

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЖИТОМИРСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ІВАНА ФРАНКА

ДИНАМІКА ОБРАЗУ ДИТИНИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Курсова робота

з психології

студентки 34 групи

соціально-психологічного факультету

(заочна форма навчання)

Степанушко Т.П.

Науковий керівник:

Крамарчук С.В.

Житомир-2009

Зміст

ЗМІСТ	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I. ПСИХОЛОГІЯ ВАГІТНОЇ ЖІНКИ.....	6
1.1. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗУМІННЯ ВАГІТНОСТІ І МАТЕРИНСТВА В РІЗНИХ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИХ ПІДХОДАХ.....	6
1.2. ПСИХОЛОГІЯ ВАГІТНОЇ ЖІНКИ	11
РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКУ ОБРАЗУ ДИТИНИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ.....	18
2.1. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	18
2.2. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНОГО СТАВЛЕННЯ ДО МАТЕРИНСТВА	21
2.3. ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ОБРАЗУ ДИТИНИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ.....	23
ВИСНОВКИ	29
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	32
ДОДАТКИ.....	35

ВСТУП

Актуальність дослідження. Аналіз психологічних складових періоду вагітності останнім часом все частіше виступає як предмет наукового вивчення. На думку сучасних дослідників, зростання патології вагітності і перинатального розвитку дитини свідчить про те, що обмеження вивчення вагітності і пологів рамками медичного підходу, яке довгий час мало місце в нашій країні, робить неможливим рішення проблеми формування здорового покоління [1].

Підвищення суспільного інтересу до психології особистості і екзистенціальних проблем буття сприяло виникненню на Україні, у країнах Західної Європи і США руху за гуманізацію вагітності, пологів і перинатальної стадії розвитку людини. В роботах Г.І.Брехмана, В.І.Брутмана, А.І.Захарова, Д.Пайнз, В.П.Петленко, Г.Г.Філіппової, G.L.Bibring, K.Bonnet, S.Lebovisi, P.M.Shereshevsky, L.J.Yarrow, T. Vemy і інших сама вагітність і внутріутробне формування дитини в цей період розглядаються як унікальний психологічний феномен, що вимагає відповідних методів дослідження і виходить далеко за рамки чисто фізіологічних процесів [2].

На сьогоднішній день увагу дослідників привертають дві проблеми материнства та батьківства: формування образу майбутньої дитини та психологічні стреси, пов'язані з материнством та батьківством.

Сучасні дослідники відзначають, що формування образу майбутньої дитини у жінки починається задовго до настання першої вагітності і продовжується впродовж всього періоду очікування дитя[2].

У якості детермінант перцептивних процесів вагітної жінки по відношенню до дитини розглядаються особистісні характеристики жінки, особливості її взаєностосунків з членами батьківської сім'ї, з сексуальним партнером [1].

Проте в рамках загальнопсихологічного підходу все ще невирішеними залишаються наступні задачі: виявлення основних структурних, змістовних, функціональних і динамічних особливостей образу майбутньої дитини у

вагітної жінки; аналіз етапів становлення образу майбутньої дитини в онтогенезі жінки; взаємозв'язок різних характеристик образу майбутньої дитини з особовими особливостями вагітної жінки, з психологічним і соматичним статусами матері і дитини.

Вивчені літературні джерела дозволяють говорити про те, що психокорекції гострих і хронічних стресових станів у вагітних приділяється мало уваги, хоча явно простежується зв'язок між психологічним станом вагітної і її фізичним самопочуттям.

У зв'язку із цим дослідження особливостей психологічної готовності до материнства та батьківства є актуальним і його результати можуть бути використані з метою оптимізації шляхів виходу з критичних ситуацій в період підготовки до материнства та батьківства.

Мета курсової роботи - дослідити динаміку образу дитини під час вагітності.

Об'єктом дослідження є феномен материнства та батьківства.

Предметом дослідження виступають психологічні особливості формування образу дитини під час вагітності.

Гіпотеза – ми припускаємо, що існують два типи ставлення до вагітності та майбутньої дитини – адекватне та неадекватне, яке у свою чергу впливає на формування майбутнього типу батьківського ставлення до дитини.

Мета дослідження конкретизувалася в наступних **задачах**:

1. Проаналізувати психологічні аспекти розуміння вагітності і материнства в різних теоретико-методологічних підходах.
2. Дати визначення поняттю „психологія вагітної жінки”.
3. Дослідити особливості динаміки образу дитини та сприйняття вагітності жінками у різні періоди вагітності.
4. Сформулювати відповідні висновки.

РОЗДІЛ I. ПСИХОЛОГІЯ ВАГІТНОЇ ЖІНКИ

1.1. Психологічні аспекти розуміння вагітності і материнства в різних теоретико-методологічних підходах

Аналіз літератури, присвяченої проблемі материнства та батьківства, свідчить про наявність трьох основних підходів до її дослідження: психоаналітичному, порівняльному і синтетичному. Розглянемо їх докладніше.

У психоаналізі відсутнє єдине розуміння психологічної сутності вагітності і материнства. Ряд авторів цього напрямку розглядає психологічні феномени материнства в контексті розвитку інстинктивних процесів.

З.Фрейд і його послідовники не визнавали за вагітністю і материнством певної психологічної специфіки, а також заперечували самостійну роль цих періодів онтогенезу в становленні особистості жінки і майбутньої дитини [12]. Вагітність і материнство розглядалися ними як реалізація жінкою комплексу кастрації. З погляду представників ортодоксального фрейдизму, основною рушійною силою жінки, що хоче мати дитину, є її біологічно обумовлена заздрість до чоловіка. Образ дитини для жінки символічно еквівалентний пенісу, тому бажане мати дитину означає компенсацію її тілесного недоліку.

Мікропсихоаналіз також концентрує свою увагу на інстинктивних вабленнях, відзначаючи, що протилежно направлені ваблення до життя-смерті знаходять своє віддзеркалення в уявленнях вагітної жінки про майбутню дитину. Проте, на відміну від фрейдистів, С.Фанті, підкреслює важливу роль психологічних складових, що становлять поняття материнства і вагітності у формуванні особистості жінки і дитини. При цьому вагітність розглядається як спроба взаємного руйнування матері і плоду, що відображається в амбівалентності їх образів.

Представники неофрейдизму центр тяжкості психоаналізу переносять з розгляду інстинктивно-біологічних процесів на дослідження соціально-психологічних і соціокультурних феноменів вагітності і материнства.

К.Хорні підкреслює, що вагітність і материнство є способом реалізації сутнісного творчих начал жінки. Причини зневажливого, на думку автора, відношення до вагітності з боку «чоловічого» психоаналізу К.Хорні бачить в захопленні життєтворною могутністю жінки і в заздрісному образі чоловіків на жінок [12].

Не дивлячись на різноманіття переконань на психологічні і соціально-психологічні процеси, супроводжуючі вагітність і материнство, можна виділити загальні риси, характерні для сучасних психоаналітично-орієнтованих досліджень, що звертаються до вивчення даної проблеми:

1. На сьогоднішній день більшість авторів-психоаналітиків бачить у вагітності і материнстві специфічний психофізичний і психосоціальний феномен, що є невід'ємною частиною психосексуального розвитку особистості жінки і дитини.
2. При цьому вагітність розглядається як кризова ситуація на шляху становлення зрілої жіночої особистості.
3. Специфіка вагітності як кризового періоду полягає в тому, що жінка вперше стикається з необхідністю встановлення нових для неї відносин мати-дитина. Формування якісно нових для майбутньої матері відносин між нею і плодом, що розвивається, має на увазі кінець існування жінки як незалежної, окремої істоти і носить безповоротний характер незалежно від того, чи народжується дитина, трапляється викидень або робиться аборт.
4. Як основна умова становлення відносин «мати-дитина» виступає процес формування образу майбутньої дитини у вагітної жінки. В психоаналізі під образом, як правило, розуміється об'єктний образ, що розглядається як сукупність несвідомих ментальних репрезентацій реального об'єкту лібідного ваблення.

З погляду порівняльного підходу, материнство є природженим біопсихічним механізмом, значення якого полягає в підтримці взаємодії між матір'ю і дитиною, необхідного для її виживання. Поведінкові реакції новонародженого, завдяки наявності у жінки інстинктивно обумовленого образу немовляти, здатні активізувати систему материнської поведінки. Так, образ дитини тут виконує роль пускового механізму материнської поведінки. Засновувавши порівняльний аналіз періоду вагітності і материнства на методологічних положеннях теорії еволюційних систем, Г.Г.Філіппова [4] розглядає материнство як самостійну сферу життєдіяльності жінки, еволюційне значення якої полягає в забезпеченні адекватного турбування про потомство. Різні види прояву турбування розглядаються як материнські функції. Підкреслюється, що у тварин зміст цих функцій має видотипічні особливості, тоді як у людини до них додаються психологічні, соціальні і культурні, що забезпечують виховання дитини як члена свого специфічного співтовариства.

У змісті материнської сфери виділяються три складові: потребнісно-емоційний блок, що включає потребу матері у контакті з дитиною - носієм комплексу етологічних стимулів, потреба в турбуванні про неї, потреба в материнстві; операційний блок - операції по догляду, охороні і операційна складова спілкування з дитиною; ціннісно-смысловий блок, що включає відношення матері до дитини як до цінності, яка формується на основі соціокультурних моделей материнсько-дитячих відносин.

Вагітність розглядається в контексті розвитку материнської сфери у жінки. При цьому наголошується, що очікування дитини є важливим періодом етапу конкретизації онтогенетичного розвитку материнської сфери в реальній взаємодії з дитиною, яка разом з вагітністю включає пологи і молодший вік дитини.

З погляду порівняльно-етологічного підходу психологічна специфіка періоду вагітності полягає в тому, що розвиток різних складових материнської сфери здійснюється тут в контексті реальної, хай і обмеженої

пропріоцептивними сигналами, взаємодії жінки з своєю дитиною. Ця взаємодія супроводжується особливим комплексом фізичних і емоційних переживань, пов'язаних з моментом ідентифікації вагітності, психосоматичною симптоматикою і ворушіннями дитини.

У ряді робіт робиться спроба інтеграції психоаналітичного і порівняльно-етологічного підходів до дослідження вагітності і материнства [10]. Центр уваги тут переноситься на виявлення взаємозв'язку між когнітивно-емоційними, перцептивними і фізіологічними (інстинктивними) складовими періоду очікування дитини. Даний підхід позначений в нашій роботі як синтетичний.

Представники синтетичного підходу прагнуть до вивчення материнства в єдності його психобіологічних і психосоціальних процесів. Специфіка періоду вагітності бачиться в особливому амбівалентному комплексі тілесно-плотських, емоційних і соціально-психологічних явищ, супроводжуючих очікування дитини.

У рамках синтетичного підходу розрізняються «біологічні» і «лібідні» інстинкти, а також їх роль в психологічних процесах, супроводжуючих вагітність і материнство.

Наголошується, що лібідні інстинкти, на відміну від первинно обумовлених систем інстинктивних реакцій, відносяться до сфери психологічних переживань і психічних репрезентацій. R.Spitz вважає [27], що, хоча природжений гештальт немовля і інстинктивні патерни реагування можуть служити каталізатором перших психологічних процесів і лежати в основі лібідозних інстинктів і об'єктних образів, одних лише цих біологічних і механічних патернів недостатньо. Підкреслюється, що природжені реакції поступово набувають психологічний статус і значення в процесі розвитку взаємодії між матір'ю і немовлям.

Таким чином, розглянуті нами підходи акцентують свою увагу на різних аспектах вагітності і материнства, розуміючи їх як комплексне психобіологічне, психофізичне і психосоціальне явище.

Психологічна специфіка періоду вагітності бачиться авторами в психоемоційних змінах і змінах відносно жінки до себе і оточуючих, які пов'язані з трансформаціями тіла жінки і необхідністю встановлення нових для неї відносин «мати-дитина»; в сукупності психобіологічних і психоемоційних процесів, викликаних фізіологічною симптоматикою вагітності і початком реальної взаємодії матері і дитини, а також - в своєрідному амбівалентному комплексі тілесно-плотських і емоційних явищ, супроводжуваних вагітністю. Образ майбутньої дитини у вагітної жінки розглядається як природжений пусковий механізм материнської поведінки; як комплекс несвідомих ментальних репрезентацій проєктованих на плід, сукупність першого і другого.

Здійснений нами аналіз літератури і дані, представлені в роботах інших авторів, дозволяють виділити загальні риси, що характеризують сучасний стан проблеми материнства та батьківства в психологічній літературі:

1. Велика кількість емпіричних даних за відсутності адекватного концептуального підходу для дослідження материнства та батьківства як цілісного явища необхідного для їх розуміння і інтерпретації .
2. Змішання понять, що описують психофізичний, соціально-психологічний і культурний плани досліджуваної реальності, що значно утрудняє комунікацію між представниками різних наукових шкіл, а також обмежує можливості співвідношення наявних експериментальних даних.
3. Недостатня з'ясовність психологічної специфіки періоду вагітності.

Ми вважаємо, що діяльнісна парадигма може виступити як адекватний теоретико-методологічний підхід для вивчення материнства та батьківства як цілісного психологічного явища.

У вітчизняній психології до останнього часу, украй мало уваги надавалося вивченню власне психологічних феноменів вагітності. Ті небагато досліджень, які мали місце, розглядали материнство та батьківство переважно з погляду таких галузей медичної психології як патопсихологія,

соматопсихологія, психотерапія і психопрофілактика. При цьому особистісні аспекти періоду вагітності залишалися мало вивченими.

Разом з тим, теоретико-методологічні передумови діяльнісно-психологічного дослідження материнства та батьківства містяться в теоретичних положеннях діяльнісної парадигми в психології, у вітчизняних філософських, соціологічних, соціально-демографічних і психолого-антропологічних працях.

1.2. Психологія вагітної жінки

Відомо, що вагітність може справляти як позитивний, так і негативний вплив на фізичний і психічний стан жінки. Ще із давніх часів вважається, що вагітність справляє позитивний вплив на жінок з невротичними розладами. Вираженість останніх під час вагітності значно зменшується або вони повністю зникають. Особливо це відноситься до істеричних порушень. Відома думка із цього приводу Гіппократа: «Істеричним дівчатам я наказую заміжжя, щоб вонивилікувалися вагітністю» [12].

Проте при ендогенних психічних захворюваннях (шизофренія, афектні розлади) вагітність нерідко сприяє маніфестації або загостренню психічних порушень.

У разі неповноцінності ендокрино-дієнцефальної системи унаслідок негативних чинників, що мали місце в перинатальний період, перенесених травм, інфекційних захворювань тощо вагітність може викликати декомпенсацію як з боку соматичної сфери, так і з боку психіки, що найчастіше виявляється психопатичними або психопатоподібними розладами.

Вплив психічного стану вагітної на це самопочуття може виявлятися по-різному. Відомо, що у жінок, що не планували мати дитини, частіше спостерігаються явища токсикозу вагітності, ніж у жінок, для яких вагітність є бажаною.

Прихильники психоаналітичного фрейдистського напрямку, такі, наприклад, як А. Адлер, відповідно до своєї концепції «символічної мови

органів», неприборкну блювоту вагітних розглядають як «підсвідому відмову» від вагітності і небажання мати дитину. Вбивство матір'ю своєї новонародженої дитини трактується ними як «прояв незавершеного самогубства» або «ідентифікація дитини з матір'ю». В психіатричній літературі ХІХ століття багато уваги надавалося випадкам вбивств «незаконнонароджених». Французами були описані родові психози, коли у жінки після пологів виникав важкий стан збудження і ненависть до дитини - джерела її мук [13].

Безумовно, на відношення жінок до вагітності роблять вплив різні чинники соціальні, психологічні, морально-етичні, економічні тощо. Воно залежить і від особливостей особистості жінки. Незважаючи на те, що в сучасному суспільстві відношення до вагітної жінки не визначається тим, перебуває вона у шлюбі чи ні, і закон охороняє всі права як заміжньої вагітної так і матері-одиначки, все ж таки забобони і старі погляди на незаконнонародженість ще існують. Зустріч з подібними поглядами у родичів і інших значущих для вагітної жінки осіб може з'явитися джерелом психічної травми. Народження дитини поза шлюбом, вагітність від некоханого чоловіка або у заміжньої жінки — від коханої людини, з якою через якісь обставини вона не може зв'язати життя, викликають у жінки складні психологічні переживання, здатні надалі привести до психічного зриву. Звертаючись до лікаря, вагітна жінка шукає у нього підтримки і рішення питань, пов'язаних з мораллю, соціальним положенням і етичними принципами.

Жінки, які не бажають народження дитини або хочуть приховати від оточуючих факт її появи на світ, можуть дисимулювати вагітність, вдаючись для цього до всякого роду хитрощів. В бесіді з лікарем вони часто нещирі, ігнорують відвідини лікаря і його рекомендації.

У психічнохворих, а також осіб з пираженням інфантилізмом або пониженим інтелектом можна спостерігати випадки повного ігнорування вагітності, коли вони не помічають її явних ознак і потрапляють на прийом

до лікаря- гінеколога на пізніх термінах або з початком пологів.

У жінок, що страждають на безпліддя або перебувають у шлюбі з людиною, яка не здібна до зачаття, пристрасне бажання мати дитину іноді може приводити до іншого типу психогенного розладу — помилкової вагітності. У жінок з подібними розладами спостерігається збільшення живота, припиняються менструації, можуть з'явитися навіть характерні для вагітної смуги на животі і виділенні з грудей. Психогенно можуть виникнути зміни положенні діафрагми, її рухів, тону м'язів живота. Звичайно приєднується метеоризм, в результаті якого збільшується живіт. Зменшення числа випадків помилкової вагітності останніми роками пов'язано з ослабленням тиску на жінку морально-етичних і релігійних чинників, а також з розповсюдженням методів штучного запліднення, сурогатного материнства і т.п.

Сама вагітність, що навіть протікає без якої-небудь паталогії, виявляє для жінки джерелом психологічного напруги і сприяє виникненню різноманітних особистісних реакцій. Психологічні прояви і можливі психічні порушення у перебігу вагітності мають певну динаміку.

На початку вагітності (I триместр) найпомітнішими в переживаннях і бажаннях жінки є емоційні прояви, спектр яких дуже широкий і залежить від її фізичного самопочуття і психологічної ситуації. Одні жінки відчують щастя майбутнього материнства, вони задоволені своїм станом, відчують підйом настрою і життєвих сил. У інших — емоційний стан характеризується нестійкістю з підвищеною примхливості, образливістю, бажанням одержувати більше турботи і уваги. Також можливі тривожні розлади, причиною яких можуть стати ситуації, які раніше здавалися незначними.

Переживання майбутньої матері перш за все пов'язані з майбутньою дитиною, аналізом чинників, здатних робити несприятливий вплив (попередні аборти і викидні, перенесені захворювання, прийняття ліків, різні виробничі шкідники і т.д.). Особливо характерні подібні переживання та тривоги для вразливих натури. Такі жінки можуть прислухатися до розмов

інших жінок, з тривогою вислуховують їх розповіді про «страшні спадкові хвороби», побоюються потворності дитини, часто з цими тривогами звертаються до лікаря жіночої консультації, читають популярну і спеціальну медичну літературу. Заспокоївшись з одного приводу, вони починають турбуватися з іншого. Для деяких жінок стають актуальними побоювання втрати жіночності і привабливості, що, на їх думку, може позначитися на взаємостосунках з чоловіком. Крайнім виразом афектних порушень у вагітних є депресивні прояви, що виникають найчастіше у разі несприятливої сімейної ситуації або під впливом інших психотравміруючих обставин.

Афектні порушення, зокрема депресивного характеру, звичайно проходять до 4-5-го місяця вагітності, навіть якщо ситуація залишається нерозв'язаною. Проте за наявності виражених аномальних рис вдачі, перешкоджаючих адаптації, або у разі повторних психогеній депресія може набути затяжного характеру і продовжуватися до кінця вагітності. В таких випадках жінкам необхідна психотерапевтична допомога, а при виражених депресивних проявах - і допомога психіатра. При цьому слід пам'ятати, що прийом більшості психотропних препаратів, включаючи і антидепресанти, протипоказаний протягом всієї вагітності через їх можливий несприятливий вплив на дитину [10].

Крім афектних розладів в першому триместрі вагітності також зустрічаються явища токсикозу або гестозу. У жінки при цьому підвищується чутливість до різних запахів, з'являються нудота, блювота, сонливість і втомлюваність. Нудота і блювота при вагітності пояснюються складними летіопатогенетичними механізмами, але, поза сумнівом, найбільш значимим є психогенний механізм. Роль психогенного чинника підтверджується вже тим, що з великого арсеналу терепевтичних засобів найефективнішим при токсикозі вагітних часто виявляється психотерапевтичний вплив.

Середина вагітності (II триместр) вважається найспокійніший періодом відносно психічних порушень. При відсутності у жінки соматичної або психічної паталогії, що робить несприятливий вплив на перебіг вагітності і

відсутності патології самої вагітності жінка, як правило, відчуває себе достатньо спокійно і упевнено, готуючись до майбутнього материнства.

До кінця вагітності (III триместр) психологічна напруга у вагітної звичайно наростає, і знову відчуваються психічні порушення. Це пов'язано як з фізичним самопочуттям (значне збільшення ваги, утруднення пересування, порушення сечовипускання і ін.), так і з тим, що пологи, що наближаються, все більше примушують жінку занурюватися в свої відчуття, чекаючи можливих ознак початку пологів. Побоювання і можлива тривога, турбота торкаються перш за все благополучного результату пологів (передчасні пологи, неправильне положення плоду і т.п.).

У цей період у деяких вагітних у зв'язку з тривожним станом спостерігається гіперактивність, викликана бажанням прискорити події. Переважна більшість жінок побоюється за своє життя під час пологів, а також за життя майбутньої дитини і її здоров'я. З'являється боязнь народити неповноцінну дитину.

Оскільки пологи вимагають великої напруги духовних і фізичних сил, жінки багато думають про «муки і страждання», пов'язані з пологами. Страх жінок перед больовими відчуттями вимагає від лікарів проведення допологової психопрофілактичної підготовки вагітних.

Таким чином, можна стверджувати, що материнство - одна з соціальних жіночих ролей, тому навіть якщо потреба бути матір'ю і закладена біологічно, суспільні норми і цінності впливають на його зміст і прояв у кожній конкретній жінки. Дослідження другої половини XX ст свідчать, що в становленні і реалізації материнсько-дитячої взаємодії центральним є материнське відношення. Саме воно лежить в основі всієї поведінки матері, тим самим створюючи унікальну для дитини ситуацію розвитку, в якій формуються його індивідуально-типологічні і особистісні особливості. Вважається, що норми материнського відношення немає, оскільки зміст материнських установок змінюється в різні історичні періоди по-різному. В той же час завжди існували явища, які у всі історичні періоди

вважалися такими, що відхиляють прояви материнського відношення. Вони могли носити більш приховані або відкриті форми.

Наявні в літературі дані свідчать, що материнське відношення не виникає одночасно і відразу після народження дитини, а проходить певний шлях становлення і має тонкі механізми регуляції, свої сензитивні періоди і запускаючі стимул-реакції [5, с. 38-47.]. У цьому аспекті особливої важливості набувають дослідження, пов'язані з можливостями виявлення вже в процесі вагітності особливостей стану і поведінки майбутньої матері, по якій можна прогнозувати успішність материнства, і конкретніше - особливості відношення матері до дитини після її народження як визначального чинника в розвитку дідичних відносин. З метою передбачення ще під час вагітності майбутнього типу відношення матері до дитини традиційно вивчаються материнські очікування, установки, виховні стратегії, очікування задоволеності материнською роллю, компетентність матері тощо. Враховуються й інші чинники: особистісні особливості, історія життя, адаптація до шлюбу, особливості адаптації, задоволеність емоційними взаєминами зі своєю матір'ю, репродукції моделей материнства в сім'ї, культурні, соціальні і родинні особливості, фізичне і психічне здоров'я жінки. У деяких вітчизняних дослідженнях з цією ж метою використовується комплексний мультидисциплінарний підхід. Проте і в цих дослідженнях аналізуються лише окремі чинники, не об'єднані в цілісні конструкти, які відображали б взаємозв'язок різних якостей і їх цілісної динаміки у конкретної жінки. З одного боку, узагальнюючи всі попередні дослідження, можна говорити про наявність закономірних змін психічного функціонування жінок під час вагітності і після народження дитини.

Звідси виникло припущення, що, мабуть, існує стереотипна динаміка психічного стану вагітних, передуюча ефективному ("нормативному") материнству (яке можна було б умовно прийняти за норму), і особлива динаміка цих же функцій, передуюча типам материнського відношення, що відхиляються (і поведінка). Виявлення цих закономірностей допоможе

виявити чинники материнської анормативної поведінки. Для вирішення даного завдання необхідна розробка методів діагностики і критеріїв оцінки отримуваних даних, ґрунтуючись на яких можна прогнозувати вказані особливості, виявляти можливості їх змін і надавати індивідуально орієнтовану психологічну допомогу. Саме такою методикою є методика Філіппової Г.Г. «Малюнковий тест «Я и моя дитина» [27, 28]. Автор розглядає готовність до материнства як здатність матері забезпечувати адекватні умови для розвитку дитини, що виявляються в певному типі відношення матері до дитини.

Автор встановила, що:

1. Тип материнського відношення, який відповідає готовності або неготовності до материнства, пов'язаний з цінністю дитини для матері.
2. В період вагітності можна виявити особливості психологічного стану і його динаміку, які є прогностичними для виявлення типу відношення матері до дитини після пологів.
3. Показником, який об'єднує тип материнського відношення і динаміку психологічного стану в період вагітності, є цінність дитини для матері.

Розділ II. Дослідження динаміку образу дитини під час вагітності

2.1. Організація та методи дослідження

Для проведення дослідницької частини курсової роботи мною було обрано групу досліджуваних із 20 чоловік – 12 жінок та 8 чоловіків віком від 18 до 35 років у яких вагітність була першою. Дослідження проводилося на базі Житомирської обласної лікарні.

Вагітні жінки проходили психологічне обстеження в умовах жіночої консультації добровільно за єдиною програмою. В дослідженні застосовувалися наступні методики: структуроване інтерв'ю; проектний малюнок на тему "Я і моя дитина" [28]. Застосовувалися якісні і кількісні способи обробки отриманих результатів

Перший етап дослідження включав проведення опитування серед вагітних жінок та їх чоловіків, що відвідують Консультативний пункт при жіночій консультації пологового відділення.

Консультативний пункт при жіночій консультації - це спеціалізоване формування в рамках спеціалізованої служби соціальної підтримки сімей, яке створюється наказом директора Житомирського районного центру соціальних служб для молоді.

Основні завдання консультативного пункту є :

1) Надати інформаційну, психолого-педагогічну, соціально-медичну допомогу майбутній матері.

2) Надати психологічну допомогу в становленні нормального мікроклімату в сім'ї в період очікування дитини, попередити конфлікти в молодій сім'ї та розлучення.

3) Пропагувати здоровий спосіб життя майбутньої мами та батька, що є основним для народження здорової дитини.

Основні функції консультативного пункту при жіночій консультації

1) Проведення діагностично-методичної роботи: розроблення та

розповсюдження рекомендацій для молодих мам, що містять необхідну інформацію, яка стосується розвитку дитини після народження, пам'ятки про здоровий спосіб життя батьків.

2). Проведення профілактичної роботи :

- проведення консультацій, бесід на теми подолання стресів, конфліктів, ситуацій між подружжям в порі очікування дитини;
- проведення практичних занять, бесід на теми підготовки до народження дитини гінекологом та педіатром;
- організація та проведення психологічної допомоги, психологічних консультацій та психологічного тренінгу при підготовці до пологів;
- проведення бесід про здоровий спосіб життя.

3). Культурно-організаційна робота:

- організація та проведення відеолекторію для майбутніх мам та теми розвитку дитини в організмі матері, сімейних стосунків.

Консультативний пункт при жіночій консультації обслуговує молодих мам, які чекають дитину та членів їх сімей.

У зв'язку з цим виникає потреба у з'ясуванні ставлення потенційних клієнтів до роботи консультативного пункту, виокремленні тих проблем, які турбують майбутніх батьків і які вони хотіли б розв'язати з допомогою спеціалістів консультативного пункту.

На першій зустрічі у жіночій консультації ми провели в індивідуальному порядку інтерв'ю з жінками, що звернулися по допомогу до консультативного пункту при жіночій консультації з метою з'ясування ставлення майбутніх мам та їх близьких до роботи консультативного пункту при жіночій консультації з'ясування рівня їх проінформованості про особливості психологічної готовності до материнства та батьківства (див. дод. 1).

Учасникам дослідження пропонувалося дати відповіді на 20 питання. Аналіз вибірки представлений у таблиці 2.1

Як бачимо з таблиці 1, наша вибірка представлена молодими людьми до 25 років (45%) та чоловіками та жінками, що вже здобули освіту та зробили професійну кар'єру (55%).

Відсоток жінок, що вперше народжують дитину у віці від 30 до 35 років складає 20%, чоловіків цього ж віку – 10%.

Таблиця 2. 1

Аналіз вибірки досліджуваних

№п/п	Ім'я	Стать		Вік	Термін вагітності
		чоловіча	жіноча		
1	Світлана		▲	18	3міс
2	Олена		▲	20	5міс
3	Андрій	■		21	5міс
4	Анатолій	■		22	6міс
5	Сергій	■		28	7міс
6	Микола Леонідович	■		32	8міс
7	Тетяна Петрівна		▲	32	8міс
8	Марина		▲	19	4міс
9	Ольга		▲	19	5міс
10	Світлана Яківна		▲	33	6міс
11	Яна		▲	35	7міс
12	Олег Володимирович	■		35	8міс і 2 тижні
13	Надія Василівна		▲	30	5міс
14	Євгенія Вікторівна		▲	29	7 міс
15	Олена		▲	18	7міс
16	Ганна Миколаївна		▲	29	5міс
17	Володимир	■		29	6міс
18	Леонід	■		28	4міс
19	Віктор	■		19	3міс
20	Катерина		▲	19	3міс

З вперше народжуваних жінок, що не перебувають у шлюбі, до 25 років - 5%, від 25 років до 30 років – 15%, від 30 до 35 років – 10%.

Як бачимо, переважна більшість жінок у віці від 25 до 35 років народжують першу дитину без чоловіка.

На другому етапі дослідження використовувалася методика Філіппової "Я і моя дитина", мета якої виявити особливості переживання вагітності і ситуації материнства, сприйняття себе і дитини, цінності дитини. У проективному тесті "Я і моя дитина" враховувалася наявність на малюнку фігур матері і дитини; заміна образу матері і дитини на тварину, рослину, символ; зміст образу дитини і його вік; співвідношення розмірів фігур матері і дитини; віддзеркалення спільної діяльності матері і дитини; дистанція і особливості розташування персонажів; ізоляція фігури дитини; а також характеристика загального стану (благополуччя, невпевненість в собі, тривожність, ознаки конфліктності і ворожості, що відносяться до теми малюнка) по формальних ознаках малюнка і поведінкових проявах під час малювання (якість лінії, розташування на аркуші, деталі малюнка, емоції, що виявлялися, вислови, паузи тощо). Інтерпретація даних проводилася по критеріях, прийнятих в психодіагностиці для малюнкових тестів.

2.2. Дослідження особистісного ставлення до материнства

На запитання, „Чи бажана для вас ця вагітність?“ 60% опитаних дали ствердну відповідь, 30 відсотків сказали, що дитину не планували, але тепер радіють цьому і лише 10% опитаних дали негативну відповідь, вказуючи на те, що пізно дізналися про вагітність і тому не змогли нічого зробити. Варто зазначити, що серед цих 10 відсотків молоді жінки віком 18-19 років, причому одна з них незаміжня.

На запитання „Як відноситься чоловік (родичі) до вашої вагітності?“ 75% вказали на позитивне ставлення до їх вагітності як з боку чоловіка так і з боку родичів або друзів, колег по роботі.

15% вказало на те, що було важко сказати про цю звістку, тому що вагітність не була запланованою і 10% сказали, що про вагітність ніхто ще не знає.

Наступним запитанням було „Чи впливає вагітність на вашу роботу, навчання, сімейні відносини, відносини з оточуючими, друзями, знайомими?”. Тут відповіді поділилися навпіл – 50% вказало, що впливає та 50% вказало, що не впливає.

Цікавим на нашу думку розподілилися відповіді за питанням „Чи володієте ви інформацією щодо народження і догляду за дитиною?”. Серед жінок старше 25 років кількість обізнаності значно вища і складає 70%, серед жінок до 25 років частина (15%) вказала на те, що їм будуть допомагати рідні та близькі, друга частина вказало на те, що особливих знань догляд за дитиною не потребує.

Найбільше нас цікавили відповіді на питання, щодо самопочуття жінок. так 75% вказало на те (див. рис. 2.1.), що відчувають нудоту, дискомфорт та хвилювання, тривожність за перебіг вагітності та пологи. 35% жінок та їх чоловіків вказали на те, що нічого особливого з їх психологічним та соматичним станом не відбувається.

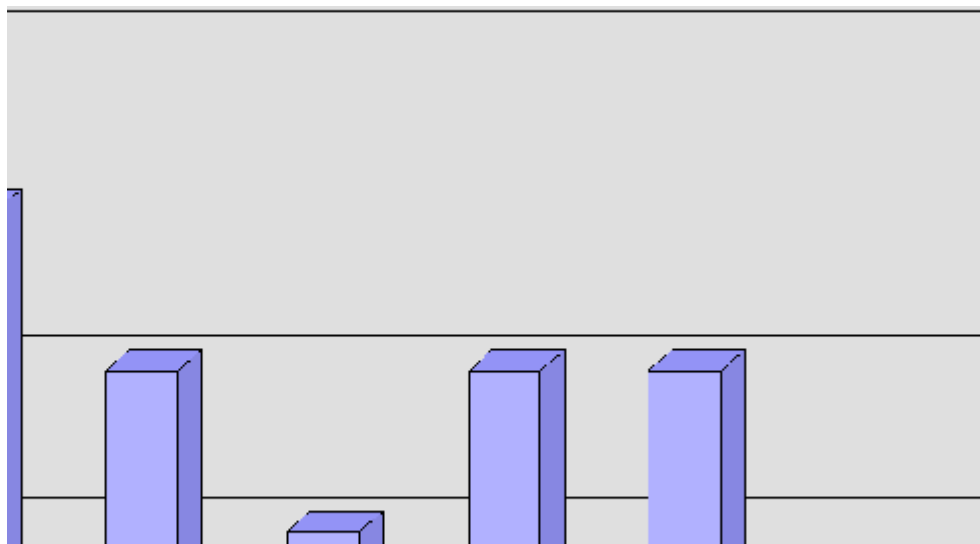


Рис. 2.1. Діаграма аналізу скарг вагітних жінок
1- соматичні скарги (блювота, нудота тощо); 2- тривожність, 3- хвилювання,
4 – депресія, 5- нервові розлади, 6 – істеричні напади.

Як бачимо із проведеного дослідження у більшості досліджуваних присутні тривожність, хвилювання, нервові розлади та депресія. Як наслідок це призводить до неадекватна самооцінки власного стану та майбутніх очікувань у зв'язку з народженням дитини.

2.3. Дослідження динаміки образу дитини під час вагітності

Проективна методика «Я і моя дитина» дає можливість виявити підсвідоме ставлення матері до дитини. Зазначимо, що на даному етапі у дослідженні погодилися взяти участь не всі жінки, пояснюючи свою відмову тим, що малювати майбутню дитину погана прикмета.

При аналізі малюнків враховувалася наявність на малюнку матері і дитини, зміст образу дитини і її вік, наявність спільної діяльності матері з дитиною, психологічна дистанція, а також характеристика загального стану (благополучний стан, невпевненість в собі, тривожність, ознаки конфліктності і ворожості, що відносяться до теми малюнка) по формальних ознаках малюнка, прийнятих в психодіагностиці (якість лінії, розташування на аркуші, деталі малюнків тощо).

По цьому показнику виділені групи: сприятлива ситуація; незначні симптоми тривоги, невпевненості, конфліктності; тривога і невпевненість в собі; конфлікт з вагітністю.

Проаналізуємо отримані малюнки за запропонованими Філіпповою симптомокомплексами:

1. Сприятлива ситуація вагітності.

Формальні ознаки: хороша якість лінії; розташування малюнка в центральній частині аркуша; розміри малюнка відповідають прийнятим в психодіагностиці (відображають нормальний стан без ознак тривоги і невпевненості в собі); за наявності розгорнутого сюжету (з додатковими окрім фігур матері і дитини деталями: обстановка кімнати, будинок, дерева і ін.) малюнок займає велику частину аркуша; відсутність стирань, закреслення, перемальовувань, малювання на зворотному боці аркуша;

відсутність тривалих обговорень (як і що малювати) або відмовок (я не умію і тому подібне), а також пауз в процесі малювання більше 15 секунд; позитивні емоції різної міри вираженості в процесі малювання.

Змістовні ознаки. Наявність на малюнку себе і дитини; відсутність замінів образів себе і дитини на рослини, тварин, неживі об'єкти, символи; відповідність фігур матері і дитини; відсутність інших людей; додаткові предмети і деталі одягу не складають головну частину малюнка, їх кількість, міру промальовування, розміри не дають над фігурами матері і дитини; наявність спільної діяльності матері і дитини; наявність тілесного контакту (мати тримає дитину на руках або за руку); дитина не захищена (у ліжечку, колясці, пелюшках або животі матері) і не ізольована (дитина, загорнута в пелюшки, мати тримає на руках, — нормальна ознака); промальовування обличчя дитини; всі фігури намальовані обличчям до глядача; вік дитини наближається до дитячого прогресивно з першого до третього триместра, після пологів — дитина в справжньому віці.

Аналізуючи наші малюнки, ми можемо зробити висновок, що на всіх малюнках жінки намалювали і себе і дитину, що говорить про сприйняття своєї вагітності. На одному малюнку жінка тримає дитину на руках, але не як дитину, а як ляльку – це свідчить про трохи легковажне ставлення до вагітності.

На одному малюнку дитина намальована окремо від матері, причому ніби знаходиться ніби у шарі (животі). Це свідчить про розмежування жінкою себе і дитини, про небажаність вагітності та про несприйняття дитини як єдиного цілого з матір'ю. Крім цього на малюнку відсутні додаткові деталі, вказано строк вагітності – 7 місяців, ніби жінка підкреслює термін свого «незручного» становища.

Ольга використала багато додаткових деталей на малюнку – квіти, дерево, сонце, хмари, що свідчить про бажання жінки переключитися, відволіктися від свого стану.

Тетяна намалювала себе з дитиною в колясці, навколо ростуть квіти,

світить сонце. Це свідчить про позитивний настрій жінки, вона повноцінно сприймає себе і дитину, уявляє себе у ролі майбутньої матері.

Те ж саме стосується і малюнку Яни – дитина на її малюнку вже досить доросла, вони з мамою йдуть по стежині. Термін вагітності Яни 38 тижнів, вона має вже народжувати і її малюнок свідчить про те, що вона повністю готова до роллю матері і сприймає майбутню дитину як важливу складову її життя.

2. Незначні симптоми тривоги, невпевненості, конфліктності

Формальні ознаки Наявність незначних ознак тривоги і невпевненості в собі за якістю лінії; недостатньо крупний малюнок; розташування в нижній частині аркуша або ближче до одного з кутів; наявність лінії основи; невелика наявність штрихування.

Змістовні ознаки Наявність на малюнку себе і дитини без заміни образів; фігура дитини дуже велика або маленька; наявність чоловіка, інших дітей; велику кількість додаткових предметів, їх великих в порівнянні з фігурами матері і дитини розміри; дитина в колясці або іншому рухливому об'єкті (на санках, в кріслі-гойдалці, на іграшці-гойдалці і тому подібне), при цьому мати тримає дитину за руку або за деталь об'єкту, в якому розташована дитина, фігура і обличчя дитини промальовували; всі фігури обличчям до глядача, або в профіль; спільна діяльність може бути відсутньою; вік дитини у період ранньої вагітності, до кінця вагітності наближається до дитячого, після пологів — в справжньому віці.

На наших малюнках явні ознаки конфліктності тільки у Олени – її образи і матері і дитини знаходяться у лівому нижньому кутку, окремо один від одного.

У Тетяни дитина знаходиться у колясці і вона тримає її за ручку – свідчення підвищеної тривоги та невпевненості, хоча обличчя як дитини так і матері усміхнені. Значить тривожність в межах норми для кінця вагітності (8 міс.)

3. Тривога і невпевненість в собі

Формальні ознаки Погана якість лінії; малюнок дуже дрібний, розташований внизу аркуша або в кутку; наявність лінії основи, штрихування у великій кількості.

Змістовні ознаки Наявність на малюнку себе і дитини без заміни образів; фігура дитини дуже велика або дуже маленька; велика кількість додаткових об'єктів, ретельне промальовування деталей одягу; недостатнє промальовування фігур і осіб себе і дитини, схематизація; відсутність спільної діяльності; контакт з дитиною може бути за типом 1 і 2, або поряд з дитиною без контакту (при цьому дитина не ізольована), можливо протягнуті один до одного руки без прямого контакту; наявність на малюнку декількох членів сім'ї, своїй матері; велику кількість додаткових предметів, їх великих в порівнянні з фігурами матерів і дитини розміри, вони покривають практично весь аркуш; вік дитини у вагітності в межах дошкільного, до кінця вагітності наближається до раннього або дитячого, після пологів — вік відповідний.

Вказані ознаки можемо спостерігати знову ж таки тільки у Олени – у неї повністю відсутній контакт з дитиною, причому руки матері намальовані як тоненькі шнурочки, що свідчить про небажання підтримувати зв'язок з дитиною.

4. Конфлікт з вагітністю або ситуацією материнства

Формальні ознаки Відмова від малювання; перевертання, згинання аркуша; наявність стирань, перемальовувань, закреслень; великі плями чорного кольору; неадекватне використання розмірів аркуша (дуже дрібно або «не уміщаються» важливі частини малюнка, в першу чергу фігура матері і дитини).

Змістовні ознаки Відсутність на малюнку себе і/або дитини; заміна образу дитини і/або себе на рослину, тварину, символ; відсутність спільної діяльності і контакту з дитиною; дитина захищена (у пелюшках, колясці, ліжечку, животі матері); дитина ізольоване за допомогою предметів, що відділяють його від матері або повністю ізольований без контакту з матір'ю

(до ліжечка, коляски, на килимку, на гойдалках і тому подібне); велика просторова дистанція між фігурами матері і дитини; фігури, намальовані спиною; відсутність у фігур обличчя, рідше тіла; велика кількість додаткових предметів, їх великих в порівнянні з фігурами матерів і дитиною розміри, вони покривають практично весь аркуш; вік дитини дошкільний, рідше ранній, до кінця вагітності не знижується, або навіть збільшується, після пологів — дитина більш старшого, рідко — більш молодшого віку, ніж в у період вагітності.

Вказані ознаки, знову ж таки, спостерігаємо у Олени. У всіх інших досліджуваних симптомів конфліктності не спостерігається.

Можемо припустити, що ті жінки, які відмовилися малювати, теж, за Філіпповою, мають симптоми конфліктності з вагітністю або ситуацією материнства. Якщо це так, то потрібно провести роз'яснюючі бесіди з жінками і запропонувати їм взяти участь у дослідженні в інтересах їх дитини.

За результатами двох досліджень нами було встановлено декілька варіантів цінності дитини і материнського відношення: адекватне ставлення до вагітності та цінність дитини для матері; підвищена цінність дитини, що пригнічує всі останні цінності; знижена цінність дитини; недостатня цінність дитини (часткова або повна заміна цінності дитини цінностями з інших сфер).

На основі цих двох змінних (материнського відношення і цінності дитини) ми виділили дві основні групи жінок (див. табл. 2.2.). Для групи жінок з адекватним материнським відношенням (група I - 48%) характерні адекватна цінність дитини і сформована готовність до материнства. Для групи жінок з відхиленням від адекватного материнським відношенням (група II - 52 %) була характерна неадекватна цінність дитини і несформована готовність до материнства. Дана група включала дві підгрупи. Підгрупа з тривожним типом материнського відношення (18%). Для цих жінок були характерні підвищена і знижена цінність дитини. Для підгрупи з емоційно відчуженим, регулюючим типом материнського відношення (34 %)

була характерна недостатня цінність дитини.

Таблиця 2.1.

Співвідношення типів материнського відношення та цінності дитини

Тип материнського ставлення	Цінність дитини	К-ть жінок, %
Адекватне	адекватна	48%
Тривожність підвищена	Підвищена	18%
Неадекватне (амбівалентне)	знижена	52%
Ігноруючи	Недостатня	34%

На основі отриманих даних ми сформували «портрет» ставлення до вагітності та майбутньої дитини.

Група 1. До цієї групи входять жінки з адекватною цінністю дитини і адекватним типом переживання вагітності: поступова конкретизація образу дитини і сприйняття її з позитивними емоціями; задоволеність собою і змінами в своєму стані; емоційна близькість з дитиною; позитивне емоційне, диференційоване переживання ворушіння дитини.

Група II. У ній виділяються дві підгрупи: першу утворюють жінки з тривожним, амбівалентним типом материнського відношення. Для цих жінок характерний тривожний або амбівалентний тип переживання вагітності, їх особливість - різко протилежні по фізичних і емоційних відчуттях переживання ворушіння дитини, виникнення больових відчуттів; інтерпретація своїх негативних емоцій переважно виражена як страх за дитину або результат вагітності, пологів. Ця підгрупа характеризувалася зниженою або підвищеною цінністю майбутньої дитини.

Іншу підгрупу склали жінки з ігноруючим типом материнського відношення. Для них характерний ігноруючий тип переживання вагітності: дуже пізнє розпізнавання вагітності, що супроводжувалося відчуттям досади або неприємного здивування; вагітність переживається як кара, перешкода тощо. Цінність виношуваної дитини в цій підгрупі недостатня.

Тож, можемо зробити висновок, що обстежена вибірка недостатньо велика для того, щоб можна було точно оцінити співвідношення типів

переживання вагітності і типів материнського відношення, проте відмінності між групами з сформованою і несформованою готовністю до материнства виявилися у вигляді такої тенденції - адекватний тип переживання вагітності відповідає готовності до материнства, неадекватний тип - неготовності до материнства.

Відхилення в стилі переживання вагітності у всіх випадках відбивається у малюнковому тесті, причому в більшості випадків — за типом наявності тривоги і конфлікту з вагітністю.

Адекватний стиль переживання вагітності стійко поєднується з благополучною ситуацією на малюнку і з адекватною цінністю дитини, в більшості випадків — з адекватним заповненням періодів розвитку материнської сфери, з благополучним сімейним станом.

Незадовільне відношення до змін, пов'язаних з вагітністю стійко поєднується з неблагополучною ситуацією на малюнку образу дитини та матері.

Висновки

Таким чином, можна зробити висновок, що вагітність і материнство – це комплексне психобіологічне, психофізичне і психосоціальне явище. Психологічне здоров'я вагітної жінки є умовою психологічного здоров'я її дитини.

Вагітність – складний час і для чоловіка, і для жінки, оскільки в кожного з них з'являються особливі емоційні потреби, часто не співпадаючі. Жінка, з одного боку, стає інфантильною, потребує більшої уваги й піклування, їй самій хочеться побути дитиною. З другого – вона занурюється у свій «вагітний стан», відгороджується від світу, стає більш замкнутою.

Провівши психодіагностичне дослідження динаміки образу дитини під час вагітності, ми прийшли до висновку, що малюнковий тест дає досттньо повну картину ставлення жінки до себе та майбутньої дитини. Так нами було встановлено, що існують два типи ставлення до вагітності та майбутньої дитини – адекватне та неадекватне.

Показниками неблагополучної ситуації по малюнковому тесту служать: виражена тривога, невпевненість в собі і конфлікт з вагітністю.

Слід врахувати, що малюнки вдалося отримати не від всіх досліджуваних, проте, отримані дані дозволяють говорити, що просторова дистанція матері з дитиною на малюнку є симптомом небажаної вагітності та неприйняття виношеної дитини.

Ми вважаємо, що групу ризику складають жінки з ігноруючим типом переживання вагітності, який не змінювався впродовж всієї вагітності. Наше дослідження показало, що під час вагітності у жінки, в її свідомості і самосвідомості відбуваються певні зміни. Отримані дані підтверджують зв'язок формування готовності до материнства з типом переживання вагітності.

Грунтуючись на отриманих даних та аналізі відповідної літератури, можна висловити припущення, що найбільш важким для корекції є ігноруючий тип переживання вагітності, який у свою чергу веде до

девіантного материнського відношення (емоційно-відчуженого, регулюючого).

Тому психологічна допомога в період вагітності обов'язково повинна полягати у прискоренні самоідентифікації жінки. Задача консультанта при цьому полягає в тому, щоб послужити «розумним дзеркалом», в яке людина зможе побачити всю себе без звичних для неї спотворень, прикрашань. Психолог за спеціально складеною програмою консультативної допомоги зможе сприяти "пеорієнтації" вектору особистісного розвитку в кризовій ситуації. Це дозволить жінці відшукати нову орієнтовну основу в сприйнятті і оцінці обставин і ситуацій світу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Акушерство та гинекологія. Науч. - практ. ж-л, 2002, №5.- с.16-19.
2. Акушерство та гинекологія. Науч.- практ. ж-л, 2002, №4.- с.27-30.
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов / Под ред. С.Н. Бокова, в 2-х томах. - Т. 2. - Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. - 448 с.
4. Боровикова Н.И. Психолого-акмеологический тренинг зрелого отцовствования и материнства. – М., 1998.
5. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопр. психол.- 1997. - № 7.- С. 38-47.
6. Дьяченко Э.Я. Тренинговое занятие адаптации к состоянию материнства// Практична психологія та соціальна робота. - №4, 2004.- С. 27-28.
7. Ефимова И.В. Коррекционная программа по активизации смысло-жизненных ценностей и развитию помогающих отношений у женщин, испытывающих трудности с принятием состояния материнства и жизни ребенка// Практична психологія та соціальна робота. - №4, 2004.- С. 29-31.
8. Кениг Карл. Развитие чувств и телесный опыт. - Калуга, 2002.
9. Климчик В.О. Клінічна (медична) психологія: навчальна робоча програма.- Житомир, 2004.- 41с.
10. Клиническая психология: Учебник/ Под ред. Б.Д.Карварского .- СПб: Питер, 2004.- 960с.
11. Комер Р. Патопсихологія поведіння. Нарушения и патологии психіки.- СПб.: пройм – ЕВРОЗНАК, 2002.- 237-259.
12. Лакосина Н.Д. Клиническая психология: Учеб. для студ. мед. вузов / Н.Д. Лакосина, И.И.Сергеев, О.Ф.Панкова.- М.: МЕДпресс- информ, 2003.- 416с.
13. Лакосина Н.Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология.- 2-е изд.,

- пераб. и доп. – М.: Медицина, 1984.- 272с.
14. Популярная медицинская энциклопедия. Гл. ред. Б.В.Петровский. В 1-м томе Аборт-Ящур. М.: „Советская энциклопедия”, 1979.- 704с.
 15. Практическая психология в тестах, или Как научиться понимать себя и других. - М.: АСТ – ПРЕСС, 2001.-376с.
 16. Про становище сімей в Україні : Державна доповідь за підсумками 200 року (схвалена міжвідомчою комісією з питань сімейної політики).- К.: [ВД „Шкільний світ”], 2001.-192с.
 17. Психологическая диагностика: Учебник для вузов/ Под ред. М.К.Акимовой, К.М.Гуревича.-СПб.: Питер, 2005.- 652с.
 18. Психологія/ под ред. Г.С. Костюка.- Киев: Радянська школа, 1996.
 19. Психофизиология: Учебник для вузов/ Под. Ред. Ю.И. Александрова.- 3-е изд., доп. и пере раб. – СПб: Питер, 2004.- с.180-191.
 20. Репродуктивне та статеве здоров'я підлітків в Україні (Ситуаційний аналіз). – 1999р.
 21. Роджерс К. Несколько гипотез, касающихся помощи в росте личности. Взгляд на психотерапию. Становление человека. - М.: Прогресс. 1994: - С 74 - 79.
 22. Семиченко В.А., Заслуженюк В.С. Мистецтво взаєморозуміння. Психологія та педагогіка сімейного спілкування: Навч. Посібник для студентів вищ. Нав.закладів.2-ге вид.- К.: Веселка, 1998.-214с.
 23. Ситуаційний аналіз становища дітей та жінок в Україні.- Київ , 2001р.
 24. Сюзан Шапіро. Курс „Секс у житті людини”. Фонд „Відродження”. Регіональна програма навчання здорового способу життя.
 25. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса.- Л.: Медицина, 1984.- 191с.
 26. Ухтомский ЛА. Доминанта Души. - Рыбинск: Рыбинское подворье. 2000.
 27. Филиппова Г.Г. Метод рисуночного теста в психологической работе с беременными// Исследовательский центр Семьи и Детства РАО

28. Филиппова Г.Г. Психология материнства (сравнительно-психологический анализ): Докт. дис. - М., 2001
29. Формування сексуальної культури молоді/ Балакірева О.М., Галустян Ю.М., Коре гін О.Я., Новицька В.П., Цисар І., Яременко О.О. –К.: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, Український ін-т соціальних досліджень, 2004.-Кн.9.-132с.
30. Татенко Н.О. Психологічні передумови репродуктивного вибору в житті жінки: можливості трансценденції// Практична психологія та соціальна робота. - №7, 2004.- С. 74-77.

ДОДАТКИ

Бланк інтерв'ю „Очікування від роботи консультативного пункту при жіночій консультації”

Пропонуємо до вашої уваги інтерв'ю, яке покликане з'ясувати Ваше очікування від роботи консультативного пункту при жіночій консультації. Намагайтесь відповідати щиро та правдиво, тут не має правильних чи неправильних, добрих чи поганих відповідей. Дані інтерв'ю будуть використані для покращення роботи нашого консультативного пункту.

Зауважимо, що якщо ви не захочете відповідати на якесь із питань, то це ваше право і це не змінить ставлення консультанта до вас.

Стать : чоловіча – жіноча

Вік _____

Освіта _____

Місце роботи (посада)

1. Що вас спонукало звернутися за допомогою до консультативного пункту при жіночій консультації?
2. На яку допомогу ви очікуєте, відвідавши консультативного пункту?
3. Ви заміжні чи ні?
4. Ви вагітні вперше?
5. Чи бажана для вас ця вагітність?
6. Як відноситься чоловік (родичі) до вашої вагітності?
7. Який у вас термін вагітності ?
8. Чи впливає вагітність на вашу роботу, навчання, сімейні відносини, відносини з оточуючими, друзями, знайомими?
9. Яке ставлення до вас з боку лікарів та медсестер жіночої консультації?
10. Чи задоволенні ви їх роботою? Якщо ні то чому?
11. Щоб ви хотіли змінити у їх роботі чи роботі жіночої консультації?

12. Чи знайомі ви з роботою консультативного пункту?
13. Звідки ви дізналися про роботу консультативного пункту?
14. Як на вашу думку якими професійними якостями повинен володіти соціальний працівник , що надає допомогу в консультативному пункті?
15. Як на вашу думку якими моральними якостями повинен володіти соціальний працівник , що надає допомогу в консультативному пункті?
16. Чи володієте ви інформацією щодо народження і догляду за дитиною?
17. Звідки ви дізнаєтеся про цю інформацію?
18. Як на вашу думку, на яких темах(інформації) потрібно детальніше зупинитися у роботі консультативного пункту?
19. Чи знайомі ви з умовами надання державних соціальних допомог по догляду і народженні дитини?
20. З якими спеціалістами ви хотіли б ще зустрітися (управління соціального захисту, РАГС, лікарем – педіатром тощо)?