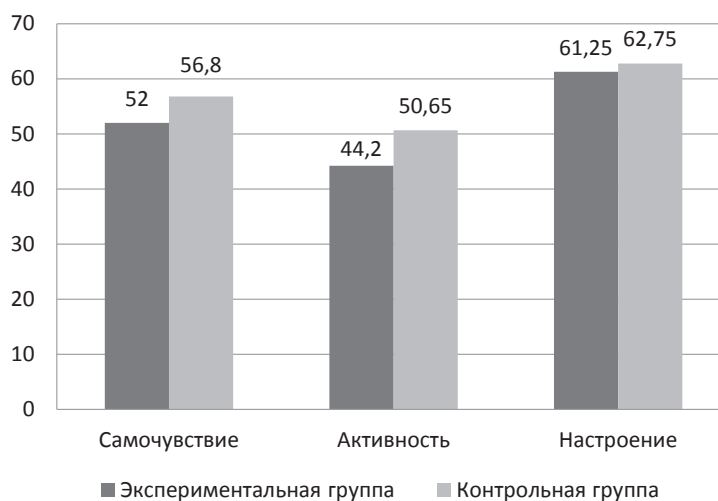


Рис. 7. Средние значения показателей самочувствия, активности и настроения методики «САН» в экспериментальной и контрольной группах

Табл. 2

Значения ранга по шкале «Самочувствие» методики «САН»

№	Экспериментальная группа. Ранг	Контрольная группа. Ранг
Суммы	344	476

Табл. 3

Значение ранга по шкале «Активность» методики «САН»

№	Экспериментальная группа. Ранг	Контрольная группа. Ранг
Суммы	313	507

Табл. 4

Значение ранга по шкале «Настроение» методики «САН»

№	Экспериментальная группа. Ранг	Контрольная группа. Ранг
Суммы	371	449

Результаты методики «Я и мой ребенок» Г.Г. Филипповой представлены на рис. 8.

В экспериментальной группе на рисунках преобладают: синий, розовый, оранжевый, чаще используется 1–2 цвета. На 40% рисунков присутствует будущая мама, беременность в 70% случаев представлена символически — как солнце, цветок, окно. Если изображается семья, то рядом есть объект крупнее, визуальнo выходящий на передний план: солнце, врач. В 15% на рисунке видна связь матери и ребенка. Отказ от рисунка составляет 5%.

Рисунки занимают менее половины листа формата А4.

В контрольной группе преобладают рисунки с изображением семьи: мама, папа и ребенок, занимая собой пространство листа формата А4. Присутствует детализация, есть дополнительные объекты: дерево, дом, домашние животные. В 90% рисунков затрагивается тема беременности.

На рис. 9 отражены средние значения баллов по симптомокомплексам, представленным в рисунках женщин.

Беременность и жизнь, сопутствующую ей, женщины из контрольной группы ощущают как благоприятную ситуацию больше, чем женщины из экспериментальной группы.

В контрольной группе на рисунках чаще изображается семья, состоящая из трех человек: женщины (матери), мужчины (отца) и ребенка (разного возраста). Между всеми членами семьи есть связь: они держатся за руки или заняты общим делом. Черты лица и части тела прорисованы, штриховка присутствует в качестве окрашивания одежды. Размер нарисованных элементов занимает более 60% листа формата А4, линии ровные, с умеренным нажимом, отсутствуют искажения нарисованных фигур.

В экспериментальной группе у 5% испытуемых нарисованы явные проявления мучений и агрессии: кровь, стиснутые зубы, тщательно прорисованные детали лица, шеи, лица деформированы. На некоторых рисунках есть части тела, но нет самого человека. Основным отличием от контрольной группы является символическое изображение, без людей, у 5% женщин был отказ от рисования, время выполнения задания было крайне быстрым, от 10 секунд до минуты.

Была использована анкета «Представление о родах» (автор М.Е. Блох). Далее представлены ответы женщин на следующие вопросы:

1. Мне кажется, что боль будет...



Рис. 8. Частота встречаемости объектов/людей на рисунках методики «Я и мой ребенок» в экспериментальной и контрольной группах

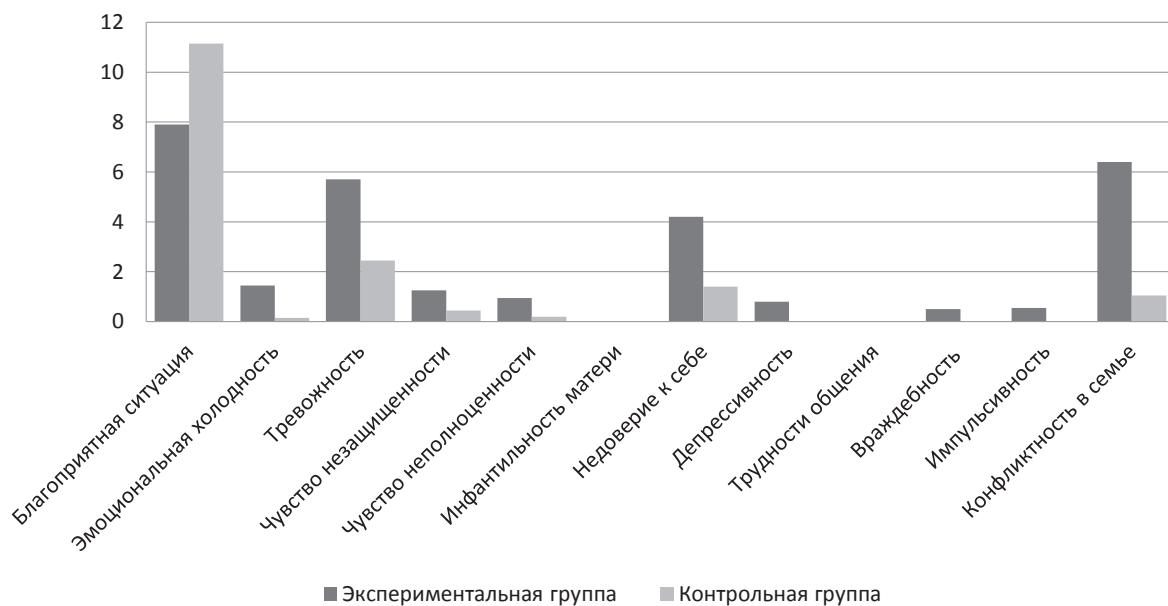


Рис. 9. Средние значения баллов по симптомокомплексам в экспериментальной и контрольной группах

2. Мне представляется, что в родах я буду ощущать...

3. Мне представляется, что в родах я буду вести себя...

4. Я считаю, что персонал роддома будет...

Анкета «Представление о родах» дает возможность изучить восприятие родов беременной женщиной. Результаты представлены на рис. 10, 11.

В экспериментальной группе 45% исследуемых считают, что боль будет сильная, трудная для переживания, 45% характеризуют боль как терпимую или дискомфортную, для 10% боль будет больше приятная, в 5% случаев не будет иметь

значения. В контрольной группе 90% женщин обозначили свою боль как терпимую или дискомфортную, 10% полагают, что их боль будет тягостной.

Среднее значение по времени, которое женщины считают нормальным для продолжительности родов, в экспериментальной группе равняется 6 часам, в контрольной группе норма — 8 часов.

Как думают 80% в экспериментальной группе и 60% в контрольной, самым болезненным будут потуги.

В экспериментальной группе тревогу во время родов ожидают 35% опрошенных, 20% будут

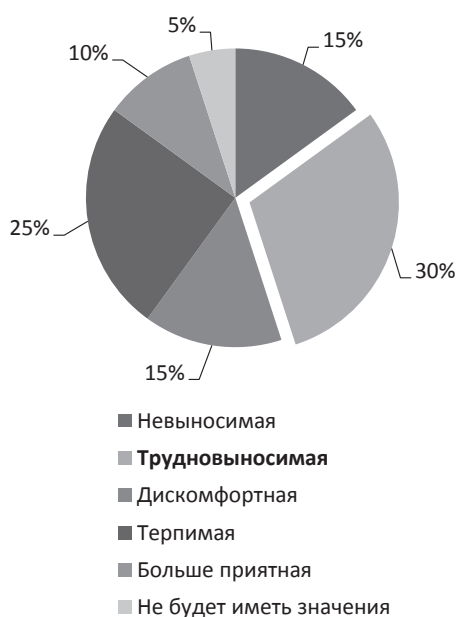


Рис. 10. Процентные соотношения ответов в экспериментальной группе по шкале «Мои представления о боли»

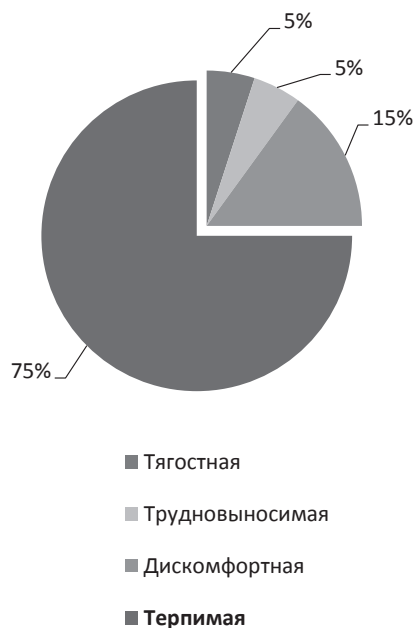


Рис. 11. Процентные соотношения ответов в контрольной группе по шкале «Мои представления о боли»





Рис. 12. Процентные соотношения ответов в экспериментальной группе по шкале «Мои представления об ощущениях»

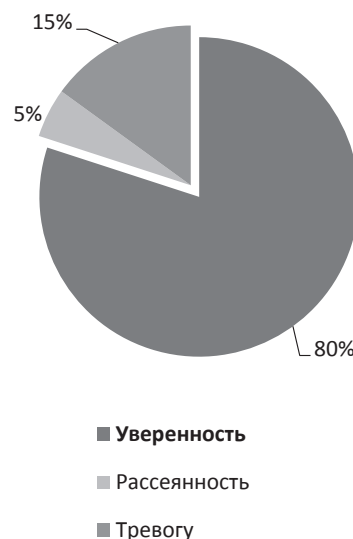


Рис. 13. Процентные соотношения ответов в контрольной группе по шкале «Мои представления об ощущениях»

испытывать жалость к себе, 15% — беспомощность и уверенность, а 10% считают, что во время родов будут рассеяны, 5% предполагают ощутить удовольствие.

В контрольной группе 80% беременных предвосхищают уверенность в родах, 15% — тревогу, 5% представляют себя в родах «рассеянными». Во время заполнения заданий методики женщины проявляли живой интерес, задавали вопросы, слушали мнение психолога, ожидали советов по поводу того, как лучше сделать при определенной ситуации, как побороть тревогу.

В анкете необходимо было оценить свои предстоящие роды по пятибалльной шкале. Результаты в экспериментальной группе были следующие: 45% оценили себя на «4», 35% — на «5», 5% поставили себе «3», 15% воздержались от оценивания. В контрольной группе: 55% оценили себя на «4», 35% — на «5», 10% воздержались от оценивания.

Самое важное в процессе родов для 80% респонденток экспериментальной группы и 75% контрольной группы — «рождение ребенка», 5% в обеих группах сочли, что самое важное — это здоровье ребенка, важность роли самой женщины и ее состояния выделили 5% в экспериментальной группе и 10% в контрольной. Работа врача также значима для 10% в каждой группе.

В 50% случаев в группах встречались ранжировки представлений о своих ощущениях при родах, первый выбор был основным, и именно он учитывается в гистограммах. Если первой выбирается «Тревожность», то на втором и третьем месте чаще встречаются «Рассеянность», «Жалость к себе». Более 50% опрошенных при выборе «Буду испытывать жалость к себе» отметили пункт «Буду нуждаться в помощи персонала», и им необходим руководствующий тип ведения родов медицинским персоналом. В экспериментальной группе 60% опрошенных будут выполнять все указания медицинского персонала, в контрольной группе

по этому же показателю доля ответов составила 20% (рис. 14, 15).

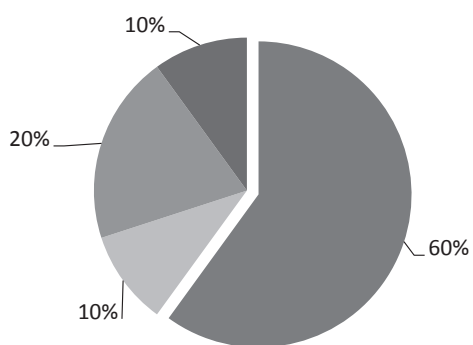
В экспериментальной группе 20% будут постоянно «нуждаться в помощи», 10% — в том, чтобы «их поведением руководили», степень значимости руководства персонала при родах для женщин в контрольной группе — 20%. В контрольной группе 60% женщин представляют, что в родах они будут участвовать активно, в экспериментальной группе 10%. Далее представлены гистограммы (рис. 16, 17), оценивающие роль персонала в родах.

В экспериментальной группе 30% ожидают от персонала помощи, 25% рассчитывают на поддержку, 20% представляют, что персонал будет руководить поведением роженицы, 15% женщин желают сотрудничества, 10% — заботы от персонала. В контрольной группе 50% беременных надеются на сотрудничество, а 25% — на руководство относительно поведения женщины, помощи и поддержки хотят по 10% испытуемых, а 5% ждут рекомендаций по переживанию боли.

Был проведен сравнительный анализ экспериментальной и контрольной групп по показателям ситуативной тревожности, самочувствия, активности, настроения, типам и подтипам ПКГД, представлениям о родах.

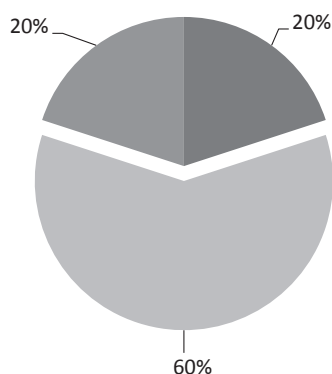
В ходе исследования использовались различные методы: тестирование, наблюдение, беседа, анкетирование. Для обработки данных был применен статистический метод: U-критерий Манна — Уитни. В процессе исследования был опробован психодиагностический комплекс: методика «САН», Шкала ситуативной тревожности теста «Исследование тревожности» (Ч. Д. Спилбергер, Ю. Л. Ханин), анкета «Представления о родах» (М. Е. Блох), «Тест отношений беременной» (И. В. Добряков, проективная методика «Я и мой ребенок» (Г. Г. Филиппова).

Сравнив результаты, полученные по двум группам, можно заключить, что у женщин, не имеющих в анамнезе нарушений репродуктивной функции,



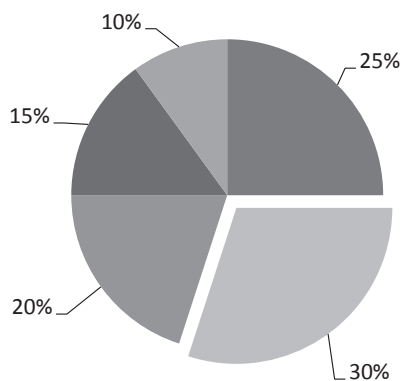
- Буду стараться выполнять все указания персонала
- Мне нужно будет, чтобы мной руководили
- Постоянно буду нуждаться в помощи
- Буду вести себя активно

Рис. 14. Процентные соотношения ответов в экспериментальной группе по шкале «Представления о моем поведении в родах»



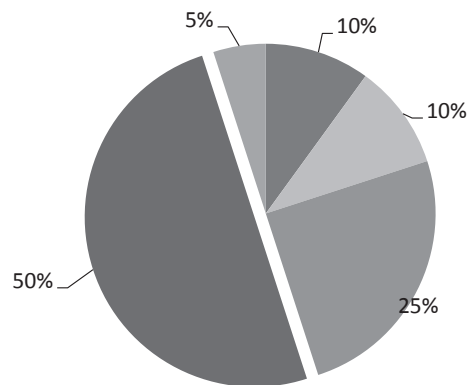
- Буду стараться выполнять все указания персонала
- Буду вести себя активно
- Мне нужно будет, чтобы мной руководили

Рис. 15. Процентные соотношения ответов в контрольной группе по шкале «Представления о моем поведении в родах»



- Будет поддерживать
- Будет помогать
- Будет руководить моим поведением
- Будет сотрудничать со мной
- Будет заботиться обо мне

Рис. 16. Процентные соотношения ответов в экспериментальной группе по шкале «Представления о роли персонала в родах»



- Будет поддерживать
- Будет помогать
- Будет руководить моим поведением
- Будет сотрудничать со мной
- Будет давать рекомендации по переживанию боли

Рис. 17. Процентные соотношения ответов в контрольной группе по шкале «Представления о роли персонала в родах»

достоверно выше показатели самочувствия и активности, ниже ситуативной тревожности; типы ПКГД у обеих групп смешанные, с доминирующим оптимальным компонентом. Подтип ПКГД у контрольной группы преимущественно оптимального типа (45% выборки), в экспериментальной — оптимально-эйфорический (30%). В группу значимого риска попадает только экспериментальная группа. Позитивное восприятие себя и своей семьи, ребенка более выражено у контрольной группы, в экспериментальной группе преобладает абстрактное восприятие себя и своей беременности. Анкета «Представление о родах» показала представление женщин о родах, их отношение к боли, готовности взять ответственность на себя: в экспериментальной группе более мрачное и тягостное отношение, нет готовности включаться в работу. Боль характеризуется как невыносимая и трудновыносимая 45% женщин, а в контрольной группе только 5%. Такие ощущения при родах, как тревога, бессилие, растерянность, жалость к себе, у 80% в экспериментальной группе, в контрольной группе — у 20%.

Сравнение результатов выявило статистически значимые показатели в различиях двух групп. Таким образом, гипотеза исследования частично подтвердилась: у экспериментальной группы повышена ситуативная тревожность, отношение к беременности смешанного типа с тревожными, депрессивными и эйфорическими тенденциями. Показатели самочувствия, активности различаются существенно. Уровень настроения в группах имеет незначимые различия.

В течение последних десятилетий демографическая проблема в России стоит наиболее остро, рождаемость ниже смертности. Но важен не только факт рождения ребенка, важно качество его вынашивания, процесса его рождения и воспитания.

Проблема психологической подготовки к родам женщин с нарушением функции репродуктивной системы в настоящее время имеет высокую значимость. Происходит становление психологического сопровождения и помощи в условиях школ подготовки к родам.

1. Амвросова М. А., Кондратенко Е. А., Ожигина С. Н. Влияние беременности на психоэмоциональное состояние женщины // Концепт. 2017. Т. 2. С. 257–261.
2. Блох М. Е., Русановский В. В., Удодова И. Н. Психосоциальные особенности женщин с нарушением репродуктивного здоровья, ассоциированных с гинекологической патологией // Приоритетные направления развития науки и технологий: доклады 11 Всероссийской науч.-технич. конф. 2012. С. 68–70.
3. Грицай Л. А. Кризис традиционного материнства в современной России: социально-психологический аспект // Практическая психология и психоанализ. 2010. № 3. С. 17–19.
4. Дьячкова Е. С. Психологические особенности семей с нарушениями репродуктивного здоровья // Вестник ТГУ. 2013. № 9 (125). С. 199–207.
5. Ицкович М. М., Ярославцева Т. Г., Сафаргалина Л. С. Методические аспекты организации психологической работы в перинатальных центрах: метод. пособие. Екатеринбург: Ажур, 2018. 68 с.
6. Маркова М. В. Феномен бесплодия супружеской пары с позиции медицинской психологии // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. 2009. № 1 (1). С. 57–62.
7. Ничипорук П., Конкиева Н. А. Факторы, влияющие на репродуктивное здоровье женщины [Электронный ресурс] // VII Междунар. студенческая электронная науч. конф. «Студенческий научный форум 2015». М.: РАЕ, 2015. Режим доступа: <http://www.scienceforum.ru/2015/pdf/15579.pdf> (дата обращения: 22.03.2019).
8. Рябова М. Г. Индивидуально-психологические особенности женщин с различными типами нарушений репродуктивной функции // Вестник ТГУ. 2013. № 9 (125). С. 190–198.
9. Сивочалова О. В. Охрана репродуктивного здоровья и планирование семьи 2017. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [https://studref.com/301545/meditsina/ohrana\\_reproduktivnogo\\_zdorovya\\_i\\_planirovanie\\_semi](https://studref.com/301545/meditsina/ohrana_reproduktivnogo_zdorovya_i_planirovanie_semi) (дата обращения: 22.03.2019).
10. Творогова Н. Д. Клиническая психология // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь: в 6 т. / ред.-сост. Л. А. Карпенко; под общ. ред. А. В. Петровского. М.: ПЕР СЭ, 2007. 416 С.
11. Филиппова Г. Г. Репродуктивная психология: психологическая помощь бесплодным парам при использовании вспомогательных репродуктивных технологий // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. 2014. № 3 (5). С. 6–38.
12. Филиппова Г. Г. Психологическая адаптация к беременности и родительству в супружеских парах с бесплодием и невынашиванием в анамнезе // Психологические проблемы современной семьи: материалы VI междунар. науч. конф. М.: Изд-во МГУ, 2009. С. 675–678.
13. Филиппова Г. Г. Проблемы психологической готовности к беременности у женщин при ВРТ // Репродуктивные технологии сегодня и завтра: материалы XIX междунар. конф. Иркутск: Изд-во Российской Ассоциации Репродукции Человека. 2009. С. 67–68.

#### References

1. Amvrosova M. A., Kondratenko Ye. A., Ozhigina S. N., et al. Vliyanie beremennosti na psikhoemotsionalnoye sostoyaniye zhenshchiny [The effect of pregnancy on the psycho-emotional state of women]. Kontsept — Concept, 2017, 2, pp. 257–261 (in Russian).
2. Blokh M. Ye., Rusanovskiy V. V., Udodova I. N., et al. Psikhosotsialnyye osobennosti zhenshchin s narusheniyem reproductivnogo zdorovya, assotsirovannykh s ginekologicheskoy patologiyey [Psychosocial features of women with

- reproductive health disorders associated with gynecological pathology]. *Prioritetnyye napravleniya razvitiya nauki i tekhnologii: doklady XI Vserossiyskoy nauchno-tekhnicheskoy konferentsii* [Proc. of the 11<sup>th</sup> All-Russian Scientific and Technical Conference «Priority Areas for the Development of Science and Technology»]. Tula: Innovatsionnyye tekhnologii Publ., 2012, pp. 68–70 (in Russian).
3. Gritsay L.A. Krizis traditsionnogo materinstva v sovremennoy Rossii: sotsialno-psikhologicheskii aspekt [The crisis of traditional motherhood in contemporary Russia: A socio-psychological aspect]. *Prakticheskaya psikhologiya i psikhologicheskii analiz — Practical Psychology and Psychoanalysis*, 2010, (3), pp. 17–19 (in Russian).
  4. Dyachkova Ye.S. Psikhologicheskiye osobennosti semey s narusheniyami reproduktivnogo zdorovya [Psychological peculiarities of families with impaired reproductive health]. *Vestnik TGU — Tomsk State University Journal*, 2013, 9 (125), pp. 199–207 (in Russian).
  5. Itskovich M.M., Yaroslavtseva T.G., Safargnalina L.S., et al. *Metodicheskiye aspekty organizatsii psikhologicheskoy raboty v perinatalnykh tsentrakh* [Methodical aspects of organization of psychological work in perinatal centers]. Yekaterinburg: Azhur Publ., 2018. 68 p. (In Russian).
  6. Markova M.V. Fenomen besplodiya supruzheskoy pary s pozitsii meditsinskoy psikhologii [The phenomenon of infertility of a married couple from the perspective of medical psychology]. *Vsesvit sotsialnoi psixiatrii, medicheskoy psikhologii ta psikhosomaticheskoy meditsiny — The Universe of Social Psychiatry, Medical Psychology and Psychosomatic Medicine*, 2009, 1 (1), pp. 57–62 (in Russian).
  7. Nichiporuk P., Konkuyeva N.A. *Faktory, vliyayushchiye na reproduktivnoye zdorovye zhenshchiny* [Factors affecting women's reproductive health]. *VII Mezhdunarodnaya studencheskaya elektronnyaya nauchnaya konferentsiya «Studencheskiy nauchnyy forum — 2015»* [Proc. of the 7<sup>th</sup> International Students Distance Scientific Conference «Student Scientific Forum — 2015»]. Moscow: Russian Academy of Natural History Publ., 2015 (in Russian). Available at: <http://files.scienceforum.ru/pdf/2015/15579.pdf> (accessed 22.03.2019).
  8. Ryabova M.G. Individualno-psikhologicheskiye osobennosti zhenshchin s razlichnymi tipami narusheniy reproduktivnoy funktsii [Individual psychological characteristics of women with different types of reproductive disorders]. *Vestnik TGU — Tomsk State University Journal*, 2013, 125 (9), pp. 190–198 (in Russian).
  9. Sivochalova O.V. *Okhrana reproduktivnogo zdorovya i planirovaniye semyi* [Protection of reproductive health and family planning] (in Russian). Available at: [https://studref.com/301545/meditsina/ohrana\\_reproduktivnogo\\_zdorovya\\_i\\_planirovanie\\_semi](https://studref.com/301545/meditsina/ohrana_reproduktivnogo_zdorovya_i_planirovanie_semi) (accessed 22.03.2019).
  10. Tvorogova N.D. *Klinicheskaya psikhologiya* [Clinical psychology]. Moscow: Per Se Publ., 2007. 416 p. (In Russian).
  11. Filippova G.G. Reproductivnaya psikhologiya: psikhologicheskaya pomoshch besplodnym param pri ispolzovanii vspomogatelnykh reproduktivnykh tekhnologiy [Reproductive psychology: Psychological assistance to infertile couples using assisted reproductive technologies]. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika — Clinical and Medical Psychology: Research, Training, Practice*, 2014, 5 (3), pp. 6–38 (in Russian).
  12. Filippova G.G. Psikhologicheskaya adaptatsiya k beremennosti i roditelstvu v supruzheskikh parakh s besplodiyem i nevnashyvaniyem v anamneze [Psychological adaptation to pregnancy and parenting in married couples with infertility and miscarriage in the anamnesis]. *Psikhologicheskiye problemy sovremennoy semyi: materialy IV mezhdunarodnoy nauchnoy konferentsii* [Proc. of the 4<sup>th</sup> International Scientific Conference «Psychological Problems of Modern Family»]. Moscow: Lomonosov Moscow State University Publ., 2009, pp. 675–678 (in Russian).
  13. Filipova G.G. Problemy psikhologicheskoy gotovnosti k beremennosti u zhenshchin pri VRT [Problems of psychological readiness for pregnancy in women with assisted reproductive technology]. *Materialy XIX mezhdunarodnoy konferentsii «Reproduktivnyye tekhnologii segodnya i zavtra»* [Proc. of the 19<sup>th</sup> International Conference «Reproductive Technologies Today and Tomorrow»]. Irkutsk: Russian Association of Human Reproduction Publ., 2009, pp. 67–68 (in Russian).