

УДК 159.99

Ременюк Ю.О., Бурина Е.А.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

**Субъективное отношение женщин к беременности
в связи с профилактикой фетального алкогольного синдрома**

**The Subjective Attitude to Pregnancy of Women
due to Fetal Alcohol Syndrome Prevention**

Аннотация

Исследование, описанное в данной статье, направлено на изучение субъективного отношения женщин к беременности в связи с профилактикой фетального алкогольного синдрома. 35 женщин детородного возраста (средний возраст 27 лет), не имеющие беременности в анамнезе, физиологически способные иметь детей, были исследованы с помощью следующих методов: интервью, личностный опросник «Большая пятерка», методика оценки уровня субъективного контроля, методика изучения временной перспективы личности. По результатам исследования была выявлена низкая осведомленность женщин детородного возраста о ФАС, достаточно низкий уровень употребления алкоголя и высокий уровень использования средств эффективной контрацепции. Вследствие чего, риск возникновения ФАС был обнаружен лишь у нескольких женщин, принявших участие в исследовании. Взаимосвязь индивидуально-психологических характеристик, риска в употреблении алкоголя и использовании методов контрацепции не обнаружена. С помощью качественных методов были выделены категории отношения к беременности у женщин, планирующих беременность: реалистичный, гармоничный, отвергающий, негативный, тревожный, нейтральный и амбивалентный. Также были описаны соответствующие эмоции и чувства для каждой категории, причины и характерные для этого периода изменения. Взаимосвязь между категориями и индивидуально-психологическими характеристиками женщин не выявлена. Результаты данного исследования могут быть применимы в профилактических целях: повышение информированности о вреде алкоголя, увеличение осведомленности о ФАС. Выявленные категории могут помочь в определении отношения женщины к беременности и на этапе планирования беременности скорректировать поведение, сделав его более здоровьесберегающим.

Ключевые слова: беременность, отношение к беременности, женщины репродуктивного возраста, фетальный алкогольный синдром, профилактика

Abstract

The research was aimed at studying the subjective attitude of women to pregnancy in connection with the prevention of fetal alcohol syndrome. 35 women of childbearing age (mean age 27 years) who did not have a history of pregnancy, physiologically able to have children, were examined using the following methods: interview, personal questionnaire «Big Five», method of assessing the level of subjective control, a technique for studying the temporal perspective of the individual. According to the results of a study conducted using mathematical and statistical methods, low awareness of women of childbearing age about FAS, a low level of alcohol consumption and a high level of use of effective contraception were revealed. As a result, the risk of FAS was found in the minority of women who entered the study. The relationship between individual psychological characteristics, risk in alcohol use and the use of methods of contraception is not found. With the help of qualitative methods, the categories of attitudes toward pregnancy in women planning pregnancy were identified: realistic, harmonious, rejecting, negative, anxious, neutral and ambivalent. Also, the corresponding emotions and feelings for each category, the causes of pregnancy and the changes characteristic of this period were described. The relationship between categories and individual psychological characteristics of women is not revealed. The results of this study can be used for preventive purposes: raising awareness about the dangers of alcohol, increasing awareness of the FAS. The identified categories can help in determining the attitude of a woman to pregnancy and at the stage of pregnancy planning adjust behavior, making it health-saving.

Keywords: pregnancy, attitude to pregnancy, women of child-bearing age, fetal alcohol syndrome, prevention

Введение

В последние десятилетия одной из важнейших проблем в нашей стране явилось появление признаков демографического кризиса. Сокращение рождаемости привело к различным масштабным мероприятиям со стороны государства в экономической, социальной и других сферах. По данным федеральной службы государственной статистики за 2017 год не отмечается заметного повышения уровня рождаемости. Ситуация усугубляется осложнениями протекания беременности у женщин, преждевременными родами, рождением детей с различными нарушениями физического или психического спектра. Одним из таких нарушений может выступить фетальный алкогольный синдром (ФАС) – расстройство, возникающее у ребенка при употреблении женщиной алкоголя во время беременности. Распространенность ФАС составляет от 2 до 7 на 1000 новорожденных детей (Пальчик, Легонькова, 2011).

Причиной сложившейся ситуации может являться отсутствие комплексного медицинского и психологического подхода к вопросам зачатия, беременности и рождения ребенка (Беребин, 2005). Медицинские специалисты уделяют особое внимание женщине в период беременности, в частности, ее физиологическому здоровью, при этом психическое состояние и реальное поведение беременной, зачастую, остается скрыто от врача. Также немаловажным является отношение женщины к собственной беременности и вынашиваемому ребенку, ее мысли об этом, чувства и эмоции.

В последнее время количество исследований беременных женщин, посвященных изучению отношения к беременности, возрастает. Все больше исследователей интересуются данной тематикой, анализируя изучаемый аспект среди различных категорий женщин, делают попытки выявить типы отношения к беременности, на основании чего разрабатываются психотерапевтические программы (Добряков, 2014; Рабовлюк, 2012; Серебрякова, 2012; Нечаева, Беребин, 2010). Разработано большое количество

различных мероприятий, направленных на беременных женщин, но, вместе с тем, не придается должного значения тем женщинам, которые находятся на этапе планирования беременности. На этапе планирования женщина имеет определенное представление о беременности и собственное отношение к ней. Отношение женщины к беременности может влиять на ее поведение, эмоциональное состояние до и во время беременности, а в последствии – и на рождение здорового ребенка.

Отношение к беременности

В медицинской психологии беременность рассматривается как некое «третье состояние», то есть специфический вариант здоровья, и является элементом континуума «здоровье-болезнь», отражаясь в сознании женщины, сочетается с внутренней картиной беременности так же, как и другие клинические феномены (Нечаева, Штрахова, 2003).

В психологии существуют различные взгляды на период беременности. Множество исследований посвящено изучению периода беременности, как жизненного кризиса, при котором происходит не только перестройка образа жизни, но и перестройка личности женщины (Васильева, Могилевская, 2001).

В некоторых источниках беременность рассматривается как синдром – новое психогенное состояние, вызванное оплодотворением. Синдром ограничивается определенным промежутком времени, начинающимся с момента осознания женщиной ее нового положения, и заканчивающийся тем, что образ ребенка в восприятии женщины переходит от фантастического к реальному (Боровикова, 1998).

Исходя из концепции В.Н. Мясищева «беременность – это психологическое проявление субъектного отношения», включает эмоциональный, когнитивный и мотивационно-поведенческий компоненты (Мясищев, 1993). Л.С. Выготский вводит также чувственный компонент, который основывается на соматических и психофизиологических изменениях.

Г.Г. Филиппова, говоря об отношении к беременности, использует понятие стиль переживания беременности. Данный стиль состоит из физического и эмоционального переживания момента идентификации беременности, переживания симптоматики беременности, включает в себя преобладающий фон настроения женщины в период беременности, переживание первого шевеления и др. (Филиппова, 2002).

И.А. Аршавский использует термин гестационная доминанта – формирование стойкого очага возбуждения в центральной нервной системе, направленного на вынашивание, рождение и выхаживание ребенка. Гестационная доминанта имеет два компонента: физиологический и психологический, в соответствии с физиологическими и психическими изменениями женщины в период беременности (Аршавский, 1967). На основе этой идеи и концепции отношений В.Н. Мясищева, И.В. Добряков рассматривает психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) как совокупность механизмов психической саморегуляции, активизирующихся во время возникновения беременности и направленных на ее сохранение и адаптацию к ней. По мнению автора, именно ПКГД формирует отношение женщины к собственной беременности (Добряков, 2010).

Обычно выделяют следующие типы отношения к беременности: гармоничный, тревожный, эйфорический, игнорирующий, амбивалентный, отвергающий (Нечаева и др., 2005). И.В. Добряков выделяет следующие типы гестационной доминанты: оптимальный, эйфорический, гипогестогнозический, тревожный, депрессивный (Добряков, 2005).

В некоторых источниках предлагается использовать не только 5 типов, выделенных И.В. Добряковым, но также разделить данные типы на подтипы. Например, в оптимальном типе ПКГД выделяется чисто-оптимальный подтип, оптимально-эйфорический, оптимально-гипогестогнозический, оптимально-тревожный, оптимально-депрессивный. Аналогичным способом выделяются

подтипы в остальных типах. Также был выделен смешанный подтип ПКГД. Данное деление позволяет более детально дифференцировать ПКГД беременных женщин (Рабовлюк, 2012).

Фетальный алкогольный синдром

Впервые упоминание о фетальном алкогольном синдроме (ФАС), как об общественной проблеме здравоохранения, появилось не так давно. В 1973 году К. Jones и D. Smith, впервые употребив термин «Фетальный Алкогольный Синдром», описали специфические особенности нарушений у детей, чьи матери принимали алкоголь во время беременности (Clarke, Gibbarb, 2003). Именно с этого момента ФАС стал серьезной проблемой общественности, появились исследования, началась разработка профилактических программ, стало возрастать количество научных публикаций, в частности на русском языке.

ФАС (Фетальный алкогольный синдром, Fetal Alcohol Syndrome) – расстройство, возникающее вследствие употребления алкоголя матерью в пренатальный период. Является главной причиной нарушений умственного развития, которые можно предотвратить.

Также широко используется понятие: ФАСН (FASD – Fetal Alcohol Spectrum Disorders) – Фетальный алкогольный спектр нарушений – термин, относящийся к индивидуумам, у которых может быть более одного из признаков, связанных с ФАС, но не демонстрирующим всех признаков, согласно которым может быть поставлен четкий диагноз (Марьянн, 2013).

ФАС имеет множество признаков, которые можно отнести к следующим клиническим проявлениям: мозговые аномалии и расстройства, связанные с центральной нервной системой; пренатальный и/или постнатальный дефицит роста и веса; лицевые аномалии (короткая глазная щель, сглаженный губной желобок, тонкая верхняя губа).

Известно, что одной из основных причин возникновения ФАС является употребление алкоголя женщиной в период беременности. Причем существует определенная корреляция между количеством употребляемого алкоголя и тератогенными воздействиями на плод и ребенка. Чем больше алкоголя употребляет беременная женщина, тем более вероятно, что ребенок родится с ФАС. Если женщина умеренно употребляет алкоголь, то у ребенка могут наблюдаться менее выраженные нарушения (поведенческие, когнитивные проблемы) (Балашова, Волкова, Исурина, Пальчик, Цветкова, Шапкайтц, 2012).

В здравоохранении принята универсальная мера алкоголя – доза или порция (drink). Это любой напиток, содержащий 14 г чистого алкоголя. Одна доза определена примерно, как 45 мл водки (1 рюмка) или 150 мл сухого вина (12°) или 100 мл крепленого вина (18°) или 250 мл джина с тоником (7°) или 350 мл пива (5°).

В связи с этим к группе риска можно отнести женщину, которая употребляет: 4 и более доз за один вечер (примерно за 2 часа застолья) и/или 7 и более доз в неделю.

Для беременной женщины или планирующей беременность женщины, употребление любого количества алкоголя является опасным, т.к. любое количество употребляемого алкоголя повышает возникновение ФАС у ребенка (Балашова, Дикке, Исурина и др., 2012).

Основным методом предотвращения ФАС является скрининг всех женщин детородного возраста, направленный на выявление женщин, относящихся к группе высокого риска. Особое внимание необходимо уделять следующим группам: женщины, планирующие беременность или уже беременные, женщины детородного возраста, не использующие контрацепцию, пьющие женщины группы высокого риска (Марянян и др., 2013). Скрининговое исследование помогает выявить женщин, которых необходимо проинформировать о последствиях алкоголя (краткосрочное вмешательство) и/или предоставить помощь (специализированное лечение).

Информирование (активное/пассивное) является одним из разделов первичной профилактики ФАС. К активному информированию можно отнести подробный рассказ женщинам о последствиях употребления алкоголя во время беременности, в частности, о ФАС, его проявлениях, длительности, последствиях. Пассивное информирование может заключаться в выдаче информационных брошюр женщинам, в которых подробно описано расстройство (Регентова, 2012).

Предполагается, что даже пассивное информирование эффективно влияет на повышении осведомленности женщин о расстройстве, и впоследствии может оказать влияние на изменение поведения женщины (Ременюк, Бурина, 2017).

Наряду с информированием выделяют еще один эффективный способ профилактики – краткосрочное вмешательство. Цель метода заключается в уменьшении риска возникновения симптомов ФАС. Вмешательство может проводиться психологами, а также врачами различных профилей. Метод реализуется в течение 3-5 минут и состоит из 5 последовательных шагов: спросить, предоставить обратную связь, дать рекомендацию, помочь, проследить (Балашова, Волкова, Исурин, Пальчик, Цветкова, Шапкойц и др., 2012).

В рамках данного исследования осуществлялась первичная профилактика в виде информирования как пассивного, так и активного.

Методы, материалы и организация исследования

Целью данного исследования явилось изучение субъективного отношения женщин к беременности в связи с профилактикой фетального алкогольного синдрома.

Задачи исследования: изучение социально-демографических характеристик женщин детородного возраста; изучение знаний женщин о фетальном алкогольном синдроме; изучение поведения женщин в отношении

употребления алкоголя и использования средств контрацепции, т.е. риска возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя; сравнительное изучение объективных знаний женщин о ФАС и поведения в отношении употребления алкоголя, а также применения средств контрацепции; изучение индивидуально-психологических особенностей (личностных характеристик, уровня субъективного контроля, временной перспективы личности) женщин, попавших в группы риска по употреблению алкоголя и использованию средств контрацепции; изучение отношения к беременности женщин детородного возраста; сравнительное изучение отношения к беременности, индивидуально-психологических особенностей, риска по употреблению алкоголя и использованию средств контрацепции у женщин детородного возраста.

Для реализации данного исследования практическими базами для набора респонденток стали несколько медицинских учреждений города Санкт-Петербурга.

В качестве респонденток в исследование приглашались женщины детородного возраста. Все женщины проходили скрининг на предмет соответствия критериям включения в выборку. Если женщина подходила по данным скрининга в исследование, с целью соблюдения всех этических аспектов, с ней подписывалось информированное согласие об участии в исследовании.

Выборку составили 35 женщин, проживающие в городе Санкт-Петербурге. Согласно дизайну исследования, женщины, подходящие в исследование, соответствовали следующим критериям: детородный возраст (18-44), не имеющие в анамнезе беременностей и патологий репродуктивной функции, т.е. женщины, физиологически способные иметь детей. Большинство респонденток имеет высшее образование, работает по найму и имеет средний доход. Подавляющее число женщин никогда не состояло в браке или состоит в официальном браке.

Для реализации задач исследования были самостоятельно разработаны следующие методы:

- 1) скрининг (на удовлетворение критериям включения в исследование);
- 2) интервью: анкета (социально-демографическая информация, знания о ФАС, поведение в отношении употребления алкоголя и применения контрацепции), глубинное интервью, направленное на изучение отношения к беременности.

Для изучения индивидуально-психологических характеристик были подобраны следующие психодиагностические методы.

1) Методика «Большая пятерка» (1994; адаптация и стандартизация Яничева, 2003), основана на пятифакторной модели личности, разработанной W.T. Norman, E.F. Borgatta в 1960-х годах (John, 1999). С 1990-х годов в России появилось несколько адаптаций тест-опросника, в частности, в 2003 году Д.П. Яничевым методика была адаптирована и стандартизирована (Хромов, 2000; Яничев, 2006). Методика состоит из 30 прилагательных, направленных на изучение пяти личностных характеристик – 5 шкал: «экстраверсия», «самосознание и организованность», «готовность к согласию и сотрудничеству», «эмоциональная стабильность», «личностные ресурсы».

2) Методика уровня субъективного контроля (Бажин, Голынкина, Эткинд, 1984). Методика анализирует локус контроля личности в различных жизненных ситуациях. В основе методики лежит концепция Дж. Роттера и созданная им методика «Locus of control scale». В 1984 года оригинальная методика была адаптирована Е.Ф. Бажиным и др. в НИИ им. Бехтерева. Методика состоит из 44 вопросов, которые соотносятся с 7 шкалами: шкала общей интернальности, шкала интернальности в области достижений (Ид), шкала интернальности в области неудач (Ин), шкала интернальности в семейных отношениях (Ис), шкала интернальности в производственных отношениях (Ип), шкала интернальности в межличностных отношениях (Им), шкала интернальности в отношении здоровья и болезней (Из).

3) Методика временной перспективы личности (Зимбардо, 1997). Данная методика представляет анализ системы отношений личности к временному континууму, отношение личности ко времени. Методика была разработана в 1997 году Ф. Зимбардо в соавторстве с А. Гонзалесом. В дальнейшем А. Сырцовой и др. в 2008 году была проведена ее адаптация. Методика «ZTP1» содержит 56 пунктов, которые соотносятся с 5 шкалами: «негативное прошлое», «гедонистическое настоящее», «будущее», «позитивное прошлое», «фаталистическое настоящее».

Данные методики выбраны с целью дальнейшего сравнительного изучения взаимосвязей личностных особенностей женщины, локуса контроля, временной перспективы личности с отношением к беременности и риска возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя.

При анализе полученных в исследовании данных использовались стандартные методы математической статистики с помощью компьютерных программ «Excel» и «R Studio». Методы обработки и анализа данных: описательные статистики, сравнение средних величин, методы вторичной статистической обработки – критерий χ^2 -Пирсона, непараметрический критерий Н-Краскела-Уоллиса, непараметрический критерий U-Манна-Уитни, качественный анализ глубинных интервью, контент-анализ.

Результаты исследования

Знания женщин о ФАС, поведение в отношении употребления алкоголя и использование методов контрацепции

Результаты исследования показали, что уровень осведомленности женщин о ФАС является достаточно низким: о синдроме слышали 34% (N=12). При анализе ответов данных женщин на вопросы о характерных нарушениях, длительности синдрома и причинах возникновения, верно ответили 14% (N=5), частично верно (1-2 ошибки) 17% (N=6), неверно ответили 3% (N=1). При сравнении субъективных и объективных знаний о ФАС статистически достоверных различий не обнаружено ($\chi^2=1,5039$, $p=0,47$).

Важно отметить, что, несмотря на то, что большая часть участниц имеет высшее образование, уровень знаний остается на низком уровне. Низкая информированность о данном заболевании является важной проблемой в нашей стране, о ФАС не осведомлены не только женщины, планирующие беременность, но и медицинские специалисты, которые взаимодействуют с женщинами (Balachova et al., 2010). Данная проблема может быть решена с помощью информирования медицинских специалистов о ФАС и их обучения предоставлять корректную информацию женщинам. Отсутствие корректных знаний о ФАС может быть одной из причин рискованного поведения и привести к беременности, подверженной влиянию алкоголя, то есть риску возникновения ФАС.

Анализировалось поведение женщин в отношении употребления алкоголя. Показателями для измерения выступили количество дней употребления алкоголя и количество стандартных доз за один раз. Для оценки риска возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя, необходима информация о количестве дней употребления алкоголя и среднем количестве стандартных доз, употребляемых за один раз (вечер). Данные были получены из самоотчета респонденток.

Женщины детородного возраста в среднем употребляют 2 дозы за один раз (за один вечер), средняя частота употребления алкоголя – 4 дня за один месяц. Максимальные показатели количества доз за один раз и количества дней употребления алкоголя за 1 месяц – 9 и 25 соответственно.

Из анализа данных выявлено, что 26% (N=9) респонденток находится в группе риска по употреблению алкоголя, то есть употребляют 4 и более доз за один раз и/или 7 и более доз за одну неделю. 37% (N=13) респонденток указали, что не употребляют алкоголь («не нравится вкус», «не получается эффекта», «вредно для здоровья» и др.). Соответственно, 37% (N=13) употребляют алкоголь, но не входят в группу риска.

Также было изучено сексуальное поведение женщин и использование ими методов эффективной контрацепции. Половой контакт за последние 90 дней был у 77% (N=27) респонденток. В отношении использования методов эффективной контрацепции 46% (N=16) респонденток ответили утвердительно, 31% (N=11) не используют методы эффективной контрацепции, следовательно, попадают в группу риска. Причинами отказа от контрацепции являются: «не против рождения ребенка» (11%, N=4), «желание родить ребенка» (6%, N=2), «доверие партнеру» (6%, N=2), «предпочтение» (6%, N=2), «другое» (3%, N=1).

Согласно задачам исследования, представлялось необходимым изучить риск возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя, у респонденток, планирующих беременность. Риск возникновения ФАС определяется при удовлетворении следующим критериям: употребление женщиной алкоголя в количестве 4 и более доз за один раз или 7 и более дней в неделю, не использование методов эффективной контрацепции. В группу риска по употреблению алкоголя попали 26% (N=9). Не используют методы контрацепции (соответственно находятся в группе риска) 31% (N=11). В группу риска возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя, попадает 9% (N=3) респонденток.

Полученные данные можно характеризовать, как положительные. Большинство участниц не употребляет алкоголь, либо употребляют в малых количествах, что заметно снижает риск возникновения ФАС. Также выявлено, что половина женщин используют средства эффективной контрацепции, что значительно снижает риск возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя. Соответственно, женщин, попавших в группу риска возникновения ФАС, достаточно мало. Участницы, приглашенные в исследование, в целом характеризуются здоровьесберегающим поведением. Малое количество таких женщин может объясняться наличием высшего образования у большинства участниц, а также набирающей популярность

тенденцией к здоровому образу жизни (ЗОЖ) (несколько участниц, говоря о причине отказа от алкоголя, указывали здоровый образ жизни, занятия спортом и др.). Привлекает внимание низкий уровень употребления алкоголя: в группу риска попала лишь четверть участниц. Возможно, это связано с тем, что данные о поведении в отношении употребления алкоголя собирались с помощью самоотчета респонденток, не исключено влияние фактора социальной желательности – респондентки могли назвать меньшее количество употребляемого алкоголя за один раз и уменьшить количество дней, чтобы выглядеть более «привлекательными» в глазах исследователя (Бурина, Казбекова, 2016). Это же можно отнести и к ответам об использовании методов контрацепции.

Результаты сравнительного изучения объективных знаний о ФАС и поведения в отношении употребления алкоголя и использования средств контрацепции не выявили статистически значимых взаимосвязей, что, вероятно, обуславливается малочисленностью выборки и ее социально-демографическими и индивидуально-психологическими характеристиками.

Индивидуально-психологические характеристики женщин детородного возраста и их взаимосвязи с употреблением алкоголя и использованием методов контрацепции

Изучение личностных характеристик проводилось на основе результатов, полученных с помощью методики «Большая пятерка» в адаптации Д.П. Яничева. В таблице 1 представлены средние значения шкал.

Таблица 1 – Результаты изучения личностных особенностей женщин детородного возраста

Шкала	Среднее значение	Норма
Экстраверсия	26,83	28-33
Самосознание, организованность	28,86	30-34
Сотрудничество	33,80	33-35
Эмоциональная стабильность	22,06	26-30
Личностные ресурсы	30,77	26-30

Из сравнения полученных средних значений по каждой шкале с нормами распределения значений по шкалам на Европейской выборке, следует, что средние значения по таким шкалам как «экстраверсия», «самосознание» и «эмоциональная стабильность» соответствуют значениям ниже среднего. Средние величины по шкалам «сотрудничество» и «личностные ресурсы» попадает в диапазон средних значений.

Результаты изучения личностных характеристик женщин, попавших в группу риска по использованию методов эффективной контрацепции, и женщин вне группы риска, не обнаруживают статистически значимых различий.

Различия между группой риска и группой вне риска по употреблению алкоголя были обнаружены только по шкале «сотрудничество» ($U=62,5$, $p=0,0406$). Более склонны к сотрудничеству респондентки, не употребляющие алкоголь вовсе или употребляющие его в адекватном количестве (вне риска).

Возможно, это объясняется тем, что зачастую алкоголь принимается в целях «расслабиться», стать более раскрепощенными, снизить тревогу при общении с людьми. Человек, который изначально открыт общению, не нуждается в дополнительной стимуляции. Различия по остальным личностным характеристикам выявлены не были. Женщины, принявшие участие в исследовании, характеризуются как экстравертированные, склонные к сотрудничеству, эмоционально-стабильные, организованные и обладающие личностным ресурсом. Возможно, именно такие женщины проявляют интерес к участию в различных мероприятиях, и, в целом, демонстрируют социально активное поведение.

В таблице 2 представлены результаты изучения уровня субъективного контроля. Средним значением по шкалам данной методики является величина в 5,5 стенов.

Таблица 2 – Результаты изучения уровня субъективного контроля женщин детородного возраста

Шкала	Средние значения (стены)
Интернальность общая	5,91
Интернальность в области достижений	6,46
Интернальность в области неудач	5,54
Интернальность в области семейных отношений	6,23
Интернальность в производственных отношениях	5,26
Интернальность в межличностных отношениях	6,54
Интернальность в отношении здоровья и болезней	4,80

Самые высокие средние значения у женщин детородного возраста отмечаются по шкалам «интернальность в межличностных отношениях», «интернальность в области достижений» и «интернальность в области семейных достижений». Самые низкие значение у шкалы «интернальность в отношении здоровья и болезней». Уровень субъективного контроля статистически не различается у групп, разделенных по употреблению алкоголя, и групп, отличающихся по использованию методов контрацепции.

Предполагалось, что направленность локуса контроля может быть важной основой для того или иного поведения, в частности, употребления алкоголя и использования контрацепции. Однако различий между группами выявлено не было. В связи с задачами исследования наибольший интерес представляют результаты, полученные по шкале «интернальность в отношении здоровья и болезней». Вместе с тем, отличия данного вида интернальности не выявлено даже на уровне тенденции. Во всех группах (2 группы употребления алкоголя; 2 группы использования контрацепции) выявлены практически равные показатели. Наиболее яркие различия на уровне тенденций отмечаются между группами риска и вне риска по употреблению алкоголя. Респондентки, составляющие группу риска, характеризуется меньшей степенью интернальности в производственных отношениях и в области неудач.

Была также изучена временная перспектива личности, результаты анализа полученных данных которой представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Результаты изучения временной перспективы личности

Шкала	Среднее значение	Норма
Негативное прошлое	2,64	2,70±0,68
Гедонистическое настоящее	3,24	3,60±0,56
Будущее	3,62	3,51±0,48
Позитивное настоящее	2,97	3,59±0,73
Фаталистическое настоящее	2,35	2,29±0,50

Средние значения в выборке по каждой из шкал соответствуют средним показателям по данной методике. Полученные результаты показывают, что временная перспектива личности значимо не различается у тех, кто использует методы контрацепции и тех, кто нет. В обеих группах наблюдается высокие показатели ориентации на будущее. Отсутствие значимых различий может объясняться малым и неравномерным количеством респондентов в каждой из групп после деления на группы по использованию средств эффективной контрацепции. Это может явиться заделом на будущие исследования, с выборкой, подобранной конкретно под определенную цель, например, изучение временной перспективы личности в группах с разным уровнем риска.

Субъективное отношение к беременности женщин, планирующих беременность

В ходе исследования было проведено глубинное интервью, результаты анализа которого представлены ниже. Отношение к беременности оценивалось у 33 респонденток из 35. Две респондентки указали, что не планируют беременность в своей жизни («это мое осознанное решение, которое я приняла, связано с тем, что было в моем детстве», «я не хочу детей, не хочу нести ответственность за кого-то еще, кроме себя»). На основе контент-анализа ответов респонденток на вопросы интервью, а также типов

отношения к беременности, описанных И.В. Добряковым, были выделены типы отношений к беременности у небеременных женщин, которые условно названы категориями.

Категории отношения к беременности

Выделение категорий осуществлялось в результате анализа ответов каждой респондентки на три вопроса из глубинного интервью, соответствующих трем блокам: когнитивный (мысли, образ представления), эмоциональный (вызванные чувства), поведенческий (описанные действия).

Было выделено и описано 7 категорий.

1) Реалистичный – характеризуется положительным отношением женщины к беременности. Описывается позитивный светлый образ представления о беременности, сопровождающийся улыбкой на лице, расслабленностью респондентки («солнечно, утро, я готовлю завтрак для двоих – себя и мужа...», «7-8 месяц, совсем скоро рожу. Я в своей квартире рисую пастелью, голубые тона...»). Представление о беременности вызывает радость, счастье и спокойствие («приподнятое настроение», «приятное, радостное ожидание»). Однако у женщин данной категории отмечается легкий уровень волнения, тревоги о том, как будет проходить беременность, все ли в порядке будет с ребенком («повысится фоновая тревожность, в замешательстве буду...но это хорошее»). Такая тревога не вызывает сильных негативных эмоций, а скорее отражает реалистичный взгляд женщины на период беременности. В представляемом поведении эти женщины указывают на изменение приоритетов, важность заботы о своем здоровье и состоянии («главное стану я и половинка меня!», «принимала бы решения более разумно, не только бы своими желаниями руководствовалась»).

2) Гармоничный – данная категория похожа на описанную выше, с отличием в том, что женщины этой категории не говорили о волнующих их мыслях, тревоге, переживаниях, связанных с беременностью. Респондентки

данной категории воспринимают беременность, как положительное событие в своей жизни. Образы, вызванные представлением беременности, наполнены гармонией, приятными чувствами, надеждами и вдохновением («гуляем с мужем по парку, солнечно, тепло...», «7-8 месяц, утро, мне легко дышится, мне хорошо», «я с мужем, он заботится...кто-то толкает в животе – прикольно»). Описывая образ, женщина говорит о приятных переживаниях состояния беременности, о счастье и умиротворении («вдохновение...», «предвкушение перед знакомством с ребеночком», «трепет...»). Изменения поведения характеризуются большим вниманием к себе, к своей семье и будущему ребенку, высказывания схожи с высказываниями из категории «реалистичный» («стала бы более ответственной, спокойной и счастливой...», «более внимательное отношение к себе»).

3) Отвергающий – категория отличается ярким негативным отношением к беременности с соответствующим чувствами и высказываниями об изменениях в поведении во время беременности. У женщин, попавших в эту категорию, возникают сложности с описанием образа собственной беременности («образ не возникает, сложно представить», «темнота...плачешь», «сидишь, все болит, ноги отекают»), описание смещается к эмоциональным переживаниям («ничего радостного не вижу», «что-то некомфортное, тяжелое»). Возникающие эмоции характеризуются резко отрицательными высказываниями («это просто кошмар!»). Описанные чувства также негативного характера, большинство женщин выделяет чувство страха. Изменения в жизни и поведении воспринимаются негативно и как вынужденные действия («придется уйти с работы», «меньше свободы...некая социальная изоляция», «меньше времени для себя»).

4) Негативный – эта категория также характеризуется отрицательным отношением к беременности, но без резко-негативных высказываний и переживаний. Описание образа собственной беременности у женщин этой категории вызывает трудности («сложно представить себя в этом образе»,

«плохо представляется...», «не хочу представлять...не моя мечта...»). Возникающий образ описывается как физическое или психическое состояние («естественное состояние женщины, но я его не ощущаю», «тяжелое физическое состояние», «плохо физически, непонятно как будет вести себя организм»). Эмоциональные переживания характеризуются сниженным настроением, грустью, растерянностью. Изменения поведения воспринимаются как удручающие и мешающие привычному образу жизни («жизнь менее спонтанная», «наверно, отказ от привычного образа жизни», «сейчас нас с мужем двое, потом появится третий – кто будет забирать все внимание на себя»).

5) Тревожный – характеризуется тревогой и волнением из-за беременности, родов, вынашиваемого ребенка и своего собственного состояния. Женщины этой категории, говоря о беременности, акцентируют внимание на переживаниях, связанных с беременностью. Образ беременности представляется нечетким, расплывчатым, может быть позитивным или негативно-окрашенным («хорошенькая такая, пузатенькая, получающая позитивные эмоции...»), «тяжелое физиологическое состояние, тяжесть в ногах», «светлый, как будто выдохнул после того, как устал»). Переживаемые эмоции описываются, как беспокойство и страх за происходящее с самой женщиной, ее организмом, ребенком («страх за беременность, роды», «тревожные ощущения...боязнь за плод», «волнение, что веду неправильный образ жизни»). Позитивные эмоции, такие как «радость», «счастье» не высказываются. Тревожное состояние отражается и в изменениях жизни и поведения женщины в период беременности («поток мыслей, сменился бы круг обязанностей», «мера ответственности бы возросла, тревога тоже», «постоянное решение, что будет дальше»).

б) Нейтральный – в этой категории беременность воспринимается, как естественное состояние женщины, предсказуемый этап жизни. Не вызывает сильных эмоциональных переживаний. Представление о беременности

формируется с трудом («не могу представить, пока нет потребности», «я сильно пузатая, не могу завязать шнурки...абсолютно повседневная жизнь»). В большинстве представлении выражается в виде мыслей о беременности, чем в конкретных образах («как дополнение, почему бы и нет...», «отношусь к этому, как к потенциально возможному этапу», «все правильно жизнь выстроена»). При представлении собственной беременности у женщин данной категории не возникает выраженных эмоций («никаких особенных эмоций, ни негативных, ни положительных эмоций», «негативные нет, но и не позитивные»), наблюдается спокойное отношение к обсуждаемой теме. Изменения в жизни, в частности, в поведении описываются кратко, несколькими фразами («подстраивание своей жизни под ребенка», «изменился бы социально-психологический статус»).

7) Амбивалентный – эта категория характеризуется противоречивостью по отношению к собственной беременности. Амбивалентность может выражаться в несогласованности образа представления беременности и переживаемых в связи с этим чувств («вижу себя с большим животом, приятные ощущения, теплые...но образ это малая часть, а потом непонятно что будет, страх...»), «с отеками ногами, комплексную, много ем...радость, предвкушение»), в противоречивости испытываемых чувств по отношению к беременности («легкость...страх перед ответственностью, если честно, это все, что вызывает у меня беременность», «сейчас страх, а если планировать беременность, то радость будет»). Поведение характеризуется положительными изменениями: большей заботой о себе и будущем ребенке, перестраивание жизни с ориентацией на будущего ребенка («думать за двоих...»), «отказ от курения, больше заботы о себе», «нужно быть в привычных условиях, делать то, что нравится, ребенок же чувствует...»).

Распределение женщин в процентном соотношении между категориями представлено в таблице 4.

Таблица 4. Процентное соотношение респондентов по категориям

Категории	Количество респондентов (%)	Количество респондентов (N)
Реалистичный	22	7
Гармоничный	24	8
Отвергающий	12	4
Негативный	9	3
Тревожный	9	3
Нейтральный	12	4
Амбивалентный	12	4
Всего	100	33

Исходя из выделенных категорий и их описания, можно сказать, что к позитивному отношению к беременности относятся категории «гармоничный» и «реалистичный», к негативному – «отвергающий», «негативный» и «тревожный», к нейтральному можно отнести «нейтральный» и «амбивалентный». Если соотнести, полученные категории у женщин, планирующих беременность, с типами отношения к беременности у беременных женщин, то можно обнаружить определенные сходства («реалистичный» можно соотнести с «оптимальным» типом по концепции И.В. Добрякова; «негативный» – с «депрессивным»; «тревожный» – с «тревожным») (Добряков, 2010). Следовательно, можно предположить, что отношение женщины к беременности на этапе планирования сходно с отношением к беременности в период беременности. Возможно, в дальнейшем это может быть связано и с отношением к ребенку.

Эмоциональные аспекты, связанные с представлением беременности

При обработке данных глубинного интервью были проанализированы чувства и эмоции, вызванные представлениями о беременности. Ведущие чувства и эмоции, которые испытывает респондентка, соответствуют выделенной категории отношения к беременности («гармоничный» – вдохновение, «негативный» – растерянность, «отвергающий» – кошмар). Каждая категория характеризуется определенными эмоциями:

- 1) Реалистичный: радость, восторг, нежность, приподнятое настроение.
- 2) Гармоничный: спокойствие, душевная гармония, вдохновение, умиротворение.
- 3) Отвергающий: страх, кошмар.
- 4) Негативный: растерянность, дискомфорт.
- 5) Тревожный: тревога, страх.
- 6) Нейтральный: нейтральные эмоции (ни позитивные, ни негативные).
- 7) Амбивалентные: страх, радость, амбивалентные эмоции.

Чувства, вызванные представлением о беременности, отражают эмоциональный компонент отношения. Является вполне очевидным, что при негативном отношении респондентки к беременности, у нее не возникнет чувство радости.

Мотивы планируемой беременности

Были проанализированы мотивы планирования беременности, т.е. ответы на вопрос из глубинного интервью: «почему Вы хотите забеременеть?». Среди ответов 33 респонденток наиболее встречаемыми были идеи, связанные с отношениями с мужчиной/мужем (создать общее, новый этап в отношениях, создать образ идеальной семьи, удержать мужчину, наличие надежного партнера) (N=14).

Следующая группа мотивов относится к собственно ребенку, его рождению, воспитанию («просыпается материнский инстинкт», «воспитать ребенка», «увидеть в ребенке свои черты») (N=10).

Еще одна группа связана со стереотипными представлениями (жизненный сценарий, возраст) (N=3).

Остальные мотивы сложно объединить в одну группу, к ним относятся: любопытство, выражение любви миру, нереализованная любовь к родителям.

Были выявлены общие мотивы планирования беременности путем анализа ответов на вопрос «почему женщины хотят забеременеть?». Список

выявленных мотивов представлен ниже и расположен по частоте встречаемости – от наиболее часто встречаемого до самого наименее частотного варианта ответа респонденток: удержать мужчину (женить на себе); «рожу для себя», чтобы не остаться одной; реализовать себя через ребенка; создать общее с партнером; незапланированное, так получилось; материнский инстинкт (биологическая); продолжение рода; новый этап в отношениях (создание семьи, этап развития семьи); давление со стороны общества; основная функция женщины – размножаться; жизненный сценарий («так принято»); материальная составляющая (суррогатная мать, материнский капитал); воспитать ребенка, поделиться опытом, знаниями; возраст «уже пора»; нравятся дети; увидеть в ребенке свои черты; выразить свою любовь миру; любопытство – новая сфера; наличие партнера; желание ребенка; желание быть причастным к чуду; образ идеальной семьи; принятие ответственности не только за себя; легально не ходить на работу (декрет); против абортов; нереализованная любовь к родителям; родить, чтобы запустить гормональные изменения, продлить молодость; почувствовать себя слабой женщиной, чтобы ухаживали, заботились.

Часть вышеописанных мотивов демонстрирует отсутствие психологической готовности к материнству («женить на себе мужчину», «чтобы уйти в декрет»). Другая часть является отражением стереотипов, бытующих в обществе («так принято», «уже пора»). Лишь некоторые из причин можно отнести к конструктивным (создать общее с партнером, поделиться опытом). В целом, данные мотивы ярко характеризуют отношение к беременности и к материнству.

Субъективный смысл беременности

В процессе глубинного интервью каждой респондентке предлагалось дать определение слову «беременность». Полученные определения были

объединены в несколько групп, которые представлены ниже по частоте встречаемости среди ответов.

- Определения, отражающие физиологический или биологический компоненты протекания беременности и состояния женщины («физиологическое состояние организма...», «10 лунных месяцев, связанных с воспроизведением потомства», «момент состояния женского тела с момента зачатия до родов»).
- Определения, отражающие период и состояние женщины, когда внутри нее развивается новая жизнь («...в организме новый организм», «зарождение жизни», «новая жизнь, новая Я», «...когда ребенок живет внутри нее»).
- Определения, отражающие процесс ожидания появления ребенка («процесс ожидания чуда», «ожидание счастья», «предвкушение»).
- Определения, важной составляющей которых является ответственность («счастье на лезвии ответственности», «страх перед ответственностью», «привыкание, что в жизни появится ребенок, появится ответственность за него»).
- Определения, отражающие беременность как качественно новый этап в жизни женщины («новый опыт и новый этап в жизни, который нужно пройти, чтобы воспитать», «качественно новый этап в жизни и развитии отношений с мужчиной»).
- Определения, отражающие восприятие беременности как испытания («тяжелое испытание, но оно того стоит», «большое испытание»).

Наибольший интерес представляет первая группа определений, так как она выделяется среди остальных. К этой группе были отнесены определения, имеющие физиологический и/или биологический смысл. Определения данной группы напоминают медицинские термины. При проведении интервью было отмечено, что такие определения чаще дают респондентки, которые имеют негативное отношение к беременности. Это можно объяснить тем, что

респондентки, относящиеся негативно к беременности, воспринимают ее исключительно как физиологический или биологический процесс, не особо придавая беременности никакого иного смысла. Остальные выделенные группы характеризуются более позитивным определением беременности, основными составляющими этих групп являются: развитие новой жизни; ожидание; ответственность; новый этап; испытание. Давая определение беременности, каждая респондентка вкладывала в него свой собственный смысл, указывая на тот аспект, который она считает наиболее важным в беременности.

Представляемые изменения в жизни женщины в период беременности

Каждая женщина, проходя глубинное интервью, рассказывала об изменениях в жизни и поведении в период беременности. Все женщины согласны с утверждением о том, что жизнь не остается прежней в период беременности. Были выделены основные изменения, происходящие в жизни женщины и в ней самой с наступлением беременности. Изменения перечислены по частоте встречаемости от более встречаемого к менее: появление ответственности за другого человека; внимательное отношение к своему здоровью; отказ от привычных действий и вредных привычек; изменение приоритетов (ребенок и семья на 1-м месте); уход в декрет; улучшение навыка планирования целей; «изменится все»; изменение финансовой составляющей; изменение отношений в семье; изменение ритма жизни; изменения отношения окружающих; «начну изучать про беременность, читать книги»; изменения в теле и физиологии; «повзрослела»; повышение уровня тревоги и страхов; изменение обязанностей и задач; изменение социально-психологического статуса; переезд ближе к родителям; повышение уровня сексуальности; появление разнообразия; появление надежды на будущее.

В результате анализа ответов респонденток были выделены наиболее характерные изменения в поведении и жизни в период беременности. Одной из самых основных причин, о которой сообщило большинство респонденток, является появление ответственности за другого человека. Большая часть изменений указывает на смещение ориентации на здоровьесберегающее поведение. Это можно объяснить тем, что большая часть женщин, планирующих беременность, понимает ее «последствия». Изменение «уход в декрет», может носить как позитивный характер, так и негативный. Если женщина говорит об этом, как о возможности сберечь свое здоровье, то это скорее конструктивное изменение. Если «уход в декрет» воспринимается, как возможность не работать по другим причинам, то такое изменение может считаться неконструктивным.

Сравнительный анализ субъективного отношения к беременности, индивидуально-психологических характеристик, знаний о ФАС и рискованного алкогольного поведения

Перед проведением сравнительного анализа категорий отношения к беременности с другими характеристиками, была предпринята попытка объединить категории в несколько более крупных. Это связано с тем, что в каждую категорию попало малое количество женщин, что осложняло дальнейший анализ данных.

В связи с этим было выделено 3 более крупные категории отношения к беременности: позитивный, негативный, нейтральный. В первую вошли категории «реалистичный» и «гармоничный». Объединение обусловлено схожестью этих категорий – положительным отношением к беременности, соответствующими образами и чувствами. Во вторую категорию – негативный – вошли «отвергающий», «негативный» и «тревожный». Данные категории объединяет восприятие беременности, как что-то негативное, пугающее, тревожащее. Третья категория – нейтральный – объединяет следующие категории: «нейтральный» и «амбивалентный». Категории

объединены на основании спокойного, нейтрального отношения к беременности, не негативного, но и не позитивного.

Объединение групп и соответствующее количество респонденток представлено в таблице 5.

Таблица 5 – Процентное соотношение респонденток в крупных категориях

Объединенные категории	Категории	Количество респондентов (%)	Количество респондентов (N)	Количество респондентов (%)	Количество респондентов (N)
Позитивный	Реалистичный	22	7	45,5	15
	Гармоничный	24	8		
Негативный	Отвергающий	12	4	30	10
	Негативный	9	3		
	Тревожный	9	3		
Нейтральный	Нейтральный	12	4	24,5	8
	Амбивалентный	12	4		
Всего		100	33	100	33

Объединение категорий в более крупные позволило увеличить численность каждой из групп, однако, этого количества недостаточно для получения достоверных результатов взаимосвязей между полученными категориями и другими характеристиками. Вследствие этого была предпринята попытка поиска взаимосвязей на уровне тенденций.

При сравнительном анализе полученных категорий отношения к беременности и личностных характеристик женщин детородного возраста статистически значимых различий не было обнаружено ни по одной из шкал.

Также было изучено соотношение объединенных категорий и уровня субъективного контроля личности. Сравнительный анализ проводился при помощи критерия Краскела-Уоллиса. Из полученных результатов следует, что объединенные категории и уровень субъективного контроля статистически значимо не различаются.

При сравнительном анализе выделенных категорий отношения к беременности и временной перспективы личности по 4 из 5 шкал статистически достоверных различий обнаружено не было. Объединенные

категории статистически значимо различались по шкале гедонистическое настоящее ($N=7,9893$, $p=0,01841$).

Результаты сравнительного анализа продемонстрированы на рисунке 1.

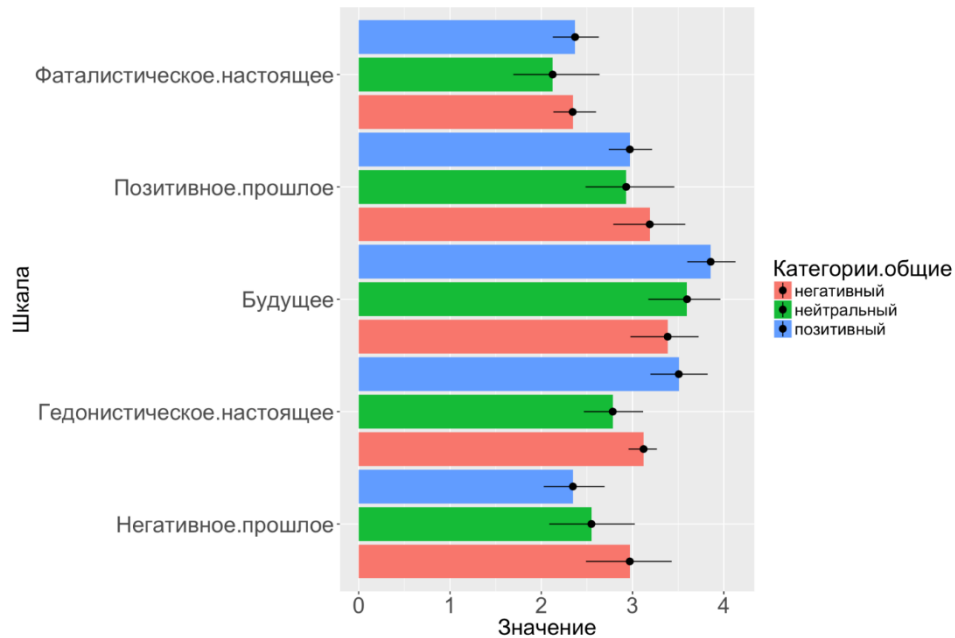


Рисунок 1 – Сравнительное изучение объединенных категорий и временной перспективы личности

Сравнение временной перспективы личности и объединенных категорий представляется наиболее интересным. Достоверно значимые различия обнаружены между категориями по шкале «гедонистическое восприятие настоящего». Наибольшее значение имеет категория «позитивный», то есть респонденткам данной категории свойственна ориентация на наслаждение, получение удовольствия в настоящий момент. На уровне тенденции категория «позитивный» имеет высокие значения в ориентации на будущее. При совместной ориентации на получение удовольствия в настоящем и ориентации на будущее – это может быть связано с описанием беременности и последующим появлением ребенка. Таким образом, представляя беременность, респондентка получает удовольствие от происходящего момента, но и ориентирована на будущего ребенка. Наименьшее значение имеет категория «нейтральный», то есть респонденткам данной группы в

меньше степени свойственно ориентироваться на получение удовольствия в настоящем.

Выводы

По результатам проведенного исследования были сформулированы следующие выводы.

1) Большинство женщин детородного возраста имеют низкий уровень осведомленности о ФАС. Лишь малая часть женщин продемонстрировала корректные знания о ФАС, правильно ответив на все вопросы о проявлениях, характерных нарушениях, длительности и причинах возникновения синдрома. Частично корректные знания обнаружены у 17% респонденток.

2) Женщины исследованной выборки характеризуются относительно низким уровнем употребления алкоголя: в среднем употребляют 2 дозы за один раз и 3,7 дней в месяц. При этом группу риска по употреблению алкоголя составила четверть респонденток.

3) Половина женщин детородного возраста использует эффективные средства контрацепции. При этом треть женщин хотя бы один раз за последний месяц не использовала ни один из эффективных методов контрацепции, таким образом, попав в группу риска.

4) Подавляющее большинство женщин не демонстрирует рискованного в отношении возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя, поведения, то есть не входят в группу риска возникновения ФАС у ребенка.

5) Объективные знания о фетальном алкогольном синдроме не связаны с алкогольным поведением женщин и применением методов эффективной контрацепции.

6) Различий между индивидуально-психологическими особенностями женщин детородного возраста в группах риска и отсутствием

риска по употреблению алкоголя и использованию средств эффективной контрацепции выявлено не было. Исключением явилась взаимосвязь личностной характеристики «сотрудничество» и уровня употребления алкоголя: склонность к сотрудничеству наиболее выражена у респонденток, не находящихся в группе риска по употреблению алкоголя.

7) На основе ответов глубинного интервью, с помощью качественных методов обработки данных, было изучено субъективное отношение женщин к беременности. В результате были выделены и описаны следующие категории отношения к беременности: реалистичный, гармоничный, отвергающий, негативный, тревожный, нейтральный и амбивалентный.

8) Значимые взаимосвязи между выделенными категориями отношения к беременности и индивидуально-психологическими характеристиками женщин, планирующих беременность, обнаружены не были. За исключением гедонистического восприятия настоящего: женщины, характеризующиеся гармоничным или реалистичным отношением к беременности, в большей степени ориентированы на получение удовольствия в настоящем.

Заключение

Результаты данного исследования могут стать основой для дальнейшего изучения субъективного отношения женщин к беременности – проверки выявленных категорий на более многочисленной выборке. Отсутствие выявленных взаимосвязей также может явиться причиной дальнейших исследований данной сферы, уже с помощью иного методического аппарата.

Полученные результаты могут быть полезны в практической области: разработка профилактических программ и мероприятий для женщин, планирующих беременность, повышение уровня осведомленности о ФАС. Важно отметить, что в процессе проведения исследования с каждой женщиной

осуществлялся первичный этап профилактики ФАС – активное и пассивное информирование. Выявленные категории могут использоваться в психологической работе с целью определения направления консультативного процесса, в зависимости от субъективного отношения женщины к беременности.

Список использованных источников

- Аршавский И.А. Очерки по возрастной физиологии. М., 1967.
- Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Метод исследования уровня субъективного контроля // Психологический журнал, 1984. Т. 5. № 3. С. 152-162.
- Балашова Т.Н., Волкова Е.Н., Исурина Г.Л., Пальчик А.Б., Цветкова Л.А., Шапкайтц В.А. Фетальный алкогольный синдром // СПб., Изд-во СПбГУ, 2012. С. 52.
- Балашова Т.Н., Дикке Г.Б., Исурина Г.Л., Шапкайтц В.А., Варавикова Е.А., Цветкова Л.А., Ерофеева Л.В. Профилактика фетального алкогольного синдрома в работе акушера-гинеколога. Методическое руководство / Под ред. Н.М. Подзолкова. М., ГБОУ ДПО РМАПО, 2012.
- Боровикова Н.В. Психологические аспекты трансформации Я-концепции беременной женщины // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сборник материалов конференции по перинатальной психологии. СПб., Академия медико-социального управления, 1998.
- Бурина Е.А., Казбекова А.О. Исследование осведомленности женщин детородного возраста о фетальном алкогольном синдроме // Актуальные направления научных исследований от теории к практике, 2016. Т. 2-1. № 8. С. 144-146.
- Васильева О.С., Могилевская Е.В. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект // Психологический журнал, 2001. № 1.
- Добряков И.В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Хрестоматия по перинатальной психологии. М., 2005. С. 93-102.
- Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб., Питер, 2010.
- Добряков И.В. Ретроспективное определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2014. № 2. С. 71-75.
- Марянян А.Ю. Алкоголь как один из факторов, влияющий на плод. Фетальный алкогольный синдром и фетальный алкогольный спектр нарушений: учебное пособие. Иркутск, ИГМУ, 2013.
- Мясищев В.Н. Психология отношений. М., Воронеж, 1993.
- Нечаева М.А., Штрахова А.В. Беременность как проявление третьего состояния в континууме «здоровье-болезнь» и внутренняя картина беременности // Актуальные проблемы медицинской науки, технологического и профессионального образования:

- Материалы V Уральской научно-практической конференции. Челябинск, 2003. Вып. 5. С. 156-159.
- Нечаева М.А, Беребин М.А. Классификация и психологическая диагностика отношения к беременности // Вестник ЮУрГУ, 2010. № 17. С. 33-38.
- Пальчик А.Б., Легонькова С.В. Фетальный алкогольный синдром у детей: манифестация и динамика // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2011. № 3. С. 17-20.
- Рабовлюк Л.Н. Выделение подтипов ПКГД на основе теста отношений беременной И.В. Добрякова // Социальные науки и общественное здоровье: теоретические подходы, эмпирические исследования, практические решения: Материалы II международной научно-практической конференции. Пенза-Москва-Витебск, 2012. С. 111-123.
- Регентова А.Ю. Информированность как фактор влияния на отношение женщин к употреблению алкоголя во время беременности // Вестник ЮУрГУ, 2012. № 31. С. 109-114.
- Ременюк Ю.О., Бурина Е.А. Изменение знаний женщин о фетальном алкогольном синдроме, как результат первичного этапа профилактики // Материалы международной научн. конф. Ананьевские чтения – 2017 «Преемственность в психологической науке: В.М. Бехтерев, Б.Г. Ананьев, Б.Ф. Ломов». 24-26 октября 2017, Санкт-Петербург, 2017.
- Серебрякова А.А. Отношение к беременности студентов, обучающихся в высших учебных заведениях // Альманах современной науки и образования, 2012. № 11 (66). С. 164-166.
- Сырцова А., Соколова Е.Т., Митина О.В. Адаптация опросника временной перспективы личности Ф. Зимбардо // Психологический журнал, 2008. Т. 29. № 3. С. 101-109.
- Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. М., Изд-во Института психотерапии, 2002.
- Хромов А.Б. Пятифакторный опросник личности: Учебно-методическое пособие. Курган, Изд-во Курганского гос. университета, 2000.
- Яничев Д.П. Когнитивные аспекты самовосприятия личностных черт у пациентов с невротической и неврозоподобной симптоматикой: Дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2006.
- Balachova T.N., Volkova E.N., Kosyh E.A., Skitnevskaya L.V. Comparing The Rates Of Alcohol Drinking By Women Before And During Pregnancy // Alcohol. Clin. Exp. Res., 2010. Vol. 34. No. 8. P. 111A.
- Balachova T.N., Volkova E.N., Skitnevskaya L. V, Kosyh E.A. Mass Consumption Of Alcohol By Women Of Childbearing Age In Russia // Alcohol. Clin. Exp. Res., 2010. Vol. 34. No. 8. P. 113A.
- Clarke M.E., Gibbard W.B. Overview of Fetal Alcohol Spectrum Disorders for Mental Health Professionals // Can Child Adolesc Psychiatr Rev., 2003. Vol. 12. No. 3. Pp. 57-63.
- John O.P., Srivastava S. The Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives. Berkeley: University of California, 1999.
- Zimbardo P.G., Boyd J.N. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric // Journal of Personality and Social Psychology, 1999. Vol. 77. No. 6. Pp. 1271-1288.

References

- Arshavskii I.A. Ocherki po vozrastnoi fiziologii [Essays on age physiology]. Moscow, 1967. (In Russian)
- Bazhin E.F., Golyunkina E.A., Etkind A.M. Metod issledovaniia urovnia sub"ektivnogo kontroliia [The method of studying the level of subjective control] // Psikhologicheskii zhurnal, 1984. Vol. 5. No. 3. Pp. 152-162. (In Russian)
- Balashova T.N., Volkova E.N., Isurina G.L., Pal'chik A.B., Tsvetkova L.A., Shapkaits V.A. Fetal'nyi alkohol'nyi sindrom [Fetal alcohol syndrome] // Saint-Petersburg, SPbSU Publ., 2012. P. 52. (In Russian)
- Balashova T.N., Dikke G.B., Isurina G.L., Shapkaits V.A., Varavikova E.A., Tsvetkova L.A., Erofeeva L.V. Profilaktika fetal'nogo alkohol'nogo sindroma v rabote akushera-ginekologa. Metodicheskoe rukovodstvo [Prevention of fetal alcohol syndrome in the practice of an obstetrician-gynecologist. Methodical manual] / Pod red. N.M. Podzolkova. Moscow, GBOU DPO RMAPO Publ., 2012. (In Russian)
- Borovikova N.V. Psikhologicheskie aspekty transformatsii Ia-kontseptsii beremnoi zhenshchiny [Psychological aspects of self-concept transformation of a pregnant woman] // Perinatal'naia psikhologiya i nervno-psikhicheskoe razvitie detei: Sbornik materialov konferentsii po perinatal'noi psikhologii. Saint-Petersburg, Akademiia mediko-sotsial'nogo upravleniia, 1998. (In Russian)
- Burina E.A., Kazbekova A.O. Issledovanie osvedomlennosti zhenshchin detorodnogo vozrasta o fetal'nom alkohol'nom sindrome [Fetal alcohol syndrome awareness research in childbearing age women] // Aktual'nye napravleniia nauchnykh issledovaniy ot teorii k praktike, 2016. Vol. 2-1. No. 8. Pp. 144-146. (In Russian)
- Vasil'eva O.S., Mogilevskaia E.V. Gruppovaiia rabota s beremennymi zhenshchinami: sotsial'no-psikhologicheskii aspekt [Group work with pregnant women: socio-psychological aspect] // Psikhologicheskii zhurnal, 2001. No. 1. (In Russian)
- Dobriakov I.V. Kliniko-psikhologicheskie metody opredeleniia tipa psikhologicheskogo komponenta gestatsionnoi dominandy [Clinical and psychological methods for determining the type of psychological component of gestational dominant] // Khrestomatia po perinatal'noi psikhologii. Moscow, 2005. Pp. 93-102. (In Russian)
- Dobriakov I.V. Perinatal'naia psikhologiya [Perinatal psychology]. Saint-Petersburg, Piter Publ., 2010. (In Russian)
- Dobriakov I.V. Retrospektivnoe opredelenie osobennostei psikhologicheskogo komponenta gestatsionnoi dominandy [Retrospective determination of the features of psychological component of gestational dominant] // Voprosy psikhicheskogo zdorov'ia detei i podrostkov, 2014. No. 2. Pp. 71-75. (In Russian)
- Marianian A.Iu. Alkohol' kak odin iz faktorov, vliiaushchiĭ na plod. Fetal'nyi alkohol'nyi sindrom i fetal'nyi alkohol'nyi spektr narusheniĭ: uchebnoe posobie [Alcohol as one of the factors affecting the fetus. Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol spectrum disorders: a training manual]. Irkutsk, IGMU, 2013. (In Russian)
- Miasishchev V.N. Psikhologiya otnosheniĭ [Relationship psychology]. Moscow, Voronezh, 1993. (In Russian)
- Nechaeva M.A., Shtrakhova A.V. Beremennost' kak proiavlenie tret'ego sostoianiia v kontinuumе «zdorov'e-bolezn'» i vnutrenniaia kartina beremennosti [Pregnancy as a manifestation of the

- third state in the health-disease continuum and the internal picture of pregnancy] // Aktual'nye problemy meditsinskoï nauki, tekhnologicheskogo i professional'nogo obrazovaniia: Materialy V Ural'skoi nauchno-prakticheskoi konferentsii. Cheliabinsk, 2003. Is. 5. Pp. 156-159. (In Russian)
- Nechaeva M.A., Berebin M.A. Klassifikatsiia i psikhologicheskaiia diagnostika otnosheniia k beremennosti [Classification and psychological diagnosis of attitudes towards pregnancy] // Vestnik IuUrGU, 2010. No. 17. Pp. 33-38. (In Russian)
- Pal'chik A.B., Legon'kova S.V. Fetal'nyi alkohol'nyi sindrom u detei: manifestatsiia i dinamika [Fetal alcohol syndrome in children: manifestation and dynamics] // Obozrenie psikhologii i meditsinskoï psikhologii im. V.M. Bekhtereva, 2011. No. 3. Pp. 17-20. (In Russian)
- Rabovliuk L.N. Vydelenie podtipov PKGD na osnove testa otnosheniia beremennoi I.V. Dobriakova [The selection of PCGD subtypes on the basis of the pregnant relationship test by I.V. Dobryakov] // Sotsial'nye nauki i obshchestvennoe zdorov'e: teoreticheskie podkhody, empiricheskie issledovaniia, prakticheskie resheniia: Materialy II mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii. Penza-Moskva-Vitebsk, 2012. Pp. 111-123. (In Russian)
- Regentova A.Iu. Informirovannost' kak faktor vliianiia na otnoshenie zhenshchin k upotrebleniiu alkogolia vo vremia beremennosti [Awareness as a factor influencing the attitude of women to alcohol use during pregnancy] // Vestnik IuUrGU, 2012. No. 31. Pp. 109-114. (In Russian)
- Remeniuk Ju.O., Burina E.A. Izmenenie znaniia zhenshchin o fetal'nom alkohol'nom sindrome, kak rezul'tat pervichnogo etapa profilaktiki [Changes in women's knowledge of fetal alcohol syndrome, as a result of the primary prevention stage] // Materialy mezhdunarodnoi nauchn. konf. Anan'evskie chteniia – 2017 «Preemstvennost' v psikhologicheskoi nauke: V.M. Bekhterev, B.G. Anan'ev, B.F. Lomov». 24-26 oktiabria 2017, Saint-Petersburg, 2017. (In Russian)
- Serebriakova A.A. Otnoshenie k beremennosti studentov, obuchaiushchikhsia v vysshikh uchebnykh zavedeniakh [Attitude to pregnancy of students enrolled in higher education] // Al'manakh sovremennoi nauki i obrazovaniia, 2012. No. 11 (66). Pp. 164-166. (In Russian)
- Syrtsova A., Sokolova E.T., Mitina O.V. Adaptatsiia oprosnika vremennoi perspektivy lichnosti F. Zimbardo [Adaptation of the questionnaire of the personality time perspective of F. Zimbardo] // Psikhologicheskii zhurnal, 2008. Vol. 29. No. 3. Pp. 101-109. (In Russian)
- Filippova G.G. Psikhologiiia materinstva [Psychology of motherhood]: Uchebnoe posobie. Moscow, Institut Psikhoterapii Publ., 2002. (In Russian)
- Khromov A.B. Piatifaktornyï oprosnik lichnosti [Five-factor personality questionnaire]: Uchebno-metodicheskoe posobie. Kurgan, Kurganskii Gos. Universitet Publ., 2000. (In Russian)
- Ianichev D.P. Kognitivnye aspekty samovospriiatiia lichnostnykh chert u patsientov s nevroticheskoi i nevrozopodobnoi simptomatikoï [Cognitive aspects of self-perception of personality traits in patients with neurotic and neurosis-like symptoms]: Diss. ... kand. psikhol. nauk. Saint-Petersburg, 2006. (In Russian)
- Balachova T.N., Volkova E.N., Kosyh E.A., Skitnevskaya L.V. Comparing The Rates Of Alcohol Drinking By Women Before And During Pregnancy // Alcohol. Clin. Exp. Res., 2010. Vol. 34. No. 8. P. 111A.

- Balachova T.N., Volkova E.N., Skitnevskaya L. V, Kosyh E.A. Mass Consumption Of Alcohol By Women Of Childbearing Age In Russia // *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, 2010. Vol. 34. No. 8. P. 113A.
- Clarke M.E., Gibbard W.B. Overview of Fetal Alcohol Spectrum Disorders for Mental Health Professionals // *Can Child Adolesc Psychiatr Rev.*, 2003. Vol. 12. No. 3. Pp. 57-63.
- John O.P., Srivastava S. *The Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives*. Berkeley: University of California, 1999.
- Zimbardo P.G., Boyd J.N. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric // *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999. Vol. 77. No. 6. Pp. 1271-1288.