

УДК 618.2-084:159.923



ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНОГО І ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ У ЖІНОК З ПАТОЛОГІЄЮ ВАГІТНОСТІ

О. В. Боднар

Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

Анотація. У статті досліджуються зв'язки між соціально-демографічним становищем жінок з патологією вагітності та їх психологічним станом. У дослідженні брали участь 150 вагітних жінок віком від 16 до 41 року, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу ускладнень вагітності. Виявлено основні соціальні та психосоціальні фактори ризику для вагітних жінок, а саме: професійне спрямування, сімейне становище, освіта, житлові умови, матеріальне становище, вживання алкоголю та тютюну, бажаність та мотивація вагітності, стосунки з чоловіком. Ці дані дуже важливі для психологічної та психокорекційної роботи з вказаним контингентом пацієнтів.

Ключові слова: вагітність, психологічний стан, психосоціальні особливості, соціально-демографічні показники.

Вступ

У сучасних умовах у суспільстві України відбувається соціально-економічне загострення, яке особливо відображається на найменш захищених верствах населення (діти, інваліди, вагітні жінки, люди похилого віку та інші). Особливо це стосується вагітних жінок, які у результаті свого природного стану опиняються повністю залежними від оточуючих і держави.

Соціально-психологічний аспект в особливостях перебігу вагітності – це багаторівнева структура, яка входить до сфери вивчення багатьох наук (психології, соціології, демографії, акушерства тощо) і охоплює всі сфери життя вагітної жінки.

Усі протиріччя, які обумовлені впливом соціального середовища на жінку, загострюються у період вагітності. Це гендерна дискримінація під час праці, вимушена відмова від участі у суспільному житті, втрата економічної самостійності, зміни у внутрішньосімейних відносинах [1]. Б. Д. Карвасарський вказує, що вік, умови праці та побуту, шкідливі звички і характер взаємин партнерів є значущими психосоціальними чинниками, які можуть негативно впливати на процес вагітності та можуть стати однією з причин виникнення ускладнень [2, 3].

Серед соціальних чинників, що впливають на репродуктивну поведінку жінки, її здоров'я і народження здорової дитини, можна виділити більш та менш значущі. Найбільш важливим для вагітної жінки є фактор соціальної підтримки з боку найближчого оточення, сім'ї або малої групи, в якій відбувається розуміння і прийняття жінкою її нової соціальної ролі – ролі матері. До менш значущих чинників належать наявність соціальних гарантій від роботодавця, рівень соціальних виплат, житлові умови і матеріальне становище жінок, установки на самореалізацію у професійній сфері та інше [1].

Вивчення питання сукупності мотивів зачаття і збереження вагітності вказує на те, що планова вагітність порівняно з незапланованою протікає сприятливіше й з меншою кількістю ускладнень, сприяє народженню більш здорових дітей, без ускладнення здоров'я та зниження працездатності матері [4].

Існують декілька моделей, що описують рівні оточення, з яким взаємодіє діада «мати – дитина». Усі вони виділяють власну сім'ю жінки та її найближче оточення (батьківську сім'ю, друзів, фахівців, що працюють з сім'єю), а також широкий соціокультурний контекст [5, 6].

Позашлюбна вагітність пов'язана з підвищеним ризиком виникнення ускладнень вагітності та пологів через медико-соціальні, психологічні та економічні особливості статусу незаміжніх жінок. Тому вагітні, які не перебувають у шлюбі, повинні бути включені до групи ризику розвитку перинатальної патології [7, 8].

Вважається, що вік, у якому жінка завагітніла, є одним з найважливіших чинників, що впливає на її психоемоційний стан. Проте більшість сучасних досліджень виявили, що вік жінки не впливає на її психологічний стан [9].

Дослідження, присвячені впливу рівня освіти вагітних жінок на їх індивідуально-психологічні особливості та формування материнської сфери у них, вказують на те, що жінки із закінченою вищою освітою більш адаптовані до свого стану, ніж жінки, які не закінчили освіту [10].

Сучасні тенденції індустріального суспільства призводять до переваги кар'єрних прагнень жінки над бажанням бути матір'ю [11]. Дослідження, присвячені вивченню особливостей впливу професії жінки на психологічний і соматичний стан вагітної, констатують, що жінки, які працюють, знаходяться у групі ризику порівняно з вагітними, які не працюють [13–14].

Несприятливі соціально-побутові умови і низький матеріальний рівень негативно впливають на перебіг вагітності та формування материнських почуттів у вагітної жінки, а також на її психоемоційний стан [1, 2, 15].

Дослідження, присвячені вивченню впливу на психологічний стан жінки першої або наступної за порядком вагітності, вказують на те, що депресивні та тривожні розлади частіше зустрічаються у жінок, які народжують вперше [16–18].

Девіантне материнство є однією з найгостріших проблем сучасного суспільства і має тенденцію до постійного зростання [19]. Безсумнівно, вживання психоактивних речовин (наркоманія, алкоголізм, тютюнопаління та інше) мають негативний вплив на протікання вагітності, а особливо – на стан майбутньої дитини. Частіше за все вживання психоактивних речовин супроводжується психологічними або психіатричними порушеннями у жінок і призводить до розвитку захворювань ЦНС та психологічних порушень у дітей [20, 21].

Мета дослідження

Як видно з огляду наукових робіт, вивчення соціального аспекту психології вагітності жінок проходить досить інтенсивно. Недостатня вивченість цієї проблематики у жінок із патологічним перебігом вагітності стала однією з цілей нашого дослідження.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі відділення патології вагітності пологового будинку №5 м. Одеса. У дослідженні брали участь 150 вагітних жінок віком від 16 до 41 року, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу ускладнень вагітності. Середній вік склав $27,47 \pm 5,35$ років. Досліджувались жінки з терміном вагітності від 22 до 41 тижня.

У дослідженні були використані клініко-психологічні та низка експериментально-психологічних методик. Для вивчення особистісних властивостей жінок застосовувався комп'ютерний варіант стандартизованого багатofакторного методу дослідження особистості (СМДО) MMPI, адаптований для російськомовного населення СМІЛ (СМДО) Л. Н. Собчик [22]. Рівень тривожності вивчався за допомогою шкали реактивної тривожності Спілбергера–Ханіна. Методика диференційної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т. І. Балашової) використовувалась для вивчення рівня депресії у жінок, що брали участь у дослідженні. Аналіз отриманих результатів проводився на базі комп'ютерної програми SPSS Statistics 17.0.

Також була розроблена психосоціальна анкета, в якій досліджувалися соціально-демографічні (табл. 1) і психосоціальні (табл. 2) осо-

бливості вагітних жінок з патологією вагітності.

Виявлення взаємозв'язків між соціальними і психологічними показниками проводилося за допомогою непараметричного критерію Краскела–Уоллеса [23]. Вивчаючи за допомогою методів математичної статистики зв'язки між психологічним станом і соціально-демографічними показниками, ми отримали такі результати.

Результати дослідження та їх обговорення

Вивчення професійних спрямувань вагітних жінок з патологією вагітності проводилося після групування професій з метою математичного аналізу. Ми обрали класифікацію типів професій Є. О. Клімова як найбільш точну на нашу думку. Окремою категорією ми виділили домогосподарок – як контингент досить розповсюджений серед вагітних жінок.

Були виявлені такі взаємозв'язки між типом професії та показниками за методикою СМІЛ (СМДО) у жінок з патологічним перебігом вагітності: Шкала «Мужність–жіночність» ($\chi^2 - 13,06$; асиметричне значення – 0,02). Для домогосподарок характерна статеворольова поведінка, притаманна чоловікам ($\bar{X} - 65,56$; $Me - 67,50$), а для піддослідних, що працюють у професіях типу «людина – художній образ» ($\bar{X} - 55,00$; $Me - 55,00$) і «людина–техніка» ($\bar{X} - 56,62$; $Me - 58,00$) характерна більш жіноча поведінка.

Також було виявлено зв'язок зі шкалою «Оптимістичність» ($\chi^2 - 13,06$; асиметричне значення – 0,02). Тобто вагітним жінкам з патологією, які працюють у професіях типу «людина–техніка» ($\bar{X} - 65,62$; $Me - 65,00$) і домогосподарок ($\bar{X} - 65,22$; $Me - 63,50$), притаманні оптимістичність, комунікабельність, висока активність. Також рисою цих жінок є велика кількість планів та ідей, що легко виникають і не реалізуються через нездатність зосереджуватися та переоцінку своїх можливостей. Не було виявлено жодного статистично значимого взаємозв'язку між типом професії піддослідних і рівнем ситуативної тривожності та депресії.

Перевіривши наявність зв'язку між сімейним становищем вагітних жінок і психологічними параметрами, було виявлено таке. За методикою СМІЛ зв'язок встановлено зі шкалою «Достовірності» ($\chi^2 - 6,66$; асиметричне значення – 0,01), «Імпульсивності» ($\chi^2 - 6,86$; асиметричне значення – 0,01), «Ригідності» ($\chi^2 - 5,94$; асиметричне значення – 0,02) та «Індивідуалістичності» ($\chi^2 - 5,19$; асиметричне значення – 0,02) Тобто вагітним жінкам, які неодружені, притаманне загострення таких особистісних характеристик: вони більш схильні до гетероагресивних реакцій, ригід-

Таблиця 1

Соціально-демографічний статус вагітних жінок, що брали участь у дослідженні

Демографічний показник		n	% за стовпчиком
Сімейний стан	Шлюб зареєстровано	118	78,7 %
	Шлюб не зареєстровано	32	21,3 %
Різниця у віці подружжя	Чоловік старший менше ніж на 5 років	66	46,5 %
	Чоловік старший більше ніж на 5 років	42	29,6 %
	Жінка старша менше ніж на 5 років	25	17,6 %
	Жінка старша більше ніж на 5 років	6	4,2 %
	Не одружена	3	2,1 %
Освіта	Середня освіта	38	25,3 %
	Середня спеціальна освіта	8	5,3 %
	Незакінчена вища освіта	6	4,0 %
	Вища освіта	98	65,3 %
Тип професії за Є. О. Клімовим	Людина – природа	3	2,0 %
	Людина – техніка	13	8,7 %
	Людина – людина	86	57,3 %
	Людина – знакова система	28	18,7 %
	Людина – художній образ	2	1,3 %
	Домогосподарка	18	12,0 %
Житлові умови	Окремо у власній оселі	69	46,0 %
	Окремо у найманій оселі	26	17,3 %
	Разом з родичами чоловіка	21	14,0 %
	Разом з родичами жінки	34	22,7 %

ності, своєрідного погляду на життя, посилення декларацій наявних та вигаданих проблем. Не виявлено статистично значимого зв'язку між рівнем депресії і тривожності та сімейним станом жінок з патологією вагітності.

У ході дослідження не було виявлено жодного статистично значимого взаємозв'язку між психологічними показниками і різницею у віці з чоловіками жінок, які брали участь у дослідженні.

Житлові умови жінок з патологією вагітності впливають на рівень ситуативної тривожності ($\chi^2 - 16,81$; асиметричне значення – 0,00) і депресії ($\chi^2 - 7,73$; асиметричне значення – 0,05) та не впливають на загострення особистісних тенденцій. Причому рівень депресії та тривожності вищий у жінок, які проживають разом з родичами жінки ($\bar{X} - 30,47$; Me – 30,00) і у найманій оселі ($\bar{X} - 28,38$; Me – 27,00).

При вивченні зв'язку між вищою освітою і особистісними параметрами було виявлено зв'язок з такими особистісними шкалами: «Достовірність» ($\chi^2 - 9,78$; асиметричне значення – 0,02), «Шкала корекції» ($\chi^2 - 11,23$; асиметричне значення – 0,01), «Імпульсивність» ($\chi^2 - 10,27$; асиметричне значення – 0,02), «Індивідуаль-

ність» ($\chi^2 - 8,45$; асиметричне значення – 0,04). Жінки з вищою освітою не схильні до свідомого чи несвідомого перебільшення своїх симптомів і водночас вони більш адаптовано почувають себе у суспільстві. Менш адаптовані жінки з середньою спеціальною і незакінченою вищою освітою. Чим вищий рівень освіти, тим менше у них проявляється імпульсивність. Тобто освіта як процес соціалізації допомагає жінкам контролювати емоціональні прояви. Також рівень освіти пов'язаний з проявами індивідуальності. Жінки з вищим рівнем освіти більш залучені у процеси, що відбуваються навколо них.

Слід зазначити, що чим вищий рівень освіти, тим нижча тривожність. ($\chi^2 - 8,76$; асиметричне значення – 0,03). Тобто жінки з патологією вагітності, що більш адаптовані у суспільстві, почувають себе впевненіше. Також це підтверджує і те, що вагітні жінки з незакінченою вищою освітою мають вищий рівень тривоги, ніж всі інші піддослідні. Ця категорія вагітних жінок обрала здобуття вищої освіти і не досягла ще цього, а разом з тим й не отримала соціальні привілеї, притаманні вищій освіті. Тому, на нашу думку, вони почувають себе

менш впевнено, ніж усі інші піддослідні.

Взагалі, можна зазначити, що жінки з незакінченою вищою освітою є групою найбільшого психологічного ризику. Виявлено зв'язок між показником «навчання» (тобто вагітні жінки на момент дослідження навчались у навчальних закладах) і особистісними шкалами: «Достовірність» ($\chi^2 - 5,41$; асиметричне значення – 0,02), «Шкала корекції» ($\chi^2 - 8,33$; асиметричне значення – 0,00), «Ригідність» ($\chi^2 - 5,43$; асиметричне значення – 0,02). Жінки, що навчаються, більш схильні до свідомого чи несвідомого перебільшення своїх проблем (агравациї), вони менш адаптовано почуваються у соціумі. Також жінки з патологією вагітності, що навчаються, більш ригідні, їм притаманний вищий рівень депресії, ніж жінкам, що не навчаються ($\chi^2 - 3,89$; асиметричне значення – 0,05).

При дослідженні зв'язку між психосоціальними показниками і психологічним станом вагітних жінок були отримані такі результати: проаналізувавши взаємозв'язок між бажаністю вагітності та психологічними параметрами, ми не виявили зв'язку з особистісними

тенденціями. Проте рівень депресії вищий у тих жінок, чия вагітність не бажана ($\chi^2 - 5,12$; асиметричне значення – 0,02).

При вивченні психологічних характеристик вагітних жінок у зв'язку з наявністю у них шкідливих звичок було виявлено таке: жінки з вираженими ознаками імпульсивності частіше палять ($\chi^2 - 4,62$; асиметричне значення – 0,03); можливо, це пояснюється тим, що жінки з ознаками імпульсивності віддають перевагу більш чоловічому типу поведінки. Також для вагітних жінок, що палять, характерний вищий рівень тривожності ($\chi^2 - 6,01$; асиметричне значення – 0,01). Тютюнопаління у цього контингенту жінок з патологією вагітності може виступати механізмом подолання тривоги. Для жінок, які під час вагітності вживали алкоголь, характерні прояви гіпоманічних тенденцій ($\chi^2 - 6,01$; асиметричне значення – 0,01).

При дослідженні зв'язку між психосоціальними показниками і психологічним станом вагітних жінок були отримані результати, наведені у **табл. 2**.

Проаналізувавши взаємозв'язок між ба-

Таблиця 2

Психосоціальний статус вагітних жінок, що брали участь у дослідженні

Демографічний показник		п	% за стовпчиком
Бажаність вагітності	Бажана	116	77,3 %
	Небажана	34	22,7 %
Паління	Палила	10	6,7 %
	Не палила	140	93,3 %
Алкоголь	Вживала	13	8,7 %
	Не вживала	137	91,3 %
Стосунки з чоловіком	Задоволена	131	89,7 %
	Незадоволена	15	10,3 %
Стосунки з іншими родичами	Задоволена	130	87,2 %
	Незадоволена	19	12,8 %
Задоволення матеріальним становищем	Задоволена	90	60,0 %
	Незадоволена	60	40,0 %
Матеріальне благополуччя	Малозабезпечені	20	13,3 %
	Середній клас	124	82,7 %
	Добре забезпечені	6	4,0 %
Мотивація вагітності	Фінансова допомога держави	1	0,7 %
	Бажання чоловіка або інших родичів	14	9,3 %
	Бажана дитина	109	72,7 %
	Вагітність незапланована	26	17,3 %
Планована кількість дітей	1 дитина	13	8,7%
	2 дітей	99	66,0%
	3 дітей та більше	38	25,3%

жаністю вагітності та психологічними параметрами, ми не виявили зв'язку з особистісними тенденціями. Проте рівень депресії вищий у тих жінок, чия вагітність небажана ($\chi^2 - 5,12$; асиметричне значення – 0,02).

При вивченні психологічних характеристик вагітних жінок у зв'язку з наявністю у них шкідливих звичок було виявлено таке: жінки з вираженими ознаками імпульсивності частіше палять ($\chi^2 - 4,62$; асиметричне значення – 0,03); можливо, це пояснюється тим, що жінки з ознаками імпульсивності віддають перевагу більш чоловічому типу поведінки. Також для вагітних жінок, що палять, характерний вищий рівень тривожності ($\chi^2 - 6,01$; асиметричне значення – 0,01). Тютюнопаління у цього контингенту жінок з патологією вагітності може виступати механізмом подолання тривоги. Для жінок, які під час вагітності вживали алкоголь, характерні прояви гіпоманічних тенденцій ($\chi^2 - 6,01$; асиметричне значення – 0,01).

Аналіз зв'язку між стосунками з чоловіком і психологічними тенденціями дає змогу зазначити таке: виявлено зв'язок між шкалою «Достовірність» і цим показником ($\chi^2 - 5,93$; асиметричне значення – 0,02), це свідчить про те, що вагітні жінки, у яких погані стосунки з чоловіком, більш схильні до свідомого чи несвідомого перебільшення своїх проблем (агравації). Слід також зазначити, що жінки, які не задоволені стосунками з чоловіком, мають більший рівень депресії ($\chi^2 - 4,31$; асиметричне значення – 0,04) і ситуативної тривожності ($\chi^2 - 4,30$; асиметричне значення – 0,04).

Не виявлено жодного статистично значимого взаємозв'язку між задоволенням стосунками з іншими родичами у піддослідних і психологічними показниками.

Результати вивчення задоволеності матеріальним становищем і віднесенням себе до визначеного соціального прошарку вагітними жінками та особистісними тенденціями вказують на зв'язок з особистісною шкалою «Мужність–жіночність» ($\chi^2 - 3,89$; асиметричне значення – 0,05), тобто для вагітних жінок, які задоволені матеріальним становищем, характерна статеворольова поведінка, притаманна чоловікам ($\bar{X} - 61,38$; $Me - 62,00$) та за «Шкалою корекції» ($\chi^2 - 6,48$; асиметричне значення – 0,04), тобто жінки з патологією вагітності, що відносять себе до малозабезпечених, менш адаптовані у соціальній сфері ($\bar{X} - 49,10$; $Me - 50,00$). Також виявлено зв'язок цього показника з ситуативною тривожністю ($\chi^2 - 4,38$; асиметричне значення – 0,04). Жінки, що не задоволені своїм матеріальним становищем, мають рівень тривожності вищий, ніж у жінок, що задоволені своїм матеріальним становищем ($\bar{X} - 27,43$; $Me - 28,00$).

Особистісною ознакою жінок, основним мотивом вагітності яких є фінансова допомога держави, є ригідність ($\bar{X} - 91,00$; $Me - 91,00$), ознакою цієї стереотипної тенденції є стереотипне і однобоке мислення. Слід зазначити, що фінансову допомогу держави як мотивацію вагітності обрала лише одна піддослідна, тобто цей зв'язок відображає особистісні ознаки конкретної жінки. Також проявляли ознаки ригідності жінки, що завагітніли за бажанням чоловіка або інших родичів ($\bar{X} - 63,64$; $Me - 62,00$).

Для вивчення зв'язку з віком вагітної та кількістю дітей, яких вони планують народити, і психологічним станом було проведено кореляційний аналіз. Ми отримали такі результати: чим старша жінка, тим менший у неї показник за шкалою «Мужність–жіночність» за методикою СМІЛ (СМДО). Тобто вагітні жінки з віком проявляють жіночнішу поведінку ($r - -0,18$; $p - 0,00$); чим більше жінка планує мати дітей, тим більше у неї виражені регресивні тенденції ($r - -0,15$; $p - 0,04$) і тим менше виражені у неї протестні тенденції ($r - 0,16$; $p - 0,04$).

Висновки

Зважаючи на все сказане, можна виділити такі соціально-демографічні чинники, що впливають на психологічний стан вагітних жінок і можуть виступати факторами ризику:

- професійні спрямування. Факторами ризику у плані психічного стану були домогосподарки і професії типу «людина–техніка», «людина – знакова система»;
- сімейне становище. У неодружених жінок більший ризик виникнення психологічних проблем;
- освіта. Чим вищий рівень освіти у піддослідних, тим менше ризик виникнення психологічних ускладнень у вагітних жінок;
- жінки, що навчаються, більш схильні до психологічних порушень;
- житлові умови. Жінки, що проживають разом з родичами або у найманій оселі, більш схильні до психологічних відхилень.

Факторами ризику серед психосоціальних параметрів стали:

- матеріальне становище. Жінки, що незадоволені матеріальним станом, більш схильні до психологічних проблем;
- жінки, що відносили себе до малозабезпечених, були більш схильні до появи у них психологічних порушень;
- вживання алкоголю під час вагітності;
- паління під час вагітності;
- бажаність вагітності. У жінок з небажаною вагітністю психологічний стан погіршувався;
- мотивація вагітності. Жінки, мотивацією вагітності яких була фінансова допомога

держави, більш схильні до появи психологічних відхилень. Також проблемним чинником може виступати бажання чоловіка або родичів, як мотивація вагітності.

Окремо слід вказати на такий психосоціальний чинник, як стосунки з чоловіком.

Література

1. Kuleshova K. V. Emotsional'noe sostoyanie beremennykh [The emotional state of pregnant women]. Materialy IV Vserossiyskogo s'ezda Rossiyskogo psikhologicheskogo obshchestva: «Psikhologiya – budushchemu Rossii» 18-21 sentyabrya 2007 [Proceedings of the IV All-Russian Congress of the Russian Psychological Society: «Psychology - the future of Russia» 18-21 September 2007]. Rostov-on-Don, 2007, vol. 2, pp. 220-221. (In Russ.)
2. Batuev A. S., Bezrukova O. N., Koshchavtsev A. G. [et al.] [ed. A.S. Batueva] Biosotsial'naya priroda materinstva i rannego detstva [Biosocial nature of motherhood and childhood]. St. Petersburg, Publishing house of St. Petersburg University Press, 2007, 374 p. (In Russ.)
3. Dubisskaya L. A. Sovremennye mediko-sotsial'nye problemy okhrany beremennykh zhenshchin, strategiya i taktika ikh resheniya : avtoref. dis. . d-ra med. nauk [The modern medical and social problems of the protection of pregnant women, the strategy and tactics of their decision: the Dissertation of the doctor of medical sciences]. St. Petersburg, 1999, 45 p. (In Russ.)
4. Nemirovskaya Yu. V. Sotsial'nye faktory beremennosti : dissertatsiya na soiskanie uchenoy stepeni kandidata meditsinskikh nauk: 14.00.52 [Social factors of pregnancy: the dissertation for the degree of candidate of medical sciences: 14.00.52]. Volgograd, 2007, 147 p. (In Russ.)
5. Ovcharova R. V. Psikhologiya roditel'stva [Psychology of of parenthood]. Moscow, Academy Publ., 2006, 368 p. (In Russ.)
6. Ushakova V. R. Psikhologicheskie osobennosti supruzheskikh otnosheniy u zhenshchin s razlichnym tetenim beremennosti [Psychological features of matrimonial relations of women with different pregnancy]. Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika: elektron. nauch. zhurn. [Clinical and Health Psychology: research, teaching, practice: electronic scientific journal], 2004, no. 2(4). (In Russ.)
7. Isupova O. G. Sotsial'nyy smysl materinstva v sovremennoy Rossii [The social meaning of motherhood in modern Russia]. Sotsiologicheskie issledovaniya [Sociological research], 2000, no. 11, pp. 98-107. (In Russ.)
8. Orlova V. S. Vnebrachnaya rozhdaemost' kak mediko-sotsial'naya problema sovremennosti [Births out of wedlock as a medical and social problem of our time]. Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Meditsina. Farmatsiya [Scientific statements Belgorod State University. Series: Medicine. Pharmacy], 2008, no. 6, pp. 12-17. (In Russ.)
9. Perinatal'naya psikhologiya i psixiatriya: v 2 t. (pod red. N. N. Volodina, P. I. Sidorova) [Perinatal Psychology and Psychiatry: 2 v. (ed. N. N. Volodin, P. I. Sidorov)]. Moscow, Academy Publ., 2009, 304 p. (In Russ.)
10. Tarasjuk O. K. Psyhosomatichni porushennja u vagitnyh z zagrozozu pereryvannja vagitnosti, jaki strazhdaly na bezpliddja : avtoref. dys. na zdobuttja nauk. stupenja kand. med. nauk: spec. 14.01.01 «Akusherstvo ta ginekologija» [Psychosomatic disorders in pregnant women with threatened miscarriage, suffering infertility: Author. Thesis for obtaining sciences degree candidate medical sciences specials. 14.01.01 «Obstetrics and gynecology»]. Vinnitsa, 2008, 25 p. (In Ukr.)
11. Razbaeva E. E. Sotsial'no-psikhologicheskie faktory v patologii beremennosti u nekorennykh zhiteley Kraynego Severa: dissertatsiya na soiskanie uchenoy stepeni kandidata psikhologicheskikh nauk : 19.00.04 [Social and psychological factors in the pathology of pregnancy in non-indigenous inhabitants of the Far North: the dissertation for the degree of candidate of psychological sciences: 19.00.04]. St. Petersburg, 2009, 213 p. (In Russ.)
12. Rossol'ko D. S. Osobennosti trudovoy deyatel'nosti i sostoyanie reproduktivnogo zdorov'ya zhenshchin-provodnikov zheleznodorozhnogo transporta: dissertatsiya na soiskanie uchenoy stepeni kandidata meditsinskikh nauk: 14.00.50 [Features of employment and the state of women's reproductive health, the conductors of rail transport: dissertatsiya for the degree of candidate of medical sciences: 14.00.50]. St. Petersburg, 2005, 206 p. (In Russ.)
13. Stasevich S. M. Sotsial'nye faktory beremennosti [Social factors of pregnancy]. Meditsinskiy zhurnal [Medical Journal], 2010, no. 3, pp. 125-127. (In Russ.)
14. Vesga-Lopez O., Blanco C., Keyes K. et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. Arch. Gen. Psychiatry, 2008, no. 65, pp. 805-815.
15. Stewart A. L., Dean M. L., Gregorich S. E., Brawarsky P., Haas J. S. Raceethnicity, socioeconomic status and the health of pregnant women. Journal of Health Psychology, 2007, no. 12, pp. 285-300.
16. Mironova E. S. Psikhologicheskie faktory negotovnosti k materinstvu: na primere zhenshchin s ugrozoy preryvaniya beremennosti: dissertatsiya na soiskanie uchenoy stepeni kandidata psikhologicheskikh nauk: 19.00.01 [Psychological factors unprepared for motherhood: the example of women with threatened miscarriage: the dissertation for the degree of candidate of psychological sciences: 19.00.01]. Ufa, 2011, 186 p. (In Russ.)
17. Prostomolotov V. F. Pogranichnye psikhicheskie rasstroystva u zhenshchin [Borderline mental disorders in women]. Pogranichnaya psixiatriya: uchebnoe posobie (2-e izd., ispr. i dop.) [Border Psychiatry: A Training Manual (2nd ed., rev. and ext.)]. Odessa, VMV Publ., 2009, 452 p. (In Russ.)
18. Shelekhov I. L., Berestneva O. G., Urazaev A. M. Psikhologicheskiy portret pervorodyashchikh zhenshchin [The psychological portrait of nulliparous women]. Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta [Bulletin of Tomsk State Pedagogical University], 2014, no. 5, pp. 141-143. (In Russ.)
19. Astahov V. M., Puz' I. V. Prenatal'na i perynatal'na psihologija jak skladovi chastyny psihologii' rozvytku. problema deviantnogo materynstva: stan i shljahy vyrishennja [Prenatal and perinatal psychology as components of developmental psychology. deviant motherhood issue: the state of and solutions]. Zhinochyj Likar [Woman's doctor], 2011, no. 1, pp. 41-45. (In Ukr.)
20. Whitaker R. C., Orzol S. M., Kahn R. S. Maternal mental health, substance use, and domestic violence in the year after delivery and subsequent behavior problems in children. Arch. Gen. Psychiatry, 2006, no. 63, pp. 551-560.
21. Zager R. Psychological Aspects of High-Risk Pregnancy. Glob. libr. women's med., 2009. Available

at: http://www.glowm.com/section_view/heading/Psychological%20Aspects%20of%20High-Risk%20Pregnancy/item/155#23791.

22. Sobchik L. N. SMIL Standartizovannyi mnogofaktorny metod issledovaniya lichnosti [SMIL standardized

method of multivariate study of personality]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2009, 224 p. (In Russ.)

23. William H. K., Wallis W. A. Use of ranks in one-criterion variance analysis. Journal of the American Statistical Association, 1952, no. 47, pp. 583-621.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО И ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Е. В. Боднар

Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова

Аннотация. В статье изучаются связи между социально-демографическим положением женщин с патологией беременности и их психологическим состоянием. В исследовании участвовали 150 беременных женщин в возрасте от 16 до 41 года, которые находились на стационарном лечении по поводу осложнений беременности. Выявлены основные социальные и психосоциальные факторы риска у беременных женщин, а именно: профессиональная направленность, семейное положение, образование, жилищные условия, материальное положение, употребление алкоголя и курение, желанность и мотивация беременности, отношения с мужем. Эти данные очень важны для психологической и психокоррекционной работы с указанным контингентом пациентов.

Ключевые слова: беременность, психологическое состояние, психосоциальные особенности, социально-демографические показатели.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF SOCIO-DEMOGRAPHIC AND PSYCHOSOCIAL STATUS OF WOMEN WITH PATHOLOGIC PREGNANCY

O. V. Bondar

I. I. Mechnikov Odessa National University

Summary. The Article studies the connections between social and demographic position of women with pathologic pregnancy and their psychological state. The study involved one hundred and fifty pregnant women aged 16 to 41 years who were hospitalized for pregnancy complications. The basic social and psychosocial risk factors for pregnant women have been identified, namely: professional orientation, marital status, education, living conditions, financial position, use of alcohol and tobacco, desire and motivation to pregnancy, and relations with their husbands. These data are very important for psychological and psychocorrectional work with this contingent of patients.

Key words: pregnancy, psychological state, psychosocial features, and socio-demographic indicators.

УДК 159.96:612.68:615.85 -039



ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ СУБ'ЄКТИВНОЇ КАРТИНИ ЖИТТЄВОГО ШЛЯХУ У ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

О. С. Марута

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології» НАМН України

Анотация. Результаты психодиагностического дослідження особливостей репрезентації суб'єктивної картини життєвого шляху у хворих на різні форми невротичних розладів показали, що при неврастенії найбільший взаємозв'язок простежувався між структурними елементами життєвого шляху та інтернальним локусом контролю, копінг-стратегіями, орієнтованими на завдання, і установкою на досягнення симптоматичного поліпшення. У хворих на тривожно-фобічні розлади компоненти життєвого шляху корелювали з часовою антиципаційною спроможністю, орієнтацією на процес, особистісною тривожністю і настановою на зміну поведінки. При дисоціативних розладах найбільш значущі зв'язки були виявлені з екстернальним локусом контролю, копінг-стратегіями відволікання, ситуативною тривожністю та орієнтацією на отримання вторинного вирашу від хвороби.

Ключові слова: життєвий шлях, копінг-стратегії, прогностична компетентність, сенсожиттєві орієнтації.

Вступ

Однією з найбільш актуальних проблем медичної психології є створення нових теоретико-прикладних підходів до вивчення

особистості хворих на різні нервово-психічні захворювання. Це багато в чому пов'язане з необхідністю розробки психологічної складової біопсихосоціальної моделі надан-