

Водородның химиялық қасиеттери ҳам алыныўы

1. Водород күшли қалпыне келтириўи болып есапланады: $\text{CuO} + \text{H}_2 = \text{Cu} + \text{H}_2\text{O}$
2. Бул реакция басланыўы ушын аз муғдарда ғана жыллылық керек болады:

$$\text{H}_2 + 0,5\text{O}_2 = \text{H}_2\text{O} - 241,8 \text{ кЖ}$$
3. Водород эпиўайы жағдайда актив металллар менен биригип гидридлерди пайда етеди:

$$\text{Ca} + \text{H}_2 = \text{CaH}_2$$
4. Водород базыбир металл емеслер менен де актив реакцияға кириседі:

$$\text{H}_2 + \text{F}_2 = 2\text{HF}; \quad \text{H}_2 + \text{Cl}_2 = 2\text{HCl}; \quad \text{H}_2 + \text{S} = \text{H}_2\text{S}; \quad 3\text{H}_2 + \text{N}_2 = 2\text{NH}_3$$
 Лабораторияда алыныўы: 1. Гейпара металлларға суйылтырылған кислоталарды тәсир еттириў арқалы:

$$2\text{HCl} + \text{Fe} = \text{FeCl}_2 + \text{H}_2; \quad \text{H}_2\text{SO}_4 + \text{Zn} = \text{ZnSO}_4 + \text{H}_2$$
 Санаатта алыныўы: 2. Суўға электр тогин тәсир еттириў арқалы алынады:

$$2\text{H}_2\text{O} = 2\text{H}_2 + \text{O}_2$$
3. Метанды 700-800°C да никель катализаторы қатнасында конверсиялаў жолы менен алынады:

$$\text{CH}_4 + \text{H}_2\text{O} = \text{CO} + 3\text{H}_2 + 206 \text{ кЖ}; \quad \text{CO} + \text{H}_2\text{O} = \text{CO}_2 + \text{H}_2 - 40 \text{ кЖ}$$

5-тыңлаўшыға:

Водородның қолланылыўы

Водородның қолланылыўы оның химиялық қасиеттерине тийкарланған. Мысалы, оның кислород пенен биригип реакциясы ўақтында көп муғдарда ыссылық бөлинип шығатуғынлығы себепли оннан мотор отыны ретинде, металлларды кесип ҳәм кепсерлеўде пайдаланылады. Металл емес затлар болған хлор ҳәм азот пенен водородның биригип реакциясынан пайдалана отырып санаатта хлорид кислота ҳәм аммиак ислеп шығарылады. Металлларды оксидлеринен қалпыне келтириўде, металл емеслердің оксидлері менен водород реакцияға кирисетуғын болғанлығы ушын метил спиртин өндириўде, суйық майлардан қатты майлар алыўда ҳәм басқа тараўларда қолланылады. Водородның гейпара металлларға сиңиў процесинен пайдаланып жоқары сапалы металл гидридди водород аккумулятор таярлаўда қолланылады.

Әдебиятлар

1. Ахмеров О., Жалилов А., Сайфутдинов Р. Умумий ва аорганик кимё. –Тошкент: «Ўзбекистон», 2003.
2. Рўзиева Д., Усмонбоева М., Ҳоликова З. Интерфаол методлар: моҳияти ва қўлланылышы. Методик қўлланма. –Тошкент: Низомий номидағи ТДПУ нашриёти. 2013, 27-28-б.

РЕЗЮМЕ

Мақолада химия фанидан «Водород» мавзусини ўқитишда интерактив методлардан фойдаланиш ҳақида сўз боради. Ушбу мавзўни ўқитиш юзасидан тарқатма материаллар тайёрланган. «Зиг-заг» методи талабалар билан кичик, гуруҳларда ишлаган, талабаларнинг материални тез ўзлаштиришига ёрдам беради. «Водород» мавзуси бўйича «Зиг-заг» методидан фойдаланиш усуллари ишлаб чиқилган.

РЕЗЮМЕ

Статья посвящается вопросам применения интерактивных методов на занятиях по химии при прохождении темы «Водород», и в частности применению метода «Зиг-заг» является одним из эффективных методов, он рассчитан для работы студентов в малых группах. Использование раздаточного материала в методе «Зиг-заг» способствует лучшему и быстрому усвоению темы.

SUMMARY

The article is devoted to the issues of using interactive methods at the lessons in Chemistry on the theme «Hydrogen» using the method «Zig-zag», in particular. The method "Zig-zag" is one of the effective methods used for the student's work in small groups. The wide use of handouts in the method "Zig-zag" promotes to the best and fast consolidation of the topic.

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ПЕРИНАТОЛОГИИ И РОДОВСПОМОЖЕНИИ

Ю.Нарметова – старший научный сотрудник
 Национальный университет Узбекистана

Таянч сўзлар: психологик хизмат, перинатал психология, ҳомилдорлик, психологик ёрдам, психодиагностика, психокоррекция, психотерапия.

Ключевые слова: психологическая служба, перинатальная психология, беременность, психологическая помощь, психодиагностика, психокоррекция, психотерапия.

Key words: psychological service, perinatal psychology, pregnancy, psychological aid, psychodiagnostics, psychocorrection, psychotherapy.

В нашей стране охрана здоровья матери и ребёнка носит государственный характер. Через акты законодательного и рекомендательного характера осуществляются механизмы защиты женщины, особенно беременной. Вставший остро вопрос гигиены труда и охраны здоровья женщин и, в частности, её специфических функций решался в нашей стране не один десяток лет. Отрадно отметить, что канва научных воззрений последнего времени не оставила без внимания и взаимосвязь экологических проблем с развитием репродуктивного потенциала женщины. В последние несколько лет эта проблема оказалась в центре внимания мирового сообщества.

В настоящее время акушерство и перинатология являются одной из динамично развивающихся медицинских отраслей, ориентированных на сотрудничество с психологами практиками для повышения уровня родовспоможения и решения психологических проблем беременности. Однако объективный медицинский подход к проблемам пациентов поддерживает, в основном, применение директивных психотерапевтических методов. Мы считаем, что работа психолога, организация психологической службы в этой отрасли должна соответствовать современному исследовательскому курсу, подчёркивающему важность перинатального периода в дальнейшем развитии психики и личности человека, и направлена на изучение психологических основ организации поведения во время беременности, что позволит более полно представить условия психологического благополучия

женщин в этот период и успешного развития их будущих детей.

Определение здоровья, выработанное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), трактует понятие здоровья как "... состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов". Учитывая общебиологические закономерности взаимодействия организма и среды, мы придерживаемся мнения, что здоровье должно рассматриваться как естественное состояние организма, характеризующееся его гомеостазом с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных изменений. Очевидно, что на комплексное состояние здоровья влияет множество факторов и условий, и хотя некоторые из них имеют биологическую природу, в человеческом обществе они вошли в неразрывную, иногда опосредованную, иногда прямую зависимость от социальных условий. Анализ психологических составляющих периода беременности в последнее время все чаще выступает в качестве предмета научного изучения. По мнению современных исследователей, рост патологии беременности и перинатального развития ребёнка свидетельствует о том, что ограничение изучения беременности и родов рамками медицинского подхода, которое долгое время имело место, делает невозможным решение проблемы формирования здорового поколения [1,3,5]. Повышение общественного интереса к психологии личности и экзистенциальным проблемам бытия способствовало возникно-

вению во всём мире движения за гуманизацию беременности, родов и перинатальной стадии развития человека. В работах Г.И.Брехмана, В.И.Брутмана, А.И.Захарова, Д.Пайнз, В.П.Петленко, Г.Г.Филипповой, Г.Л.Бибринг, К.Боннет, С.Лебровизи, П.М.Шерешевского, Л.Дж.Ярова, Т.Веми и других сама беременность и внутриутробное формирование ребенка в этот период рассматриваются в качестве уникального психологического феномена, требующего соответствующих методов исследования и выходящего далеко за рамки чисто физиологических процессов.

Особое внимание современных исследователей направлено на изучение перцептивных процессов, сопровождающих беременность, в связи с социально-политическими и научно-техническими преобразованиями в современном обществе, ведущими к разрушению традиционных стереотипов восприятия женщины, ребёнка и родительства как социокультурного феномена. В последнее время в психологии выделилась особая область - перинатальная психология. Формирование перинатальной психологии и психотерапии как отдельных направлений во многом вызвано необходимостью приостановки тенденции роста количества новорожденных с нервно-психическими расстройствами. Причин этого явления много: и успехи медицины, приводящие к уменьшению смертности детей с патологией в прошлые годы несовместимой с жизнью, и неудовлетворительная психопрофилактическая работа с беременными, и ошибки родовспоможения, и ухудшение экологии и ряд других причин. Появление гуманистического подхода к родовспоможению можно вести от 1962 года, когда Мишель Оден организовал в акушерской клинике в Пиццверсе (Франция) первый Центр перинатальной подготовки. В настоящее время во всем мире действуют различные центры перинатальной подготовки, существуют разветвленные службы "естественного деторождения", которые предлагают юридическое, медицинское, тренировочное, психологическое консультативное обслуживание. В 1971 году в Вене было организовано Общество Пре- и Перинатальной Психологии. В 1982 году во Франции создана Национальная Ассоциация Пренатального Воспитания. В 1983 году в Торонто состоялся Первый Американский Конгресс по пре- и перинатальному воспитанию. Подобные организации продолжают возникать и развиваться в разных странах. В последние годы активность исследователей, занимающихся подобной проблематикой, увеличивается. Об этом свидетельствует, например, то, что за последние 15 лет состоялись крупные международные конференции, посвященные вопросам перинатологии: в январе (Монако), в мае (Страсбург), в июле (Тампере). В России, а также в других странах СНГ, в том числе в нашей стране активные исследования этой темы начались в 1990-х годах.

По мнению ряда авторов, выделение данной области обусловлено двумя факторами. Во-первых, результаты многочисленных исследований показали, что именно в дородовом периоде начинается развитие всех психических процессов ещё не родившегося младенца [2,4,6], сформированный в пренатальном онтогенезе опыт используется индивидом позже, а именно в организации поведения после рождения - на стадии постнатального онтогенеза [5]. Во-вторых, исследователи отмечают, что изучение онтогенеза человека, рассмотрение основных этапов становления его психики и поведения возможно только в контексте его контакта с матерью, начиная с пренатального периода. Этот контакт является важнейшей потребностью организма, дающий основную информацию для развития, именно мать формирует эмоционально-информативную среду ребёнка на ранних этапах его жизни. Взаимоотношения матери и ребёнка представляют собой высшее жизненное единство, направленное на реализацию базисных поведенческих программ развития. Формирование системы взаимоотношений «мать-дети» происходит постепенно, начиная от зачатия, и влечёт за собой серьёзные изменения в жизни будущей матери. Беременная женщина сталкивается с новыми адаптационными задачами, для разрешения которых требуется активная личностная перестройка. В течение беременности она должна постепенно принять роль матери, научиться воспринимать будущего ребенка как отдельного от нее и соответствовать своим потребностям с учетом его существования. Процесс принятия роли матери рассматривается как кризисный этап в развитии личности, который предъявляет особые требования к личностным ресурсам и несёт в себе как потенциальные возможности, так и потенциальные опасности для личности [1,2,3]. В связи с этим, представляется акту-

альным организация психологической службы в перинатологии и родовспоможении. Необходимость психологической помощи беременным женщинам обусловлена тем, что во время беременности психическое здоровье выражается в способности будущей матери адекватно изменять свое поведение, регулировать свои психические состояния, подстраиваясь под требования кризисной ситуации, и, осознавая значимость ребенка, изменяться самой и становиться способной ассимилировать вызовы окружающей среды. Таким образом, беременная женщина удовлетворяет потребности своего ребёнка в эволюционно ожидаемых условиях развития на ранних этапах онтогенеза и обеспечивает основу для его будущего психического здоровья. Кроме того, как показывают исследования, сохранение психического здоровья беременных и рожениц не менее важно, нежели оказание специализированной акушерско-гинекологической помощи [2,7]. На сегодняшний момент появилась необходимость в сравнительном анализе между исследованиями психологических состояний беременных находящихся в рамках условной «психологической нормы» беременности, острого и хронического стрессов. Все эти обстоятельства акцентируют внимание специалистов на необходимости совершенствования психодиагностики и коррекции, а также оказания специализированной психологической поддержки беременным.

Как отмечают многие авторы, беременность является критическим этапом в развитии личности женщины. Динамика изменений таких личностных характеристик как тревожность и стрессоустойчивость в данный период демонстрирует различные варианты разрешения этого кризиса. В одном случае наблюдается прогрессивный личностный рост, способствующий становлению материнского поведения, в другом случае прослеживаются негативные изменения, что сказывается на состоянии психического здоровья матери и будущем психическом развитии ребёнка. Так Н.В.Боровикова рассматривает беременность как акме женщины, исследуя акмеологический потенциал беременной женщины, однако в исследовании мотивации сохранения беременности она не ограничивается лишь подсознательными мотивами, выделенными в психоанализе, но включает такие социальные мотивы, определяемые культурно - историческим временем как сохранение отношений с партнёром (в качестве основного у 16% опрошенных), соответствие социальным ожиданиям (24%). Расширяя и углубляя понимание беременности как процесса имеющего не только медицинскую и эмоциональную, но и социально - психологическую составляющую, новые психологические особенности, проявляющиеся в период беременности Н.В.Боровикова описывает в рамках так называемого синдрома беременности, симптомы которого, по её мнению, имеют универсальный характер и включают в себя всё многообразие психологических новообразований характерных для беременной женщины. Сюда относятся следующие: аффект осознания себя беременной, симптом принятия решения, симптом нового «Я», симптом эмоциональной лабильности, симптом противоречивого отношения к беременности, симптом принятия новой жизни в себе, симптом перинатальной дисморфобии, симптом завышенных притязаний по отношению к другим. Автор считает, что синдром беременности переживается женщиной на бессознательном уровне и именно этот факт является основным источником негативных переживаний самой беременной и как следствие отрицательных влияний на плод. «Знание о самой себе и о сопровождающих беременность соматических и психических состояниях создаёт благоприятный психоэмоциональный фон протекания беременности, способствует личному взрослению женщины, укреплению и обогащению её психики новым уровнем психологических самооценок.»[2:14]. Другой автор, позицию которого хотелось бы упомянуть, Н.П.Коваленко, основной акцент в своей работе ставит на изучение эмоционального состояния беременных женщин, утверждая, что именно эмоциональная сфера претерпевает наибольшие изменения и именно эмоциональный стресс является основной причиной негативных нарушений в состоянии здоровья матери и плода. Автор выявила психологические факторы, способствующие появлению эмоционального стресса при беременности (тревожность, мнительность, впечатлительность, эгоцентризм, страх боли и др.) в итоге, беременность рассматривается как сложное психоэмоциональное состояние и вследствие этого для подготовки к роли матери и успешного прохождения беременности и родов [3]. Исходя из этого, соглашаясь с мнениями

и других авторов, мы считаем, что необходима своевременная психологическая поддержка беременных женщин, психокоррекция эмоционального состояния и активизация творческого потенциала. С этой целью нужно создать на базе амбулаторных и клинических учреждений психологическую службу, направленную не только на комплексную программу подготовки родов, но и коррекции нежелательных последствий периода беременности. По нашему мнению, психологическая служба в перинатологии должна содержать в себе наряду с различными психологическими особенностями женщины во время беременности, учёт изменившейся социальной ситуации развития женщины, её взаимоотношения с окружающими, отношение близкого окружения женщины не только к ней, но и к будущему ребёнку. Учитывая то, что в этот период в жизни женщины происходит изменение условий самого разного уровня, такие как повышение нагрузки на различные системы организма, гормональная перестройка, возникновение новых мозговых доминант, а также актуализация нерешённых в прежние периоды развития проблем отношений и необходимость адаптации собственных индивидуально-психологических особенностей, установок, ценностей и социальных условий жизни к ситуации беременности, а также то, что названные обстоятельства приводят к изменениям в психическом статусе женщины и формируют особые психические состояния, которые в свою очередь определяют протекание беременности. Организация психологической службы должна способствовать определению ситуации беременности как актуальную, т.е. требующую проявления собственной организации и активной позиции по отношению к новым условиям, а также как одной из важнейших ситуаций жизненного пути женщины. Выступая одновременно и закономерным итогом развития материнской сферы, и отправным пунктом в дальнейшем развитии женщины как личности и матери, беременность является «жизненным событием, приводящим к трансформации личности, ее изменениям и развитию и представляет собой точку бифуркации (разветвления) на жизненном пути». Подобные ситуации в жизни человека, даже в случае готовности к ним, детерминируют особые состояния, которые чаще всего являются стрессовыми. В связи с этим суть психологической службы в перинатологии на наш взгляд, заключается в интеграции усилий специалистов различных областей, прежде всего медицины и психологии, в создании междисциплинарного подхода и преодолении информационной изоляции по отношению к пренатальному периоду в целом. Однако, как показывают наши наблюдения, вне психологической науки наиболее распространена точка зрения на возможные осложнения во время беременности как на следствие влияния на организм различных неблагоприятных факторов, оптимизация состояния женщины почти полностью находится в ведении медицины, а благоприятное протекание беременности считается следствием хорошего состояния здоровья. Тем не менее, психологические исследования показывают, что в случае возникновения осложнений, течение беременности индивидуально и связано не только с последовательным выполнением медицинских рекомендаций. Особенности вынашивания ребёнка связаны с индивидуально-психологическими характеристиками и эмоциональным статусом женщин, а течение беременности и родов улучшаются в связи с психопрофилактической работой. Многие авторы считают, что течение беременности также связано со способностью женщины к организации собственного поведения в этот период. Поведенческие стратегии при этом определяются контролем поведения, под которым подразумевается психический уровень регуляции поведения как системное объединение когнитивных, эмоциональных и волевых процессов, направленных на достижение цели – рождение здорового и эмоционально близкого ребёнка. Когнитивные механизмы отвечают за планирование и программирование собственных действий, моделирование значимых условий достижения цели и оценку результатов деятельности. Особенности саморегуляции, формирующиеся в зависимости от специфики деятельности, соответствуют как личностным качествам, так и требованиям деятельности. Подобная система саморегуляции проявляется во всех видах активности, в том числе и во время беременности. Мы предполагаем, что когнитивные механизмы саморегуляции во время вынашивания ребёнка имеют уровневое и структурное своеобразие, способствующее протеканию процесса и психологически понятное с точки зрения этого состояния. Способность регулировать поведение без лишних усилий и конфликтных переживаний

на уровне «Я» особенно важна для разрешения проблемных ситуаций, часто возникающих во время беременности. Волевой блок системы контроля поведения может играть большую роль при преодолении препятствий, оказывающихся на пути достижения цели. При этом более эффективной представляется такая форма регуляции, которая не требует дополнительных ресурсов, а преодолевает препятствия за счёт перераспределения функциональных обязанностей между компонентами психической системы. Большая или меньшая выносливость в восприятии интенсивности воздействия среды, различная степень активности в удовлетворении собственных потребностей, способность выдерживать неопределённость ситуации, потребность в контакте с другими людьми определяет уровень развития аффективной регуляции поведения. Эмоциональные состояния во время беременности свидетельствуют о степени напряжённости регуляторных систем, об адекватности собственного потенциала поставленным перед организмом и личностью задачам. Взаимодействие регуляторных систем личности и психического состояния отражаются в состояниях эмоциональной устойчивости и неустойчивости, которые детерминируют динамику адаптации. В организации психологической помощи в перинатологии особое место занимает психотерапия. Значение психотерапии в системе комплексного лечения некоторых осложнений беременности обусловлено существенной ролью нарушений функций нервной системы в патогенезе ряда осложнений беременности. Эти расстройства могут быть первичными, когда беременность возникает на фоне существующих неврозов или вегетативных нарушений, например гипертонии, или вторичными, возникшими вследствие патологического течения настоящей или предшествующей беременности (например, выраженные эмоциональные расстройства у женщин, страдающих привычным невынашиванием беременности). Изменения в нервной системе нередко наблюдаются у беременных, ранее перенёсших тяжёлые акушерские осложнения, оперативные вмешательства в родах, послеродовые заболевания, потерявшие детей (мертворождение, смерть в периоде новорожденности и др.). Высокая степень эмоциональной напряжённости может вызвать изменения в других системах организма, отягощая течение и исход беременности.

Таким образом, мы предполагаем, что психологическая служба в перинатологии должна включать в себя два полюса: психодиагностика и психокоррекция или психотерапия. Психодиагностика должна быть направлена на выявление вышеперечисленных психологических проблем, встречающихся в период беременности. Высококвалифицированный психолог сумеет справиться с этой частью психологической работы с беременными. Что же касается второго полюса психологической службы в перинатологии – психокоррекции или психотерапии, то мы сталкиваемся здесь с рядом проблем, как организационного, так и этического характера. Многие практические врачи зачастую опасаются проведения каких-либо психокоррекционных вмешательств, ссылаясь на то, что психолог, окончивший психологический факультет университета не имеет медицинского образования. В то же время не все врачи хорошо осведомлены о психодиагностике и психокоррекции. Мы считаем, что организация курсов повышения и переподготовки кадров в этой области способствует ещё большему улучшению медико-психологической помощи этой категории женщин.

Мы согласны с мнением ряда авторов [1,2,4] которые отмечают, что главная задача психотерапии беременных с патологиями должна состоять в том, чтобы внушить женщине веру в выздоровление и эффективность проводимого лечения, а главное – веру в её материнский потенциал и способность влиять на состояние ребёнка, что достигается путем разъяснения, успокаивающим и тонизирующим режимом и, что немаловажно, тактичным поведением медперсонала на протяжении всего процесса обследования и лечения.

Психотерапия основывается на знании патогенеза болезненных состояний и приёмах воздействия на психику, позволяющих получить нужный результат. Суть рациональной психотерапии состоит в том, что психотерапевт, основываясь на данных анамнеза, объективного исследования и клинического течения заболевания, использует логические доводы для преодоления неведения, неверного представления беременной женщины о состоянии своего здоровья, а также убеждает ее в благоприятном прогнозе, давая конкретные рекомендации.

Рациональная психотерапия предусматривает установление полного контакта между психотерапевтом и клиентом и убеждение беременной в том, что она должна помогать врачу в собственном лечении путем выполнения рекомендаций и прислушивания к собственной природе. Данная терапия составляет основу всех видов психологических воздействий, включая гипнотерапию. Значение психотерапии положительно оценивается в комплексном лечении беременных при угрозе самопроизвольного выкидыша. В 1976 году А. З. Хасиным, А. И. Любимовой и Л. В. Качаровой с этой целью был с успехом применен метод рациональной психотерапии. При выраженной эмоциональной неустойчивости, повышенной раздражительности, беспокойстве, подавленности и других проявлениях расстройств функций нервной системы практикуется внушение в состоянии гипноза. Психотерапия проводилась в сочетании с другими методами лечения, в соответствии с индивидуальными особенностями этиологии и патогенеза преждевременного прерывания беременности. Результаты лечения вполне благоприятны в отношении ближайших (исчезновение жалоб, нормализация тонуса и возбудимости матки) и отдаленных результатов (у большинства женщин беременность закончилась родами в срок). Женщины, для которых беременность была долгожданной и запланированной, принимали себя в новом образе без патологических соматических реакций организма. Следовательно, психосоматические осложнения периода беременности следует расценивать как неадаптивные реакции на стресс. Психосоматические проявления на более поздних сроках беременности выступают индикатором того, что женщине наиболее трудно пережить и принять в психологическом синдроме беременности, т.е., изменить в своей Я-концепции.

Психотерапевтическое лечение беременных может носить как симптоматический, так и патогенетический характер. Выбор наиболее адекватного из них диктуется особенностями личности беременной, нарушениями в развитии её Я-концепции и сроком беременности.

При наличии так называемых акцентуированных черт характера (особенно истерических и ипохондрических) или при внутриличностном конфликте целесообразно проводить личностно-ориентированную индивидуальную или групповую психотерапию.

При оказании психотерапевтической помощи беременным особое место многими специалистами отводится семейной психотерапии, в которых в эти процессы включают семью женщины, члены которой нередко способствуют болезненному поведению путём избыточного или недостаточного внимания к межличностным проблемам. Как вариант психопрофилактической поддержки, психотерапевтическая работа может проводиться с молодыми супругами с целью консолидации их семейной пары и выработки совместной позиции корректного общения со старшими родственниками, особенно когда в период ожидания родов обостряются взаимоотношения.

Следует отметить, что при лечении беременных можно эффективно использовать метод гештальт-терапии, которому обучают студентов психологических факультетов университетов на занятиях по консультативной или медицинской психологии. Он был разработан Ф. Перлзом (1951) на основе его раннего опыта в психоанализе и последующего изучения экзистенциальной философии, гештальтпсихологии и теории В. Райха о физиологических корнях сопротивления психологическому изменению. Согласно гештальтпсихологии, пациентом является человек, находящийся в состоянии кризиса, как бы личностно расщеплённый на отдельные части, ощущающий, что его потребности не удовлетворены, цели не достигнуты, что наиболее ярко на начальных этапах беременности, при возникшей необходимости преобразования Я-концепции. Задачей гештальт-терапии является развитие автономности и ответственности среди участников. Используя технические приемы (принципы и игры), врач-психотерапевт создает женщине возможность поиска актуальных переживаний, завершения "незаконченных ситуаций", способствуя интеграции личности. Основной формой является индивидуальная поочередная работа психотерапевта с женщиной в группе, что дает вспомогательный материал остальным для осознания собственных проблем. Кроме того, с этими целями используется разыгрывание в "сценах" типичных конфликтов, схем взаимодействия, анализа сновидений.

Применение глубинной психотерапии, независимо от формы (индивидуальной или групповой), предполагает наличие у конкретной беременной женщины мотивации к лечению этим методом, способность к саморефлексии и удовлетворительное соматическое состояние. При отсутствии этих необходимых условий показана поддерживающая психотерапия, целями которой являются не вскрытие и переработка конфликтов, а одобрение будущей матери, укрепление ее социальных позиций, для достижения которых врач становится надежным и доступным лицом.

В качестве самостоятельных техник, а также в сочетании с вышеперечисленными, используются аутогенная тренировка, гипноз, биологическая обратная связь. Что касается биологической обратной связи (синоним — биоуправление с обратной связью), то надо сказать, что она заключается в коррекции систем организма за счет саморегулирования произвольных функций с обеспечением внешнего контроля за их работой (обратная связь). С их помощью можно воздействовать на психопатологические нарушения — тревогу, страх, бессонницу, астению, ипохондрию, а также на вегетативные и функциональные симптомы, такие как тахикардия, повышенный тонус матки, гипертензия или гипотония, приступы удушья, тошнота, рвота и некоторые другие.

Учитывая всё отмеченное, представляется актуальной организация психологической службы на базе гинекологического стационара или родильного дома. Какой должна быть психологическая служба. Опираясь на свои данные мы предлагаем следующий вариант работы с беременными. Психологическая работа психолога осуществляется 2-3 раза в неделю с различными группами женщин. Среди них:

1. Группа беременных на начальных сроках беременности (20 недель). Женщины, входящие в эту группу, ещё не привыкли к своему новому состоянию, часто невротизированы, мнительны, нуждаются в поддержке со стороны специалистов, разъяснении специфики и закономерностей родового процесса. Задача работы психолога в этой группе - снять невротическое состояние, сомнение в своих силах, определиться в целях и задачах этого ответственного для женщины периода. Занятия должны быть построены так, чтобы как можно больше вовлечь женщину во внутреннюю духовную работу, укрепить интуитивную, эмоциональную связь с ребёнком, настроиться на доверие к самой себе, мужу, персоналу, избавиться от комплексов и предрассудков.

2. Группа беременных на поздних сроках беременности (20-30 недель). Обычно она формируется из 1-й группы плюс те женщины, которые с опозданием вошли в курс. Занятия проводятся, когда до родов осталось от 2 до 4 недель. Эта группа занимается в основном отработкой технологии ведения родов с применением дыхательных упражнений, массажей, различных поз. Продолжается психологическая работа по снятию страхов перед родами.

3. Группа для мужей, желающих помочь своим женам во время родов. Работа этой группы начинается с психокоррекции отношения мужчин к восприятию родового процесса. Очень частым явлением бывает необъяснимый страх, волнение мужчин при упоминании о родах. Совсем не каждый мужчина может осилить этот процесс, участвуя в нем в виде действующего лица. Насильно заставить мужчину быть помощником в родах практически невозможно, поэтому только корректное предложение жены может быть основой для того, чтобы муж отважился на этот нелегкий шаг. После вводных ознакомительных бесед начинается обучение мужчин технологиям дыхания (мужчина может помогать держать правильный ритм дыхания), техникам поддержек (упоров, подхватов, стоек) во время схваток, когда женщине особенно необходимо участие, помощь близкого человека. При этом очень важным является знание психологических тонкостей женщины в родовом процессе. Имея эти знания и находясь рядом с женой, муж по малейшему изменению состояния жены может судить об эффективности и успешности родового процесса. Эффективность такой помощи очень зависит от характера и уровня взаимоотношений между мужем и женой. Если пара работала до родов целеустремленно и тщательно, сумела с помощью психолога преодолеть эмоциональные преграды, обиды друг на друга, то в родах результат этого проявляется в слаженных действиях, взаимопонимании, доверии.

4. Группа - Индивидуальная работа с женщинами и мужчинами. Это самая тонкая часть работы,

предполагающая разбор наиболее сложных случаев, состояний, переживаний в семье. К ним относятся случаи непреодолимого страха перед родами, вдруг появившейся гипертрофированной обидчивости на мужа, свекровь, родителей у беременных женщин. У мужчин это может быть навязчивая тревога за супругу и будущего ребёнка, иногда основанная на чьем-то горьком опыте. Или появление необоснованных странных чувств к жене - отторжения, холодности, раздражения, хотя все в семье как будто бы нормально и ребенок желанен. Индивидуальные беседы проводит помимо психолога и заведующая предродовым отделением, знакомя пара с правилами, принятыми в роддоме по проведению родов, возможностями пары и ролью медицинского персонала. Объясняются физиологические особенности и организационные моменты, которые могут быть важными для пары в этот период.

5. Работа с персоналом. Психолог проводит с врачами и акушерками занятия по обучению методам психокоррекции в родах, способам организации позитивного эмоционального пространства, знакомит с теми приемами, которым женщины обучились на занятиях (с применением дыхания, массажа, йоги). Последнее необходимо, чтобы персонал был способен организовать женщине максимально естественное течение без применения медикаментов и хирургических средств (если это возможно). Главный принцип - не мешать, не нарушать естественный процесс при родах. И только в тех случаях, когда женщине не хватает своих собственных сил и готовности, применять все возможные средства, имеющиеся в арсенале медиков. Другая сторона работы психолога с персоналом -

проведение психологической разгрузки. Известно, что ночные дежурства, операции, сложные роды сказываются на общем эмоциональном и физическом состоянии врачей, акушеров, перегружая их нервную систему. Психологическая разгрузка, включающая самомассаж, динамические упражнения, медитации, позволяет им поддерживать адекватное функциональное состояние и не терять форму.

Таким образом, как мы уже отмечали выше, беременность является особым периодом в жизни женщины. Безусловно, это период значимых физиологических и социально-психологических перемен, во время которых происходит мощная перестройка в эндокринной, вегетативной, сердечно-сосудистой системах. Меняется форма тела будущей матери, увеличивается вес, снижается либидо, нарушается сексуальная активность. Появляются сомнения относительно собственной привлекательности, здоровья ребёнка. Вышеописанные перемены наряду с новым социальным статусом не могут не затрагивать отношения женщины в семье и на производстве. От того, насколько беременная умеет справляться с широким кругом возникающих проблем, зависит её психическое состояние и состояние будущего ребёнка.

Репродукция - это не болезнь, а естественная физиологическая функция. Наша общая задача состоит в том, чтобы обеспечить женщине во время беременности хорошее здоровье, как психическое, так и физическое, свести к минимуму дискомфорт во время родов, необходимость медицинского вмешательства, а также гарантировать появление на свет абсолютно здорового малыша.

Литература

1. Боровикова Н.В. Условия и факторы продуктивного развития Я концепции беременной женщины // Автореф. Дис. Канд. психол. наук. - М.: 1998, - С.28.
2. Добряков В.Н. Перинатальная психология. - М.: 2004.
3. Коваленко Н.П. Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщины в период беременности и родов. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. СПб 1998
4. Копыл О. А., Бас Л. Л., Бажева О. В. Готовность к материнству: выделение факторов и условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс. 1993. № 4. -С. 13-34. Мальгина Г.Б.
5. Крайг . Бокум Д. Психология развития. -М.: 2004. -С. 725.
6. Рудина Л.М. Индивидуально-психологические особенности адаптивности женщин к состоянию беременности // Автореф. дис. канд. психол. наук. -М.: 2003.
7. Филиппова М.М. Психология материнства. -М.:2002.

РЕЗЮМЕ

Маколада перинатология ва туғрукка ёрдам кўрсатиш муассасаларида психологик хизматни ташкил этиш масалалари муҳокама қилинади. Перинатал психологиянинг асосий муаммоларини муҳокама қилган ҳолда мутахассислар эътибори психодиагностика ва коррекцияни такомиллаштириш, шунингдек, ҳомиладор аёлларга ихтисослашган психологик ёрдам кўрсатишга қаратилади. Таъкидланадики, мазкур тармоқда психологик хизматни ташкил этиш инсон психикаси ва шахси ривожланишида перинатал даврининг муҳимлигини эътироф этувчи замонавий тадқиқот курсига мос келиши керак ҳамда ушбу даврда аёллар психологик хотиржамлиги ва уларнинг булғуси фарзандлари муваффақиятли ривожланиши шарт-шароитларини тўлиқ ақс эттириши лозим.

РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются вопросы организации психологической службы в перинатологии и родовспоможении. Обсуждая основные проблемы перинатальной психологии, акцентируется внимание специалистов на необходимости совершенствования психодиагностики и коррекции, а также оказания специализированной психологической поддержки беременным женщинам. Отмечается, что организация психологической службы в этой отрасли должна соответствовать современному исследовательскому курсу, подчеркивающему важность перинатального периода в дальнейшем развитии психики и личности человека, и направлена на изучение психологических основ организации поведения во время беременности, что позволит более полно представить условия психологического благополучия женщин в этот период и успешного развития их будущих детей.

SUMMARY

In the article the questions of the organization of psychological service in perinatology and obstetrics have been studied. Discussing the main problems of perinatal psychology, specialist's focus their attention on the improvement of psycho-diagnostics and correction, as well as providing specialized psychological support to pregnant women. It was emphasized that the organization of psychological service in this sphere should suit to current research course, emphasizing the importance of the perinatal period in the further development of the psyche and personality, and it is aimed at studying psychological foundations of organization of behaviour during pregnancy, which will let represent the conditions of psychological well-being of women in this period and the successful development of their future children.

АҚЛИҚ ТӘРБИЯСЫНДА АДАМЛАРДЫ ӨЗ АТЫ МЕНЕН АТАҰДЫҢ ӘХМИЙЕТИ

А. Пазылов – педагогика илимлериниң кандидаты, доцент

Н.Утаева – физика-математика факультетиниң 2-курс студентки

Әжинияз атындағы Нөкис мәмлекетлик педагогикалық институты

Бизлерди жақыннан берли еки нәрсе ойландыра баслады. Олардың бириншиси өзлеримиз гүясы болған ўақыя болса, екіншиси ҳәзир напакда отырған, бурынлары Нөкис қаласындағы мектеплердин биринде баслауыш класс оқыўшыларына сабақ берген, тәжирийбелли бир кәсиплесимиздин бизлерге айтып берген ўақыясы еди...

Биринши ўақыя былай болды. Жаз күнлериниң биринде Нөкис қаласындағы бир қабатлы жеке меншик жайлардың алдынан гүрриңлесип өтип баратырғанымызда, алдымыздағы бир жайдың саясында ойнап отырған кишкене балаларға көзимиз түсти. Үш жасарлар шамасындағы бир бала дәрхал алдымыздан жууырып шығып сәлемлесіу ушын қолын созды. Баланың жасы үлкенге сәлем беріуғе

умтылғаны бизлерди шексиз куўанышқа бөледі. Баланы марапатлау максетинде, оның басынан сыйпап турып «Жақсы бала екенсең ғой, атың ким?» деп сорауға мәжбүр болды. Баланың орнына бес жасар шамасындағы үлкенереги (шамасы қонсысының баласы болса керек) «Ол, ийттиң баласы» деп жууап берди. Бизлер хайран болып үлгермей-ақ «Хәй, ийттиң баласы, қәне үйге кир» деген хөктем дауыс еситилди. Қарасақ, жаслары алпысларға шамасындағы үлкенерге, толықлаудан келген, көзәйнек таққан бир сары сынлы кейўаны хаял бүйирин таянып тур екен. Хаялға сәлем берип, баланы мақтап, кимниң баласы екенлигин сорағанымызды билемиз, «Не жумысың бар! Ол, ийттиң баласы,