

## ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТАВЛЕНЬ ЖІНОК РІЗНОГО ВІКУ ІЗ ЗАГРОЗОЮ ЗРИВУ ПЕРШОЇ ВАГІТНОСТІ ЗА ТЕСТОМ СТАВЛЕНЬ ВАГІТНОЇ

**Волкова О.В.**

*Статтю присвячено аналізу дослідження особливостей ставлень жінок різного віку із загрозою зриву першої вагітності.*

*Автор аналізує особливості ставлень жінок різного віку із загрозою зриву першої вагітності за Тестом ставлень вагітної (ТСВ).*

*Стаття буде корисною для студентів, спеціалістів-психологів, наукових працівників у сфері перинатальної психології та психології материнства.*

**Ключові слова:** вагітність, загроза невиношування вагітності, ставлення.

*Статья посвящена анализу исследования особенностей отношений женщин разного возраста с угрозой срыва первой беременности.*

*Автор анализирует особенности отношений женщин разного возраста с угрозой срыва первой беременности по Тесту отношений беременной (ТОБ).*

*Статья будет полезной для студентов психологических факультетов, специалистов-психологов, научных работников в сфере перинатальной психологии и психологии материнства.*

**Ключевые слова:** беременность, угроза невынашивания беременности, отношение.

*The article "Research of relationship features of women in different ages with threat of miscarriage the first pregnancy by Pregnant women relationships test" is about research analysis of relationships of women in different ages with threat of miscarriage.*

*The author analyzes the features of relationships of women in different ages with threat of miscarriage the first pregnancy by the Pregnant women relationships test.*

*This article will be useful for psychology faculties students, professional psychologists and researchers in the field of perinatal psychology and psychology of motherhood.*

**Keywords:** pregnancy, threat of miscarriage, relationship.

У сучасному суспільстві велика увага приділяється вивченню психології материнства, яке ведеться в різних аспектах у плані соціологічних досліджень пізнього материнства і материнства неповнолітніх (Копил О.А., Бас Л.Л., Баженова О.В., 1993); при дослідженні чинників ризиків психічної патології дитини у зв'язку із соціальними і психічними аномаліями матерів (Брутман В.І., Північний А.А., Єніколо-

пов С.Н., 1993) [1]; у аспекті філогенезу (Філіппова Г.Г., 1995) [3]. Були проведені дослідження значущих особистісних характеристик майбутньої матері, розроблені опитувальники, що виявляють ставлення батьків до ненародженої дитини (Condon J., 1995), вивчені чинники, що впливають на адаптивну материнську поведінку (Лісіна М.І., 1991), були спроби організації перинатального виховання в руслі ідеології психоаналізу і трансперсональної психології (Шмурак Ю.І., 1995, Дольто Ф., 1997); був узагальнений досвід роботи у вивченні питань еволюції нервової системи і психіки ненародженої дитини і новонародженого, а також виділений феномен трансперсональної психології у породіль і новонароджених (Айламазян Е.Д., Співак Л.І., Співак Д.Л., Щеглова І.Ю., 1996) [5].

Особливо стресовою є перша вагітність, оскільки вона означає закінчення незалежного первинно цілісного існування і початок "безповоротних" материнсько-дитячих стосунків, оскільки віднині психічна рівновага матері стає пов'язаною із запитом безпорадної і залежної істоти. Її можна вважати критичною точкою в розвитку жіночої ідентичності [4].

Мета дослідження: дослідити особливості ставлень жінок різного віку із загрозою зриву першої вагітності

Об'єкт дослідження: психологічна сфера жінок із загрозою зриву першої вагітності

Предмет дослідження: ставлення жінок різного віку із загрозою зриву першої вагітності.

Опис досліджуваної групи. Дослідження проводилося на базі Жіночої консультації ЦРП Печерського району м. Києва з липня 2011 року по вересень 2012 року.

У дослідженні взяли участь 180 жінок різного віку, на різних строках першої вагітності.

Усі жінки були розділені на три вікові групи:

1. вікова група №1 – жінки віком від 18 до 25 років;
2. вікова група №2 – жінки віком від 26 до 30 років;
3. вікова група №3 – жінки віком від 31 до 40 років.

Експериментальні групи склалися з жінок, які на момент опитування переживали загрозу зриву першої вагітності.

Контрольні групи склалися з жінок, що на момент проведення дослідження мали нормальний перебіг першої вагітності.

Загальна кількість груп – 6. Кожна група налічувала 30 респондентів.

Методика дослідження. При вивченні ставлення до материнства і смислової сфери вагітної жінки був використаний Тест ставлень вагітної (ТСВ) [2].

Кожен блок тесту ТСВ включає 3 розділи, в яких шкалюються різні поняття. Вони представлені п'ятьма твердженнями, що відбивають п'ять різних типів психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД). Досліджуваній пропонується в кожному блоці вибрати тільки одне твердження, яке найбільш відповідає її стану.

Тест складається з 3 блоків, кожен з яких розподіляється ще на три розділи по 5 питань в кожному, загалом 45 тверджень.

Блок А (ставлення жінки до себе вагітною) представлений наступними розділами:

1. ставлення до вагітності;
2. ставлення до способу життя під час вагітності;
3. ставлення під час вагітності до майбутніх пологів.

Блок Б (ставлення жінки, що формується протягом дев'яти місяців вагітності у системі "мати-дитя") представлений наступними розділами:

1. ставлення до себе, як до матері;
2. ставлення до своєї дитини;
3. ставлення до грудного вигодовування дитини.

Блок В (ставлення вагітної жінки до ставлення до неї оточуючих) представлений наступними розділами:

1. ставлення до мене вагітної чоловіка;
2. ставлення до мене вагітної родичів і близьких;
3. ставлення до мене вагітної сторонніх людей.

Обробка результатів. Результати тесту визначаються за таблицею:

Блоки	Розділи	О	Г	Е	Т	Д
А	I	4	2	1	3	5
	II	2	3	4	1	5
	III	3	1	5	2	4
Б	I	5	3	4	1	2
	II	1	4	2	3	5
	III	3	1	2	5	4
В	I	3	2	1	5	4
	II	1	4	2	5	3
	III	5	4	3	2	1
	Всього					

О – оптимальний тип ПКГД, Г – гіпогестогностичний, Е – ейфоричний, Т – тривожний, Д – депресивний.

Оптимальний тип ПКГД відзначається у жінок, що ставляться до своєї вагітності відповідально, але без зайвої тривоги. У цих випадках, як правило, відносини в родині гармонійні, вагітність бажана обома

членами подружжя. Жінка, упевнившись, що вагітність наступила, продовжує вести активний спосіб життя, але своєчасно стає на облік в жіночу консультацію, виконує рекомендації лікарів, стежить за своїм здоров'ям, із задоволенням і успішно займається на курсах допологової підготовки.

Гіпогестогностичний тип ПКГД нерідко зустрічається у жінок, які не закінчили навчання, захоплених роботою. Серед них зустрічаються як юні студентки, так і жінки, яким скоро виповниться або виповнилося 30 років. Перші не бажають брати академічну відпустку, продовжують складати іспити, відвідувати дискотеки, займаються спортом, ходять в походи. Вагітність у них часто незапланована, застає зненацька. Жінки другої групи, як правило, вже мають професію, захоплені роботою, нерідко займаються керівні пости. Вони планують вагітність, оскільки справедливо побоюються, що з віком підвищується ризик виникнення ускладнень. З іншого боку, ці жінки не схильні змінювати життєвий стереотип, у них "не вистачає часу" стати на облік в жіночій консультації, відвідувати лікарів, виконувати їхні призначення. Жінки з гіпогестогностичним типом ПКГД нерідко скептично ставляться до курсів допологової підготовки, нехтують заняттями. Догляд за дітьми, як правило, передоручають іншим особам (бабусям, няням), оскільки самі матері "дуже зайняті". Нерідко цей тип ПКГД також зустрічається у багатодітних матерів.

Ейфоричний тип ПКГД відзначається у жінок з істеричними рисами особистості, а також після тривалого лікування від безпліддя. Нерідко вагітність у них стає засобом маніпулювання, способом зміни відносин з чоловіком, досягнення меркантильних цілей. При цьому декларується надмірна любов до майбутньої дитини, виниклі нездужання і труднощі перебільшуються. Жінки претензійно вимагають від оточуючих підвищеної уваги, виконання будь-яких забаганок. Лікарі, курси допологової підготовки, відвідуються, але далеко не до всіх порад пацієнтки прислухаються, виконують не всі рекомендації або роблять це формально.

Тривожний тип ПКГД характеризується високим рівнем тривоги у вагітної, що впливає на її соматичний стан. Тривога може бути цілком виправданою і зрозумілою (наявність гострих або хронічних захворювань, дисгармонійні відносини в сім'ї, незадовільні матеріально-побутові умови тощо). В деяких випадках вагітна жінка або переоцінює наявні проблеми, або не може пояснити, з чим пов'язана тривога, яку вона постійно відчуває. Нерідко тривога супроводжується іпохондричністю. Підвищену тривожність неважко виявити як лікарю жіночої консультації, так і керівникам курсів допологової підготовки, проте вагітні жінки з цим типом ПКГД далеко не завжди отримують адекват-

ну оцінку і допомогу. На жаль, саме неправильні дії медичних працівників досить часто сприяють підвищенню тривоги у жінок. У цих випадках підвищений рівень тривожності у вагітної жінки повинен розцінюватися як ятрогенний, тобто пов'язаний з неправильним наданням медичної допомоги. Більшість вагітних жінок з цим типом ПКГД потребують допомоги психотерапевта. Ставши матерями, вони відрізняються підвищеною моральною відповідальністю, невпевнені у своїх силах і здібностях виховувати дитину.

Депресивний тип ПКГД проявляється насамперед різко зниженим фоном настрою у вагітних. Жінка, яка мріяла про дитину, може стверджувати, що тепер не хоче її, не вірить у свою здатність виносити і народити здорове дитя, боїться померти при пологах. Часто у неї виникають думки про власну потворність, тобто виникають дисморфоманічні ідеї. Жінки вважають, що вагітність "спотворила їх", бояться бути покинутими чоловіком, часто плачуть. У деяких сім'ях подібна поведінка майбутньої матері може дійсно погіршити її відносини з родичами, що пояснюють усе примхами, не розуміють, що жінка нездорова. Це ще більше посилює її стан. У важких випадках з'являються надцінні, а іноді і маячні іпохондричні ідеї, ідеї самознищення, виявляються суїцидальні тенденції. Гінекологу, акушеру, психологу, всім, хто спілкується з вагітною, дуже важливо своєчасно виявити подібну симптоматику і направити жінку на консультування до психотерапевта або психіатра, який зможе визначити невротичний або психотичний характер депресії і провести відповідний курс лікування. На жаль, депресивний тип ПКГД, як і тривожний, нерідко формується у вагітної жінки у зв'язку з необережними висловлюваннями, вчинками медичного персоналу, тобто є ятрогенним. Відхилення в процесі сімейного виховання при цьому типі ПКГД аналогічні тим, що розвиваються при тривожному типі, але більш виражені. Зустрічається також емоційне відкидання, жорстоке поводження. При цьому мати відчуває почуття провини, що посилює її стан.

Домінуючим типом ПКГД є тип, який за результатами тесту набрав 8 і більше балів.

На основі результатів методики ТСВ вагітну жінку можна віднести до однієї з трьох груп.

Перша група жінок включає в себе практично здорових вагітних жінок, які перебувають у стані психологічного комфорту, що мають оптимальний тип психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД).

Друга група може бути названа "групою ризику". У неї слід включати жінок, які мають ейфорійний, гіпогестогностичний, іноді три-

вожний типи психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД). У них відзначається підвищена ймовірність розвитку нервово-психічних порушень, соматичних захворювань або загострення хронічних розладів.

Третя група складається з жінок, що також мають гіпогестогностичний і тривожний типи психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД), але вираженість їх клінічних проявів значно більша, ніж у представниць другої групи. Сюди слід включати всіх, що мають депресивний тип психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД). Багато вагітних жінок з цієї групи мають нервово-психічні розлади різного ступеня тяжкості і потребують індивідуального спостереження та лікування у психотерапевта або психіатра.

Таким чином, тест дозволяє виявляти нервово-психічні порушення у вагітних жінок на ранніх етапах їх розвитку, пов'язувати їх з особливостями сімейних відносин і орієнтувати лікарів і психологів на надання відповідної допомоги. Своєчасно і адекватно надана допомога не тільки покращує ситуацію в сім'ї, перебіг вагітності і пологів, але і є профілактикою проблем з грудним вигодовуванням, післяпологових невротичних і психічних розладів.

У ході дослідження були отримані наступні результати. Максимально можлива кількість балів по одному типу за даним тестом складає 9 балів, таку кількість балів можна набрати лише якщо усі питання даного тесту заповнені з відповідністю одному конкретному типу ПКГД. Максимальна кількість балів, що була набрана досліджуваними, становить 8 балів і відповідає оптимальному типу ПКГД. Цей тип ставлень вагітної вважається таким, що не потребує корекції. Такий результат був отриманий лише 5 досліджуваними з-поміж 180, що становить 2,8 % від загальної кількості відповідей.

Кореляційний аналіз показників тесту ставлень вагітної ТСВ представлений у табл. 1.

*Таблиця 1.*

**Загальна таблиця кореляції показників ТСВ по всіх вікових групах**

		Статус	Вік	Строк вагітності	Ейфоричний тип	Оптимальний тип	Тривожний тип	Депресивний тип	Гіпогестогностичний тип
Статус	Pearson Correlation	1	,000	-,053	,139	-,336**	,034	,101	,182
	Sig. (2-tailed)		1,000	,481	,064	,000	,652	,176	,015
	N	180	180	180	180	180	180	180	180

Закінчення табл. 1

Вік	Pearson Correlation	,000	1	,213**	,148*	-,037	-,076	-,166*	-,108
	Sig. (2-tailed)	1,000		,004	,047	,618	,311	,026	,150
	N	180	180	180	180	180	180	180	180
Строк вагітності	Pearson Correlation	-,053	,213**	1	,152	,019	-,022	-,147*	-,210**
	Sig. (2-tailed)	,481	,004		,042	,800	,769	,049	,005
	N	180	180	180	180	180	180	180	180
Ейфоричний тип	Pearson Correlation	,139	,148	,152	1	-,628**	-,372**	-,361**	-,343**
	Sig. (2-tailed)	,064	,047	,042		,000	,000	,000	,000
	N	180	180	180	180	180	180	180	180
Оптимальний тип	Pearson Correlation	-,336**	-,037	,019	-,628**	1	-,201**	,030	-,246**
	Sig. (2-tailed)	,000	,618	,800	,000		,007	,685	,001
	N	180	180	180	180	180	180	180	180
Тривожний тип	Pearson Correlation	,034	-,076	-,022	-,372**	-,201**	1	,067	,023
	Sig. (2-tailed)	,652	,311	,769	,000	,007		,374	,755
	N	180	180	180	180	180	180	180	180
Депресивний тип	Pearson Correlation	,101	-,166*	-,147*	-,361**	,030	,067	1	,108
	Sig. (2-tailed)	,176	,026	,049	,000	,685	,374		,149
	N	180	180	180	180	180	180	180	180
Гіпогестогностичний тип	Pearson Correlation	,182	-,108	-,210**	-,343**	-,246**	,023	,108	1
	Sig. (2-tailed)	,015	,150	,005	,000	,001	,755	,149	
	N	180	180	180	180	180	180	180	180

При обробці даних були виявлені наступні кореляції.

Показник "статус" корелює з двома типами ставлень вагітної: оптимальним та гіпогестогностичним.

З оптимальним типом присутня від'ємна кореляція "-,336", яка помітна на рівні 0,01, це свідчить про те, що у жінок із загрозою зриву першої вагітності присутня менша кількість відповідей, які притаманні оптимальному типу ставлень вагітної. Це логічно, оскільки жінки, які мають проблеми з вагітністю, не можуть оптимально ставитись до неї, і, навпаки у жінок з викривленим сприйняттям вагітності не може домінувати оптимальний тип психологічного компонента гестаційної домінанти.

З гіпогестогностичним типом ставлень вагітної присутня додатна кореляція ",182", яка помітна на рівні 0,05. Отже, можна стверджувати, що у жінок із загрозою зриву вагітності частіше зустрічається гіпогестогностичний тип ставлення, що свідчить про викривлене ставлення жінки до вагітності. Частіше за все такі жінки не хочуть думати про вагітність, пологи та майбутню дитину. Статус загрози зриву вагі-

тності може бути в даному випадку як причиною, так і наслідком такого типу ставлення вагітної.

Як причина, статус загрози зриву вагітності викликає у жінки протест, вона не хоче думати про вагітність, щоб не думати про можливий її зрив. Також іноді зустрічаються жінки, які не говорять і не думають про вагітність, щоб не "наврочити".

Як наслідок, статус загрози зриву вагітності може виникати через неналежну увагу жінки до свого здоров'я та здоров'я майбутньої дитини. Підсвідомо жінка не може прийняти свою вагітність, і через це її організм отримує сигнал "відмови" – зриву вагітності.

Показник "вік" корелює з двома типами ставлень вагітної.

Перший з них – це ейфоричний тип ПКГД. Між цими показниками присутня кореляція "+,148", яка помітна на рівні 0,05. Це свідчить про те, що чим старша жінка, тим більш очікувана та бажана для неї вагітність. Вона потребує більше уваги до себе з боку близьких.

Другий корелянт показника "вік" – це депресивний тип ставлень вагітної. Присутня від'ємна кореляція "-,166", яка помітна на рівні 0,05. Можна припустити, що чим старша жінка, тим менше спостерігається депресивних проявів у її ставленнях до вагітності.

Показник "строк", що відображає строки вагітності досліджуваних по триместрах, корелює з двома типами ставлень вагітної.

З гіпогестогностичним і з депресивним типами ставлень вагітної присутня від'ємна кореляція на рівні "-,210" та "-,147" відповідно, ці кореляції помітні на рівні 0,01. Чим більший строк вагітності, тим рідше жінки намагаються ігнорувати її та не мають депресивних думок щодо неї.

Ми отримали дані по кореляції між віком та строком вагітності. Вона становить "+,213", на рівні 0,01. Такий показник кореляції свідчить про те, що чим старша жінка, тим пізніше вона стає на облік до медичного закладу, оскільки анкетування досліджуваних проводилось при постановці жінок на облік по вагітності у жіночу консультацію. Це може свідчити про менший рівень тривожності у жінок вікової групи №3 віком від 31 до 40 років.

Даних по кореляції тривожного типу ставлень вагітної з жодним показником у ході дослідження виявлено не було.

Отже, можна підсумувати, що за даною методикою дослідження ми отримали кореляційні дані за наступними показниками:

- оптимальний тип ПКГД від'ємно корелює зі статусом вагітної,
- ейфоричний тип ПКГД додатно корелює з віком,
- депресивний тип ПКГД має від'ємну кореляцію з віком вагітної та строком вагітності,



- гіпогестогностичний тип ПКГД є від'ємним корелянтом статусу вагітної та строку вагітності.

Узагальнюючи результати дослідження, потрібно відзначити, що у жінок з оптимальним типом ПКГД рідше спостерігаються загрози зриву вагітності. Гіпогестогностичний та депресивний типи ПКГД сприяють розвитку патологій під час вагітності і частіше зустрічаються у жінок із загрозою зриву вагітності. Оскільки оптимальний тип зустрічається лише у 2,8% досліджуваних, можна стверджувати, що 97,2% жінок знаходяться у групі ризику, а підлягають корекції жінки з навіть незначним проявом гіпогестогностичного та депресивного типів ПКГД. Строк вагітності впливає на тип ставлення вагітної, оскільки жінка звикає до майбутньої дитини, пристосовується до стану вагітності і налаштована позитивно. Те саме можна відзначити і щодо віку вагітної: чим старша жінка, тим менше ознак депресивного типу ПКГД спостерігається у її відповідях. У віковій групі №3, у жінок від 31 до 40 років, вагітність бажана, запланована і частіше викликає ейфоричне ставлення замість депресивного.

Для покращення ситуації зі статистикою невиношування вагітності в Україні можливо ввести первинне діагностування жінок за допомогою Тесту ставлень вагітної при постановці на облік по вагітності. Це дасть змогу попереджати загрози зриву вагітності шляхом корекції гіпогестогностичних та депресивних проявів у жінок.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Брутман В.И. Некоторые результаты социологического и психологического обследования женщин, отказывающихся от своих новорожденных детей / В.И. Брутман, С.Н. Ениколопов, М.Г. Панкратова // Вопр. психол. – 1994. – №5. – С. 31-36 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.voppsy.ru/issues/1994/945/945031.htm>

2. Лысенко О.В., Занько С.Н. Способ психологической диагностики гестоза. Инструкция по применению / О.В. Лысенко, С.Н. Занько ; Витебский государственный медицинский университет, 2004 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.med.by/methods/pdf/26-0304.pdf>

3. Филиппова Г.Г. Психология материнства и ранний онтогенез / Г.Г. Филиппова. – М., 2002 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.i-u.ru/biblio/archive/filippova\\_psihologija/](http://www.i-u.ru/biblio/archive/filippova_psihologija/)

4. Филиппова Г.Г. Отношение беременной к шевелению ребенка: прогностические возможности / Г.Г. Филиппова // Материалы конференции по психотерапии. – 1998. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.nazaUCEVA.ru/content/articles/334/](http://www.nazaUCEVA.ru/content/articles/334/)

5. Bowlby, J. Attachment and Loss. V. I. Attachment / J. Bowlby. – Нью-Йорк, 1969. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.psychology.sunysb.edu/attachment/](http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/)

УДК 159.922.192

## ПСИХОЛОГІЧНІ І ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТІСНИХ СТИЛІВ ВЗАЄМОДІЇ СТАРШОКЛАСНИКІВ ЯК АСПЕКТ ПРОБЛЕМИ КРЕАТИВНОСТІ ПЕДАГОГІЧНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

*Воронюк І.В.*

*У статті представлено результати факторно-аналітичного дослідження системи стилів взаємодії старшокласників з точки зору проблеми креативного наповнення взаємодії вчителя з учнями. На рівні латентних конструктів представлено типи для обох статей стильові особливості для фронтальної роботи, а також гендерні відмінності стилів старшокласників для індивідуалізації взаємодії вчителя з учнями різних статей. Відмічено аспекти наслідування учнями управлінських схем впливу вчителів. Старшокласники потребують істотного розширення власного стильового репертуару для успішного вирішення проблемних ситуацій майбутнього самостійного життя. Запропоновано, як шлях насичення креативними елементами, вдосконалити варіюванням стилю техніку педагогічного впливу спрямуванням його не лише на поверхневі стильові ознаки, а й на глибинні особистісні стильові конструкти з метою їх модифікації, посилення, послаблення або руйнування при їх педагогічній небажаності й, на цій основі, більш ефективного досягнення розвивальних, виховних і навчальних цілей.*

**Ключові слова:** *гендерні відмінності стилів взаємодії старшокласників, креативність взаємодії вчителя з учнями, факторно-аналітичне дослідження, техніки педагогічного впливу, особистісні конструкти.*

*В статті представлені результати факторно-аналітичного дослідження системи стилів взаємодії старшокласників з точки зору проблеми креативного наповнення взаємодії вчителя з учнями. На рівні латентних конструктів представлено типи для обох статей стильові особливості для фронтальної роботи, а також гендерні відмінності стилів старшокласників для індивідуалізації взаємодії вчителя з учнями різних статей. Відмічено аспекти наслідування учнями управлінських схем впливу вчителів. Старшокласники потребують істотного розширення власного стильового репертуару для успішного вирішення проблемних ситуацій майбутнього самостійного життя. Запропоновано, як шлях насичення креативними елементами, вдосконалити варіюванням стилю техніку педагогічного впливу спрямуванням його не лише на поверхневі стильові ознаки, а й на глибинні особистісні стильові конструкти з метою їх модифікації, посилення, послаблення або руйнування при їх педагогічній небажаності й, на цій основі, більш ефективного досягнення розвивальних, виховних і навчальних цілей.*