

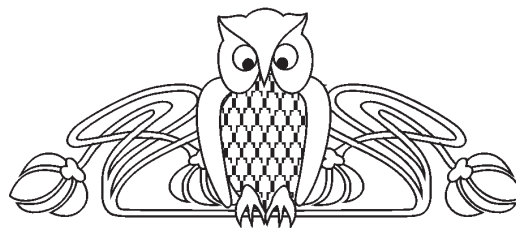


УДК 618.2-055.25:159.922.1:316

## ГОТОВНОСТЬ К РОЛИ МАТЕРИ: МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ

Е. А. Андриянова, И. Г. Новокрещенова, И. Ю. Аранович

Саратовский государственный медицинский университет  
E-mail: Aranovich@inbox.ru



В статье изложены результаты медико-социального анализа формирования готовности к роли матери. Предложена авторская модель готовности к материнству. На основе полученного в результате исследования социально-психологического портрета современной беременной женщины были определены факторы формирования готовности к выполнению роли матери. Осуществлен сравнительный анализ готовности к материнству первородящих и повторнородящих женщин. Определены основные направления программы социально-психологической помощи в рамках женской консультации.

**Ключевые слова:** беременность, готовность к роли матери, модель готовности к материнству, социальный статус беременной женщины, социально-психологическая помощь во время беременности.

### Readiness for the Role of Mother: the Mediko-Sociological Analysis of Factors of Formation

E. A. Andrianova, I. G. Novokreshenova, I. Yu. Aranovich

The results of the mediko-sociological analysis of readiness for a role of mother factors are stated in article. The author's model of readiness for motherhood is offered. The factors of readiness for a role of mother formation have been defined on the basis of the socially-psychological portrait of the modern pregnant woman, that was received as a result of research. The comparative analysis of readiness for motherhood is carried out. The basic directions of the program of the socially-psychological help are defined within the limits of female consultation.

**Key words:** pregnancy, readiness for the role of mother, model of readiness for the role of mother, social status of pregnant women, socially-psychological help for pregnant women.

Первое десятилетие XXI в. ознаменовано фокусированием внимания государства на проблемах повышения рождаемости в контексте социально-демографических изменений российского общества. Специфика медико-социологической рефлексии проблем рождаемости направлена на создание модели помощи беременным женщинам, одной из задач которой является подготовка к роли матери.

Наиболее интенсивно на всех этапах материнства женщина взаимодействует с социальным институтом медицины. К сожалению, современный институт медицины, сопровождая женщину на разных стадиях материнства, зачастую не способствует, а усугубляет неготовность женщины к выполнению роли матери. Как отмечает О. А. Ка-

сыянова на основании результатов анкетирования и опроса женщин, побывавших на стационарном лечении в роддомах г. Саратова, в 87% случаев беременных женщин абсолютно не устраивает внутренняя психологическая атмосфера, обостряемая подчиненным, зависимым положением женщин от «правил роддома». Пространство медицинских учреждений (женских консультаций, роддомов и т. д.) О. А. Касьянова характеризует как травмирующую среду для беременных женщин. Отсюда возникает необходимость изменения методов и качества оказываемой беременной женщине помощи в рамках медицинского учреждения<sup>1</sup>.

В период беременности наиболее ярко проявляется весь спектр медицинских, психологических и социальных проблем, влияющих на репродуктивные установки женщин, обостряются многие противоречия, обусловленные воздействием социальной среды на женщину: гендерная дискриминация на рынке труда; потеря экономической самостоятельности; вынужденный отказ от участия в общественной жизни; изменения во внутрисемейных отношениях. Все перечисленное определяет необходимость разработки современной интегративной модели подготовки беременной женщины к выполнению роли матери, основанной на синтезе социальной, психологической и медицинской составляющих.

В настоящее время в нашей стране не развита сеть социальных учреждений, оказывающих данный вид помощи. Однако изучение готовности к материнству в последние годы ведется в разных аспектах достаточно активно. В социологических исследованиях готовность к материнству рассматривается в контексте позднего материнства и материнства несовершеннолетних<sup>2</sup>. В психологическом ключе эта проблема представлена в работах, посвященных исследованию условий психологического риска для будущего развития ребенка<sup>3</sup>, факторов риска психической патологии ребенка в связи с социальными и психическими аномалиями матери<sup>4</sup>. Достаточно изучены значимые личностные характеристики будущей матери, разрабатываются опросники, выявляющие отношения родителей к ожидаемому ребенку<sup>5</sup>, описаны факторы, влияющие на материнское поведение<sup>6</sup>. С. Ю. Мещеряковой выделены основные составляющие структуры психологической



готовности к материнству: особенности переживания женщиной беременности; ориентация на стратегию воспитания и ухода за младенцем; ранний детский опыт будущей матери (наличие или отсутствие привязанности к матери, стиль родительского воспитания, игровые предпочтения).

Подготовка к выполнению роли матери первоначально базируется на удовлетворении физических и психо-социальных потребностей женщины. Причем оказываемая психологическая поддержка должна базироваться на учете потребностей не только матери, будущего ребенка, но и отца, семьи в целом<sup>7</sup>. Помощь беременным в решении медицинских и социальных проблем составляет содержание и основной вектор медико-социальной подготовки к роли матери в рамках женской консультации.

Беременность – это первый этап материнства, поэтому от того, какой опыт получит женщина в этот период, во многом будут зависеть ее будущие отношения с ребенком и внутри семьи. Формирование системы взаимоотношений «мать – дитя» происходит постепенно с момента зачатия и влечёт за собой серьезные изменения в жизни будущей матери. Беременная женщина сталкивается с новыми адаптационными задачами, для решения которых требуется активная личностная перестройка. В течение беременности она должна постепенно принять роль матери, научиться воспринимать будущего ребёнка, соотносить свои потребности с фактом его существования. Процесс принятия роли матери рассматривается как кризисный этап в развитии личности. Он предъявляет особые требования к личностным ресурсам и несёт в себе как потенциальные возможности, так и потенциальные опасности для личности<sup>8</sup>.

Для большинства женщин на данном этапе необходима профессиональная помощь в решении проблем, в основном связанных с изменением самовосприятия в новой роли, роли матери, неопределенностью ее социального статуса, изменением внутрисемейных отношений. К сожалению, эти проблемы остаются без внимания акушеров-гинекологов, в результате чего формируются отрицательное отношение к опыту беременности, психоэмоциональные и психосоматические расстройства, приводящие к различным осложнениям течения как самой беременности, так и родов<sup>9</sup>, снижению периода лактации и, как следствие, к отказу женщины от повторной беременности, а также росту заболеваемости детей первого года жизни<sup>10</sup>.

Нами обоснована авторская модель готовности к роли матери, включающая три взаимосвязанные сферы: медицинскую, социальную и психологическую. Медицинская сфера отражает объективное состояние здоровья и положительную самооценку здоровья беременной женщины. Социальная включает в себя следующие элементы: совокупность ценностей будущего

материнства; опыт отношений в родительской и собственной семье; установку на изменение образа жизни (новый режим труда и отдыха, изменение рациона питания, отказ от вредных привычек, регулярные занятия лечебной гимнастикой); готовность принять на себя ответственность за исход беременности и родов. Психологическая сфера структурирована на эмоциональную, когнитивную и поведенческую составляющие. Эмоциональная составляющая оценивается по уровню тревоги (измеряется с помощью метода цветочных выборов в модификации Л. Н. Собчик и по знаку чувств, испытываемых пациентками по поводу своей беременности). Когнитивная составляющая оценивается по уровню владения необходимой информацией по уходу за будущим ребёнком, её источникам (мать, врач, книги, Интернет). Поведенческая составляющая включает действия, направленные на поддержание нормального протекания беременности (ранняя постановка на диспансерный учет, регулярное посещение акушера-гинеколога, своевременное прохождение УЗИ и лабораторной диагностики).

Ценности и установки беременных, по нашему мнению, являются основными факторами готовности к роли матери и, соответственно, определяющими конфигурацию, структуру и динамику медико-социальной помощи в рамках амбулаторно-поликлинической помощи. Психологическая составляющая медико-социального сопровождения беременности нами рассматривается как способ «перезагрузки» сложившейся годами практики амбулаторной акушерско-гинекологической помощи. Учет выделенных параметров в работе женской консультации позволит не только добиться уравнивания эмоционального состояния беременной женщины, обучить необходимым основам саморегуляции функционального и психического состояния, сформировать навыки и умения адекватного поведения в родах, но и сформировать готовность принять на себя ответственность за течение беременности.

Медико-социальная эффективность женской консультации в обозначенном контексте возможна в первую очередь при наличии обратной связи специалистов женской консультации с потребителями услуг на основе постоянного мониторинга оценочных суждений основных субъектов акушерско-гинекологической службы, и прежде всего беременных женщин. С этой целью нами было проведено сравнительное количественное исследование 599 беременных женщин, которое проводилось на базе женских консультаций г. Саратова в 2008–2010 гг. При составлении анкеты мы опирались на общепринятые положения интегративной концепции готовности к материнству<sup>11</sup>. Ответы респондентов позволили получить информацию по поставленным в исследовании задачам. С помощью анкеты 1) определили степень осознания ответственности за свою беременность и ребенка будущей матерью, 2) выделили значимые соци-



альные и психологические параметры готовности к материнству, 3) установили значение паритета родов в готовности к роли матери. Вопросы были направлены на выявление эмоциональных, когнитивных, поведенческих и ценностно-нормативных индикаторов, позволяющих сделать вывод об уровне готовности беременной женщины к роли матери.

Первый блок вопросов был направлен на изучение социальных и социально-психологических характеристик респондентов. Он включал вопросы о возрастном, семейном, профессиональном, материальном статусе женщины, что позволило составить медико-социальный портрет современной беременной женщины. Для формирования целостного медико-социального портрета современной беременной женщины был использован метод «выкопировки» сведений из индивидуальной карты беременной. Вопросы анкеты позволили определить паритет ценностей и оценку респондентами отношений в родительской и собственной семье, уровень развития здоровьесохраняющего поведения, содержание досуговых практик.

С помощью второго блока вопросов была получена оценка беременными женщинами основных параметров работы женской консультации, а также определены степень потребности и удовлетворенности/неудовлетворенности медицинскими и социально-психологическими параметрами помощи и основные проблемы, ухудшающие качество жизни наблюдаемых беременных.

Третий блок вопросов направлен на определение готовности респондентов к материнству. Ответы на вопросы данного блока позволили определить уровень ответственности будущих матерей за свою беременность и ребенка, социальные и психологические параметры готовности к роли матери.

Статистическую обработку данных выполняли при помощи программного пакета «Statistica 6.1». Сравнение переменных делалось при помощи критерия парных сравнений Вилкоксона. Сравнение групп проводилось с использованием U-критерия Манна-Уитни. Надежность используемых статистических оценок принималась не менее 95%. В ходе исследования выявлялись социальные и психологические характеристики респондентов, основными из которых выступили возраст, семейный статус, жилищные условия, образование, уровень ежемесячного дохода на одного человека в семье, профессиональный статус, наличие детей, самооценка материального положения, уровень тревожности, приоритетные ценности. Количественные данные (например, возраст, материальный доход) определялись в виде среднего и его стандартного отклонения [ $M \pm \sigma$ ], показатели, измеряемые в балльной шкале, – в виде среднего и его 95%-ного доверительного интервала [ $M$  (ДИ 95%)], бинарные показатели – в виде частоты и ее ошибки ( $M \pm m$ ).

По возрасту женщины распределились следующим образом: 17–20 лет – 15,2%; 21–25 лет – 39,4%; 26–30 лет – 26,9%; 31–35 лет – 13,5%; 36–45 лет – 5,2%. Таким образом, средний возраст обследованных беременных женщин составил  $26,3 \pm 12,5$  года ( $M \pm \sigma$ ). Среди опрошенных 70,6% женщин ожидали первого ребенка, имели одного и более детей 29,4%.

Большинство женщин замужем – 64,4%, в гражданском браке – 30,5%, не замужем – 5,0%, в разводе – 0,2%. 71,2% респондентов проживают в семьях, где количество членов не превышает 3 человека, 26,9% – в семьях, состоящих из 4–5 человек, 1,9% – свыше 6 человек. Имеют собственное жильё 45% респондентов, 35% проживают с родителями, 20% вынуждены арендовать жилплощадь. Большинство семей предпочитает жить самостоятельно, территориально отделяясь от родителей. Наибольшее количество опрошенных женщин проживает в многоквартирных домах – 57,9%, в собственном доме – 22,1%, снимают жильё – 20,0%.

В основном беременные женщины имеют средний уровень образования: высшее – 39,6%, среднее специальное – 31,9%, среднее – 13,7%, незаконченное высшее – 12,7%, незаконченное среднее и ниже – 1,9%. Только 10,7% женщин имеют больший по сравнению с другими членами семьи доход. Большинство опрошенных имеет средний уровень экономического достатка – 74,1%. Высокий доход в семье имеют 21,3%, с трудом сводят концы с концами – 2,9% и отказались почти от всего, все средства уходят на питание – у 1,7% опрошенных.

Уровень дохода на одного члена семьи у большинства составляет  $3,10 \pm 1,49$  тыс. руб. (на момент исследования в 2008 г. прожиточный минимум составил 4537 руб.). У 32,4% он составляет 3000–6000 руб., у 28,6% – 6000–9000 руб., у 14,8% – 9000–12 000 руб. Высокий уровень дохода на одного члена семьи имеют 15,3%: 12 000–15 000 руб. – 8,0%, от 15 000 до 21 000 руб. – 4,9%, более 21 000 руб. – 2,4%. Минимальный доход, менее 3000 руб., имеют 8,9% опрошенных женщин.

Оценивая свое материальное положение, 18,7% опрошенных женщин характеризуют его как «живем в достатке, ни в чем себе не отказываем», «живем прилично, хотя приходится работать изо всех сил» – 72,5%, «с трудом сводим концы с концами» – 3,0%, «отказались почти от всего, все средства уходят на питание» – 1,7%, затруднились ответить 4,1% респондентов.

Состояние собственного здоровья опрошенные женщины оценили в 4,1 балла (ДИ 95,0% 4,07–4,17), мужа – 4,3 балла (ДИ 95,0% 4,56–4,71). Узнав о беременности, только  $36 \pm 0,02\%$  ( $M \pm m$ ; здесь и далее) опрошенных женщин изменили свой образ жизни (установили новый режим труда и отдыха, стали больше бывать на природе, уделять больше внимания питанию, заниматься лечебной гимнастикой).





Среди опрошенных женщин, решивших стать матерью, не курит  $91,5 \pm 1,1\%$ . Партнеры респондентов в основном курят –  $63,1 \pm 0,02\%$ . Большинство наблюдаемых женщин не употребляет алкоголя –  $95,4 \pm 0,01\%$ .  $80,1 \pm 0,01\%$  партнёров беременных женщин не употребляет алкоголя.

Анализ состояния здоровья беременных свидетельствует о его неблагополучии: страдают экстрагенитальной патологией  $76,2\%$ , из них анемией –  $41,6\%$ , болезнями системы кровообращения  $11,2\%$ , болезнями мочеполовой сферы –  $13,4\%$ . С сожалением приходится констатировать, что анемия является своеобразным «маркером» качества жизни и уровня патологии как матери, так и плода, поскольку развивающаяся при длительной анемии стойкая гипоксия плода вызывает тяжелое поражение жизненно важных органов плода, и прежде всего нервной системы. При этом важно, что рост анемии беременных в России связан с ухудшением качества питания женщин, и в этом смысле анемия беременных является фактически социально обусловленной патологией – болезнью социально-бытового неблагополучия, потенциально предотвратимой при оказании необходимой социальной поддержки.

Как считают С. Ю. Мещерякова и Н. Н. Авдеева, психологическую готовность к материнству можно прогнозировать по восприятию женщиной своего раннего детского опыта взаимодействия с матерью<sup>12</sup>. С нашей точки зрения, не менее важную роль в этом играют и отношения с отцом. Как показывают исследования,<sup>13</sup> негативный опыт детско-родительских отношений способствует несформированности готовности к материнству, низкому уровню осмысленности жизни, наличию тревожного состояния по поводу протекания беременности. Мы полагаем, что позитивный опыт детско-родительских отношений самой беременной женщины связан с благополучным принятием, освоением, фиксацией и выполнением материнской роли, со сформированной готовностью к материнству, высоким уровнем ее осмысленности.

Сравнительное изучение беременных женщин по паритету родов выявило ряд достоверных различий в их медико-социальном портрете. Средний возраст первобеременных женщин составил  $24,4 \pm 5,3$  года, повторнородящих –  $31 \pm 21,1$  года. По семейному положению в группе впервые рожавших  $59,3\%$  составляют замужние женщины, тогда как во второй группе количество состоящих в браке женщин –  $77,3\%$ . У  $23\%$  женщин этой группы браки являются повторными. Данное обстоятельство требует внимания со стороны социально-психологической помощи, так как дети в этой семье будут иметь разных отцов, что, в свою очередь, может стать причиной внутрисемейной напряженности.

По социальному положению в группе первобеременных (группа 1) преобладают высококвалифицированные специалисты ( $22,3\%$ ), в группе повторнородящих (группа 2) – домохозяйки ( $33,9\%$ ).

Фактор наличия детей смещает ценностные приоритеты женщины с семьи на детей. Как по-

казывают данные, для первобеременных женщин наибольшей значимостью обладает семья, затем идут дети, родители, здоровье, работа, материальное благополучие и, наконец, друзья. Повторнородящие женщины на 1-е место ставят детей, затем семью, здоровье, родителей, работу, материальное благополучие и друзей (табл. 1).

Таблица 1

**Сравнение значимости ценностей для первородящих и повторнородящих**

Ценность	Группа 1	Группа 2	p
Семья	1,92 (1,78 – 2,05)	1,86 (1,75 – 1,96)	0,07
Дети	2,26 (2,16 – 2,36)	1,57 (1,47 – 1,67)	<0,001
Родители	3,15 (3,03 – 3,27)	3,59 (3,42 – 3,76)	<0,001
Здоровье	3,38 (3,25 – 3,50)	3,52 (3,34 – 3,71)	0,5
Работа	5,66 (5,57 – 5,75)	5,55 (5,40 – 5,71)	0,1
Друзья	6,19 (6,10 – 6,28)	6,36 (6,24 – 6,48)	0,08
Материальное благополучие	5,56 (5,43 – 5,69)	5,49 (5,30 – 5,67)	0,1

Как и в общей структуре значимых ценностей, для первородящих женщин наиболее важной является семья, как вновь созданная, так и родительская, для повторнородящих – дети. Можно предположить, что первобеременные женщины тесно связаны с родительскими семьями, видят в них поддержку и опору и для них значимы близкие отношения с партнёрами. И только те женщины, для которых дети являются ценностью, решаются на рождение двух и более детей. Оценка влияния возможного появления еще одного ребенка на различные сферы жизнедеятельности, которая в значительной степени формирует репродуктивные ориентации, во многом зависит именно от ценностных ориентаций. Это еще раз свидетельствует в пользу того, что без изменения этих ориентаций невозможны существенные сдвиги в репродуктивном поведении, которые привели бы к повышению рождаемости до уровня, обеспечивающего воспроизводство населения<sup>14</sup>.

Для большинства первородящих женщин отношения с матерью и с партнером обладают практически равной значимостью, для повторнородящих такой равнозначностью обладают отношения с партнером и с детьми. При этом большинство из первородящих и повторнородящих женщин невысоко оценивает свои отношения с отцом (табл. 2).

Таблица 2

**Характеристика семейных отношений**

Оцениваемые отношения	Группа первородящих			Группа повторнородящих		
	Оценка в баллах			Оценка в баллах		
	1–2	3	4–5	1–2	3	4–5
Отношения с матерью	6%	4%	90%	11%	7%	82%
Отношения с отцом	24%	11%	75%	34%	14%	52%
Отношения с партнёром	2%	2%	96%	2%	3%	95%
Отношения с детьми	0%	13%	87%	0%	2%	98%



Ценностные приоритеты, система отношений беременных женщин во многом определяют и структуру их досуга. Основная часть беременных проводит свое свободное время занимаясь домашними делами или вместе с семьей: проводят время с семьей 35,0% первородящих женщин и 42,0% повторнородящих; домашними делами предпочитают заниматься в свободное время 23,0% женщин, имеющих детей, и 27,0% женщин, ждущих первого ребенка. При этом с друзьями в свободное время чаще общаются 15,0% первородящих беременных женщин и 3,5,0% повторнородящих. Время на чтение книг находят 10,5% женщин, имеющих детей, и 5,8% первородящих.

По состоянию здоровья у представителей обеих групп также имеются различия. В группе 2 значительно выше доля лиц с анемией (45,0%) (табл. 3), что может свидетельствовать о более сложном материальном положении этих респондентов. Незначительное преобладание в группе 1 болезней мочеполовой сферы свидетельствует о том, что пациентки, имеющие в анамнезе заболевания мочеполовой сферы, реже решаются на повторные роды.

Таблица 3

**Доля беременных, имеющих экстрагенитальную патологию**

Заболевания	Группа 1		Группа 2	
	Чел.	%	Чел.	%
Анемия	158	37	77	45
Болезни системы кровообращения	43	10	21	12
Болезни мочеполовой сферы	68	16	17	10

По второму блоку анкеты были получены следующие результаты. У  $20 \pm 0,02\%$  женщин из второй группы необходимость наблюдения в женской консультации связана только с получением родового сертификата и листка нетрудоспособности, что отличается от показателя первой группы ( $13 \pm 0,03\%$ ) ( $p < 0,04$ ). Это может свидетельствовать о том, что данная группа повторнородящих женщин оценивает необходимость посещения женской консультации лишь как формальную обязанность, не получая необходимой, в том числе и социально-психологической помощи. При этом респонденты из обеих групп отмечают необходимость во время беременности квалифицированной акушерско-гинекологической, диагностической помощи. Необходимость психологической помощи отметили  $48 \pm 0,02\%$ , социальной –  $3\% \pm 0,01\%$ . Это объясняется тем, что многие беременные женщины просто не имеют представления о содержании данного вида помощи.

Степень доверия к врачу оценивается обеими группами на 3,3 балла (ДИ 95% 3,22–3,37),

доброжелательность врача – на 3,7 балла (ДИ 95% 3,71–3,83). Удовлетворенность оказанной медицинской помощью оценивается на 3,4 балла (ДИ 95% 3,33–3,47). В перечень необходимых условий для повышения оценки деятельности женской консультации 100% опрошенных внесли высокую квалификацию персонала, комфортность условий и отсутствие очередей, вежливость персонала,  $55 \pm 0,01\%$  – оснащённость современным оборудованием, только  $18 \pm 0,02\%$  отметили соблюдение стандартов обследования.

У женщин из 1-й группы преобладают проблемы, связанные с адаптацией к изменению образа жизни, взаимоотношениями с партнёрами, женщины из 2-й группы больше беспокоят проблемы взаимоотношений с близкими родственниками (табл. 4).

«Семейный» характер проблем отметили 42% и 48% женщин из первой и второй групп соответственно. Психологические проблемы существуют у  $52 \pm 0,02\%$  респондентов, но потребность в квалифицированной психологической помощи они оценивают на 3,2 балла (ДИ 95% 3,05–3,36).

Третий блок анкеты включал в себя вопросы, направленные на определение психологической составляющей готовности респондентов к роли матери. В разработке вопросов данного блока мы исходили из того, что психологическая готовность к материнству состоит из 3 компонентов: поведенческого, когнитивного и эмоционального. На вопрос «Появились ли у Вас во время беременности проблемы психологического характера?» 34% первородящих женщин ответили утвердительно, 31% отрицательно, а 35% затруднились с ответом. Повторнородящие в 39% случаев ответили утвердительно, 38% отрицательно, затруднились с ответом 23% респондентов. При этом оценка уровня тревожности по методу цветовых выборов Л. Собчик показала, что проблемы психологического характера беспокоят значительно больший процент женщин (табл. 5). Улучшение своего психологического состояния в период беременности отмечают 39% повторнородящих и 26% первородящих женщин, ухудшение – 39 и 38% соответственно, количество затруднившихся с ответом в первой группе было на 14% больше. Это свидетельствует о том, что первородящие женщины воспринимают свою беременность прежде всего как физиологический процесс. Кроме того, первородящие не концентрируются на психологических изменениях, которые вызывает беременность. Во второй группе на 5% меньше женщин, имеющих уровень тревоги 0 баллов; на 6,4% больше женщин, имеющих уровень тревоги 3 балла и более. Данный показатель является закономерным, так как появление еще одного ребенка в семье вызывает больше социально-психологических проблем, с которыми женщина должна справиться.



Таблица 4

**Социально-психологические проблемы первородящих и повторнородящих женщин**

Основные проблемы (код МКБ-10)	Частота отдельных проблем среди беременных женщин (%)	
	первородящие	повторнородящие
Проблемы, связанные с адаптацией к изменению образа жизни (Z 60.0)	38	30
Проблемы, связанные со взаимоотношениями супругов или партнёров (Z 63.0)	24	17
Проблемы взаимоотношений с родственниками или родственниками жены, мужа (Z 63.1)	18	31
Проблемы, связанные с работой и безработицей (Z 56)	15	12
Проблемы, связанные с обстоятельствами жилищного и экономического характера (Z 59)	5	10

Таблица 5

**Уровень тревоги по методу цветочных выборов**

Группа беременных	Тревога по МВЦ					
	0 баллов		1–2 балла		3 и более баллов	
	чел.	%	чел.	%	чел.	%
Первородящие	79	18,5	106	24,8	242	56,7
Повторнородящие	23	13,4	42	24,4	107	62,2
Итого	102	17,0	148	24,7	349	58,3

Позитивные чувства по поводу беременности испытывает 51% женщин из первой группы, 70% из второй ( $p < 0,01$ ). Женщины, имеющие позитивный опыт предыдущей беременности, психологически более готовы к повторному материнству. Обсуждать проблемы, связанные с беременностью, 75% женщин из обеих групп предпочитают со своими мужьями, 62% женщин из первой группы пользуются советами матерей, среди повторнородящих женщин обсуждают свои проблемы с матерью 50%. Первородящие женщины чаще получают информацию из Интернета (9% по сравнению с повторнородящими – 3%). Женщины, имеющие детей, чаще предпочитают обсуждать возникшие проблемы с наблюдающим их врачом (45% в отличие от женщин первой группы 34%).

Владеет информацией по уходу за новорождённым 61% женщин из первой группы. Изменили свой образ жизни в связи с беременностью 36% женщин из первой группы и 38% повторнородящих. По наличию вредных привычек, занятиям лечебной гимнастикой достоверного различия в группах не обнаружено.

Всего 19% женщин из первой группы и 34% из второй готовы нести ответственность за течение беременности и родов. После рождения ребенка 68% повторнородящих женщин и 32% первородящих готовы принять ответственность по уходу на себя, не надеясь на помощь родственников. Отношение к будущему ребёнку как субъекту демонстрируют 73% повторнородящих

и 66% первородящих женщин, что является еще одним показателем готовности к материнству и ориентации женщины на изначальное восприятие еще не родившегося ребенка как личности.

Таким образом, по результатам данного исследования можно говорить о том, что на формирование готовности к роли матери беременной женщины влияет ряд факторов. Среди них: взаимоотношения с мужем и другими близкими родственниками; материальное положение семьи; интериоризированные ценности; эмоциональное отношение к беременности и будущему ребенку; тревога за состояние своего здоровья. Процесс формирования готовности к роли матери начинается задолго до наступления беременности. Однако далеко не все женщины способны самостоятельно совершить успешный переход к новому статусу матери, выработать в себе ответственность за свою беременность и своего будущего ребенка. Чтобы изменить эту ситуацию, необходимо профессиональное социально-психологическое сопровождение не только женщины, но и в целом семьи в период ожидания и рождения ребенка.

Сравнительный анализ готовности к роли матери первородящих и повторнородящих женщин показал значимые отличия в ценностных ориентациях, в наличии социально-психологических проблем в общении с партнером и родителями, прежде всего с отцом, в готовности брать на себя ответственность за свою беременность и предсто-



ящие роды, в восприятии будущего ребенка как субъекта, личности. Приоритетной ценностью для большинства повторнородящих женщин выступают дети. При этом данная группа характеризуется более низким уровнем материального достатка и жилищных условий, что свидетельствует о вторичности данных факторов в готовности женщин к повторному материнству. В то же время паритет родов не является фактором готовности к роли матери. Исследование также показало, что повторнородящие женщины, в сравнении с первородящими, имеют более высокий уровень тревожности, а следовательно, и социально-психологических проблем.

На основе проведенного исследования мы пришли к выводу, что готовность к роли матери необходимо рассматривать как систему, имеющую внутреннюю организацию. Анализ ответов беременных женщин на вопросы анкеты позволил выделить две основные группы факторов, которые формируют модель готовности к роли матери. Первая группа – это медицинские факторы, связанные с состоянием здоровья беременной женщины. Вторая группа – социально-психологические факторы, наиболее значимыми из которых являются ценность отношений в семье, здоровьесохраняющее поведение, изменение образа жизни. Данные факторы имеют различные проявления. На эмоциональном уровне это наличие тревожности, совокупность чувств, переживаний, связанных с беременностью; на когнитивном – осознанность своего состояния и адекватное понимание происходящих изменений, владение информацией по уходу за новорожденным; на ценностно-нормативном уровне – формирование значимых установок и правил, определяющих дальнейшее взаимодействие с ребенком (субъект-объектное или субъект-субъектное); на поведенческом – реализация в повседневном опыте материнских установок, установка на ответственность за ребенка, готовность принять ответственность за течение беременности и исход родов. Нарушение структуры (конфликт) межуровневых отношений, конкуренция между ценностью ребенка и другими значимыми для женщины ценностями<sup>15</sup> изменяют процесс формирования готовности к материнству, что обуславливает возникновение эмоциональных нарушений в период беременности. Признаком неблагополучия личности является тревога. Для беременности и послеродового периода типично возникновение эмоциональных переживаний, а также различных эмоциональных расстройств. Наиболее это характерно для течения первой сохраненной беременности и связано с осознанием того, что изменяется вся жизненная ситуация: независимое существование заканчивается, и женщина принимает новую для себя социальную роль – роль матери.

Состояние беременности сопровождается кризисом, затрагивающим все перечисленные уровни, включающим в себя осознание и внутреннее принятие себя беременной, симптом противоречивого отношения к беременности, перестройку самосознания женщины с постепенным включением в него образа ребенка, принятие своей новой социальной роли матери, опасение относительно успешности ее реализации. Мы рассматриваем готовность к роли матери как особое состояние женщины в качестве субъекта акушерской помощи, характеризующееся ответственным поведением и отношением к текущей беременности и родам, к будущему ребёнку. Изменение физиологического и социально-психологического состояния женщины приводит к изменению внутрисемейных отношений, что сопровождается семейным кризисом. Поэтому представленная модель обуславливает необходимость использования методов семейной психотерапии в процессе сопровождения беременности в женской консультации.

Эффективность использования практики семейной психотерапии в сопровождении беременности в женской консультации подтверждают следующие данные: сокращается количество самопроизвольных аборт (от 0,9 до 0%), сокращается количество операций кесарева сечения (с 21 до 19,5%), снижается процент осложнений во время родов. Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод о том, что социально-психологическая составляющая современной практики подготовки беременной женщины к выполнению роли матери является тем жизненно важным звеном, которое на данном этапе способно помочь в решении многих проблем в сфере репродуктивного здоровья.

Очевидно, что назрела необходимость включения в систему здравоохранения социальных работников как специалистов по координации поддержки беременных женщин и их семей всеми заинтересованными учреждениями в рамках медицинской, социальной и психологической помощи. Изменение существующего положения возможно только на основе междисциплинарного подхода к акушерским проблемам. Необходимо сформировать новую парадигму медицинского мышления, допускающего, что не только заболевания, но и такие психические факторы, как отрицательные эмоции, психическое напряжение, утомление, тревога, депрессия, могут являться этиологическими факторами возникновения акушерских осложнений.

Готовность к роли матери можно рассматривать как фактор готовности к повторному деторождению. В целях актуализации данного звена программа психологического сопровождения беременной женщины в рамках женской консультации должна быть направлена на оказание поддержки и помощи женщине в мобилизации физических и психических сил для благополучного течения беременности и рождения здорового ребенка.





## Примечания

- 1 См.: Касьянова О. А. Социально-психологические факторы подготовки женщин к беременности, родам и материнству. Саратов, 2009.
- 2 См.: Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2008. № 3. С. 55–58.
- 3 Баженова О. В., Баз Л. Л., Копыл О. А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс. 1993. № 4. С. 35–42.
- 4 См.: Брутман В. И., Ениколопов С. Н., Панкратова М. С. Некоторые результаты социологического и психологического обследования женщин, отказавшихся от своих новорожденных детей // Вопросы психологии. 1994. № 5. С. 31–37.
- 5 См.: Condon J. The Assessment of Antenatal Emotional Attachment: Development of the Questionnaire Instrument // Brit. J. Med. Psychol. 1993. Vol. 66, № 2. P. 110–115.
- 6 См.: Klous M., Jerauld R. Maternal Attachment: Importance of the First Post-partum Days // New Engl. J. Medicine. 1972. Vol. 286, № 9. P. 58–65.
- 7 См.: Овчарова Р. В. Психологическое сопровождение родительства. М., 2003.
- 8 См.: Соколова О. А., Сергеев Е. А. Динамика личностных характеристик женщин в период беременности как фактор психического здоровья матери и ребенка // Психологический журнал. 2007. № 6. С. 71–72.
- 9 См.: Влияние психоэмоционального стресса на течение и исходы беременности / Ф. М. Абдурахманов, И. М. Мухамадиев, З. Х. Рафиева, А. Надырова // Российский вестник акушера-гинеколога. 2008. № 3. С. 38–41.
- 10 См.: Немировская Ю. В. Факторы адаптации беременной женщины к социальной роли матери // Вестник Саратов. гос. техн. ун-та. 2007. № 1. С. 215–219.
- 11 См.: Филиппова Г. Г. Психология материнства. М., 2002.
- 12 См.: Авдеева Н. Н., Мещерякова С. Ю. Особенности психической активности ребенка первого года жизни // Мозг и поведение младенца / под ред. М. А. Адрианова. М., 1993.
- 13 См.: Землюлина И. Н. Переживание беременности в контексте жизненного пути личности женщины как фактор принятия новой социальной роли – роли матери : дис. ... канд. психол. наук. Курск, 2009.
- 14 См.: Архангельский В. Н., Антонова О. И., Никитина Е. Ю. Основные результаты пилотного обследования «Семья и рождаемость» // Вопросы статистики. 2006. № 10. С. 3–5.
- 15 См.: Морозин В. Г. Ценностно-потребностная сфера личности. Томск, 2003.

УДК 32.019.5

## ДЕТЕРМИНАНТЫ АМБИВАЛЕНТНОСТИ ПОЛИТИЧЕСКОЙ ВЛАСТИ В РОССИИ

И. А. Бегина

Саратовский государственный университет  
E-mail: BegininaI@info.sgu.ru

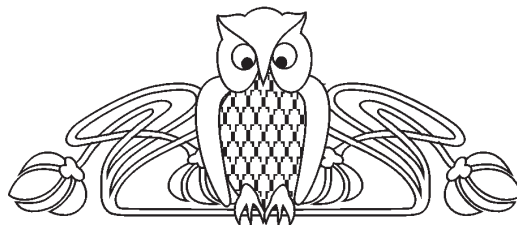
В статье анализируются противоречия во взаимоотношениях власти и общества, неоднозначность и одновременное сосуществование в российском социуме процессов демократизации и авторитаризма политической системы и выявляются основные факторы, определяющие разнонаправленные векторы двойственной динамики политических процессов в современной России.

**Ключевые слова:** амбивалентность, власть, политическая система, политический режим, демократизация, авторитаризм.

### Ambivalence Determinants of the Political Power in Russia

I. A. Beginina

The paper analyzes contradictions in the power-society interrelations, ambiguity and simultaneous coexistence of the processes of democratization and authoritarianism of the political system in Russian society, and reveals basic factors determining variously directed vectors of the dual dynamics of political processes in modern Russia.



**Key words:** ambivalence, power, political system, political regime, democratization, authoritarianism.

Отношение к власти в любом обществе всегда отличалось парадоксальной противоречивостью. Многочисленные концепции власти в современной и классической научной литературе классифицируются по ряду оснований – по субъектности, атрибутивности, институциональному или системному характеру, специфике властных отношений, по методологическим подходам. Однако все исследователи акцентируют внимание на высокой степени сложности властного механизма взаимодействия управляющих и управляемых. Практически все они рассматривали властные отношения с двойственных позиций: с одной стороны – как целесообразный институт управления обществом, механизм организации общественной жизни; с другой – как инструмент насилия над человеком и отдельными социальными