

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
"ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ"
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ

Кафедра теоретической и прикладной психологии

Выпускная квалификационная работа бакалавра
ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОТНОШЕНИЯ К
БЕРЕМЕННОСТИ, ЛОКУСА КОНТРОЛЯ И КОМПЛАЕНТНОСТИ
У ЖЕНЩИН С ЗАПЛАНИРОВАННОЙ И НЕЗАПЛАНИРОВАННОЙ
БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Работу выполнила:
студентка V курса
заочного отделения,
направление подготовки 37.03.01
«Психология», профиль
«Психология»
Гончарова Татьяна
Селимзяновна

(подпись)

«Допущена к защите в ГЭК» Зав. кафедрой _____ (подпись) « ____ » _____ 2017 г.	Научный руководитель: кандидат психол. наук, доцент кафедры (теоретической и прикладной психологии) Ротманова Наталья Валерьевна _____ (подпись)
---	---

ПЕРМЬ

2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЛАЕНТНОСТИ И ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ.....	11
1.1. Психологическая готовность к материнству как фактор формирования гестационной доминанты беременной женщины.....	11
1.2. Концептуальные подходы к понятию и возникновению комплаентности в современной медицине и психологии.....	21
1.3. Механизмы формирования перинатального комплайенса и современные подходы к его оптимизации.....	34
1.4. Постановка проблемы и задач исследования.....	44
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	49
2.1. Характеристика выборки и организация исследования.....	49
2.2. Методы исследования и обоснование их выбора.....	51
2.3. Методы математико-статистической обработки.....	57
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ....	60
3.1. Итоги сравнения средних значений показателей и выявление значимых различий по критерию Стьюдента в выборках женщин с запланированной и незапланированной беременностью.....	60
3.2. Взаимосвязь показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности в выборке женщин с запланированной беременностью.....	67
3.3. Взаимосвязь показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности в выборке женщин с незапланированной беременностью.....	77
3.4. Сравнительный анализ эмпирических структур комплаентности женщин с запланированной и незапланированной беременностью.....	86

ВЫВОДЫ.....	89
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	94
РЕКОМЕНДАЦИИ.....	98
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	102
ПРИЛОЖЕНИЯ	

ВВЕДЕНИЕ

Последние десятилетия ознаменованы большим интересом к вопросам перинатальной медицины. В настоящее время демографические вопросы и задачи с ними связанные в нашей стране особенно актуальны. В этой связи всё, что связано с репродуктивным здоровьем, как женщины, так и семьи приобретает особое значение.

Проблема. В России ежегодно происходит 10-11 тысяч случаев отказа от детей, существует риск не вынашивания и смертность младенцев. К этому приводит комплекс психологических и социальных причин, в частности, присутствие у беременных женщин неоптимальных типов психологических компонентов гестационной доминанты и низкий уровень ответственности беременных женщин.

Научный аспект предполагает выявление комплаентности и специфических личностных особенностей женщин с запланированной и незапланированной беременностью, благодаря чему в дальнейшем возможна разработка подходов к психологическим компонентам гестационной доминанты, сопровождающим комплаентное поведение женщин с незапланированной беременностью, что актуально для решения проблем клинической методологии, медицинской психологии и общей психологической теории.

Актуальность исследования. Несмотря на очевидную теоретическую и практическую значимость изучения данной проблематики, на сегодняшний день в клинической психологии ещё слабо изучен понятийный аппарат, описывающий феномен комплаентности с точки зрения психологического подхода, отсутствуют систематизированные представления о закономерностях его формирования и функционирования в перинатальной психологии, остаются неразработанными основные психодиагностические критерии. Существующие исследования в этой области, как правило, теоретически недостаточно обоснованы, немногочисленны и фрагментарны,

а исследования комплаентности беременных женщин с точки зрения психологического подхода вообще остаются единичными, за исключением работ И.В. Добрякова и Э.Г. Эйдемиллера, работы которых ориентированы на создание перинатального комплайенса, то есть разработку алгоритма комплайенса беременных женщин в рамках курса Школы молодых родителей.

Современные представления о сущности концепции психологических компонентов гестационной доминанты беременных женщин предполагают учёт всей совокупности изменений, затрагивающих как биологический уровень нарушений (соматические симптомы и синдромы), так и социальный уровень функционирования женщин со сменой ролевых позиций, ценностей, круга общения, с переходом в принципиально новую социальную ситуацию со своими специфическими запретами, предписаниями и ограничениями.

Большинство работ отечественных психологов по данной тематике имеют исследовательский характер и направлены на разработку методов диагностики различных аспектов беременности и материнской сферы в целом, особенностями психологического компонента гестационной доминанты женщины и личностных особенностей беременных женщин (Аршавский, Каплун, Добряков, 1996), онтогенетической концепции материнства Г.Г. Филипповой, биопсихосоциальной концепции девиантного материнства В.И. Брутмана и др. Субъективные показатели отношения к беременности отражают эмоциональный статус, удовлетворенность жизнью, самочувствие и качество жизни беременных женщин.

Длительное наблюдение беременности, как правило, вызывает у женщины их близких трудности с соблюдением режима питания, регулярным посещением врача, в случае необходимости приема препарата и т.д. Считается, что от 30 до 40 % беременных женщин не во всем следуют советам врача. Нарушения комплаентности зачастую обуславливают неблагоприятные исходы беременности.

В этой связи, основной целью медицинского и психологического сопровождения беременных женщин является создание условий сохранения оптимального для женщин качества жизни. К сожалению, не всегда усилия врачей приводят к желанной цели, в том числе из-за отсутствия у женщин определённого уровня комплаенса.

За разноплановостью определений комплаентности стоят принципиальные различия исходных теоретико-методологических установок исследователей в отношении признания пациента или пассивным получателем и объектом врачебных манипуляций, или активным субъектом и равноправным участником процесса терапевтического союза. Наиболее распространёнными аспектами в рассмотрении этого вопроса становятся медицинский и клинико-психологический. Сугубо медицинский подход к проблеме комплаенса личности, в основном, ориентирован на оценку степени соблюдения врачебных предписаний, в большей степени медикаментозных назначений.

Применение клинико-психологического подхода для анализа проблемы комплаентности позволяет учитывать совокупность биопсихосоциальных факторов. Поэтому необходимо изучение дополнительных психологических критериев эффективности отношений комплаентности на основе деятельностной парадигмы, что предполагает исследование социальных, клинических, психологических, терапевтических факторов, формирующих комплаентность, а также эмоциональную составляющую личности.

Такой подход является актуальным и отвечает интегративным тенденциям современной клинической психологии.

В этой связи, научный аспект данной работы предполагает выявление специфических особенностей перинатального комплаенса женщин с запланированной и незапланированной беременностью, благодаря чему в дальнейшем возможна разработка подходов к психологическим компонентам гестационной доминанты (отношение к беременности), сопровождающим

комплаентность женщин, что актуально для решения проблем клинической методологии, медицинской психологии и общей психологической теории.

Методологической основой исследования явились теоретические аспекты психологических компонентов гестационной доминанты И.В. Добрякова; традиции рассмотрения материнства как социально значимой деятельности: В.А. Рамих, О.В. Баженова, О.А. Копыл, Т.И. Барановская, Н.В. Боровикова, А.Е. Волков, Н.В. Рымашевский, Н.П. Коваленко, Г.Г. Филиппова и др., концептуальные подходы к понятию и возникновению комплаентности в современной медицине и психологии: В.Д. Менделевич, Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук, А.И. Захаров, С.Ю. Мещерякова, Е.В. Могилевская, Е.Г. Старостина, М.Н. Володина, Е.Д. Белоусова, Л.М. Цепов, механизмы формирования комплайенса и современные подходы к его оптимизации (Д.С. Данилов, Э.Г. Эйдемилле, Н.В. Александрова, М.Ю. Городнова), а также совокупность разработанных отечественными и зарубежными учеными концепций многомерно-функциональной организации отдельных свойств и качеств личности А.И. Крупновым; работы клинико-психологических исследований учёных Санкт-Петербургского государственного университета Петровой, И.А. Васильевой, Б.В. Иовлева, Р.О. Серебряковой, Е.В. Ткалиной, О.Ю. Щелковой и др.

В этой связи, актуальность работы дополняет необходимость психологического анализа комплаентности беременных женщин, что требует сравнительного анализа имеющихся подходов к исследованию феномена беременности и материнства, выбора адекватной теоретико-методологической парадигмы, а также чёткого определения основных понятий исследования.

Объект исследования: комплаентность женщин с запланированной и незапланированной беременностью.

Предмет исследования: специфика взаимосвязи показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности, полученных

в выборках женщин с запланированной и незапланированной беременностью.

Цель исследования: изучить взаимосвязь показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью.

Гипотезы исследования:

Основная:

- можно предположить, что существует специфика взаимосвязи показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности, полученных в выборках женщин с запланированной и незапланированной беременностью;

Частные:

- существуют различия в выраженности показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью;

- эмпирические структуры комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью будут иметь как сходства, так и различия.

Задачи исследования:

1. Осветить проблему отношения к беременности в современной психологической науке.

2. Рассмотреть понятия «комплаенс», «комплаентность» с точки зрения медицинского и психологического подходов.

3. Эмпирически установить значимые различия в выраженности показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью (на основе t - критерия Стьюдента).

4. Охарактеризовать особенности корреляционных взаимосвязей показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности у

женщин с запланированной и незапланированной беременностью (на основе корреляционного анализа Пирсона).

5. Определить и сравнить эмпирические структуры комплаентности, полученные в выборках женщин с запланированной и незапланированной беременностью (на основе факторного анализа).

Методы исследования:

- теоретический анализ психологической и медицинской литературы по проблеме исследования;

- тестирование – тест отношений беременной, разработанный И.В. Добряковым; методика определения уровня комплаентности, разработанная Р.В. Кадыровым, О.Б. Асриян; Шкала комплаентности Мориски – Грини С.А. Ковальчук и опросник «Локус контроля» Дж. Роттера;

- методы математической статистики обработки данных: анализ нормальности распределения показателей исследования; анализ по t - критерию Стьюдента, корреляционный анализ Пирсона и факторный анализ.

Новизна исследования заключается в том, что впервые исследуется комплаентность с точки зрения психологического подхода на выборке беременных женщин, в исследовании выявлены объективные характеристики основных психологических компонентов гестационной доминанты, с учётом субъективного локуса контроля и комплаентности беременных женщин. Выявление этих особенностей послужит основой для личностно-ориентированной психотерапии, психопрофилактики и психокоррекции женщин с незапланированной беременностью и низким уровнем комплаентности.

Практическая значимость исследования: по результатам исследования, разработаны рекомендации для специалистов и персонала женских консультаций по профилактике и коррекции не оптимальных типов гестационной доминанты, которые послужат важнейшим направлением работы специалистов женских консультаций при определении типа психологического компонента гестационной доминанты, с учётом

характеристик комплаентности беременных женщин, что даст возможность провести профилактику и коррекцию не оптимальных типов ПКГД, а также разработать индивидуальный алгоритм прохождения курса Школы молодых родителей, особенно при первом личном контакте психолога и пациентки, имеющем большое значение для установления комплайенса.

Структура работы: включает в себя введение, 3 главы, заключение, библиографический список, включающий 54 источника, и пять приложений. В текст практической части исследования включены 8 рисунков и 9 таблиц.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЛАЕНТНОСТИ И ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

1.1. Психологическая готовность к материнству как фактор формирования гестационной доминанты беременной женщины

Исследование материнства на этапе беременности, родов и младенчества, психотерапевтическая работа с родителями, а в дальнейшем с младенцами развивается в русле психоанализа со второй четверти прошлого века (А. Фрейд, Дж. Боулби, Э. Эриксон, К. Хорни, М. Кляйн, Д. Винникотт, М. Марконе, К. Эльячефф).

И.В. Добряков отмечал, что беременность делает женщину эмоционально ранимой, склонной к беспокойству, более чувствительной к негативным переживаниям. Врачи объясняют такое неустойчивое эмоциональное состояние бурными гормональными изменениями, происходящими в организме.

Психика беременной женщины сильно отличается от её состояния до беременности. Во время беременности женщина испытывает неожиданные перепады настроения, её начинают одолевать различные тревоги и страхи, связанные с беременностью. Таков древний механизм состояния беременности. Многие женщины, зная о вреде отрицательных эмоций во время беременности, испытывают сильное чувство вины перед малышом за то, что их мучают тревожные мысли (Боровикова, 2008).

Один из самых распространённых страхов - утрата контроля над собственным телом. Если раньше женщина управляла собой - по своему желанию худела, например, то теперь живот растёт как бы независимо от неё. И тут очень многое зависит от того, принимает ли будущая мама своё новое состояние.

Другой страх связан с изменением социальной роли женщины. Особенно часто он встречается, когда беременность произошла довольно

случайно, незапланированно. Женщина боится выпасть из социальной жизни, опасается, что не сможет вернуться на работу, что отстанет от других в профессиональном плане. На самом деле беременность, а затем ребёнок, может дать ей колоссальное внутреннее обогащение. Особенно если профессия женщины связана с людьми (учитель, врач, социальный работник). Она начинает лучше понимать нужды, потребности других, лучше общаться. (Добряков, 2005).

Обобщая выводы вышеперечисленных авторов можно сказать что, они рассматривают пренатальную стадию жизни как первую позицию человеческого существования, где различные факторы оказывают значительное влияние на развивающийся организм и психику, и где взаимообусловленность духовного, психического и соматического наиболее наглядна и достоверна. Наиболее важными из факторов, воздействующих на ребёнка, являются влияния со стороны матери (Боровикова, 2008).

Многими исследователями подчёркивается неблагоприятное влияние эмоционального стресса матери на внутриутробное развитие ребёнка, протекание беременности и роды.

Современные исследователи психологии беременности (Сорокина Т.Т, Скоробогатова Л.Г, Нарциссова Г.П, Брутман В.И., Радионова М.С. и др.) ставят перед собой задачу изучения факторов, оказывающих влияние на развитие ребёнка и благополучие диады мать - дитя, эмоциональное состояние беременных женщин, их изменения в восприятии окружающего мира, отношение к будущему ребёнку, влияние взаимоотношений с людьми на течение беременности.

Также важно отметить, что с позиций психоанализа рождение ребёнка является для женщины важнейшим условием самореализации, завершением психосексуального развития, оказывает саногенное влияние на психику некоторых невротичных женщин. В то же время, продолжает и развивает представления Фрейда Д. Пайнз, беременность сама способна порождать глубокие личностные конфликты, что связано с кризисом

самоидентичности женщины и амбивалентностью её переживаний. Конфликтными точками в данном случае являются: отношения беременной и её матери и отношение к ребёнку. Причём, субъективно важным является не реальная мать, а внутренний интроецированный образ матери, и соответственно, влияние этого образа на внутренний мир беременной. То же самое можно сказать и о внутреннем образе ребёнка.

Наступление первой беременности способствует появлению чувства глубокой биологической идентификации со своей матерью и в то же время позволяет закончить отделение от матери и индивидуализацию. Состоится ли, это зависит от всех предыдущих этапов отношений, их нормального или патологического характера. В этот момент решается - станет ли беременность шагом к взрослому аутентичному «Я», будет ли способствовать самоактуализации и личностному росту или же подтолкнет к патологичному пути развития - повторному проживанию чужих чувств, фиксаций, переносов (Захаров, 1997).

Таким образом, в психоанализе сложилась традиция рассмотрения беременности с одной стороны как вершины полоролевого и психосексуального развития женщины, а с другой стороны как состояния могущего породить глубокий личностный кризис. Данная точка зрения нашла своё продолжение в работах современных отечественных психологов.

Изучение готовности к материнству в последние годы ведется в разных аспектах: в плане социологических исследований позднего материнства и материнства несовершеннолетних (Кашапова, 1999); при исследовании факторов риска психической патологии ребенка в связи с социальными и психическими аномалиями матерей (Захаров, 1997); в филогенетическом аспекте (Филиппова, 2009). Исследуются значимые личностные характеристики будущей матери, разрабатываются методы, выявляющие отношения родителей к не родившемуся ребенку изучаются факторы, влияющие на материнское поведение (Боровикова, 2008).

В концепции С. Ю. Мещеряковой *психологическая готовность к материнству* рассматривается как специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъект-субъектная ориентация по отношению к еще не родившемуся ребенку. Она формируется под влиянием неразделимых биологических и социальных факторов и, с одной стороны, имеет инстинктивную основу, а с другой - выступает как особое личностное образование (Мещерякова С. Ю., 2000)

Основными составляющими *структуры психологической готовности к материнству* являются:

- особенности коммуникативного опыта, полученного в детстве;
- переживания женщиной беременности, в том числе отношение к еще не родившемуся ребенку;
- ориентация на стратегию воспитания и ухода за младенцем.

О характере раннего коммуникативного опыта, полученного будущей матерью в общении с близкими взрослыми, можно судить по аффективным следам, оставленным в ее первых воспоминаниях о себе и родителях, об их стиле воспитания, своих привязанностях. Важным является опыт, приобретаемый в играх с куклами, в «дочки-матери», о характере которого можно судить по воспоминаниям о любимых игрушках, по предпочтению детей того или иного возраста (Мещерякова, 2000).

Наиболее важными факторами, говорящими о характере переживания женщиной своей беременности, являются желанность–нежеланность ребенка и особенности протекания беременности. Наиболее благоприятны для будущего материнского поведения желанность ребенка, наличие субъектного отношения матери к еще не родившемуся ребенку, которое проявляется в любви к нему, мысленной или вербальной адресованности, стремлении интерпретировать движения плода как акты общения.

Установки женщины на стратегию воспитания также свидетельствуют о преобладании субъектного или объектного отношения к ребенку. Здесь учитывается то, как она собирается ухаживать за ним, следовать ли строгому

режиму, предлагать ли соску и т. д., то есть ее стремление ориентироваться на потребности ребенка или руководствоваться собственными представлениями о том, что ему необходимо.

По результатам исследования С.Ю. Мещеряковой были выделены три *уровня психологической готовности к материнству*: низкий, средний и высокий уровни готовности к материнству. По данным анкетирования и реально наблюдаемому поведению, у матерей первой группы превалирует объектное отношение к ребенку, у матерей второй группы - субъектное, а у матерей третьей группы отмечается смешанное, или промежуточное, отношение.(Захаров,1997)

Таким образом, можно сделать вывод о том, что женщины, готовые и не готовые к материнству, имеют различные представления о матери и ее роли, а также о ребенке. У женщин, готовых к материнству, присутствует образ принимающей, отзывчивой матери, способствующей развитию и обучению ребенка, разделяющей его самостоятельную ценность. У женщин, не готовых к материнству, ярко прослеживается сверхценность ребенка и невыраженность таких качеств (инструментальных ценностей), как принятие, отзывчивость и стремление к развитию ребенка(Захаров,1997).

В настоящее время перинатальной психологии большое внимание уделяется взаимоотношениям, складывающимся в семье, ожидающей ребёнка. Во многом они определяются особенностями психологического компонента гестационной доминанты женщины (Аршавский, 1967; Каплун, 1995; Добряков, 1996). Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, меняющих отношения беременной к себе и к окружающим, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребёнка (Боровикова,2008).

Гестационная доминанта (от лат. «gestatio» - «беременность», «dominans» - «господствующий») обеспечивает направленность всех реакций

организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода (Аршавский, 1997). Компоненты гестационной доминанты - физиологический и психологический - определяются, соответственно, биологическими или психическими изменениями, происходящими в организме женщины, направленными на вынашивание, рождение и выхаживание ребенка. Типы психологического компонента гестационной доминанты: оптимальный, гипогесто-гнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный (Добряков, 1996).

По исследованиям И.В. Добрякова, эмоциональное состояние женщины во время беременности оказывает значительное влияние на протекание беременности и родов, на последующие взаимоотношения с ребенком.

Он обнаружил, что высокая тревожность личности часто служит причиной риска акушерских и перинатальных осложнений. По результатам его исследования, в группах беременных женщин реактивная тревога была ниже личностной. Показатели реактивной тревоги повышались во время беременности, так как реактивная тревога является психологическим ответом на физиологические изменения, происходящие в организме женщины во время беременности. Личностная тревожность в течение беременности была гораздо выше реактивной. Возможно, это происходило потому, что женщины, участвовавшие в эксперименте, находились в стационаре. В стационаре беременные получали необходимое медикаментозное лечение и имели возможность сравнивать свое эмоциональное и физическое состояние с состоянием других женщин. Само пребывание в стационаре было психотерапевтичным для пациенток с осложненным течением беременности. Поэтому уровень реактивной тревоги был, гораздо ниже личностной тревожности. Здесь личностная тревожность выступала как показатель глубинных конфликтов, так как положение о том, что тревожность порождается внутренними конфликтами, разделяется многими исследователями.

В настоящее время многие авторы считают, что в возникновении патологии беременности существенную роль играют психологические и социально-средовые факторы, определяющие адаптацию к различным внешним и внутренним воздействиям. По исследованиям И.В. Добрякова, В.А. Бударина, И.Ю.Аранович только 20% женщин в первом триместре не имеют осложнений течения беременности. Число «здоровых» женщин уменьшается до 15% к середине беременности, а перед родами у всех женщин имеются разнообразные осложнения течения беременности (Блейхер, Крук, Боков, 2002; Боровикова, 2008).

По мнению Д. Мариновой, запускающие и поддерживающие механизмы осложнений второй половины беременности могут быть обусловлены психическим напряжением, переживанием негативных эмоций, напряженными отношениями в семье и, наконец, сложными противоречивыми отношениями к беременности и будущему ребенку (Ермолаев, 2004).

Беременность, как никакой другой период в жизни женщины, сопровождается глобальными изменениями образа Я, приобретением новой идентичности, перестройкой ценностей и личностных смыслов.

Для многих женщин беременность и деторождение становится сдвигом к зрелости и повышению самооценки. Женщины в процессе беременности придают большую осмысленность жизни, и у них появляется направленность на определенные цели в будущем. Сам процесс жизни начинает восприниматься как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом. К родам женщины склонны позитивно оценивать пройденный отрезок жизни, считать его продуктивным и осмысленным. Можно предположить, что к завершению беременности женщины ощущают внутреннюю целостность и находятся в гармонии с собой и с миром (6).

В рамках исследования И.В. Добрякова, проведенное сравнение локуса контроля у 120 женщин на разных сроках беременности, находившихся в стационаре, показало, что женщины из разных экспериментальных групп

достоверно различаются по показателю «Локус контроля Я» (Боровикова, 2008).

Как отмечает автор, экстернальный локус контроля во втором триместре свидетельствует, об изменениях, происходящих в ценностной структуре личности. Середина беременности является периодом определения новых целей, и у женщины появляется потребность в созвучии со значимыми близкими. Здесь интернальность локуса контроля Я показывает, что женщины в I и III триместрах беременности являются самодостаточными и способными к реализации поставленных целей. Значит, во время беременности, заканчивающейся рождением ребенка, происходят изменения в личности женщины, которые приводят к обретению новой идентичности.

В целом, проблема локуса контроля представляет широкий спектр ее изучения, разработки новых методов и методик работы, чем успешно и занимались как зарубежные психологи, так и отечественные. Эта проблема издавна изучалась под различными названиями в философии, социологии, психологии при рассмотрении вопросов, так или иначе затрагивающих способности человека управлять своими делами и поступками.

В настоящее время, проблема ответственности изучается в мировой психологии в двух основных аспектах: моральном и в аспекте причинности. В общепринятых определениях ответственности акцентируются моральный и когнитивный аспекты. Первый указывает на регуляцию поведения на основе нравственного выбора, второй - на основе предвидения. Ответственность приписывается как внешним, так и внутренним инстанциям и связана, таким образом, с внешними или внутренними детерминантами.

Наиболее известным автором в разработке локуса контроля является Дж. Роттер, который впервые предложил теорию субъективной локализации контроля, выделяя при этом два типа локуса контроля – интернальный и экстернальный. (Блейхер, Круг, Боков, 2002)

Локус контроля (от лат. «locus» - место, местоположение и франц. «controle» - проверка) - качество, характеризующее склонность человека

приписывать ответственность за результаты своей деятельности внешним силам (экстернальный, внешний локус контроля) либо собственным способностям и усилиям (интернальный, внутренний локус контроля) (Коваленко,1998).

По теории Дж. Роттера, подкрепление способствует формированию ожидания определенного социального поведения, обеспечивающего то же подкрепление. Сложившиеся вследствие подобного научения ожидания сочетаний «действие - подкрепление» угасает, если отсутствует дальнейшее подкрепление. Важнейшим параметром любого ожидания сочетания «действие - следствие» является субъективное отношение к влиянию собственной деятельности на последующие события. Дж. Роттер назвал этот феномен внутренним - внешним локусом контроля (Муздыбаев,2003).

Каждый человек так или иначе воспринимает результаты собственной деятельности: испытывает удовлетворенность - неудовлетворенность от достижения - недостижения каких-то результатов, анализирует причины появления того или иного результата, испытывает некоторые чувства к тем факторам внешней/внутренней среды, которые повлияли на достижение результата, делает для себя определенные выводы на будущее.

Интернальность (внутренний локус контроля) - экстернальность (внешний локус контроля) представляют собой устойчивые структуры личности, сформированные в процессе ее социализации. На основе прошлого опыта у человека складывается некоторая система ценностей и ожиданий определенного подкрепления. Аккумулируя социальный опыт личности, локус контроля отражает отношение субъекта к различным событиям как к внешне детерминированным (экстернальная ориентация) или внутренне детерминированным (интернальная ориентация). Дж. Роттер полагает столь высокую степень обобщенности ожиданий внешней и внутренней контролируемости происходящего, что они охватывают весь жизненный спектр и приобретают характер личностной диспозиции (Муздыбаев,2003).

Экстернальность - интернальность проявляется, прежде всего, в атрибуции социальной ответственности. Атрибуция ответственности за успех и неудачу различна у экстерналов и интерналов. Экстерналы склонны приписывать ответственность внешним факторам, вплоть до полного фатализма. У экстерналов часто занижен или завышен уровень притязаний в зависимости от внешней оценки, на которую они ориентированы. Они активизируются после неуспеха и становятся менее деятельны после успеха. Кроме того, экстерналы недостаточно верят в себя, в достижимость поставленных целей, намечая цели, не адекватные своим возможностям, но вместе с тем довольствуются близкими и незначительными успехами, ближними целями.

Интерналы, наоборот, берут всю ответственность на себя, часто даже «перегибая палку», видя причину неуспеха только в своих недостатках. Обладают средним уровнем притязаний, который у них не зависит от самооценки. Интерналы повышают активность после успеха и снижают после неудачи, которая их фрустрирует. Они стремятся к решению трудных проблем. Успех в этом случае вызывает у них положительные самооценочные эмоции, которые обладают мотивирующей функцией.

Безусловно, не существует чисто интернальной или экстернальной ориентации субъекта, так как в каждом человеке присутствуют элементы каждой из них. Можно говорить лишь о различных их сочетаниях, которые определяют направленность общего «поля» локуса контроля, представляющего многомерное, неоднозначное мотивационно - смысловое образование, характеризующее вектор социальной направленности личности и соответствующее высшему уровню личностной структуры.

Таким образом, категория расположения локус-контроля, если воспользоваться терминами теории индивидуального стиля деятельности, отражает состояние контрольной компоненты деятельности человека, в которой формируется отношение человека к истинным или же мнимым факторам, повлиявшим на достижение результата.

Исследованием локуса контроля занимались Мертон, Рисмен, Д.Роттер, К. Муздыбаев, Болалев, Бажин, Эдкинд. Для достаточно полного их анализа принципиальное значение имеет уточнение некоторых теоретических и методологических положений.

Локус контроля является психологическим понятием, отражающем одну из важнейших характеристик личности - степень независимости, самостоятельности и активности человека в достижении своих целей, развитие личной ответственности за происходящие с ним события.

Необходимо отметить, что экспериментально доказано, что внутренний локус контроля является социально одобряемой ценностью (идеальному Я всегда приписывается внутренний локус контроля) (Кадыров, 2014).

Таким образом, попытки изучения самоконтроля появились давно, однако, наиболее разработанной является концепция Дж. Роттера, на основе которой он впервые создал опросник локуса контроля, используемый в нашем исследовании.

1.2. Концептуальные подходы к понятию и возникновению комплаентности в современной медицине и психологии

В современной науке, медицинской и психологической практике для обозначения комплаентности употребляют такие термины, как «compliance», «adherence» (приверженность), «comprehensivediseasemanagement» (управление болезнью), «concordance» (соответствие), «persistence» (настойчивость). В переводе с английского языка compliance означает «согласие, приспособление, приверженность, разделение взглядов, стремление соответствовать» (Ермолаев, 2004).

Термин «комплайенс» закрепился в медицинской литературе, но имеет несколько значений. Самое распространённое определение комплаенса понимается как согласие на лечение, сотрудничество с врачом и выполнение всех требований терапии. Другое значение термина «комплаентность»

означает «согласие, приспособление, приверженность, разделение взглядов, стремление соответствовать» (Ермолаев,2004).

Термин «комплайенс» закрепился в медицинской литературе, но имеет несколько значений. Самое распространённое определение комплаенса понимается как согласие на лечение, сотрудничество с врачом и выполнение всех требований терапии. Другое значение термина «комплаентность» означает точное и осознанное выполнение рекомендаций врача в ходе лечения, и широко применяется практическими врачами, как за рубежом, так и в России в основном при обсуждении проблемы лекарственной терапии (Ермолаев,2004).

Весьма широко используется и термин «приверженность к терапии» (в англоязычной традиции *adherencetotherapy*), который означает «соблюдение указаний врача». «Приверженность к терапии» определяется и как характеристика поведения пациента, связанного с лечением (например, прием препарата, соблюдение диеты, изменение образа жизни, посещение клиники) и ее соответствие рекомендациям врача (Белоусова,2015). Несмотря на незначительные различия, термин «приверженность к терапии» близок по своему содержанию к термину «комплаентность» и в клинической практике часто его заменяет.

I.E. Leppik дает довольно широкое определение комплаентности из трёх составляющих: тип поведения, степень комплаентности и степень целеустремленности пациента. При этом тип поведения включает прием препарата, регулярность визитов в клинику и правильное выполнение других врачебных рекомендаций. Более узкое понятие отсутствия комплаентности можно сформулировать следующим образом: пациент принимает неправильную дозу препарата (слишком маленькую или слишком большую), не соблюдает кратность и продолжительность приема препарата или применяет другие (нерекомендованные врачом) препараты. При этом в медицинском подходе проблема комплаентности, чаще всего изучается в

более узком контексте какой-либо одной из указанных составляющих (Ермолаев,2004).

Среди них выделяют показатель субъективно тягостной симптоматики, переживаемой личностью. Обратиться пациента за медицинской помощью побуждают страдание, дискомфорт, вызванные заболеванием, они же формируют установку человека на лечение. В подобных случаях назначение лекарственных препаратов воспринимается личностью как спасение от болезни, способ избавления от недуга. Соответственно, от больного можно ожидать высокого терапевтического сотрудничества и выполнения врачебных рекомендаций. Восстановление здоровья после терапии укрепляет доверие больного к лечению в будущем. Те заболевания, которые протекают бессимптомно, не принося больному существенного физического дискомфорта, обычно выявляются случайно, например, при диспансерном осмотре, и только объективные данные свидетельствуют о необходимости лекарственного лечения. В идентичных случаях уровень терапевтического альянса достаточно низкий (Ермолаев,2004).

Проблема нарушения терапевтического режима существовала на всех этапах развития медицинской науки. Ещё во времена Гиппократов существовала проблема приверженности и была актуальна ложь пациента о приёме лекарственных средств. Несмотря на изменения, произошедшие в практической медицине за это время, проблема приверженности рекомендациям врача остаётся актуальной в настоящее время, а в последнее десятилетие стала предметом самостоятельных исследований не только в медицине, но и в клинической психологии.

В определённых случаях после назначения врачом лечебных мероприятий, больные часто выполняют рекомендации врача в течение непродолжительного времени или сразу отвергают медицинскую помощь. На фоне лечения при улучшении самочувствия терапевтическое сотрудничество может нарушаться.

Исследователи отмечают, что мотивация к лечению существенно снижается в период ремиссии, когда больные не переживают тягостные симптомы, и часто перестают придерживаться рекомендаций врача вплоть до прекращения терапии. Очередной рецидив заставляет пациентов вновь обратиться за медицинской помощью.

Имеет значение характер течения заболевания. При лечении хронических заболеваний терапевтическое сотрудничество неустойчиво по сравнению с острыми патологическими состояниями. Внезапно возникшая острая патология сопровождается резким ухудшением состояния больного и не подразумевает длительного лечения. Помимо этого, при остром состоянии или обострении хронического заболевания медицинская помощь в основном оказывается стационарно, и контроль над выполнением рекомендаций осуществляется врачом и медицинскими сестрами. При хронических патологиях часто лечение проводится амбулаторно, и большая часть ответственности за прием препаратов, соблюдение диеты ложится на больного (Ермолаев, 2004).

Одними из наиболее важных задач являются способность и необходимость понять пациента. Его страхи, опасения, тревоги, связанные с болезнью, снижают эффективность лечебных мер, усиливают неуверенность в завтрашнем дне, снижают комплаенс, что ведёт к усугублению физического состояния. Чем больше состояние больного будет понятным врачу, тем выше уровень надежды и доверия будет у пациента (Белоусова, 2015).

На терапевтический альянс влияет продолжительность лечения. Установлено, что при долгосрочном лечении комплаенс больных значительно снижается по сравнению с краткосрочным приемом препаратов. При длительной терапии больной должен постоянно следить за соблюдением схемы лечения, поэтому терапевтическое сотрудничество может нарушаться из-за того, что больные забывают принять лекарство. В условиях длительного лечения ценность терапии в глазах больного уменьшается,

он привыкает к диагнозу, осознает невозможность полного выздоровления (Кадыров, 2014).

В целом, за разноплановостью определений комплаентности стоят принципиальные различия исходных теоретико-методологических установок исследователей в отношении признания больного или пассивным получателем и объектом врачебных манипуляций, или активным субъектом и равноправным участником процесса терапевтического союза. Наиболее распространёнными аспектами в рассмотрении этого вопроса становятся медицинский и клинико-психологический. Сугубо медицинский подход к проблеме комплаентности личности, в основном, ориентирован на оценку степени соблюдения врачебных предписаний, в большей степени медикаментозных назначений.

Применение клинико-психологического подхода для анализа проблемы комплаентности позволяет учитывать совокупность биопсихосоциальных факторов. Поэтому необходимо изучение дополнительных психологических критериев эффективности отношений комплаентности на основе деятельностной парадигмы, что предполагает исследование социальных, клинических, психологических, терапевтических факторов, формирующих комплаентность, а также когнитивной и эмоциональной составляющей личности.

Важно понимание системной организации психологических механизмов комплаентности, взаимодействия когнитивных, личностных, мотивационных и эмоциональных ее «звеньев», а также психотерапевтических стратегий ее «потенцирования». Такой подход является актуальным и отвечает интегративным тенденциям современной клинической психологии (Кадыров, 2014).

Принимая во внимание всё вышесказанное, можно заключить, что изучение проблемы комплаентности достаточно долгое время было ограничено исключительно традиционной медицинской парадигмой,

проблема исследований в этой области включала только вопросы по организации поведения больного.

Сравнительно недавно в поле зрения исследователей оказались такие определяющие комплаентность факторы, как структура мотивации излечения, внутренняя картина болезни, индивидуально-личностные характеристики. Практически закрытыми остаются области, открывающие перспективы изучения комплаентности как частного случая сложных социальных отношений, связанных с целостной индивидуально организованной структурой личности, ее субъектностью, ценностными установками, познавательными и коммуникативными стилями. В этом смысле нам показалось методологически верным рассмотреть изучение комплаентности с позиции более широкого социально-психологического контекста теоретических и прикладных направлений современной клинической психологии, включая не только технику семантического анализа ассоциаций, уровень комплаентности, но и отношение к болезни.

Также, существует необходимость измерять уровень комплаентности не только у людей, страдающих хроническими заболеваниями, с целью разработки стратегии психологической помощи по повышению данного показателя, но и для здоровых людей, с целью диагностики индивидуально-психологических характеристик комплаентности и выработке рекомендаций врачам по работе с имеющимся уровнем приверженности лечению и психологам по коррекции низкого уровня комплаенса, в случае заболевания данного контингента.

Результаты исследования Леоновой М.В., Мясоедовой Н.В. свидетельствуют о том, что нередко информация о состоянии больного, опирающаяся только на точку зрения врача, обобщающего данные лабораторно-инструментальных исследований, оказывается недостаточной при оценке результатов лечения (Кадыров, 2014).

Целью исследования Л.М. Цепова служила оценка стоматологической комплаентности у студентов медицинского вуза и жителей Смоленской

области. По результатам его исследования, примерно половина хронических больных не выполняют медицинские рекомендации, что приводит к серьезным медицинским и социальным последствиям.

Л.М. Цепов отмечает, что интерес к проблеме комплаентности в последние годы заметно вырос в связи с тем, что внимание стоматологов (пародонтологов) все более фокусируется не только на устранении симптомов, но и на предупреждении обострений заболеваний пародонта, что придает важную роль решению проблем соблюдения больными режима лекарственных назначений, стоматологических рекомендаций.

Л.М. Цепов считает, что на формирование терапевтического сотрудничества оказывают влияние различные факторы: психологические особенности больного: внутренняя картина болезни (гармоничный тип внутренней картины болезни; гипогнозогнозия, анозогнозия, гипернозогнозия; личностные особенности больного (тревножно-мнительные личности; застревающие личности; гипертимные больные; гипотимические черты характера; шизоидные черты личности) (Кабанов, Личко, Смирнов, 2009).

Проблему комплаентности у пациентов, страдающих эпилепсией изучала Е.Д. Белоусова, где отметила, что основной целью медикаментозного лечения эпилепсии является избавление от эпилептических приступов при условии сохранения оптимального для пациента качества жизни. К сожалению, не всегда усилия врачей приводят к желанной цели, в том числе и из-за отсутствия комплаентности у пациентов.

Нарушения комплаентности обуславливают неблагоприятные исходы эпилепсии. Кроме того, доказано, что большинство пациентов с плохой комплаентностью раньше или позже совсем отказываются от приема антиэпилептических препаратов, сводя к нулю все усилия врача (Белоусова, 2015).

Для того чтобы бороться за приверженность пациентов к лечению, необходимо знать наиболее распространенные факторы, влияющие на этот

феномен. С демографической точки зрения наиболее подвержены отсутствию комплаентности очень юные и очень пожилые пациенты с эпилепсией, а также подростки. Есть несколько исследований, посвященных проблемам комплаентности у пожилых пациентов. Как причины отсутствия комплаентности приводятся проблемы со зрением, слухом и памятью в данной возрастной группе. Могут наблюдаться трудности глотания, открывания контейнера с лекарством, удержания в руках очень маленьких таблеток, различения цветов или надписей, маркирующих упаковки лекарств.

Е.Г. Старостина и М.Н. Володина также изучали роль комплаентности в ведении больных диабетом. По мнению этих авторов, *комплаентность* включает в себя *когнитивный* (познавательный) и *поведенческий компонент*.

То есть её можно рассматривать одновременно как отношение пациента к лечению и обусловленное этим отношением поведение. *Когнитивный компонент комплаентности* как отношение выражается в желании или намерении пациента следовать рекомендациям, касающимся его здоровья (=согласие), а комплаентность как поведение характеризует реальное выполнение этих рекомендаций в повседневной жизни (=соблюдение»). Эти два компонента, безусловно, неразрывно связаны друг с другом и не работают по отдельности.

Об уровне комплаентности пациента, отмечали Е.Г. Старостина и М.Н. Володина, можно судить как по прямым показателям (определение концентрации препарата в крови или моче – этот метод применяется в основном в рамках клинических исследований), так и косвенным (число принятых доз препарата, частота повторной выписки рецептов, дневники пациентов), включая использование медицинских ресурсов (частота посещения врача и проведения диагностических и профилактических мероприятий).

Данные о влиянии на комплаентность таких факторов, как социальное, семейное и материальное положение, уровень образования, социальная

изоляция, длительность терапии, весьма противоречивы, и не позволяют чётко обрисовать профиль «некомплаентного пациента».

Говоря о *когнитивном компоненте комплаентности*, Е.Г. Старостина и М.Н. Володина подчеркнули, что причины её низкого уровня индивидуальны и при разных заболеваниях весьма разнообразны; они включают опасения побочных эффектов лекарств, «нежелание принимать таблетки», неверную оценку своего здоровья, недостаточную способность к сотрудничеству, непонимание врачебных рекомендаций и их противоречивость, недостаточную мотивацию, желание избежать «стигмы диабета», когнитивно-мнестические нарушения и многие другие факторы.

Как бы разнообразны ни были формальные причины невыполнения полученных рекомендаций больными в отношении самых разных аспектов ведения сахарного диабета, их объединяет одно: пациенты изменяют своё поведение только тогда, когда эти изменения являются лично для них значимыми.

Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян и С.А. Ковальчук считают, что важнейшими психологическими факторами, влияющими на комплаентность являются особенности личности пациента, его субъективная «модель болезни» (СМБ), представления о своём здоровье, отношение к здоровью и заболеванию, типы так называемого совладающего поведения, самоэффективность, обусловленные сахарным диабетом, эмоциональные расстройства, уровень субъективного контроля («локус контроля») (Ермолаев, 2004).

Понять, как пациент воспринимает свою роль в лечении заболевания, помогает концепция СМБ. СМБ – это важнейший когнитивный компонент комплаентности: представление пациентов о своём заболевании, включая связанные с ним установки, эмоции, знания и опыт. Эта модель руководит поступающей информацией и последующим ПД, в том числе взаимодействии с врачом. СМБ складывается из пяти компонентов, таких как: мнение о симптомах, течении болезни, её последствиях, причинах и излечении (в

случае острых заболеваний) или эффективности лечения (при хронических заболеваниях).

Знание особенностей заболевания СМБ больных о серьёзности заболевания и эффективности лечения позволяет прогнозировать ПСД (поведение, связанное с диабетом) и разрабатывать индивидуальные рекомендации учётом отношения к ним пациента.

Проблема низкой комплаентности имеет значение не только для больного, но и для общества (имеется в виду экономический аспект проблемы), что обусловлено высокой стоимостью лекарственных препаратов, которые пациент покупает или получает в рамках страховой медицины, но не принимает, а также стоимостью дополнительных расходов на госпитализацию и неотложную помощь по поводу СД и ассоциированных состояний (Ермолаев, 2004).

В клинической психологии преобладает биопсихосоциноэтическая модель феномена комплаентности, которая объясняет ее возникновение не только через биологические (характер заболевания (острое - хроническое, побочные эффекты препаратов и т.п.) и социальные факторы (система отношений между врачом и пациентом), но и добавляет к ним психологический и духовные факторы.

Менделевич В.Д., отмечает что, комплайнс имеет сложную структуру, которую составляют три функциональных блока: сенсорно-эмоциональный блок включает непосредственные впечатления и переживания, вызванные ситуацией лечения; логический представляет систему оценок и суждений для объяснения необходимости лечения и его эффектов; поведенческий сформирован мотивами, действиями и поступками по реализации терапевтической программы (Копыл, Баз, Баженова, 1993).

Важным является определить комплаентность, придерживаясь психологического подхода. Принимая во внимание структуру психической деятельности человека, в которую, безусловно, включается отношение личности к лечению, его следование предписаниям врача и соблюдение

рекомендаций, можно отнести данный феномен в категорию психических свойств. Психические свойства – это устойчивые образования, обеспечивающие определенный качественно-количественный уровень деятельности и поведения, типичный для того или иного человека.

К психическим свойствам относят жизненную позицию личности, состоящую из системы потребностей, интересов, убеждений, идеалов, и определяющую избирательность и уровень активности, что и является производными понятия комплаентности. Это позволяет трактовать её следующим образом: под комплаентностью стоит понимать часть убеждений личности в структуре психической деятельности, определяющую поведение человека, касающееся его отношения к производимым лечебным мероприятиям, рекомендациям и предписаниям со стороны врача. Когда речь идёт о комплаентном поведении наиболее устойчивыми и неизменными в процессе усвоения жизненного опыта являются личностные особенности пациента. Они поддаются лишь психокоррекционным воздействиям, которые способны видоизменить поведение человека. Наименее устойчивой является эмоциональная составляющая личности. Фон настроения определенным образом влияет на соблюдение терапевтических мер, что может привести к неполному и некачественному выполнению врачебных предписаний.

Также основываясь на современных исследованиях, можно обозначить, что комплаентность представляет результат развернутого во времени процесса, в который включены:

- пациент (с его личной моделью здоровья, медицинской осведомлённостью, стилем решения проблем, социализацией, внутренней картиной болезни, мнением ближайшего окружения и т.д.);
- врач (со своими особенностями профессиональной социализации, специальными медицинскими знаниями и навыками, стилем ведения консультации, стилем выписки назначений и т.д.);
- собственно особенности взаимодействия в кабинете врача (у врача – это готовность к терапевтическому сотрудничеству, понятный для пациента

язык общения, межполовые, межвозрастные, статусные различия; у пациента – реакция на внушающие вопросы, внимание к деталям, полнота изложения жалоб и прочее);

- переживание и понимание (зрелость внутриличностной рефлексии) симптомов заболевания пациентом;

- понимание врачом жалоб пациента и выбор ресурсов лечебного воздействия; инструктирование пациента при окончании консультации (профилактика низкой комплаентности);

- принятие предписаний врача пациентом и формирование пациентом плана деятельности по выздоровлению.

Сравнительно недавно в поле зрения исследователей оказались такие определяющие комплаентность факторы, как структура мотивации излечения, внутренняя картина болезни, индивидуально-личностные характеристики. Практически закрытыми остаются области, открывающие перспективы изучения комплаентности как частного случая сложных социальных отношений, связанных с целостной индивидуально организованной структурой личности, ее субъектностью, ценностными установками, познавательными и коммуникативными стилями.

В этом смысле Р.В. Кадыровым, О.Б. Асриян и С.А. Ковальчук посчитали методологически верным рассмотреть изучение комплаентности с позиции более широкого социально-психологического контекста теоретических и прикладных направлений современной клинической психологии.

По мнению Р.В. Кадырова, О.Б. Асриян и С.А. Ковальчук, комплаентность - это часть убеждений личности в структуре психической деятельности, определяющая поведение человека, касающееся его отношения к производимым лечебным мероприятиям, рекомендациям и предписаниям со стороны врача.

Следует обозначить теоретический конструкт, позволяющий описывать и изучать феномен комплаентности. В основу разработанного Р. В.

Кадыровым, О.Б. Асриян и С.А. Ковальчук опросника, была положена биопсихосоционозэтическая модель Г.В. Залевского (Ермолаев, 2004).

В рамках этой модели любой феномен в объектном поле клинической психологии наиболее полно рассматривается как системный феномен с системной (причинной и непричинной) детерминацией, системной структурноуровневой организацией (психический-функциональный, психологический-душевный, психологический-духовный) в их близком и специфическом отношении с физическим, соматическим. Человек и его здоровье по этой модели понимаются как целостные образования – биопсихосоционозэтические, духовное единство со структурно-уровневым строением, высшим и интегрирующим уровнем которого является духовный уровень (духовность и духовное здоровье).

Эти уровни (человека и его здоровья) отражают уровни «человеческих связей с миром» (Леонтьев А.Н.), «взаимодействия с действительностью» (Брушлинский А.В.), «разные уровни бытия» (Правдина Л.Р.), которые можно мыслить как «миры (пространства), где совершаются развитие и саморазвитие личности, и которые могут быть структурированы следующим образом: мир (пространство) телесности, психологический (функциональный и душевный) мир, общественный (социальный), духовный, культурный» (Ермолаев, 2004).

Как представляет в своей монографии Р. В. Кадыров, в настоящее время ученые склоняются к тому, что решающим фактором в этой интегрированной целостной организации с все большей очевидностью является и играет доминирующую роль именно нозэтическая, то есть духовная составляющая, которая, в конечном итоге, определяет и «индивидуальную ответственность человека за свое здоровье». Такой теоретический подход, позволяет создать и апробировать психометрическую технологию, которая представлена в разработанной Р. В. Кадыровым, О.Б. Асриян и С. А. Ковальчук методики диагностики комплаентности личности.

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что проблема комплаентности на сегодняшний день является малоизученной, приобретает актуальность, теоретическую и практическую значимость в современной психологии, и занимает достойное место в проблемном поле медицинской психологии и медицины.

В медицинской науке комплаенс представляет собой проблему большой практической важности так как, несоблюдение лекарственного режима вносит весьма существенный вклад в частоту рецидивирования заболевания и возрастание тяжести их обострений.

Таким образом, в психологической науке, несмотря на большое количество концепций, теорий, о проблеме комплаентности, механизмах и факторах её формирования известно очень немного, особенно в перинатальной психологии, так как исследования комплаентности в рамках психологического подхода на примере беременных женщин отсутствуют.

1.3. Механизмы формирования перинатального комплайенса и современные подходы к его оптимизации

Как отмечает И.В. Добряков, в последнее время в перинатологии отмечается повышенный интерес к этической оценке патернализма акушеров-гинекологов, перинатальных психологов по отношению к пациенткам и их родственникам .

В перинатальной психологии в основном предпринимались исследования особенностей комплаенса в постнатальном периоде, при этом изучались особенности формирования комплаенса в системе «мать - дитя» (Goin R., Wahler R.G., 2001).

И.В. Добряков считает, что значительно более эффективным является вариант партнерского взаимодействия, формирующего у пациенток желание

сотрудничать. При таком варианте взаимодействия пациентка и ее родственники ожидают обсуждения и согласования с врачом всех предпринимаемых действий, оставляя право решения за собой.

Взаимодействия врача с пациенткой и ее родственниками, строящиеся на платформе сотрудничества и партнерства, получили название «комплаенс», показатель степени их сотрудничества называется комплаентностью (англ. compliance - согласие). Было доказано, что формирование комплаенса способствует росту доверия пациенток к врачу, психологу, готовности следовать их рекомендациям, снижению тревоги (Millman S., 1968).

По мнению В.В. Черных, качество комплаенса может существенно влиять и на эффективность фармакотерапии (Черных ВВ., 2003).

В методических рекомендациях по организации работы психотерапевтического кабинета в женской консультации И.В. Добрякова отмечено, что научный и практический интерес перинатальных психологов, психотерапевтов, акушеров-гинекологов вызывает характер взаимоотношений беременной женщины с членами семьи, с медицинским персоналом (Добряков, 2009).

Многие психологи и психотерапевты в работе с беременными женщинами, имеющими невротические расстройства, ставили перед собой задачи создания доверительных отношений с пациентками и членами их семей, формирования максимального соответствия взглядов медицинского персонала, беременной и её близких на связанные с гестацией перемены в состоянии женщины, в семейных отношениях, на необходимость тех или иных медицинских обследований, наблюдения, вмешательств, на подготовку и ведение родов.

Таким образом, отдельные вопросы формирования перинатального комплаенса так или иначе решаются специалистами. Однако, как правило, цельного системного подхода в работе с беременными женщинами, их семьями и медицинским персоналом не существует.

И.В. Добряков считает, что введение в обиход специалистов-перинатологов данного термина может восполнить этот пробел, способствовать лучшему пониманию причин возникающих в процессе беременности и родов нарушений, помочь психологам и психотерапевтам верно выбрать психотерапевтические мишени, адекватные формы психокоррекционной и психотерапевтической работы.

Исследования И.В. Добрякова, Э.Г. Эйдемиллера показали, что при неблагоприятном течении беременности, как правило, удастся обнаружить нарушения формирования комплаенса или даже нонкомплаенс. Причиной этого чаще всего являются психологически необоснованные стратегии работы медицинского персонала, а иногда и психологов, с пациентками и членами их семей, грубые нарушения деонтологии. Также формированию комплаенса могут препятствовать некоторые личностные особенности, как медицинского персонала, психологов, так и пациенток.

По И.В. Добрякову, неблагоприятные формы перинатального комплаенса (так называемый «низкий комплаенс») часто приходилось наблюдать в работе с беременными женщинами, имеющими гипогестогнозический, тревожный, депрессивный, эйфорический варианты ПКГД (Добряков И.В., 2005).

Он отмечает, что в акушерско-гинекологической практике формирование комплаенса особенно важно, так как в связи с возникшей беременностью характер взаимоотношений женщины с родственниками нередко неоднозначен, а многие акушеры-гинекологи строят отношения с ней с позиций патернализма: их рекомендации категоричны, не объясняются и не обсуждаются.

Одной из важнейших психопрофилактических задач перинатального психолога является проведение бесед с персоналом о том, что так называемый низкий комплаенс затрудняет взаимопонимание с пациенткой и работу с ней, может быть одной из причин появления осложнений течения беременности.

Осознание необходимости формирования перинатального комплаенса на самых ранних этапах гестации и целенаправленная в этом направлении работа структурируют деятельность перинатальных психологов, психотерапевтов, акушеров-гинекологов, являются профилактикой осложнений беременности и родов, предупреждают возникновение ятрогений и дидактогений.

К ятрогениям (греч. *iatros* - медик; *genes* - порождаемый) относятся нарушения, появившиеся в результате высказываний или/и действий медицинских работников, неблагоприятно воздействующих на психику беременных женщин. Чаще всего встречаются ятрогении, связанные с циничностью и грубостью медицинского персонала, с недостатком внимания к пациенткам, с игнорированием их психологических особенностей, с плохой организацией консультативных приемов, обслуживания беременных женщин.

Женщина, ожидающая рождения желанного ребенка, особенно если это должно произойти впервые, ощущает себя особой, уникальной.

Наряду с ятрогениями отмечаются и дидактогении (греч. *didaktos* - поучение; *genes* - порождаемый). К этой группе нарушений И.В. Добряков относит расстройства, возникающие у беременных не в связи с проведением профилактических или лечебных медицинских мероприятий, а в процессе и в связи с их обучением на курсах по подготовке к родам. Если курсы организованы правильно, то женщина обязательно получает на них информацию о том, что с ней и ее будущим ребенком происходит в разные периоды беременности, что и как будет происходить во время и после родов.

И.В. Добряков отмечает, что уже одно только получение грамотно поданной информации приводит к снижению тревоги, повышению уверенности в своих силах. Дефицит информации, ее отрывочность, малодоступность (например, изобилие непонятных медицинских терминов, теорий), а также натуралистические описания подробностей биомеханизма родов, возможных осложнений, напротив, приводят к усилению тревоги.

Недостаточно учитывается при обучении разный уровень образования женщин, их способность усвоить предлагаемый материал.

Неудачно составленные программы занятий приводят к чрезмерному повышению тревоги у одних женщин, к необоснованному эйфорическому отношению к предстоящим родам у других.

Некоторые программы дородовой подготовки женщин, используя повышенную внушаемость беременных, приводят их к мысли о необходимости строго придерживаться не всегда научно обоснованных особого образа жизни, особых диет и применения очень дорогих пищевых добавок. Существуют программы, искусственно повышающие религиозность женщин, делающие их суеверными.

В процессе занятий к дидактогениям может приводить прямое или косвенное внушение женщинам, что роды могут пройти благополучно только в случае строгого исполнения рекомендаций. Жестко оговариваются:

- место (например, в домашних условиях или только в определенном родильном доме);
- способ родоразрешения (например, роды в воду, категорическое отрицание стимуляции, оперативных вмешательств);
- лица, в присутствии которых женщина будет рожать (муж, знакомая акушерка);
- только совместное пребывание с ребенком после родов и т. п.

И.В. Добряков считает, что подобные рекомендации иногда конструктивны, иногда нет, но если они не предполагают иных вариантов, малейшее отклонение от плана (а ситуация может требовать этого) вызывает у женщины стресс. Грамотное проведение дородовой подготовки позволяет во многом снизить риск осложнений течения беременности и родов .

По И.В. Добрякову, ятрогении и дидактогении нередко связаны с отсутствием дифференцированного подхода при формировании групп дородовой подготовки, в результате чего вместе оказываются беременные женщины, состоящие в счастливом браке и не имеющие мужа, здоровые и

имеющие осложнения в течении беременности, имеющие скрытые или явные невротические симптомы и т. д. При этом нередко также явления гестогений (лат. gestatio - беременность; греч. genes - порождаемый), возникающих при неблагоприятном влиянии беременных женщин друг на друга. Поэтому одной из форм психопрофилактической работы является скрининг-диагностика, проводимая с целью грамотного формирования групп дородовой подготовки и выявления женщин, нуждающихся перед направлением в такие группы в консультации психолога, а возможно, и в психокоррекционной или психотерапевтической помощи (Добряков, 2009).

В своих методических рекомендациях по организации работы психотерапевтического кабинета в женской консультации, Игорь Владимирович Добряков пишет: «Психопрофилактическая работа, связанная с выявлением среди беременных групп риска по нервно-психическим расстройствам заключается, прежде всего, в определении у беременных женщин предрасположенности к нервно-психическим расстройствам, выделении их в группу риска и своевременном оказании им психологической помощи, что, несомненно, является важным психопрофилактическим мероприятием» (Добряков, 2009).

Наиболее эффективным способом выявления этих женщин является скрининговое обследование всех встающих на учет в женской консультации беременных. Применяемая при этом методика не должна быть трудоемкой, инструкция должна быть простой и понятной, обследование не должно занимать много времени, иметь теоретическое обоснование. Этим условиям в основном отвечает тест отношений беременных (ТОБ) И.В. Добрякова, используемый в нашем исследовании.

Описывая алгоритм прохождения курса Школы молодых родителей, И.В. Добряков отмечает, что определение типа ПКГД позволяет разобраться в том, как складываются отношения в семье в связи с беременностью, и предлагает условно разделить женщин на три группы.

Первая группа включает в себя практически здоровых беременных женщин, находящихся в состоянии психологического комфорта, имеющих оптимальный тип ПКГД.

Вторая группа может быть названа «группой риска». В нее следует включать женщин, имеющих эйфорический, гипогестогнозический, иногда тревожный типы ПКГД. У этих женщин отмечается повышенная вероятность развития нервно-психических нарушений, соматических заболеваний или обострения хронических расстройств.

Третья группа состоит из женщин, также имеющих гипогестогнозический и тревожный типы ПКГД, но выраженность их клинических проявлений значительно больше, чем у представительниц второй группы. Сюда следует включать всех, имеющих депрессивный тип ПКГД. Многие беременные женщины из этой группы обнаруживают нервно-психические расстройства различной степени тяжести и нуждаются в индивидуальном наблюдении и лечении у психотерапевта или психиатра.

Таким образом, скрининговый тест отношений беременной дает возможность судить о типе психологического компонента гестационной доминанты, основываясь на результатах исследования значимых отношений беременной.

Также тест позволяет выявлять предрасположенность к нервно-психическим нарушениям у беременных женщин на ранних этапах их развития, связанную с особенностями семейных отношений, и ориентировать врачей и психологов на оказание соответствующей помощи. Так как, своевременно и адекватно оказанная помощь не только улучшает ситуацию в семье, течении беременности и родов, но и является профилактикой недостатка грудного молока (гипогалактии) (греч. *hupo* - снижение; *galactos* - молоко), послеродовых невротических и психических расстройств.

Изменения результатов тестирования, проведенного до начала семейной психотерапии и по ее завершении, И.В. Добряков предлагает использовать для оценки эффективности данной работы, а также применять

для определения эффективности курсов дородовой подготовки, проводя его до начала проведения курса и после его завершения, при этом сравнивая результаты. Дородовая подготовка беременных женщин является важной частью работы перинатального психолога. Деятельность некоторых только к ней и сводится (Добряков, 2005).

В нашей стране дородовая подготовка женщин имеет давние традиции. Еще в 1949 г. И. З. Вельвовским с сотрудниками был разработан и внедрен в практику «психопрофилактический метод обезболивания родов».

Основные задачи его были сформулированы следующим образом:

- профилактика, ранняя диагностика нарушений физиологического течения беременности;
- избавление женщин от ложных отрицательных эмоций, связанных с беременностью и родами;
- ознакомление женщин с основными закономерностями течения беременности и родов;
- обучение активному поведению в родах, приемам, способствующим физиологическому родоразрешению;
- изменение представлений о неизбежности страданий в родах

Этот метод широко применялся в женских консультациях и родильных домах. Интегрируя психопрофилактику, психотерапию с психогигиеническими, социально-просветительными, а также акушерско-гинекологическими мероприятиями, метод, несмотря на недостатки, безусловно, сыграл в то время прогрессивную роль. К его недостаткам следует отнести то, что, авторы почти совсем не уделяли внимания ребенку и его отношениям с матерью.

И.В. Добряков отмечал, что известный французский врач Ф. Ламаз, ознакомившись с этим методом психопрофилактики, включил значительную часть разработок метода И.З. Вельвовского и его коллег в собственную систему дородовой подготовки, получившую широкое

распространение и до сих пор очень популярную в странах Западной Европы и Америке.

Метод И.З. Вельвовского не потерял актуальности. Он лежит в основе программы занятий с беременными в Школе материнства, рекомендуемой действующими приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Первичный прием перинатальным психологом женщины может происходить при постановке на учет на сроках беременности до 20–22 недель. Основной целью этого приема является формирование мотивации и запроса на психологическое сопровождение во время беременности, обучение на курсах дородовой подготовки.

В задачи этого приема входит: установление комплаенса, сбор анамнеза, первичная скрининг-диагностика, информирование о системе работы психологического кабинета женской консультации и разработка индивидуального алгоритма прохождения курса Школы молодых родителей.

И.В. Добряков отмечает, что именно первый личный контакт психолога и пациентки очень важен для установления комплаенса. Поэтому беседа с консультантом должна проходить в атмосфере эмпатического принятия. Женщине разъясняются цели направления ее к психологу, роль психологического компонента в протекании беременности, необходимость разделения ответственности между ней самой и специалистами, наблюдающими беременность. В ходе сбора анамнеза выясняется социально-психологический портрет пациентки, основные моменты ее соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, ее матримониальный статус, стадия зрелости супружеского холона, количество и возраст детей, мотивы беременности, отношение семьи к беременности, особенности ее протекания. Выясняется также мотивация и запрос на психологическое сопровождение беременности, планы относительно подготовки к родам, первого года жизни ребенка, выхода на работу (Добряков, 2009).

По результатам беседы в случае относительно благополучной медико-психосоциальной картины женщину знакомят с системой психологического сопровождения беременной в женской консультации и планируют приблизительные даты следующих визитов к психологу, ближайшие даты лекций в Школе молодых родителей. Если психолог считает, что требуется углубленная диагностика, он назначает дополнительную консультацию.

Как показывает в своих работах пермский профессор Г.Г. Филиппова, переживание первого шевеления и дальнейшее отношение к нему является важным прогностическим фактором для формирования дальнейшего отношения к ребенку. Поэтому в ходе беседы следует уделить внимание обсуждению отношения женщины к шевелению пренейта. Ультразвуковое исследование, во время которого женщина с большой вероятностью видела на мониторе своего ребенка и, возможно, узнала его пол, а также ощущение шевелений – все это способствует большей персонификации ребенка и, соответственно, приближает к реальности те фантазии о материнстве, которые были у женщины до этого.

Скрининг-диагностика во втором триместре должна охватить следующие аспекты: психологическое тестирование, интервью о текущем эмоциональном состоянии, семейной ситуации, выявление жалоб, неблагоприятных ситуаций, интервью, посвященное оценке переживания шевелений и уточнение индивидуального алгоритма прохождения курса психопрофилактики.

Третья встреча может быть запланирована на сроке 35–37 недель. К этому сроку женщина уже заканчивает прохождение курса дородовой подготовки, выбирает родовспомогательное учреждение, готовит дом к появлению ребенка. Доминанта беременности подходит к концу, но еще не переходит в доминанту родов. Поэтому на этом сроке психолог имеет возможность оценить эмоциональное состояние женщины накануне родов, готовность ее и семьи к родам и настрой на материнство. В то же время

оставшиеся 2–4 недели можно использовать для коррекции в случае выявления неблагоприятной картины.

Специалисты в области перинатальной психологии и психотерапии знают, насколько успешность в их работе зависит от готовности пациенток выполнять рекомендации специалистов, от их взаимопонимания и доверия. С другой стороны, опытный, тонкий клиницист Д.В. Винникотт отмечал, что «если бы доктор, или медсестра, или какой-либо другой помощник не вмешивались бы в естественные, тончайшие процессы отношений матери и младенца, нарушений в развитии, возможно, не последовало бы» (Винникотт Д. В., 1994, с. 50–51). Уважение друг к другу, умение выслушать, понять, договориться во многом определяют особенности сотрудничества, способствуют или препятствуют успешности оказываемой помощи.

В связи с этим в последнее время в перинатологии отмечается повышенный интерес к этической оценке патернализма акушеров-гинекологов, перинатальных психологов по отношению к пациенткам и их родственникам, а также более внимательному медико – психологическому сопровождению женщин на всех этапах прохождения беременности.

1.4. Постановка проблемы и задач исследования

Изучение взаимосвязи показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью, является одним из новых направлений психологической диагностики в перинатальной психологии.

Несмотря на очевидную теоретическую и практическую значимость изучения данной проблематики, на сегодняшний день в клинической психологии ещё слабо изучен понятийный аппарат, описывающий феномен комплаентности, отсутствуют систематизированные представления о закономерностях его формирования и функционирования, остаются неразработанными также и основные психодиагностические критерии.

Все авторы ссылаются на то, что существующие исследования в этой области, как правило, теоретически недостаточно обоснованы, немногочисленны и фрагментарны, исследования комплаентности беременных женщин отсутствуют.

В перинатальной психологии большое внимание уделяется взаимоотношениям, складывающимся в семье, ожидающей ребёнка. Во многом они определяются особенностями как физиологического, так и психологического компонента гестационной доминанты женщины, соответственно, биологическими или психическими изменениями, происходящими в организме женщины, направленными на вынашивание, рождение и выхаживание ребенка.

В этой связи, основной целью медицинского и психологического сопровождения беременных женщин является создание условий сохранения оптимального качества жизни. К сожалению, не всегда усилия врачей приводят к желанной цели, в том числе из-за отсутствия комплаентности у беременных женщин, нарушения которой обуславливают различные осложнения, патологию беременности и неблагоприятные исходы беременности.

Анализ теоретических источников позволил сделать следующие выводы:

- по С.Ю. Мещеряковой, наиболее благоприятны для будущего материнского поведения **желанность ребенка, наличие субъектного отношения матери** к ещё не родившемуся ребенку, которое проявляется в любви к нему, мысленной или вербальной адресованности, стремлении интерпретировать движения плода как акты общения, то есть наиболее важными факторами, говорящими о характере переживания женщиной своей беременности - желанность – не желанность ребенка и особенности протекания беременности;

- суть психологического дискомфорта беременной женщины состоит в том, что она начинает переживать не только за своё здоровье, но и здоровье

малыша. Будущая мать учится правильно ассоциировать себя не только с будущим ребёнком, но осознаёт своё новое социальное положение в мире – матери;

- по исследованиям Г.Г.Филипповой время беременности является, с одной стороны, наиболее продуктивным для личностного роста и развития сложившихся отношений, с другой стороны, наиболее опасным для развёртывания негативных жизненных сценариев и деструктивных отношений, как у матери, так и у ребёнка;

- беременность делает женщину эмоционально ранимой, склонной к беспокойству, более чувствительной к негативным переживаниям.

В теоретической части данного исследования выделены следующие положения:

- факторами, запускающими и поддерживающими механизмы осложнений беременности, по мнению Д. Мариновой, могут быть обусловлены психическим напряжением, переживанием негативных эмоций, напряженными отношениями в семье и, наконец, сложными противоречивыми отношениями к беременности и будущему ребенку;

- по исследованиям И.В. Добрякова, эмоциональное состояние женщины во время беременности оказывает значительное влияние на протекание беременности и родов, на последующие взаимоотношения с ребенком, то есть высокая тревожность женщины часто служит причиной риска акушерских и перинатальных осложнений;

- Р. В. Кадыров, О.Б. Асриян и С.А. Ковальчук считают, что важнейшими психологическими факторами, влияющими на комплаентность являются особенности личности, её представления о своём здоровье, отношение к здоровью, эмоциональные расстройства и локус контроля;

- по И.В. Добрякову, женщины, находившиеся в стационаре на разных сроках беременности, достоверно различаются по показателю «локус контроля», значит, во время беременности, заканчивающейся рождением

ребенка, происходят изменения в личности женщины, которые приводят к обретению новой идентичности;

- по И.В.Добрякову, при неблагоприятных формах перинатального комплаенса («низкий комплайенс») часто отмечаются гипогестогнозический, тревожный, депрессивный, эйфорический варианты ПКГД.

В этой связи, возникла идея изучить взаимосвязи отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью в рамках психологического подхода.

Сделанные нами выводы позволили сформулировать исследовательский вопрос: существуют ли особенности гестационной доминанты и локуса контроля у женщин с запланированной и незапланированной беременностью с учётом комплаентности, и в чём заключается специфика взаимосвязи?

Исследовательский вопрос был конкретизирован в следующих гипотезах:

- можно предположить, что существует специфика взаимосвязи показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью;

- существуют различия в выраженности показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью;

- эмпирические структуры комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью будут различны.

Таким образом, целью исследования явилось изучение взаимосвязи отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью, в рамках психологического подхода.

Сформулированная в настоящем исследовании цель была конкретизирована в следующих задачах:

1.Эмпирически установить значимые различия в выраженности показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью (на основе t - критерия Стьюдента).

2.Охарактеризовать особенности корреляционных взаимосвязей показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью (на основе корреляционного анализа Пирсона).

3.Определить и сравнить эмпирические структуры комплаентности, полученные в выборках женщин с запланированной и незапланированной беременностью (на основе факторного анализа).

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика выборки и организация исследования

В исследовании приняли участие две группы беременных женщин: первая группа – 50 беременных женщин с запланированной беременностью и 2 группа – 50 беременных женщины с незапланированной беременностью. Женщины с запланированной беременностью имеют от одного до четырёх детей (у одной женщины – 6 беременность). Женщины с незапланированной беременностью имеют от одного до пяти детей. У нас получается нет женщин с первой беременностью

В выборке женщин с запланированной беременностью 58% женщин находятся в возрасте от 22 до 30 лет, из них 3 женщины 19 лет, 25% в возрасте от 32 до 37 лет, 17% женщин в возрасте от 38 лет до 41 года. По количеству детей в первой группе женщин с запланированной беременностью – у 60% женщин вторая беременность, а также в это число вошли 4 женщины с третьей беременностью, две женщины с четвёртой и

одна женщина с шестой беременностью. 40% женщин с запланированной беременностью имеют первую беременность.

В выборке женщин с незапланированной беременностью 27% женщин находятся в возрасте от 22 до 24 лет, из них 2 женщины 19 лет, 41% женщин в возрасте от 26 до 30 лет, 32% женщин в возрасте от 33 до 38 лет. По количеству детей во второй группе женщин с незапланированной беременностью – у 65% женщин имеют вторую и более беременность. В это число вошли 4 женщины с третьей беременностью, одна женщина с четвертой и две женщины с пятой беременностью. 35% женщин с незапланированной беременностью имеют первую беременность.

Таким образом, обе выборки испытуемых женщин были максимально однородны по своему составу (женщины имели одну возрастную категорию).

В целом, всего было обследовано 100 женщин. Тестирование женщин проводилось во втором и третьем триместрах беременности.

Исследование проводилось на базе детской поликлиники ГБУЗ ПК ГДКП № 1 и женской консультации Мотовилихинского района г. Перми. С каждой беременной женщиной проводилась беседа, во время которой обсуждались вопросы желанности и степени запланированности беременности, а также выяснялись семейная ситуация, супружеские отношения и др.

Уже на первом этапе знакомства личный контакт с испытуемыми женщинами был очень важен для установления комплайенса, поэтому беседа проходила в атмосфере эмпатического принятия. Женщинам разъяснялись цели тестирования, роль психологического компонента гестационной доминанты в протекании беременности, необходимость разделения ответственности между ней самой и специалистами, наблюдающими беременность. В ходе сбора анамнеза выяснялся социально-психологический портрет испытуемых, основные моменты ее соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, ее матримониальный статус, стадия зрелости супружеского холона, количество и возраст детей, мотивы беременности,

отношение семьи к беременности, особенности ее протекания. Выяснялась также мотивация и запрос на психологическое сопровождение беременности, планы относительно подготовки к родам, а также первого года жизни ребенка. Тестирование беременных женщин проводилось с учётом принципа добровольности женщин.

На следующем этапе был подобран и подготовлен психологический инструментарий по заявленной тематике исследования. На этом этапе исследования проводилось непосредственно психодиагностическое тестирование беременных женщин обеих групп.

Далее был проведён более глубокий анализ, полученных в ходе эмпирического исследования показателей, с использованием количественных методов статистической обработки по многофункциональной компьютерной программе «Statistica» 6.0.

При первичной обработке, полученный в ходе исследования, материал был представлен в виде диаграмм, гистограмм, профилей и таблиц. Вторичные методы позволили применить такие виды анализов как: анализ распределения показателей исследования (согласно закону нормального распределения) – для определения дальнейших методов анализа, сравнительная характеристика выборки испытуемых женщин, анализ по критерию Стьюдента, корреляционный анализ Пирсона и факторный анализ.

Последний этап исследования включал в себя подготовку выводов и заключения по теме исследования.

2.2. Методы исследования и обоснование их выбора

В ходе исследования были использованы следующие методики психодиагностики: тест отношений беременной, разработанный И.В. Добряковым; методика определения уровня комплаентности, разработанная Р. В. Кадыровым, О.Б. Асриян; Шкала комплаентности Мориски – Грин и С. А. Ковальчук и опросник «Локус контроля» Дж. Роттера.

Тест отношений беременной (ТОБ) И.В. Добряков

Цель: выявить особенности психологического компонента гестационной доминанты беременной женщины (психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, меняющих отношения беременной к себе и к окружающим, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребёнка). Проявляются особенности ПКГД в связанных с беременностью изменениях, происходящих в системе отношений женщины.

В результате изучения анамнестических сведений, клинико-психологических наблюдений за беременными женщинами и бесед с ними, было выделено 5 типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный.

Определение типа ПКГД может помочь разобраться в том, как складывались отношения в семье в связи с беременностью, рождением ребёнка, прогнозировать каким образом будет формироваться тип привязанности по М. Ainsworth (1969), стиль семейного воспитания.

ТОБ содержит три блока утверждений, отражающих:

Блок А. отношение женщины к себе беременной;

Блок Б. отношение женщины в формирующейся системе «мать-дитя»;

Блок В. отношение женщины к отношениям к ней окружающих.

В каждом блоке есть 3 раздела, в которых шкалируются различные понятия. Они представлены пятью утверждениями, отражающими пять различных типов ПКГД. Испытуемой предлагается выбрать один из них, наиболее соответствующий её состоянию.

Блок А (отношение женщины к себе беременной) представлен разделами:

1. отношение к беременности;
2. отношение к образу жизни во время беременности;

3. отношение во время беременности к предстоящим родам.

Блок Б (отношение женщины в формирующейся в течение девяти месяцев беременности системе «мать-дитя») представлен разделами:

1. отношение к себе, как к матери;
2. отношение к своему ребёнку;
3. отношение к вскармливанию ребёнка грудью.

Блок В (отношение женщины к отношениям к ней окружающих) представлен разделами:

1. отношение ко мне беременной мужа;
2. отношение ко мне беременной родственников и близких;
3. отношение ко мне беременной посторонних людей.

Если в результате тестирования набрано 6-9 баллов соответствующих одному из типов ПКГД, он может считаться определяющим.

ТОБ позволяет не только определить тип ПКГД по преобладанию выбранных утверждений, но и произвести качественный анализ, выявить те отношения, которые нуждаются в коррекции. Полученные результаты следует учитывать при проведении дородовой подготовки, они могут быть темами психотерапевтической беседы.

Методика определения уровня комплаентности, разработанная Р.В. Кадыровым, О.Б. Асриян и С.А. Ковальчук, и адаптированная к беременным женщинам И.В. Добряковым и Э.Г. Эйдемиллером.

Методика ориентирована на выявление приверженности женщин лечению и медицинскому сопровождению беременности, и основана на характеристиках, обуславливающих комплаентное поведение. Данная методика диагностики предназначена как для беременных женщин, имеющих патологию, требующих периодического наблюдения со стороны врача и продолжительного лечения, так и для проверки степени комплаентности у здоровых беременных женщин.

Опросник ориентирован на выявление уровня комплаентности, которая в свою очередь, представлена тремя составляющими:

-*социальная комплаентность* - стремление соответствовать предписаниям врача обусловленное ориентацией на социальное одобрение;

-*эмоциональная комплаентность* - склонность к соблюдению врачебных рекомендаций, обусловленное повышенной впечатлительностью и чувствительностью;

- *поведенческая комплаентность* - стремление к соблюдению врачебных рекомендаций направленное на преодоление определённых осложнений в ходе вынашивания ребёнка, воспринимаемой как препятствие;

Общая комплаентность – суммарный показатель всех видов комплаентного поведения.

Уровни выраженности комплаентного поведения.

от 0 до 15 – не выраженный показатель комплаентного поведения.

от 16 до 29 баллов – средне-выраженный показатель.

от 30 до 40 балла – значительно выраженный показатель комплаентного поведения.

Шкала комплаентности Мориски - Грин

Шкала комплаентности Мориски-Грин - клинико-психологическая тестовая методика, предназначенная для предварительной оценки комплаентности и скринингового выявления недостаточно комплаентных пациентов в рутинной врачебной практике. Шкала была создана Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. в 1985 году и опубликована в 1986 году.

Теоретические основы: комплаентность, или приверженность к лечению - степень, с которой пациент следует рекомендациям врача, таким как изменение поведения или приём препаратов. При этом комплаентность - следствие контакта между врачом и пациентом, так как роль врача не ограничивается односторонним высказыванием рекомендаций, а роль пациента - их односторонним восприятием. Именно на таком понимании комплаентности построена шкала Мориски-Грин.

Внутренняя структура: шкала Мориски-Грин состоит из четырёх пунктов, касающихся отношения пациента к приёму препаратов. Шкала

предназначена для заполнения самим пациентом. Как альтернатива - врач может зачитывать вопросы и помечать ответы на них.

В оригинальной шкале каждый пункт оценивается по принципу «Да-Нет», при этом ответ «Да» оценивается в 0 баллов, а ответ «Нет» - в 1 балл.

Клиническая значимость: шкала Мориски-Грин может быть применена для выделения контингента, нуждающегося в дополнительном внимании как недостаточно приверженных к лечению. Наконец, она часто используется в научных исследованиях как основной инструмент и как эталон сравнения при разработке новых, более подробных и специализированных шкал.

Интерпретация: комплаентными (приверженными) считаются испытуемые, набравшие 4 балла. Испытуемые, набравшие 2 балла и менее считаются неприверженными. Испытуемые, набравшие 3 балла, считаются недостаточно приверженными и находящимися в группе риска по развитию неприверженности.

Опросник «Локус контроля» Дж. Роттера

(модифицирована и разработана в НИИ им. Бехтерева)

Данная экспериментально-психологическая методика позволяет сравнительно быстро и эффективно оценить сформированный у испытуемого уровень субъективного контроля над разнообразными жизненными ситуациями и пригодна для применения в клинической психодиагностике, при профотборе, семейной консультации и т. д.

Одной из важнейших психологических характеристик личности является степень независимости, самостоятельности и активности человека в достижении своих целей, развитие чувства личной ответственности за происходящие с ним события. Есть основания полагать, что эта обобщенная характеристика оказывает регулирующее влияние на многие аспекты поведения человека, играя важную роль в формировании межличностных отношений, в способе разрешения кризисных ситуаций семейного и производственного характера, в отношении к болезни и терапевтическим мероприятиям и т. д.

Поскольку когнитивные компоненты психики присутствуют во всех ее явлениях, то представления о локусе контроля распространяются и на характеристики личности в ее деятельности.

Для **экстерналов** свойственно внешне направленное защитное поведение, в качестве атрибуции ситуации они предпочитают иметь шанс на успех. В общем плане это указывает на то, что любая ситуация экстернал у желательна как внешне стимулируемая, причем в случаях успеха происходит демонстрация способностей. **Экстернал** убежден, что его неудачи являются результатом невезения, случайностей, отрицательного влияния других людей. Одобрение и поддержка таким людям весьма необходимы. Однако особой признательности за сочувствие от экстерналов не приходится ожидать.

Интерналы имеют атрибуцией ситуации чаще всего убеждение в не случайности их успехов или неудач, зависящих от компетентности, целеустремленности, уровня способностей и являющихся закономерным результатом целенаправленной деятельности и самостоятельности. В структурировании процесса целеобразования и его стратегий ведущей мотивацией для **интерналов** является поиск эго-идентичности, независимо и ортогонально по отношению к экстравертированности или интровертированности.

Вследствие большей когнитивной активности интерналы имеют более широкие временные перспективы, охватывающие значительное множество событий, как будущего, так и прошлого. При этом их поведение направлено на последовательное достижение успеха путем развития навыков и более глубокой обработки информации, постановки все возрастающих по своей сложности задач. В реальном, внешне наблюдаемом поведении интерналы производят впечатление достаточно уверенных в себе людей – как считают Дж.Дигман, Р.Кеттелл и Дж.Роттер.

Для **экстерналов** обнаруживается связь с эмоциональной нестабильностью и практическим, непосредственным мышлением, для

интерналов отмечается эмоциональная стабильность и склонность к теоретическому мышлению, абстрагированию и синтезу представлений.

В целом в соответствии с отношением параметров активности и реактивности (и в связи с мотивацией достижения и отношения) вектор экстернальности- интернальности совпадает с вектором рефлексии.

Общая и максимальная сумма баллов по интернальности и экстернальности составляет 23, поскольку 6 из 29 вопросов являются фоновыми.

Таким образом, все используемые в исследовании методы психодиагностики обладают достаточно высокими психометрическими данными по критериям валидности и надёжности.

2.3. Методы математико-статистической обработки

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием компьютерных программ «STATISTIKA 6.0», «EXCEL». Использовались количественные и качественные методы статистического анализа:

1) Анализ распределения показателей исследования проводился с целью обоснованного выбора в дальнейшем методов математической обработки данных. Исходные таблицы результатов диагностики беременных женщин обеих групп представлены в Приложении 1.

Из данных таблиц видно, что практически все показатели исследования распределились согласно закону нормального распределения и значения стандартного отклонения находятся в пределах нормы, за исключением показателей: *социальная комплаентность* (в первой группе $\sigma=3,8$, а во второй - $\sigma=3,9$), *эмоциональная комплаентность* (в первой группе $\sigma=3,4$, а во второй - $\sigma=3,0$), *гипогестозический тип ПКГД* (в первой группе $\sigma=3,4$, а во второй - $\sigma=3,0$) и *оптимальный тип ПКГД* (в первой группе $\sigma=3,2$, а во второй - $\sigma=3,7$), по которым выборка вариативна. Таблицы структурных

значений показателей исследования в каждой выборке беременных женщин представлены в Приложении 2.

Так как выборки испытуемых беременных женщин однородны и показатели исследования в основном распределились согласно закону нормального распределения, то при дальнейшем анализе и интерпретации данных исследования возможно обоснованное применение таких видов анализа, как анализ по t - критерию Стьюдента, корреляционный анализ Пирсона и факторный анализ.

2) Критерий Стьюдента - применялся для оценки различий средних значений показателей в двух выборках беременных женщин с запланированной и незапланированной беременностью, то есть проверялась достоверность различий по измеренной переменной, у представителей двух выборок. Полный вариант таблиц различий по t -критерию Стьюдента представлен в Приложении 3.

3) Корреляционный анализ – применялся для проверки гипотезы о связях между переменными с использованием коэффициентов корреляции. На основе корреляционного анализа было возможно выявление структуры взаимосвязей переменных, а также выявление наиболее «универсальных» и «устойчивых» взаимосвязей компонентов комплаентности, психологических типов гестационной доминанты и локуса контроля с их последующей интерпретацией и сопоставлением. Матрицы корреляций между показателями исследования, полученными в выборках беременных женщин, представлены в Приложении 4.

4) Факторный анализ – позволил выделить наиболее весомые показатели исследования, которые обладают максимальными факторными нагрузками (весами). Также факторный анализ показал наиболее значимые корреляционные связи между показателями, причём, с теми же знаками, а по доле объяснимой дисперсии показал: какой процент от общей дисперсии составляет выявленная в каждом факторе закономерность. Также факторный анализ показал взаимосвязь переменных и структуру взаимосвязей пунктов

опросников исследования в целях выявления конструктивной валидности. Таблицы факторного отображения показателей исследования представлены в Приложении 5.

5) Кластерный анализ – использовался для деления на кластеры выборки женщин с разным уровнем выраженности показателей комплаентности (внутригрупповой, то есть отдельно в группе женщин с запланированной беременностью и в выборке женщин с незапланированной беременностью). На основе кластерного анализа в каждой группе беременных были определены женщины с высоким, средним и низким уровнем комплаентности. Это позволит в дальнейшем разработать наиболее адресные рекомендации по формированию пренатального комплайенса, особенно для женщин с гипогестационным, эйфорическим, тревожным и депрессивным психологическим компонентом гестационной доминанты.

Таким образом, можно сделать следующие выводы: исследование проведено на репрезентативной выборке. При организации исследования соблюдены предъявляемые к ней основные требования, что способствовало получению достаточно валидных показателей. Используемые в работе диагностические методики адекватны целям и задачам исследования.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1. Итоги сравнения средних значений показателей и выявление значимых различий по критерию Стьюдента в выборках женщин с запланированной и незапланированной беременностью

Для проверки первой гипотезы исследования о том, что существуют различия в выраженности показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью, был проведён анализ по t - критерию Стьюдента. Полный вариант Таблицы 1 представлен в Приложении 2. Обратимся к Таблице 1 и Рисункам 1 – 4.

Таблица 1.

Различия по t - критерию Стьюдента в выраженности показателей исследования в выборках женщин с запланированной и незапланированной беременностью

Показатели исследования	Среднее значение		t -критерий Стьюдента	p – вер.ош.
	1 гр.	2 гр.		
Оптимальный тип ПКГД	12,5	5,9	7,77	***
Гипогестогнозический тип	3,8	6,9	-3,60	***
Социальн.комплаентность	24,9	19,7	2,07	*
Эмоцион. комплаентность	24,4	20,3	2,02	*
Интернальность	19,1	9,6	12,6	***
Экстернальность	9,0	18,9	-13,1	***
Комплаентность	2,8	1,5	4,52	***

Условные обозначения: * $p < 0,01$; *** $p < 0,0001$

1 группа – выборка женщин с запланированной беременностью;
2 группа – выборка женщин с незапланированной беременностью.

Как видно из Таблицы 1 и Рисунка 1, эмпирически были установлены значимые различия в выраженности показателей отношения к беременности, которые у женщин с запланированной беременностью в большей степени

проявляется по *оптимальному типу психологического компонента гестационной доминанты* - ($t = 7,77$; при $p=0,000000$), при котором у женщин отмечается, ответственное, и без излишней тревоги, отношение к своей беременности. Женщина, удостоверившись, что беременна, продолжает вести активный образ жизни, при этом своевременно встаёт на учёт в женскую консультацию, выполняет рекомендации врачей, следит за своим здоровьем, с удовольствием и успешно занимается на курсах дородовой подготовки.

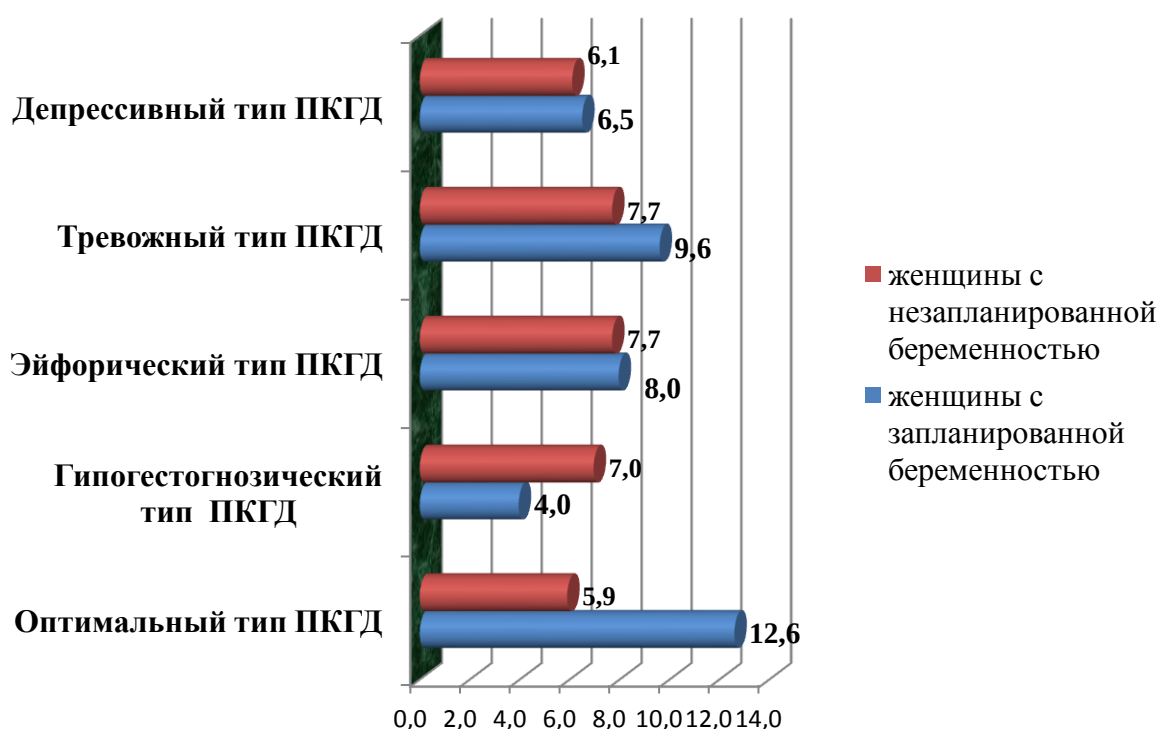


Рисунок 1. Гистограммы выраженности показателей отношения к беременности – типа ПКГД в группах испытуемых женщин с запланированной и незапланированной беременностью.

Женщин с незапланированной беременностью в большей степени характеризует *гипогестогнозический тип психологического компонента гестационной доминанты* - ($t = 6,9$; при $p=0,0004$), то есть беременность у этих

женщин часто незапланированная и застаёт врасплох. нередко они скептически относятся к курсам дородовой подготовки, манкируют занятиями, при этом, если они учатся, то не желают брать академический отпуск, продолжают сдавать экзамены, посещать дискотеки, заниматься спортом, ходить в походы.

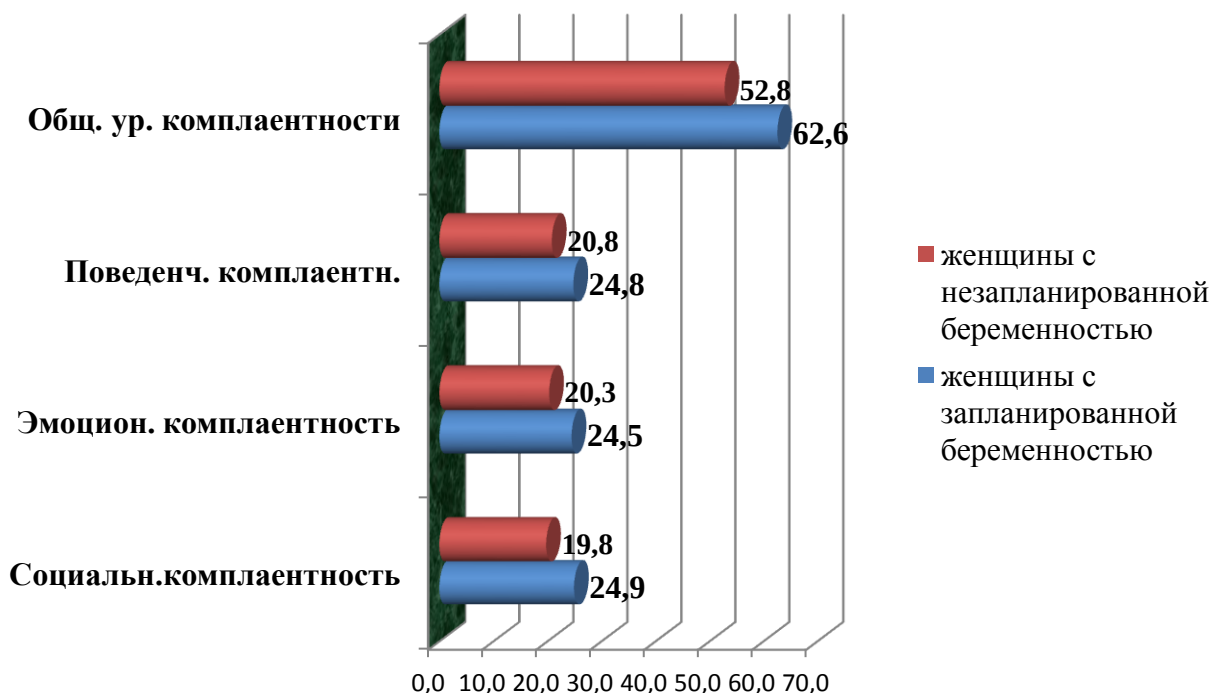


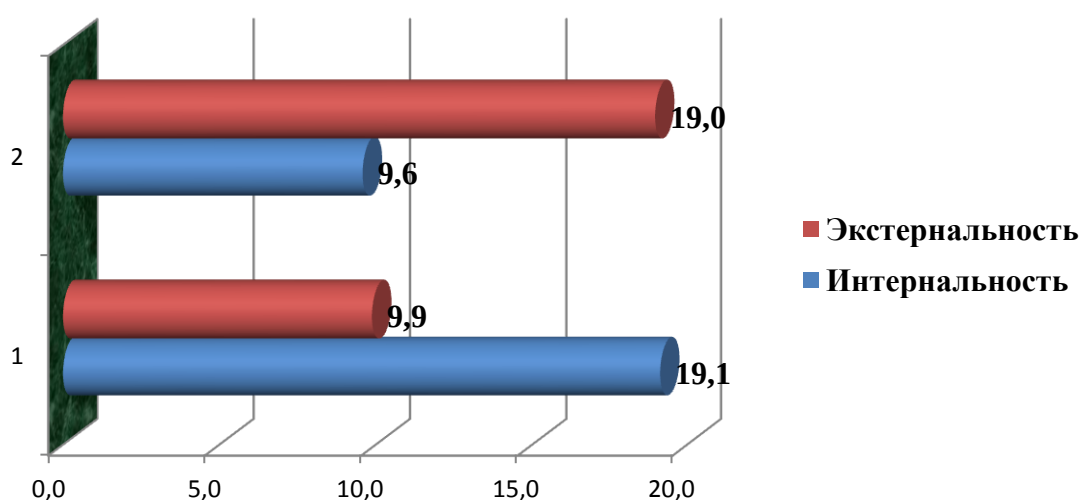
Рисунок 2. Гистограммы выраженности показателей комплаентности в группах испытуемых женщин с запланированной и незапланированной беременностью.

Как видно на Рисунке 2, на статистически значимом уровне получены различия в выраженности показателей комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью. Выборку женщин с запланированной беременностью в большей степени выражены *социальная комплаентность* - ($t = 2,07$; при $p = 0,04$) и *эмоциональная комплаентность* - ($t = 2,02$; при $p = 0,04$), то есть у них более выражено стремление соответствовать предписаниям врача, обусловленное ориентацией на социальное одобрение, а также склонность к соблюдению врачебных рекомендаций, обусловленная

повышенной впечатлительностью и чувствительностью. Соответственно, у женщин с запланированной беременностью выше и общий показатель комплаентности (см. Рисунок 2).

Как видно на Рисунке 3, на статистически значимом уровне получены различия в выраженности показателей локуса контроля у женщин с запланированной и незапланированной беременностью. Гистограммы, представленные на Рисунке 3, отражают полученные на статистически значимом уровне различия в выраженности показателей субъективного контроля. В частности, женщин с запланированной беременностью в большей степени характеризует *локус контроля по интернальному типу* - ($t=12,6$; при $p=0,000000$), а женщин с незапланированной беременностью – по *экстернальному типу* - ($t=18,9$; при $p=0,000000$).

В целом, можно отметить, что женщины с запланированной беременностью берут на себя ответственность в период беременности, а женщины другой выборки, перекладывают её на других людей – врачей, родственников или какие-то обстоятельства.



Условные обозначения:

- 1 – выборка женщин с запланированной беременностью;
- 2 – выборка женщин с незапланированной беременностью

Рисунок 3. Гистограммы выраженности показателей локуса контроля в группах испытуемых женщин.

По шкале комплаентности Мориски–Грин, в целом, женщины с незапланированной беременностью показали результат, характеризующий их как неприверженных к рекомендациям врача, в то время как другую выборку женщин можно охарактеризовать по той шкале как недостаточно приверженных к рекомендациям врачей, сопровождающих беременность этих женщин.

Комплаентность по Мориски - Грин

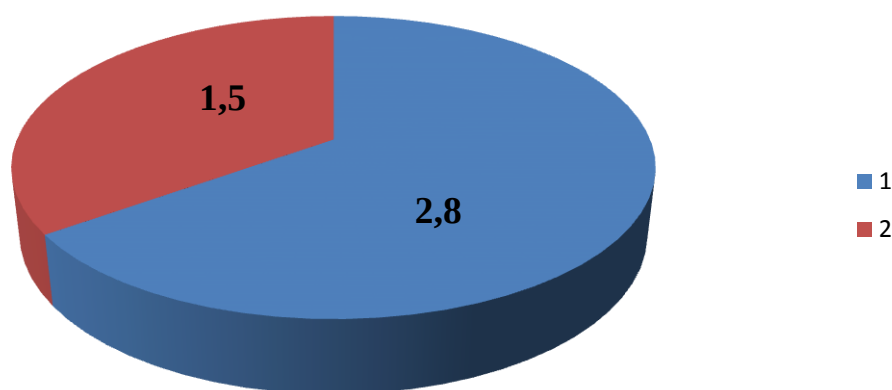


Рисунок 4. Диаграмма выраженности комплаентности по Шкале Мориски - Грин в группах испытуемых женщин.

Таким образом, выявленные различия позволили доказать гипотезу исследования о том, что существуют различия в выраженности показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью.

Анализ по t - критерию Стьюдента в группах испытуемых женщин определил статистически значимые различия по следующим показателям исследования:

- женщин с запланированной беременностью в большей степени характеризует *оптимальный тип психологического компонента гестационной*

доминанты, у них в большей степени выражены социальная комплаентность, эмоциональная комплаентность и локус контроля по интернальному типу;

- женщин с незапланированной беременностью в большей степени характеризует гипогестогнозический тип психологического компонента гестационной доминанты - ($t = 6,9$; при $p = 0,0004$), а также в большей степени выражен локус контроля по экстернальному типу - ($t = -13,1$; при $p = 0,000000$).

Полученные результаты анализа различий согласуются с данными И.В. Добрякова о том, что беременные женщины, находившиеся на разных её сроках, достоверно различаются по показателю «локус контроля», значит, во время беременности, заканчивающейся рождением ребенка, происходят изменения в личности женщины, которые приводят к обретению новой идентичности.

Для более полного представления женщин с запланированной и незапланированной беременностью в каждой выборке испытуемых женщин был проведён кластерный анализ, с целью выявления женщин с разным уровнем выраженности показателей комплаентности и типов гестационной доминанты.

На основе кластерного анализа в каждой группе беременных были определены женщины с высоким, средним и низким уровнем комплаентности, что позволит в дальнейшем разработать наиболее адресно рекомендации по формированию пренатального комплайенса, особенно для женщин с низким уровнем комплаентности, имеющих выраженные психологические компоненты гестационной доминанты по гипогестогнозическому, эйфорическому и депрессивному типам. Так как именно эти типы, по мнению И.В. Добрякова, могут быть названы «группой риска», когда отмечается повышенная вероятность развития нервно-психических нарушений, соматических заболеваний или обострение хронических расстройств. А в случае, если беременные женщины имеют депрессивный тип ПКГД, обнаруживаются и нервно-психические

расстройства различной степени тяжести, то такие женщины нуждаются в индивидуальном наблюдении и лечении у психотерапевта или психиатра.

Так, в выборке женщин с запланированной беременностью, 44% женщин в возрасте 27,5 лет показали высокий уровень комплаентности, у 28% женщин, средний возраст которых составил 35,5 лет, средне-выраженный уровень комплаентности и у 28% женщин в возрасте 29 лет, уровень комплаентности снижен.

В выборке женщин с незапланированной беременностью, средний возраст которых составил 28,5 лет, 47% показали высокий уровень комплаентности, у 30% женщин (средний возраст 29 лет) средне-выраженный уровень комплаентности, а у 23% женщин в возрасте 28 лет уровень комплаентности снижен.

Таким образом, кластерный анализ в группах женщин с запланированной и незапланированной беременностью выделил женщин с разным уровнем комплаентности.

Интересен тот факт, что в группы с высоким уровнем комплаентности в выборке женщин с запланированной беременностью и незапланированной беременностью в основном определились беременные женщины, имеющие первую беременность в возрасте до 27 – 28 лет. Также отмечено, что у женщин данной выборки с возрастом и опытом гестации снижается комплаентность. Можно предположить то, что женщины, уже имеющие двух и более детей, то есть опыт гестации и опыт дородовой подготовки менее комплаентны с каждой последующей беременностью.

3.2. Взаимосвязь показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности в выборке женщин с запланированной беременностью

Для проверки следующей гипотезы исследования о том, что существует специфика взаимосвязи показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности, полученных в выборках женщин с запланированной и незапланированной беременностью, в каждой выборке испытуемых женщин был проведён корреляционный анализ Пирсона, результаты которого представлены в матрице корреляций по данной выборке женщин в Приложении 4.В Таблицах 2и 3 представлены коэффициенты корреляции при критическом значении $p < 0,05$, то есть вероятности ошибки 5%, а на Рисунках 5и 6 отражено направление этих связей.

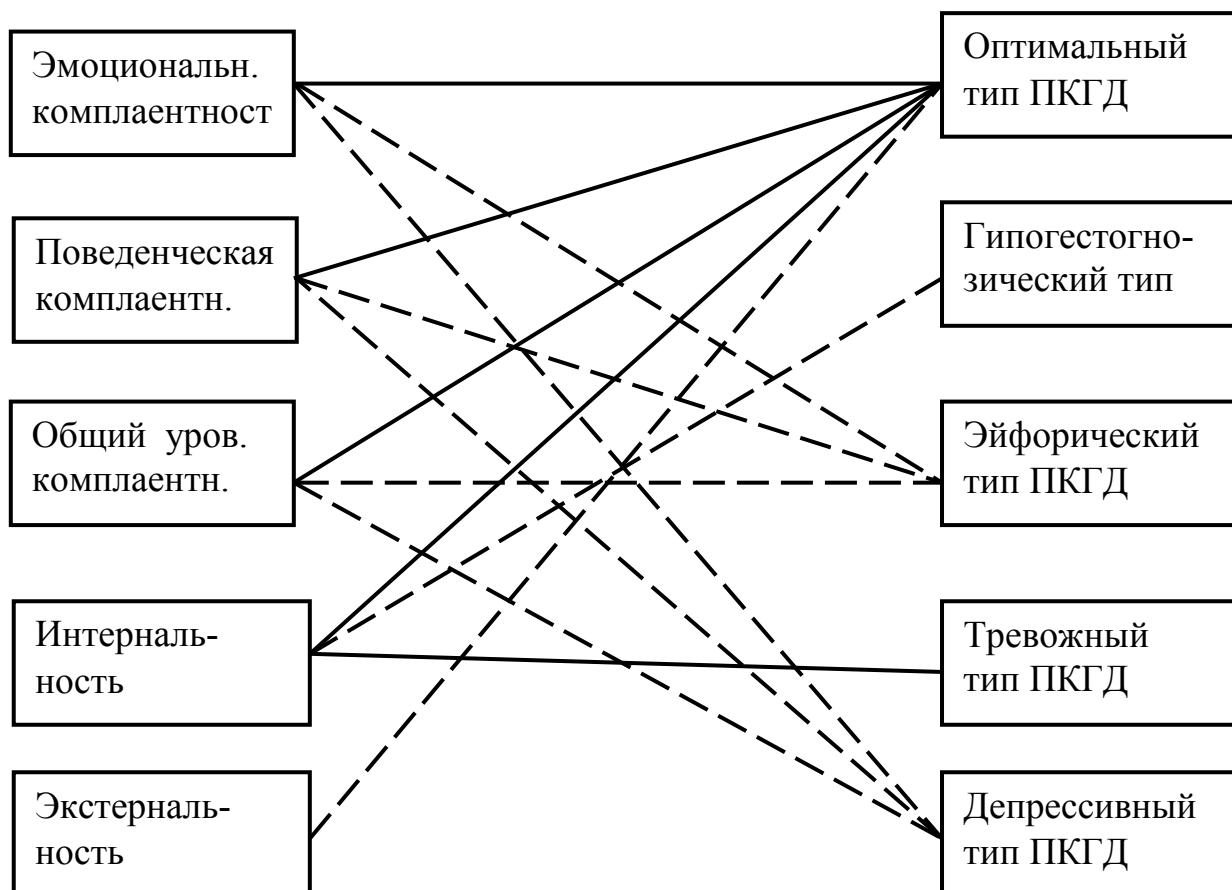
Таблица 2.

Корреляционные связи между показателями исследования в выборке женщин с запланированной беременностью

Показатели исследования	Опросник И.В. Добрякова				
	Оптимальный тип ПКГД	Гипогестогнозический тип ПКГД	Эйфорический тип ПКГД	Тревожный тип ПКГД	Депрессивный тип ПКГД
Эмоциональная комплаентность	0,39		-0,39		-0,39
Поведенческая комплаентность	0,36		-0,38		-0,40
Общ.уровень комплаентности	0,36		-0,37		-0,36
Интернальность	0,38	-0,36		0,39	
Экстернальность	-0,43				

Чтобы охарактеризовать особенности корреляционных взаимосвязей показателей исследования, прежде всего, рассмотрим их на выборке женщин с запланированной беременностью.

Из Таблицы 2и Рисунка 4 видно, что наибольшее количество корреляционных связей обнаружено у показателя *оптимальный тип ПКГД* показателями *эмоциональная комплаентность*- ($r=0,39$ при $p<0,05$), *поведенческая комплаентность*- ($r=0,36$ при $p<0,05$), *общий уровень комплаентности*- ($r=0,36$ при $p<0,05$) и *интернальность*- ($r=0,39$ при $p<0,05$).



Условные обозначения:

----- - отрицательная (обратная) корреляционная связь;
 _____ - положительная (прямая) корреляционная связь.

Рисунок 5. Корреляционные связи между показателями исследования в выборке женщин с запланированной беременностью.

Данные положительные корреляционные связи позволяют предположить, что чем более выражен психологический компонент гестационной доминанты по оптимальному типу, тем в большей степени проявляются эмоциональная и поведенческая комплаентность, и в целом, общий уровень комплаентности женщин с запланированной беременностью, и наоборот, при слабой выраженности психологического компонента гестационной доминанты по оптимальному типу (или его отсутствии у женщин), будут снижены или отсутствовать перечисленные виды комплаентного поведения, снижен общий уровень комплаентности женщин, а также снижен уровень интернальности, то есть уровень ответственности женщин. При этом будет выражена *экстернальность*, так как она образует отрицательную связь с *оптимальным типом ПКГД*- ($r=-0,43$ при $p<0,05$).

Важно отметить, что оптимальный тип ПКГД отмечается у женщин, ответственно, и без излишней тревоги, относящихся к своей беременности, поэтому и локус контроля отмечается по интернальному типу, когда женщина берёт на себя ответственность в период беременности за своё здоровье и будущего ребёнка, за соблюдение всех предписаний врача и акушеров – гинекологов. В этом случае, как отмечает И.В. Добряков, супружеский холон зрелый, отношения в семье гармоничны и беременность желанна обоими супругами.

Гипогестогнозический тип ПКГД отразил одну отрицательную корреляционную связь с показателем локуса контроля – *интернальность*- ($r=-0,36$ при $p<0,05$). Ранее в работе, мы отмечали, что в выборке женщин с запланированной беременностью было обнаружено 28% испытуемых женщин, которые показали низкий уровень комплаентности и выраженный локус субъективного контроля по экстернальному типу. Видимо, женщины с выраженным гипогестогнозическим типом ПКГД, при котором они не склонны менять свой жизненный стереотип, у которых не хватает времени встать на учёт, посещать врачей, выполнять их назначения, а также снижен локус субъективного контроля в отношении своей беременности, то есть

отсутствует интернальность, локус контроля, отмечается по экстернальному типу. Данная связь согласуется с положением И.В. Добрякова, который отмечает, что женщины с гипогестогнозическим типом ПКГД нередко скептически относятся к курсам дородовой подготовки, манкируют занятиями. После родов среди этой группы женщин часто отмечается гипогалактия. Уход за детьми, как правило, передоверяется другим лицам (бабушкам, няням), так как сами матери очень заняты.

Также выявленные связи согласуются с теоретическим положением И.В. Добрякова о том, что женщины, находившиеся в стационаре на разных сроках беременности, достоверно различаются по показателю *локус контроля*, значит, во время беременности, заканчивающейся рождением ребенка, происходят изменения в личности женщины, которые приводят к обретению новой идентичности.

Эйфорический тип ПКГД отразил три отрицательные корреляционные связи с показателями комплаентности: *эмоциональная комплаентность*- ($r=-0,39$ при $p<0,05$), *поведенческая комплаентность*- ($r=-0,38$ при $p<0,05$) и *общий уровень комплаентности*- ($r=-0,37$ при $p<0,05$). Данный тип гестационной доминанты отмечается у женщин с истерическими чертами личности, а также у женщин, длительно лечившихся от бесплодия. И в этом случае, нередко беременность у таких женщин становится средством манипулирования, способом изменения отношений с мужем, достижения меркантильных целей. При этом декларируется чрезмерная любовь к будущему ребёнку, возникающие недомогания агравировются, трудности преувеличиваются. Женщины претенциозны, требуют от окружающих повышенного внимания, выполнения любых прихотей. Этот тип женщин также активно демонстрируют эмоциональную и поведенческую комплаентность, которые проявляются: первая - в склонности к соблюдению врачебных рекомендаций, обусловленной повышенной впечатлительностью и чувствительностью, а вторая в стремлении к соблюдению врачебных

рекомендаций направленном на преодоление определённых осложнений в ходе вынашивания ребёнка, воспринимаемой как препятствие.

При выраженном *эйфорическом* типе ПКГД, врачи, курсы дородовой подготовки посещаются женщинами, но далеко не ко всем советам они прислушиваются и не все рекомендации выполняют или делают это формально.

Тревожный тип ПКГД отразил одну положительную корреляционную связь с показателем субъективного локуса контроля *интернальность*- ($r=0,39$ при $p<0,05$). В этом случае, можно отметить, что *тревожный тип ПКГД*, который характеризуется высоким уровнем тревоги у беременных (в нашем случае у первородящих женщин), связан с интернальностью женщин. Эта тревога вполне оправдана и понятна, хотя, как отмечает И.В. Добряков, в некоторых случаях беременная женщина либо переоценивает имеющиеся проблемы, либо не может объяснить, с чем связана тревога, которую она постоянно испытывает.

Депрессивный тип ПКГД отразил три отрицательные корреляционные связи с показателями комплаентности: *эмоциональная комплаентность*- ($r=-0,39$ при $p<0,05$), *поведенческая комплаентность*- ($r=-0,40$ при $p<0,05$) и *общий уровень комплаентности* - ($r=-0,36$ при $p<0,05$). Данный тип гестационной доминанты отмечается у женщин с резко сниженным фоном настроения у беременных, поэтому уровень комплаентности может быть снижен. И, наоборот, при отсутствии *депрессивного типа ПКГД*, будут проявляться перечисленные виды комплаентного поведения беременных женщин. *Депрессивный тип ПКГД* проявляется у женщин, которые не верят в свою способность выносить и родить здоровое дитя, боятся умереть в родах и т.п. Они считают, что беременность «изуродовала их», боятся быть покинутыми мужем, часто плачут.

Выявленные корреляционные связи согласуются с положением И.В. Добрякова о том, что неблагоприятные формы перинатального комплаенса (так называемый «низкий комплаенс») наблюдается в работе с беременными

женщинами, имеющими гипогестогнозический, тревожный, депрессивный, эйфорический варианты ПКГД.

Перейдём к Таблице 3 и Рисунку 6, где представлены корреляционные связи показателей исследования с данными по возрасту и опыту гестации (опыт вынашивания беременности, в том случае, когда она не первая и женщины имеют двух и более детей).

Так, по данным Таблицы 3, можно отметить, что *комплаентность* (по анкете Мориски-Грин) положительно коррелирует с показателем субъективного локуса контроля *интернальность* ($r=0,35$ при $p<0,05$). В этом случае, можно сказать, что чем выше оценка комплаентности, как приверженности к соблюдению беременными женщинами предписаний и рекомендаций врача, тем выше уровень комплаентного поведения, при этом комплаентность—это следствие контакта между врачом и беременной женщиной, так как роль врача не ограничивается односторонним высказыванием рекомендаций, а роль женщины - их односторонним восприятием.

Таблица 3.

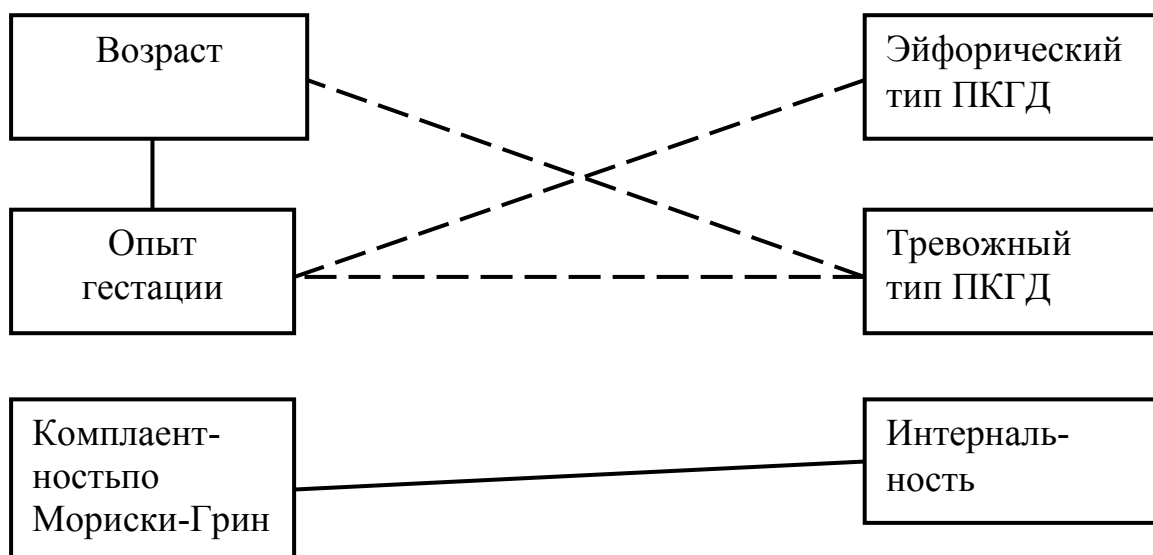
Корреляционные связи между показателями исследования
в выборке женщин с запланированной беременностью

Показатели исследования	И.В. Добряков		Интернальность	Возраст
	Эйфорический тип ПКГД	Тревожный тип ПКГД		
Комплаентность по Мориски			0,35	
Возраст		-0,44		
Опыт гестации (кол-во детей)	-0,43	-0,42		0,50

При этом, сформированный у беременных женщин уровень субъективного контроля по интернальному типу над разнообразными

жизненными ситуациями в реальном, внешне наблюдаемом поведении производит впечатление достаточно уверенных в себе женщин. И наоборот, низкий уровень интернальности связан с низкой комплаентностью или её отсутствием у беременных женщин данной выборки.

Данные взаимосвязи согласуются с исследованиями Р.В. Кадырова, О.Б. Асриян и С.А. Ковальчук (проводимыми на выборках пациентов с разными заболеваниями), и которые считают, что важнейшими психологическими факторами, влияющими на комплаентность, являются особенности личности пациента, его представления о своём здоровье, отношение к здоровью, эмоциональные расстройства и локус контроля.



Условные обозначения:

----- - отрицательная (обратная) корреляционная связь;
 _____ - положительная (прямая) корреляционная связь.

Рисунок 6. Корреляционные связи между показателями исследования в выборке женщин с запланированной беременностью.

Показатель *возраст* обозначался в дихотомической шкале (где цифрой 1 была отмечена выборка молодых женщин от 18 лет и до 25 лет, а цифрой 2 отмечался возраст более зрелых женщин от 26 лет до 41 года) отразил

положительную корреляционную связь с показателем *опыт гестации* - ($r=0,50$ при $p<0,05$).

В этом случае, можно говорить о том, что у первородящих, молодых беременных женщин (а их 40%) отмечаются признаки психологического компонента гестационной доминанты по *тревожному типу*. И, наоборот, у более зрелых, возрастных женщин, уже имеющих опыт вынашивания и рождения ребёнка, отсутствует ПКГД по тревожному типу (или слабо проявляется).

Также показатель *опыт гестации* (то есть наличие опыта вынашивания ребёнка) тесно связан с показателем *возраст*, то есть, чем старше женщина, тем больше она имеет опыт гестации (вынашивания беременности, и соответственно детей).

Чтобы выделить наиболее весомые показатели исследования, которые обладают максимальными факторными нагрузками (весами), а также выделить наиболее значимые корреляционные связи, мы провели факторный анализ, полный вариант таблицы которого, представлен в Приложении 5.

Обратимся к Таблице 4.

Рассмотрим структуру первого фактора в выборке женщин с незапланированной беременностью. Эта структура включила в себя следующие показатели: *общий уровень комплаентности* (0,964), *поведенческая комплаентность* (0,918), *социальная комплаентность* (0,877), *эмоциональная комплаентность* (0,860), *оптимальный тип ПКГД* (0,805), *эйфорический тип ПКГД* (-0,458), *интернальность* (0,651) и *возраст* (0,409).

Так как факторный анализ выделяет те же корреляционные связи, только наиболее значимые, то можно предположить, что все виды комплаентности (социальная, эмоциональная и поведенческая, а также общий уровень комплаентности) определяют интернальность женщин данной выборки и связаны с их возрастом. При выраженности этих типов

комплаентности будет выражена интернальность женщин, при этом будет отсутствовать эйфорический тип психологического компонента гестационной доминанты, и наоборот, при низкой комплаентности поведения будет отмечаться экстернальность женщин, то есть перекладывание ответственности за комплайнс на других лиц.

Удельный вес первого фактора составил 8,29, а доля объяснимой дисперсии равна 0,31, то есть 31% от общей дисперсии. Первый фактор получил название *«фактор комплаентности, связанной с оптимальным типом ПКГД и интернальностью женщин»*.

Таблица 4.

Факторная структура показателей исследования в выборке женщин
с запланированной беременностью

Показатели исследования	Факторы		
	1	2	3
Социальная комплаентность	0,877		
Эмоциональная комплаентность	0,860	-0,684	
Поведенческая комплаентность	0,918		
Общий уровень комплаентности	0,964		
Оптимальный тип ПКГД	0,805		-0,682
Гипогестогнозический тип			
Эйфорический тип ПКГД	-0,458		0,805
Тревожный тип ПКГД		-0,628	
Экстернальность			0,493
Интернальность	0,651	-0,785	
Возраст	0,409	-0,460	
Опыт гестации		-0,618	
Удельный вес фактора	8,29	5,1	3,76
Доля объяснимой дисперсии	0,31	0,15	0,13

Удельный вес второго фактора составил 5,1, а доля объяснимой дисперсии равна 0,15, то есть 15% от общей дисперсии. Второй фактор вообрал в свою структуру такие показатели как: *интернальность* (-0,785), *эмоциональная комплаентность* (-0,684), *тревожный тип ПКГД* (-0,628),

опыт гестации (-0,618) и возраст (-0,460). В этом факторе также отражена прямая корреляционная связь между показателями разных методик, которая позволяет утверждать, что при выраженной интернальности женщин с запланированной беременностью будет выражена склонность к соблюдению врачебных рекомендаций, обусловленная повышенной впечатлительностью и чувствительностью, то есть эмоциональная комплаентность, а также тревожный тип психологического компонента гестационной доминанты, связанные с возрастом и опытом гестации испытуемых женщин данной выборки.

Этот фактор получил название *«фактор интернальности, связанной с тревожным типом ПКГД, эмоциональной комплаентностью, опытом гестации и возрастом женщин»*.

Структура третьего фактора включила в себя следующие показатели исследования с большими весами: *эйфорический тип ПКГД (0,805), оптимальный тип ПКГД (-0,682) и экстернальность (0,493)*.

Удельный вес третьего фактора составил 3,76, а доля объяснимой дисперсии равна 0,13, то есть 13% от общей дисперсии. Третий фактор получил название *«фактор эйфорического типа ПКГД, объясняющего экстернальность беременных женщин»*.

Общая доля объяснимой дисперсии трёх факторов составила 0,59, то есть 59% от общей дисперсии. Этот факт позволяет предположить, что выявленные закономерности в выделенных факторах действительно характеризуют выборку женщин с запланированной беременностью.

Таким образом, факторный анализ определил в выборке женщин с запланированной беременностью следующие три фактора: *«фактор комплаентности, связанной с оптимальным типом ПКГД и интернальностью женщин»*, *«фактор интернальности, связанной с тревожным типом ПКГД, эмоциональной комплаентностью, опытом гестации и возрастом женщин»* и *«фактор эйфорического типа ПКГД, объясняющего экстернальность беременных женщин»*.

3.3. Взаимосвязь показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности в выборке женщин с незапланированной беременностью

Чтобы охарактеризовать особенности корреляционных взаимосвязей показателей исследования в выборке женщин с незапланированной беременностью, был также проведён корреляционный анализ Пирсона, матрица корреляций которого представлена в Приложении 4.

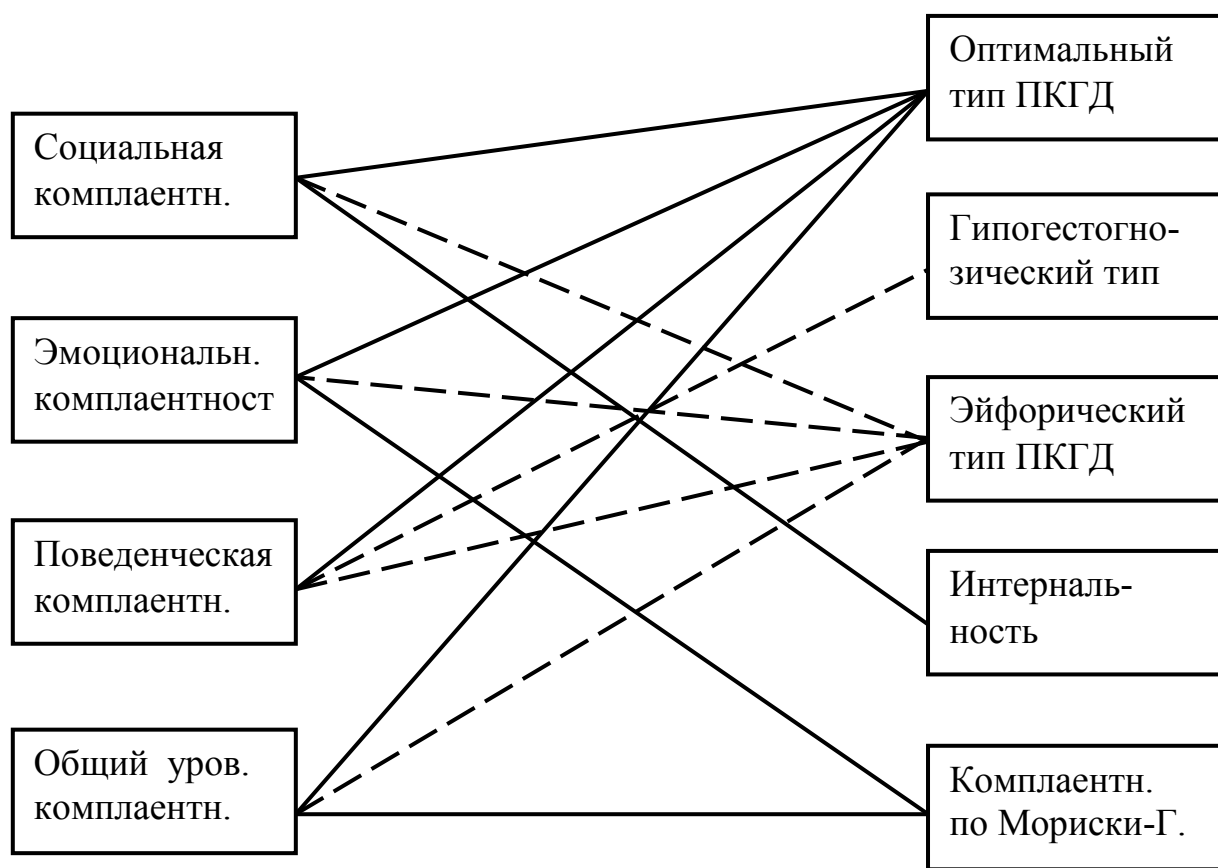
В Таблицах 5и 6 представлены коэффициенты корреляции при критическом значении $p < 0,05$, то есть вероятности ошибки 5%, а на Рисунках 7и 8 отражено направление этих связей.

Таблица 5.

Корреляционные связи между показателями исследования в выборке женщин с незапланированной беременностью

Показатели исследования	Методика И.В. Добрякова				
	Оптимальный тип ПКГД	Гипогестогонический тип ПКГД	Эйфорический тип ПКГД	Интернальность	Комплаентность по Мориски - Грин
Социальная комплаентность	0,49		-0,52	0,45	
Эмоциональная комплаентность	0,46		-0,49		0,34
Поведенческая комплаентность	0,51	-0,46	-0,60		
Общ.уровенькомплаентности	0,53		-0,60		0,38

Из Таблицы 5 и Рисунка 10 видно, что наибольшее количество положительных корреляционных связей обнаружено у показателя *оптимальный тип ПКГД* с показателями: *социальная комплаентность*- ($r=0,49$ при $p < 0,05$), *эмоциональная комплаентность*- ($r=0,46$ при $p < 0,05$), *поведенческая комплаентность*- ($r=0,51$ при $p < 0,05$) и *общий уровень комплаентности* - ($r=0,53$ при $p < 0,05$).



Условные обозначения:

----- - отрицательная корреляционная связь;
 _____ - положительная корреляционная связь.

Рисунок 7. Корреляционные связи между показателями исследования в выборке женщин с незапланированной беременностью.

Положительные корреляционные связи позволяют предположить, что чем более выражен психологический компонент гестационной доминанты по оптимальному типу, тем в большей степени проявляются социальная, эмоциональная и поведенческая комплаентность, а также в целом, общий уровень комплаентности женщин с запланированной беременностью, и, наоборот, при слабой выраженности психологического компонента

гестационной доминанты по оптимальному типу (или его отсутствию у женщин), будут снижены или отсутствовать перечисленные виды комплаентного поведения и в целом снижен общий уровень комплаентности женщин.

Важно отметить, что оптимальный тип ПКГД отмечается у женщин, ответственно, но без излишней тревоги, относящихся к своей беременности, когда женщина берёт на себя ответственность в период беременности за своё здоровье и будущего ребёнка, за соблюдение всех предписаний врача и акушеров – гинекологов. В этом случае, супружеский холон зрелый, отношения в семье гармоничны, беременность желанна обоими супругами.

Гипогестогнозический тип ПКГД отразил одну отрицательную корреляционную связь с показателем *поведенческая комплаентность*- ($r=-0,46$ при $p<0,05$). То есть, женщины с выраженным гипогестогнозическим типом ПКГД, при котором они не склонны менять жизненный стереотип, у них не хватает времени встать на учёт, посещать врачей, выполнять их назначения, поэтому у них отсутствует стремление к соблюдению врачебных рекомендаций направленное на преодоление определённых осложнений в ходе вынашивания ребёнка, воспринимаемое как препятствие.

Эйфорический тип ПКГД отразил четыре отрицательных корреляционные связи с показателями комплаентности: *социальная комплаентность*- ($r=-0,52$ при $p<0,05$), *эмоциональная комплаентность*- ($r=-0,49$ при $p<0,05$), *поведенческая комплаентность*- ($r=-0,60$ при $p<0,05$) и *общий уровень комплаентности*- ($r=-0,60$ при $p<0,05$). То есть, чем больше выражен данный тип гестационной доминанты у женщин с незапланированной беременностью, тем меньше проявляются (или вообще отсутствуют) перечисленные виды комплаентного поведения. И в этом случае, нередко беременность у таких женщин становится средством манипулирования, способом изменения отношений с мужем, достижения меркантильных целей. Эти женщины претенциозны, требуют от окружающих повышенного внимания, выполнения любых прихотей.

Выявленные связи согласуются с теоретическим положением И.В. Добрякова о том, что женщины, с гипогестогнозическим типом ПКГД скептически относятся к курсам дородовой подготовки, манкируют занятиями. После родов среди этой группы женщин часто отмечается гипогалактия. Уход за детьми, как правило, передоверяется другим лицам (бабушкам, няням), так как сами матери очень заняты.

В данной выборке испытуемых женщин отмечается положительная корреляционная связь с показателем локуса контроля – *интернальность* с показателем *социальная комплаентность* – ($r=0,45$ при $p<0,05$). То есть, стремление соответствовать предписаниям врача обусловленное ориентацией на социальное одобрение связано с одной из важнейших психологических характеристик личности, которой является степень независимости, самостоятельности и активности человека в достижении своих целей, развитие чувства личной ответственности за происходящие с ним события. Известно, что эта обобщенная характеристика оказывает регулирующее влияние на многие аспекты поведения человека, играя важную роль в формировании межличностных отношений, в способе разрешения кризисных ситуаций семейного и производственного характера, в отношении к терапевтическим мероприятиям и т. д.

Ранее в работе, мы отмечали, что в выборке женщин с незапланированной беременностью было обнаружено 47% женщин, которые показали высокий уровень комплаентности и выраженной интернальности.

Показатель *комплаентность поведения* по методике Мориски – Грин отразил две положительные корреляционные связи с показателями: *эмоциональная комплаентность* – ($r=0,34$ при $p<0,05$) и *общий уровень комплаентности* – ($r=0,38$ при $p<0,05$). То есть, рекомендациям врача – гинеколога испытуемых данной выборки связана со склонностью к соблюдению врачебных рекомендаций, обусловленной повышенной впечатлительностью и чувствительностью женщин.

Перейдём к Таблице 6 и Рисунку 8.

Таблица 6.

Корреляционные связи между показателями исследования в выборке женщин с незапланированной беременностью

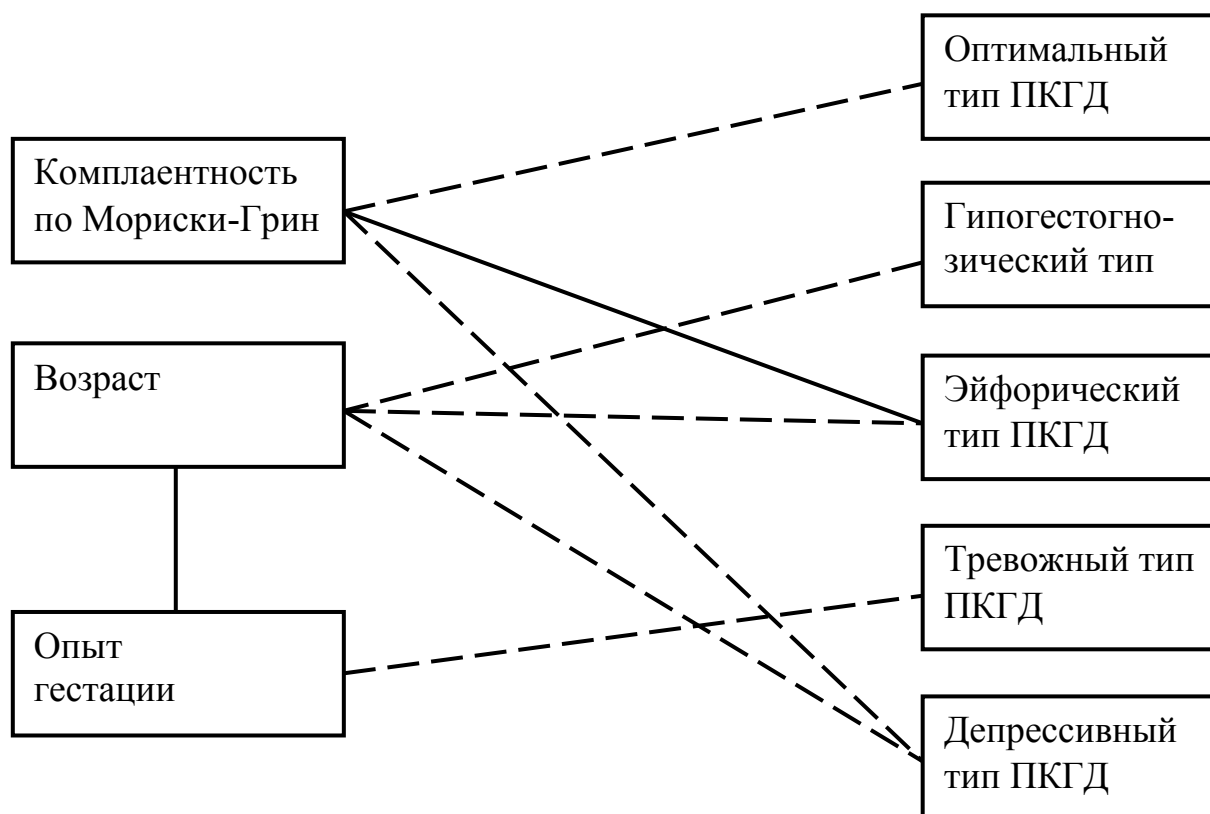
Показатели исследования	Методика И.В. Добрякова				
	Оптимальный тип ПКГД	Гипогестогонизический тип ПКГД	Эйфорический тип ПКГД	Тревожный тип ПКГД	Депрессивный тип ПКГД
Комплаентность (Мориски-Грин)	0,34		-0,38		-0,36
Возраст		-0,49	-0,36		-0,36
Опыт гестации (кол-во детей)				-0,37	

Показатель *комплаентность поведения* по методике Мориски – Грин отразил две отрицательных корреляционных связи и одну положительную с показателями: *эйфорический тип ПКГД*- ($r=-0,38$ при $p<0,05$), *депрессивный тип ПКГД* - ($r=-0,36$ при $p<0,05$) и *оптимальный тип ПКГД* - ($r=0,34$ при $p<0,05$). В этом случае можно отметить, что при выраженности оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты у женщин с незапланированной беременностью отмечается комплаентность, а при выраженности эйфорического и депрессивного, она отсутствует.

Тревожный тип ПКГД отразил одну отрицательную корреляционную связь с показателем *опыт гестации* (то есть, наличие опыта вынашивания ребёнка) - ($r=-0,37$ при $p<0,05$). То есть, высокий уровень тревоги отмечается у первородящих беременных женщин. Эта тревога, по мнению И.В. Добрякова, в некоторых случаях связана с тем, что беременная женщина либо переоценивает имеющиеся проблемы, либо не может объяснить, с чем связана тревога, которую она постоянно испытывает.

Депрессивный тип ПКГД отразил две отрицательные корреляционные связи с показателями *комплаентность* (по Мориски-Грин)- ($r=-0,36$ при $p<0,05$) и *возраст* - ($r=-0,36$ при $p<0,05$), то есть депрессивный тип

гестационной доминанты женщин с резко сниженным фоном настроения женщин, которые не верят в свою способность выносить и родить здорового ребёнка, боятся умереть в родах, определяет низкий уровень комплаентности. и т.п.



Условные обозначения:

----- - отрицательная корреляционная связь;
 _____ - положительная корреляционная связь.

Рисунок 8. Корреляционные связи между показателями исследования в выборке женщин с незапланированной беременностью.

Выявленные корреляционные связи также согласуются с положением И.В. Добрякова о том, что неблагоприятные формы перинатального комплаенса (так называемый «низкий комплаенс») наблюдается в работе с беременными женщинами, имеющими гипогестогнозический, тревожный, депрессивный, эйфорический варианты ПКГД.

По данным Таблицы 10 и Рисунка 11, также можно отметить, что

эйфорический - ($r=-0,36$ при $p<0,05$) и *гипогестогнозический* - ($r=-0,49$ при $p<0,05$) *типы ПКГД* проявляются у молодых женщин с незапланированной беременностью.

Показатель *возраст*, который также обозначался нами в дихотомической шкале (где цифрой 1 была отмечена выборка молодых женщин от 18 лет и до 25 лет, а цифрой 2 отмечался возраст более зрелых женщин от 26 лет до 38 лет) отразил корреляционную связь с показателем *количество детей* (то есть наличие опыта вынашивания ребёнка) - ($r=0,48$ при $p<0,05$), то есть чем старше женщина, тем больше она имеет опыт гестации (вынашивания беременности, и соответственно детей).

Рассмотрим результаты факторизации данных исследования по выборке женщин с незапланированной беременностью, представленные в Таблице 7. Полный вариант таблицы факторного отображения показателей исследования см. в Приложении 5.

Рассмотрим структуру первого фактора в выборке женщин с незапланированной беременностью. Эта структура включила в себя следующие показатели: *общий уровень комплаентности* (-0,957), *поведенческая комплаентность* (-0,910), *социальная комплаентность* (-0,847), *эмоциональная комплаентность* (-0,864), *эйфорический тип ПКГД* (0,761), *оптимальный тип ПКГД* (-0,699), *интернальность* (-0,753) и *комплаентность* по методике Мориски - Грин (-0,497). Перечисленные показатели находятся между собой в прямой корреляционной связи, за исключением одного показателя – *эйфорический тип ПКГД*, при выраженности которого будут отсутствовать все виды комплаентности и интернальность женщин.

Удельный вес первого фактора составил 9,62, а доля объяснимой дисперсии равна 0,33, то есть 33% от общей дисперсии. Первый фактор получил название «*фактор эйфорического типа ПКГД, объясняющего уровень комплаентности и низкий уровень интернальности женщин*».

Второй фактор вообрал в свою структуру такие показатели как: *возраст* женщин (-0,762), *интернальность* (0,691), *гипогестогнозический тип ПКГД* (0,678), *депрессивный тип* (0,661), *опыт гестации* (-0,555), *эйфорический тип* (-0,436) и *опыт гестации* (-0,618).

Удельный вес второго фактора составил 6,13, а доля объяснимой дисперсии равна 0,18, то есть 18% от общей дисперсии. Этот фактор был идентифицирован как: «*фактор гипогестогнозического и депрессивного типов ПКГД, связанных с возрастом и опытом гестации женщин*».

Таблица 7.

Факторная структура показателей исследования в выборке женщин с незапланированной беременностью

Показатели исследования	Факторы		
	1	2	3
Социальная комплаентность	-0,847		
Эмоциональная комплаентность	-0,864		
Поведенческая комплаентность	-0,910		
Общий уровень комплаентности	-0,957		
Оптимальный тип ПКГД	-0,699		
Гипогестогнозический тип ПКГД		0,678	0,473
Эйфорический тип ПКГД	0,761	-0,436	
Депрессивный тип ПКГД		0,661	
Экстернальность			0,776
Интернальность	-0,753	-0,691	
Комплаентность по Мориски - Грин	-0,497		-0,562
Возраст		-0,762	-0,442
Опыт гестации (количество детей)		-0,555	
Удельный вес фактора	9,62	6,13	3,52
Доля объяснимой дисперсии	0,33	0,18	0,13

В структуре третьего фактора в выборке женщин с незапланированной беременностью сгруппированы такие показатели, как: *гипогестогнозический тип ПКГД* (0,473), *экстернальность* (0,776), *комплаентность* по Мориски - Грин (-0,562) и *возраст* (-0,442) женщин. В данном факторе значимой явилась связь экстернальности женщин с незапланированной беременностью с

гипогестогнозическим типом ПКГД, при выраженности которых будет отсутствовать комплаентность женщин молодого возраста.

Удельный вес третьего фактора составил 3,52, а доля объяснимой дисперсии равна 0,13, то есть 13% от общей дисперсии. Третий фактор получил название *«фактор экстернальности женщин с гипогестогнозическим типом ПКГД и низкой комплаентностью женщин»*.

Таким образом, факторный анализ определил в выборке женщин с незапланированной беременностью следующие три фактора: *«фактор эйфорического типа ПКГД, объясняющего уровень комплаентности и низкий уровень интернальности женщин»*, *«фактор гипогестогнозического и депрессивного типов ПКГД, связанных с возрастом и опытом гестации женщин»* и *«фактор экстернальности женщин с гипогестогнозическим типом ПКГД и низкой комплаентностью женщин»*.

Общая доля объяснимой дисперсии первых трёх факторов составила 0,64, то есть 64% от общей дисперсии. Этот факт также позволяет предположить, что выявленные закономерности в выделенных факторах действительно характеризуют выборку женщин с незапланированной беременностью.

3.4. Сравнительный анализ эмпирических структур комплаентности женщин с запланированной и незапланированной беременностью

Для проверки гипотезы исследования о том, что эмпирические структуры комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью будут иметь как сходства, так и различия, был проведён сравнительный анализ факторных структур показателей исследования, полученных в выборках женщин с запланированной и незапланированной беременностью.

Обратимся к Таблице 8.

Таблица 8.

Сравнение факторных структур показателей исследования, полученных в выборках женщин с запланированной и незапланированной беременностью

Показатели исследования	Факторы в выборке с запланир.беремен.			Факторы в выборке с незапланир.беремен.		
	1	2	3	1	2	3
Социальн. комплаентность	0,877			-0,847		
Эмоц. комплаентность	0,860	-0,684		-0,864		
Поведен.комплаентность	0,918			-0,910		
Общ. уров.комплаентности	0,964			-0,957		
Оптимальный тип ПКГД	0,805		-0,682	-0,699		
Гипогестогнозический тип					0,678	0,473
Эйфорический тип ПКГД	-0,458		0,805	0,761	-0,436	
Тревожный тип ПКГД		-0,628			0,661	
Экстернальность			0,493			-0,776
Интернальность	0,651	-0,785		-0,753	-0,691	
Комплаен.по Мориски- Гр.				-0,497		-0,562
Возраст	0,409	-0,460			-0,762	-0,442
Опыт гестации		-0,618			-0,555	
Удельный вес фактора	8,29	5,11	3,76	9,62	6,13	3,52
ДОД	0,31	0,15	0,13	0,33	0,18	0,13

Анализируя данные сравнительной таблицы, было отмечено, что структуры первого фактора в обеих выборках женщин практически одинаковые, за исключение того, что показатели, вошедшие в первый

фактор, имеют разные знаки, значит, отражают разные корреляционные связи. Также можно заметить, что показатель комплаентности по анкете Мориски – Грин не вошёл ни в одну структуру всех трёх факторов в выборке женщин с запланированной беременностью, в то время, как в выборке женщин с незапланированной беременностью он вошёл в структуру второго и третьего факторов.

Сходство структур второго фактора в обеих выборках беременных женщин определяется тем, что он включил в свою структуру показатели *возраст* и *опыт гестации*, причём с одинаковыми знаками. В этом случае, можно отметить, что в обеих выборках беременных женщин обнаружена устойчивая корреляционная связь. В частности, можно утверждать, что ***независимо от того, запланированная или нет беременность, интернальность находится в прямой связи с возрастом и опытом гестации женщин.***

Структуры третьего фактора, полученные в выборках беременных женщин сходства не имеют, они совершенно различны.

Выявленные факторы в каждой выборке испытуемых женщин для сравнения были представлены в Таблице 9.

Так, если в выборке ***женщин с запланированной беременностью*** факторный анализ *фактор комплаентности, связанной с оптимальным типом ПКГД и интернальностью женщин; фактор интернальности, связанной с тревожным типом ПКГД, эмоциональной комплаентностью, опытом гестации и возрастом женщин и фактор эйфорического типа ПКГД, объясняющего экстернальность женщин*, то в выборке ***женщин с незапланированной беременностью*** это фактор эйфорического типа ПКГД, объясняющего уровень комплаентности и низкий уровень интернальности женщин; фактор гипогестогнозического и тревожного типов ПКГД, связанных с возрастом и интернальностью женщин и фактор экстернальности, связанной с гипогестогнозическим типом ПКГД и возрастом женщин.

Таблица 9.

Эмпирические структуры комплаентности женщин с запланированной и незапланированной беременностью

Факторы	Выборка женщин с запланированной беременностью	Выборка женщин с незапланированной беременностью
1	Фактор комплаентности, связанной с оптимальным типом ПКГД и интернальностью женщин	Фактор эйфорического типа ПКГД, объясняющего уровень комплаентности и низкий уровень интернальности женщин
2	Фактор интернальности, связанной с тревожным типом ПКГД, эмоциональной комплаентностью, опытом гестации и возрастом женщин	Фактор гипогестогнозического и депрессивного типов ПКГД, связанных с возрастом и опытом гестации женщин
3	Фактор эйфорического типа ПКГД, объясняющего экстернальность беременных женщин	Фактор экстернальности, связанной с гипогестогнозическим типом ПКГД и низкой комплаентностью женщин

Таким образом, выявленные сходства и различия в факторных структурах позволили доказать гипотезу исследования о том, что эмпирические структуры комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью будут иметь как сходства, так и различия.

ВЫВОДЫ

1. Анализ по t - критерию Стьюдента в группах испытуемых женщин определил статистически значимые различия по следующим показателям исследования:

- женщин с запланированной беременностью в большей степени характеризует *оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты*, у них в большей степени выражены *социальная комплаентность*, *эмоциональная комплаентность* и *локус контроля по интернальному типу*;

- женщин с незапланированной беременностью в большей степени характеризует *эйфорический и гипогестогнозический тип психологического компонента гестационной доминанты*, а также в большей степени выражен *локус контроля по экстернальному типу*;

Полученные результаты анализа различий согласуются с данными И.В. Добрякова о том, что беременные женщины, находившиеся на разных её сроках, достоверно различаются по показателю «локус контроля», значит, во время беременности, заканчивающейся рождением ребенка, происходят изменения в личности женщины, которые приводят к обретению новой идентичности.

Таким образом, выявленные различия позволили доказать гипотезу исследования о том, что существуют различия в выраженности показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью.

2. На основе корреляционного анализа Пирсона в каждой выборке беременных женщин были получены следующие взаимосвязи:

в выборке женщин с запланированной беременностью:

- чем более выражен психологический компонент гестационной доминанты по оптимальному типу, тем в большей степени проявляются эмоциональная и поведенческая комплаентность, и в целом, общий уровень комплаентности женщин с запланированной беременностью, и наоборот, при слабой выраженности психологического компонента гестационной

доминанты по оптимальному типу (или его отсутствию у женщин), будут снижены или отсутствовать перечисленные виды комплаентного поведения, снижен общий уровень комплаентности женщин, а также снижен уровень интернальности, то есть уровень ответственности женщин;

- у женщин с выраженным гипогестогнозическим типом ПКГД, при котором они не склонны менять свой жизненный стереотип, снижен локус субъективного контроля в отношении своей беременности;

- при выраженном эйфорическом типе ПКГД, врачей и курсы дородовой подготовки женщины посещают, но далеко не ко всем советам они прислушиваются и не все рекомендации выполняют или делают это формально, так как снижены эмоциональная, поведенческая комплаентность и в целом, общий уровень комплаентности;

- тревожный тип ПКГД, который характеризуется высоким уровнем тревоги у беременных (в нашем случае у первородящих женщин), связан с интернальностью женщин;

- при депрессивном типе ПКГД снижены эмоциональная, поведенческая комплаентность и общий уровень комплаентности;

- чем выше оценка комплаентности, как приверженности к соблюдению беременными женщинами предписаний и рекомендаций врача, тем выше уровень комплаентного поведения, при этом, у беременных женщин отмечается уровень субъективного контроля по интернальному типу;

- *опыт гестации* (то есть наличие опыта вынашивания ребёнка) тесно связан с показателем *возраст*, то есть, чем старше женщина, тем больше она имеет опыта гестации (вынашивания беременности, и соответственно детей).

в выборке женщин с незапланированной беременностью:

- чем более выражен психологический компонент гестационной доминанты по оптимальному типу, тем в большей степени проявляются социальная, эмоциональная и поведенческая комплаентность, а также в целом, общий уровень комплаентности женщин с незапланированной

беременностью, и, наоборот, при слабой выраженности психологического компонента гестационной доминанты по оптимальному типу (или его отсутствии у женщин), будут снижены или отсутствовать перечисленные виды комплаентного поведения и в целом снижен общий уровень комплаентности женщин;

- у женщин с выраженным гипогестогнозическим типом ПКГД, отсутствует стремление к соблюдению врачебных рекомендаций направленное на преодоление определённых осложнений в ходе вынашивания ребёнка, воспринимаемое как препятствие;

- чем больше выражен эйфорический тип гестационной доминанты у женщин с незапланированной беременностью, тем меньше проявляются (или вообще отсутствуют) все виды комплаентного поведения;

- стремление женщин соответствовать предписаниям врача обусловленное ориентацией на социальное одобрение связано синтернальностью;

- склонностью к соблюдению врачебных рекомендаций, обусловленной повышенной впечатлительностью и чувствительностью женщин связана с интернальностью женщин;

- при выраженности оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты у женщин с незапланированной беременностью отмечается комплаентность, а при выраженности эйфорического и депрессивного, она отсутствует;

- тревожный тип ПКГД связан с опытом гестации женщин;

- депрессивный тип гестационной доминанты женщин с резко сниженным фоном настроения женщин, которые не верят в свою способность выносить и родить здорового ребёнка, боятся умереть в родах, определяет низкий уровень комплаентности;

- эйфорический и гипогестогнозический типы ПКГД связаны с возрастом (в нашем случае, проявляются у молодых женщин с незапланированной беременностью);

- чем старше женщина, тем больше она имеет опыт гестации (вынашивания беременности), и соответственно детей;

- у первородящих, молодых беременных женщин (а их 40%) отмечаются признаки психологического компонента гестационной доминанты по *тревожному типу*. И, наоборот, у более зрелых, возрастных женщин, уже имеющих опыт вынашивания и рождения ребёнка, отсутствует ПКГД по тревожному типу (или слабо проявляется).

3. Факторизация данных исследования позволила определить эмпирические структуры комплаентности, полученные в обеих выборках беременных женщин:

в выборке женщин с запланированной беременностью: «фактор комплаентности, связанной с оптимальным типом ПКГД и интернальностью женщин», «фактор интернальности, связанной с тревожным типом ПКГД, эмоциональной комплаентностью, опытом гестации и возрастом женщин» и «фактор эйфорического типа ПКГД, объясняющего экстернальность беременных женщин».

в выборке женщин с незапланированной беременностью: «фактор эйфорического типа ПКГД, объясняющего уровень комплаентности и низкий уровень интернальности женщин», «фактор гипогестогнозического и депрессивного типов ПКГД, связанных с возрастом и опытом гестации женщин» и «фактор экстернальности женщин с гипогестогнозическим типом ПКГД и низкой комплаентностью женщин».

4. Сравнительный анализ эмпирических структур комплаентности женщин с запланированной и незапланированной беременностью показал как сходство, так и различия. Было отмечено, что структуры первого фактора в обеих выборках женщин практически одинаковые, за исключением того, что показатели, вошедшие в первый фактор, имеют разные знаки, значит, отражают разные корреляционные связи.

Сходство структур второго фактора в обеих выборках беременных женщин определяется тем, что он включил в свою структуру показатели

возраст и опыт гестации, при чём с одинаковыми знаками, то есть в обеих выборках беременных женщин обнаружена устойчивая корреляционная связь: независимо от того, запланированная или нет беременность, интернальность находится в прямой связи с возрастом и опытом гестации женщин.

Структуры третьего фактора, полученные в выборках беременных женщин совершенно различны (они перечислены выше), Так, была доказана частная гипотеза исследования о том, что эмпирические структуры комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью будут иметь как сходства, так и различия.

Таким образом, все задачи исследования были решены, а его гипотезы нашли своё подтверждение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данном исследовании была высказана и получила подтверждение основная гипотеза о том, что существует специфика взаимосвязи показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности, полученных в выборках женщин с запланированной и незапланированной беременностью.

Использованные в практической части исследования методики исследования комплаентного поведения, субъективного локуса контроля и определения типа психологического компонента гестационной доминанты беременных женщин с запланированной и незапланированной беременностью показали свою удовлетворительную пригодность для диагностики.

Мы выяснили, что комплаентное поведение беременных женщин связано с типом гестационной доминанты и локусом контроля в выборках испытуемых женщин с запланированной и незапланированной беременностью.

В исследовании показано, что соотношение между параметрами возраст и опыт гестации женщин носит неслучайный, устойчивый характер. Несмотря на некоторые различия в проявлении субъективного локуса контроля и психологических компонентов гестационной доминанты в обеих выборках беременных женщин обнаружена устойчивая корреляционная связь, которая заключается в том, что независимо от того, запланированная или нет беременность, связь интернальности с возрастом и опытом гестации женщин остается практически неизменной.

Факторная структура инвариантных психологических компонентов гестационной доминанты и показателей комплаентного поведения испытуемых беременных женщин включает по три значимых фактора, различающихся своим наполнением.

Таким образом, выдвинутая гипотеза о существовании инвариантных

особенностей взаимосвязи показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности, полученных в выборках беременных женщин, обусловленных спецификой запланированной и незапланированной беременности, подтверждается эмпирическими данными.

В целом, можно отметить, что типы психологических компонентов гестационной доминанты определяют тесную связь со всеми видами комплаентности и локусом контроля беременных женщин, а также возрастом женщин и предыдущим опытом гестации.

Принцип организации психологического компонента гестационной доминанты в целостную систему не только позволяет предсказывать различия в содержании итогового отношения к беременности у женщин, но и дает возможность прогнозировать те факторы и влияния, от которых в конечном итоге зависит уровень ответственности женщин в ходе дородовой подготовки и степень её положительности.

В ходе исследования, обнаружено, что женщин с запланированной беременностью в большей степени характеризует оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты, у них в большей степени выражены социальная комплаентность, эмоциональная комплаентность и локус контроля по интернальному типу. Женщин с незапланированной беременностью в большей степени характеризует эйфорический и гипогестогнозический тип психологического компонента гестационной доминанты, а также в большей степени выражен локус контроля по экстернальному типу.

Таким образом, была доказана частная гипотеза о том, что существуют различия в выраженности показателей отношения к беременности, локуса контроля и комплаентности у женщин с запланированной и незапланированной беременностью.

Взаимосвязь гестационной доминанты с характеристиками комплаентного поведения беременных женщин носит как непосредственный, так и опосредованный характер.

Всё вышеизложенное позволяет констатировать, что тип гестационной доминанты в молодом (от 19 до 29 лет) и более зрелом возрасте женщин (от 30 до 44 лет) обусловлен особым взаимодействием внутренних психологических детерминант (локуса контроля, комплаентность) и внешних условий (матримониальный статус женщины, стадия зрелости супружеского холона, количество и возраст детей, мотивы беременности, отношение семьи к беременности, основные моменты соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, особенности протекания беременности, отношение к беременной родственников и близких, а также посторонних людей и т.п.).

Чтобы понять, что отношение к беременности, локус контроля и комплаентность женщин с запланированной и незапланированной беременностью имеют свою специфику, мы не смогли внедрить какие-либо исследования, так как они отсутствуют. Существующие исследования И.В. Добрякова рассматривают перинатальный комплайенс в связи с дородовой подготовкой женщин и разработкой алгоритма прохождения курса Школы молодых родителей.

Поэтому в качестве «отдалённых предпосылок» прибегаем к косвенным свидетельствам, то есть результатам исследований И.В. Добрякова (2009), который разработал методику отношения к беременности и вывел пять типов психологических компонентов гестационной доминанты. Полученные И.В. Добряковым данные говорят о том, что женщины с гипогестогнозическим типом ПКГД нередко скептически относятся к курсам дородовой подготовки, манкируют занятиями, а также неблагоприятные формы перинатального комплайенса (так называемый «низкий комплайенс») наблюдается в работе с беременными женщинами, имеющими гипогестогнозический, тревожный, депрессивный, эйфорический варианты ПКГД.

Мы допускаем возможность присутствия возрастных аспектов и опыта гестации в комплаентности поведения беременных женщин, так как

женщины, имеющие более двух детей, действительно реже посещают школу дородовой подготовки (или не посещают вообще).

Перспективным направлением дальнейшего исследования комплаентности и гестационной доминанты беременных женщин, думаю, является изучение её специфики с применением других личностных методик.

Таким образом, многостороннее исследование структуры комплаентности расширит представления о свойствах личности беременных женщин, и откроет новые возможности для различного рода психологических практик с беременными женщинами.

На основании проведенного нами исследования и полученных результатов нами были разработаны рекомендации для специалистов и персонала женских консультаций по профилактике и коррекции не оптимальных типов гестационной доминанты беременных женщин.

РЕКОМЕНДАЦИИ

для специалистов и персонала женских консультаций по профилактике и коррекции не оптимальных типов гестационной доминанты

- Своевременно проводить скрининговое обследование женщин, встающих на учет в женской консультации беременных.
- Способствовать формированию интереса и ответственности к этической оценке патернализма акушеров-гинекологов у персонала женской консультаций, перинатальных психологов по отношению к пациенткам и их родственникам.
- Стремиться к более тщательному изучению анамнестических сведений, клинико-психологических наблюдений за беременными женщинами и бесед с ними.
- Активизировать психопрофилактическую работу, связанную с выявлением среди беременных групп риска по нервно-психическим расстройствам, прежде всего, в определении у беременных женщин предрасположенности к нервно-психическим расстройствам, выделении их в группу риска и своевременном оказании им психологической помощи.
- Совершенствовать программы дородовой подготовки женщин, используя повышенную внушаемость беременных, с применением психотехник прямого или косвенного внушения женщинам, что роды могут пройти благополучно только в случае строгого исполнения рекомендаций.
- Совершенствовать грамотное проведение дородовой подготовки женщин по алгоритму прохождения курса Школы молодых родителей, разработанным И.В. Добряковым, которое позволит во многом снизить риск осложнений течения беременности и родов.
- Персоналу клиники стремиться улучшать взаимодействия врача с пациенткой и ее родственниками, строящихся на платформе сотрудничества и партнерства, что будет способствовать формированию комплайенса и росту

доверия пациенток к врачу, психологу, готовности следовать их рекомендациям и снижению тревоги.

- Разработать критерии оценки эффективности коррекционной и психотерапевтической работы, с последующим применением на практике для определения эффективности курсов дородовой подготовки, (с этой целью проводить до начала проведения курса и после его завершения скрининговые исследования, при этом сравнивая результаты).

- Повышая эмоциональный фон настроения у беременных женщин, веру в свою способность выносить и родить здоровое дитя, и снижая страх предстоящих родов, стремиться к снижению депрессивного типа ПКГД и отсутствию дисморфоманических идей у женщин.

- Выявлять тип ПКГД на ранних этапах протекания беременности, чтобы разобраться в том, как складывались отношения в семье в связи с беременностью, рождением ребёнка, и тем самым, прогнозировать каким образом будет формироваться тип привязанности и стиль семейного воспитания (особенно женщин с гипогестогнозическим, тревожным, депрессивным и эйфорическим вариантами ПКГД).

- Формируя комплаентность у женщин с эйфорическим типом ПКГД стремиться способствовать изменению истерических черт личности (претенциозности, требования повышенного внимания, выполнения любых прихотей и т.п.) и повышение уровня ответственности беременных женщин.

- Для снятия излишней тревоги способствовать формированию у беременных женщин оптимального типа ПКГД, формировать ответственное отношение к своей беременности, посредством терапии супружеского холона, побуждать к посещению курсов дородовой подготовки, «рисовать» перспективу нежелательных патологических осложнений в развитии беременности.

- Способствует формированию гармонического типа семейного воспитания будущего ребёнка посредством групповых занятий психотерапевтических встреч.

- Организовать психологический лекторий для женщин с гипогестогнозическим типом гестационной доминанты.

- Обучать медицинский персонал психологическим стратегиям работы с пациентками и членами их семей, с учётом основ деонтологии.

- Организовать лекторий (проведение бесед) с персоналом по ознакомлению с показателями низкого комплаенса, который затрудняет взаимопонимание и работу с пациенткой, что может послужить одной из причин появления осложнений течения беременности.

- Способствовать осознанию женщин необходимости формирования перинатального комплаенса на самых ранних этапах гестации, и формированию целенаправленной в этом направлении работы, структурирующей деятельность перинатальных психологов, психотерапевтов, акушеров-гинекологов, являющихся профилактикой осложнений беременности и родов, и предупреждающих возникновение у беременных женщин ятрогений и дидактогений.

- Включить в скрининг-диагностику во втором триместре следующие аспекты: психологическое тестирование, интервью о текущем эмоциональном состоянии, семейной ситуации, выявление жалоб, неблагоприятных ситуаций, интервью, посвященное оценке переживания шевелений и уточнение индивидуального алгоритма прохождения курса психопрофилактики.

- Работу с беременными женщинами проводить в заранее сформированных группах по типу ПКГД, отделив при этом практически здоровых беременных женщин, находящихся в состоянии психологического комфорта, и имеющих оптимальный тип ПКГД.

- Включать в «группу риска» женщин, имеющих эйфорический, гипогестогнозический или тревожный типы ПКГД, с повышенной вероятностью развития нервно-психических нарушений, соматических заболеваний или обострения хронических расстройств.

- Отдельно выделить группу женщин, имеющих гипогестогнозический и тревожный типы ПКГД, так как вероятность клинических проявлений у них значительно больше. (в эту группу включать женщин, имеющих депрессивный тип ПКГД, с нервно-психическими расстройствами различной степени тяжести).

- Выявлять у беременных женщин предрасположенность к нервно-психическим нарушениям на ранних этапах их развития, и ориентировать врачей и психологов на оказание соответствующей помощи (своевременно и адекватно оказанная помощь не только улучшает ситуацию в семье, течение беременности и родов, но и является профилактикой недостатка грудного молока (гипогалактии), послеродовых невротических и психических расстройств).

- Для снятия излишней тревоги способствовать формированию у беременных женщин оптимального типа ПКГД, формировать ответственное отношение к своей беременности, посредством терапии супружеского холона, побуждать к посещению курсов дородовой подготовки, «рисовать» перспективу нежелательных патологических осложнений в развитии беременности.

- Способствовать формированию гармонического типа семейного воспитания будущего ребёнка посредством групповых занятий - психотерапевтических встреч.

- В рамках организованной индивидуальной семейной терапии способствовать развитию матримониального статуса женщин, с учётом стадии зрелости супружеского холона, основываясь на мотивах беременности и отношении семьи к беременности, а также основных моментов соматического и акушерско-гинекологического анамнеза женщин и, особенностей протекания беременности.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Баженова, О.В., Баз Л.Л., Копыл О.А.* Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка [Текст] // Синапс. 1993. N 4.
2. *Бажин, Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткин А.М.* Метод исследования уровня субъективного контроля. [Текст] // Психологический журнал – 1994 –Т. 5 - № 3 – С. 152-163
3. *Барановская, Т.И.* Развитие базовых качеств матери и психическое развитие младенца в возрасте 3-4 и 7-8 месяцев (лонгитюдное исследование) женщины. [Текст] //Перинатальная психология, №2, 2004.
4. *Белюсова, Е.Д.* Проблема комплаентности у пациентов, страдающих эпилепсией. [Текст] – М.: Когито-центр, 2015.
5. *Березин, Ф.Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека. [Текст] -Л: Наука. 2004.
6. *Блейхер, В.М., Крук И.В., Боков С.Н.* Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов. [Текст] – М.: МПСИ, НПО МОДЭК, 2002.
7. *Васильева, О.С., Филатов Ф.Р.* Психология здоровья человека. Учебное пособие для студентов вузов. [Текст] - М.2008.
8. *Василюк, Ф.Е.* Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. [Текст] - М., 2004. - 328 с.
9. Большой толковый психологический словарь. Т.1 (А-О). Пер. с англ./ Ребер Артур. М.: ООО «Изд-во АСТ»; «Изд-во «Вече». [Текст] -2001. 592 с.
10. Большой словарь иностранных слов /Сост. А.Ю. Москвин. [Текст] — М.: ЗАО Центрполиграф, 2008. — 685 с.
11. *Бударина, В.А., Аранович И.Ю.*Ценностные ориентации беременных женщин с различными типами психологического компонента

- гестационной доминанты. Бюллетень медицинских Интернет - конференций (ISSN 2224- 6150) 2014. Том 4. № 11.
12. *Боровикова, Н.В.* Акмеологический потенциал беременной женщины. Социально-психологический анализ. [Текст] - М. «Социнновация» 2008.
13. *Волков, А.Е., Рымашевский Н.В.* Психологические особенности женщин в динамике физиологической беременности [Текст] // Современные направления психотерапии и их клиническое применение. Материалы Первой всероссийской учебно-практической конференции по психотерапии. - М., 1996.
14. *Городнова, М.Ю.* Проблемы формирования приверженности к системе оказания мультипрофессиональной помощи у ВИЧ-инфицированных наркозависимых женщин [Текст] // Научное издание «ВИЧ-инфекция у женщин и детей. Актуальные вопросы совершенствования профилактики, диагностики и лечения» Сборник статей и тезисов. СПб: Изд-во «Человек и его здоровье», 2013. - С. 42-49.
15. *Добряков, И.В.* Перинатальная психотерапия. Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода /Сост. А.Н. Васина. [Текст] - М.: Изд-во УРАО, 2005 С.38 – 41.
16. *Добряков, И.В.* Организация работы психотерапевтического кабинета в женской консультации. Методические рекомендации. [Текст] 06//370/855. Москва – 2009.
17. *Дьяченко, М. И., Кандыбович Л.А.* Психология: [Текст] Словарь-справочник. Минск, 2008.
18. *Елисеев, О.П.* Практикум по психологии личности *Локус контроля* [Текст] / – СПб., 2003. С.413-417.
19. *Ермолаев, О.Ю.* Математическая статистика для психологов: учебник [Текст] / О.Ю. Ермолаев.- РАО, МПСИ: Флинта, 2004.-336с.
20. *Захаров, А.И.* Влияние эмоционального стресса матери на течение

- беременности и родов. Сборник материалов конференции «Перинатальная психология и родовспоможение», [Текст] СПб 1997, с. 54.
21. *Кабанов, М.Н., Личко А.Е., Смирнов В.М.* Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 2009.
22. *Карвасарский, Б.Д.* Психотерапевтическая энциклопедия. [Текст] – СПб.: Питер Ком, 2008. – 752 с.
23. *Кадыров, Р.В.* Опросник «Уровень комплаентности»: монография / Р. В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук. ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» (ТГМУ), кафедра общепсихологических дисциплин [Текст] – Владивосток: Мор.гос. ун-т, 2014. – 74 с.
24. *Коваленко, Н.П.* Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщины в период беременности и родов. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. [Текст] СПб, 1998.
25. *Кондаков, И.М., Ниловец М.Н.* Экспериментальное исследование структуры и личностного контекста локуса контроля [Текст] // Психологический журнал. 2005. Т. 16. N 1.
26. *Копыл, О.А., Баз Л.Л., Баженова О.В.* Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка [Текст] // Синапс. 1993. N 4. С. 35-42.
27. *Кочнева, М.А.* Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности [Текст] // Акушерство и гинекология. - 1990. - № 3. - С. 13–16.
28. Краткий психологический словарь. – Ростов – на – Дону: «ФЕНИКС». Л.а. Карпенко, А.П. Петровский, [Текст]- М.Г. Ярошевский. 1998.
29. *Ксенофонтова, Е.Г.* Исследование локализации контроля личности - новая версия методики «Уровень субъективного контроля» [Текст] // Психологический журнал. 2012. Т. 20. N 2.

30. *Леонова, М.В., Мясоедова Н.В.* Практические аспекты лечения АГ: эффективность и комплаентность. Российский государственный медицинский университет, кафедра клинической фармакологии, [Текст] -Москва. 2015.
31. *Мамиев, О.Б.* Влияние психоэмоционального статуса беременных на исход родов матери и плода [Текст] // Материалы научных исследований по основным направлениям вуза. - Астрахань, 1996. - № 5.
32. *Маринова, Д.* Роль психических факторов в возникновении позднего токсикоза беременности [Текст] // Психодиагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. — Л., 1990. — С. 143–145
33. *Менделевич, В.Д.* Клиническая медицинская психология. [Текст]- М., «МЕД пресс», 2001., 592 с.
34. *Мещерякова, С.Ю.* Психологическая готовность к материнству [Текст] // Вопр. психол. 2000. N 5. С. 18-27.
35. *Могилевская, Е.В.* Влияние типа психологического сопровождения беременных на их отношение к родам и родительству женщины [Текст] // Вопр. психол. 2004. N 5. С. 48-57.
36. *Муздыбаев, К.* Психология ответственности. [Текст]- Л., 2003
37. *Оганов, Р.Г.* Профилактика заболеваний и укрепления здоровья. [Текст] //Российский медицинский журнал. № 5. 2012.
38. *Пантилеев, С.Р.* Методы измерения локуса контроля [Текст] // Общая психодиагностика / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. М.: Изд. МГУ, 2007. с. 278–285.
39. Психологический словарь. [Текст] /под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова.- 2-е изд., М.: Астрель; АСТ: Транзиткнига, 2006 доп.
40. Психология: современные направления междисциплинарных исследований. Материалы конференции. Под ред. А. Журавлева и Н. Тарабриной. ИП РАН. 2008. 488 с.

41. Психология: Словарь. Под общей редакцией Петровского А.В., Ярошевского М.Г., 2-ое издание, Политиздат, 2002.
42. Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы. Учебное пособие для врачей и психологов [Текст] / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. - Изд. 2-е, испр. и доп. - СПб: Речь, 2010. - 425с.
43. Психотерапевтическая энциклопедия [Текст] / Под ред. Б.Д. Карвасарского. - СПб.: Питер, 2002. - 1024 с.
44. Рамих, В.А. Материнство как социокультурный феномен: Дис.... д-ра психол. наук [[Эл.ресурс](#)] / В. А. Рамих. Ростов-на Дону, 1997. С.130-149.
45. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии. [Текст]- М., 1996.
46. Руководство врачам и медицинским сестрам амбулаторно-поликлинических учреждений. [Текст] М. 2008.
47. Старостина, Е.Г., Володина М.Н. Роль комплаентности в ведении больных диабетом. [Текст] «РМЖ» № 8. – 2015.
48. Филиппова, Г.Г. Образ мира и мотивационные основы материнства. [Текст] // Проблемы изучения и развития личности дошкольника. Пермь, 2005. С. 31-36.
49. Филиппова, Г.Г. Материнство: сравнительно-психологический подход. [Текст] // Психол. журн. 2009. Т. 20. N 5. С. 81-88.
50. Фрейд, А. Психология «Я» и защитные механизмы. [Текст]- М., 1993
51. Цепов, Л.М., Голева Н.А. Формирование ответственности стоматологического пациента за свое здоровье. [Текст] // «Стоматология детского возраста и профилактика». Смоленская государственная медицинская академия. «РМЖ» № 10. - 2015.
52. Эйдемиллер, Э.Г. Семейный комплаенс и психотерапия детей, подростков и взрослых с ВИЧ-инфекцией. [Текст] // Международная научно-практическая конференция «Дети и ВИЧ-инфекция» 29.06. - 01.07.2011 г., Санкт-Петербург. - С.194-198.

- 53.Энциклопедический словарь медицинских терминов: 3-х томах /Гл.
ред. Б.В. Карвасарского. [Текст] – СПб.: Питер Ком, 2004. – 645 с.
- 54.<http://www.medmoon.ru/ezo/> - понятие гестационной доминанты