

УДК 159.922-055.26 (575.2) (04)

### САМООЦЕНКА КАК ФАКТОР ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ ЖЕНЩИН К МАТЕРИНСТВУ

*Г.А. Захарова*

Женщины, обладающие адекватной самооценкой, способны противостоять потере модели материнства в современном обществе.

*Ключевые слова:* самооценка, локус контроля, тревожность, психологическая готовность к материнству, гестационная доминанта.

В последние годы большое внимание уделяется изучению психологической готовности к материнству, которое ведется в различных аспектах. Социологическими исследованиями позднего материнства и материнства несовершеннолетних занимались О.А. Копыл, Л.Л. Бас, О.В. Бажева [1]; В.И. Брутман, А.А. Северный, С.Н. Ениколопов изучали факторы риска психической патологии ребенка в связи с социальными и психическими аномалиями матерей [2]; Г.Г. Филиппова рассматривала феномен материнства в онтогенетическом аспекте [3]; М.И. Лисиной были выделены факторы, влияющие на адаптивное материнское поведение [4]. По результатам исследования значимых личностных характеристик будущей матери И. В. Добряковым разработаны опросники, отражающие проблемы личности беременной женщины и женщины в раннем послеродовом периоде в структуре системы отношений [5]; Н.П. Коваленко составлен опросник, выявляющий отношение родителей к неродившемуся ребенку [6]; Г.Г. Филиппова – автор рисуночного теста “Я и мой ребенок”, направленного на исследование содержания материнской сферы женщины [6].

Проведенный анализ литературы показал, что психологическая готовность к материнству – это многомерный феномен, в котором приоритетными, на наш взгляд, являются, прежде всего, личностные факторы, составляющие основу Я-концепции беременной женщины. В силу этого, из всей совокупности компонентов образа-Я для исследования психологической готовности к материнству мы выделяем *самооценку* как предмет в недостаточной степени рассмотренный психологами-исследователями в ка-

честве составляющей понятия психологической готовности к материнству, а также сопутствующие самооценке преморбидные свойства личности беременной женщины – уровень тревожности и локус контроля.

Целью исследования явилось изучение влияния самооценки на психологическую готовность женщины к предстоящему материнству.

Мы предположили, что психологическая готовность к материнству связана с личностными качествами беременной женщины, такими как самооценка, уровень тревожности, локус контроля, а также психологическая готовность к материнству зависит от социальной ситуации беременной женщины – ее возраста, семейного положения, материального фактора и наличия материнского опыта.

**Материалы и методы.** В проведении исследования мы опирались на *системный подход* [7] и *принцип детерминизма* [8;9]. В исследовании был использован психодиагностический метод, включающий в себя следующие психодиагностические методики: методику опосредованного исследования самооценки (МОИС) [10], методику Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина [11], опросник УСК [11], рисуночный тест “Дом. Дерево. Человек” [12], тест ЦТО [10], авторскую анкету. Обработка данных проводилась с учетом выделенных групп с помощью пакета программ Statistic и Microsoft Excel.

Выборку составили 50 женщин в возрасте от 18 до 35 лет со сроками беременности 10–36 недель. В I группу (контрольную) вошли 29 женщин в возрасте 26–30 лет, имеющие адекватную самооценку и оценивающие самовосприятие беременности как эмоционально-положительное.

Таблица 1

Средние значения по шкалам методики Спилбергера-Ханина

Шкала	Группа		t	P
	I (n=29)	II (n=21)		
	M±m	M±m		
РТ	29,45±0,94	30,52±0,07	0,96	0,34
ЛТ	45,07±0,71	50,62±0,94	4,8	0,001

Таблица 2

Средние значения по шкалам теста УСК

Шкала	Группа		t	P
	I (n=29)	II (n=21)		
	M±m	M±m		
Ио	5,78±0,82	3,38±0,60	2,2	0,3
Ид	6,5±1,24	4,79±1,29	0,9	0,4
Ин	5,21±1,32	2,95±1,05	1,3	0,2
Ис	5,72±0,98	4,36±1,45	0,8	0,4
Ип	4,91±1,27	3,33±1,14	0,9	0,4
Им	6,03±1,45	4,60±1,14	0,7	0,5
Из	6,16±1,53	4,90±2,23	0,5	0,6

Во II группу (экспериментальную) вошла 21 беременная в возрасте 18–35 лет, причем 90,5% женщин этой группы имеют низкую самооценку на момент беременности, 9,5% женщин имеют тенденцию к депрессивным и реактивным переживаниям. Эмоциональный компонент самовосприятия беременности в данной группе сводился к оценке соматического статуса и оценивался женщинами амбивалентно.

Ограничения выборки: тяжелое психофизиологическое состояние вследствие токсикозов, возраст старше 35 лет.

**Результаты и их обсуждение.** Сравнительный анализ анкетных данных между I и II группами выявил достоверно значимые различия по шкалам: “Семейное положение”, где зарегистрированный брак констатировали 62,7% испытуемых I группы и 37,3% испытуемых из II группы ( $p \leq 0,001$ ); “Наличие детей”, где для 28,6% женщин I группы и 71,4% женщин II группы данная беременность являлась первой ( $p \leq 0,001$ ); “Уровень дохода” 58,2% женщин I группы определили как “средний” и 41,8% – “высокий”, 8,8% женщин II группы свой уровень дохода обозначили как “средний” и 91,2% – как высокий ( $p \leq 0,001$ ).

В процессе исследования выяснилось, что выделенные группы различаются также по показателям шкалы личностной тревожности (ЛТ) (табл. 1).

Полученные результаты показали, что уровень ЛТ достоверно выше во II группе, чем в I (50,62±0,94 и 45,07±0,71, соответственно;  $p \leq 0,01$ ). Это указывает на то, что женщинам I группы, обладающим адекватной самооценкой, присущ средний уровень тревожности. Уровень личностной тревожности женщин из II группы определяется как высокий, а это обуславливает в свою очередь выраженную эмоциональную лабильность. В перспективе это может повлиять на характер формирования материнской роли и на стиль воспитания ребенка.

Сравнительный анализ данных методики УСК выявил статистически значимые различия по шкале “Общая интернальность”. Выяснилось, что показатели средних значений в I группе достоверно выше, чем во II (5,78±0,82 и 3,38±0,60 соответственно;  $p \leq 0,01$ ) (табл. 2).

Подобное расположение показателей на шкалах свидетельствует о том, что у испытуемых I группы выявлена ведущая тенденция, указывающая на проявление общей интернальности, которая опосредует формирование таких личностных качеств, как уверенность в себе, уравновешенность, независимость. В свою очередь это определяет высокий уровень психологической готовности к материнству.

Низкие показатели по шкале “Общая интернальность” у испытуемых II группы свидетель-

ствуют о преобладании экстернального локуса контроля, что предполагает у женщин склонность к зависимости от внешних обстоятельств в период формирования материнской сферы.

Корреляционный анализ данных МОИС и УСК внутри I и II групп выявил положительные связи между показателями шкал самооценки и шкалами УСК: “Адекватная самооценка” связана с “Интернальностью общей” ( $r=0,354$ ;  $p\leq 0,01$ ), “Интернальностью в межличностных отношениях” ( $r=0,273$ ;  $p\leq 0,05$ ) в I группе; “Низкая самооценка” связана с “Интернальностью общей” ( $r=0,273$ ;  $p\leq 0,05$ ), “Интернальностью в области семейных отношений” ( $r=0,273$ ;  $p\leq 0,05$ ), “Интернальностью в области межличностных отношений” ( $r=0,273$ ;  $p\leq 0,05$ ) во II группе. Выявлена положительная связь между показателями шкал теста ЦТО и методики МОИС: “Счастье” ( $r=0,273$ ;  $p\leq 0,05$ ), “Ребенок” ( $r=0,354$ ;  $p\leq 0,01$ ) и “Адекватной самооценкой” в I группе; “Семья” ( $r=0,354$ ;  $p\leq 0,01$ ), “Страдания” ( $r=0,354$ ;  $p\leq 0,01$ ), “Муж” ( $r=0,273$ ;  $p\leq 0,05$ ) и “Низкой самооценкой” во II группе. Показатели шкал методики Спилбергера – Ханина связаны с показателями шкал УСК: “Интернальностью в области достижений” ( $r=0,273$ ;  $p\leq 0,05$ ) и шкалой ЦТО “Радость” ( $r=0,273$ ;  $p\leq 0,05$ ) в I группе. Шкалы методики ЦТО выявили связь с показателями шкалы реактивной тревожности Спилбергера – Ханина: “Семья” ( $r=0,354$ ;  $p\leq 0,01$ ), “Страдания” ( $r=0,354$ ;  $p\leq 0,01$ ), “Муж” ( $r=0,273$ ;  $p\leq 0,05$ ), “Слезы” ( $r=0,354$ ;  $p\leq 0,01$ ) во II группе.

Опираясь на полученные статистически достоверные корреляционные коэффициенты, можем утверждать, что женщины I группы, обладающие адекватной самооценкой, интернальным локусом контроля, средним уровнем тревожности, имеют высокий уровень готовности к материнству и способны противостоять влиянию негативных внешних факторов, затрудняющих формирование материнской сферы.

В силу этого женщина с указанными выше личностными характеристиками ощущает себя комфортно в состоянии беременности, обладает оптимальным уровнем фрустрационной толерантности в конфликтных ситуациях, высоким чувством ответственности за себя и своего будущего ребенка. Ей свойствен реальный взгляд на предстоящие события – роды, уход за ребенком, перспективы его воспитания и обучения. Беременным женщинам с адекватной самооценкой соответствует “Оптимальный тип” гестационной доминанты, характерный для женщин, имеющих гармоничные отношения в семье и беременность,

желанную обоими супругами [5]. Такие женщины имеют высокий уровень субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями, а значит, степень их психологической готовности будет зависеть от результатов их собственных действий, самоконтроля и самодисциплины даже в случае неудач, что определяет высокую меру ответственности за себя и своего будущего ребенка.

Женщины II группы, обладающие низкой самооценкой, сложнее переживают период беременности, склонны к депрессивным проявлениям, имеют высокий уровень конфликтности по отношению к своему ближайшему окружению, воспринимают предстоящее материнство сквозь призму страданий и неудач, оказываются наиболее чувствительными к влиянию негативных внешних факторов, относительно понятия психологической готовности к материнству. Такого рода сензитивность к внешним обстоятельствам способствует формированию низкого уровня психологической готовности к предстоящему материнству в силу имеющихся личностных факторов. Это подтверждается исследованием Л.М. Рудиной, где говорится о том, что высокий уровень личностной тревожности сопровождается пессимистическим стилем мышления, а также в некоторых случаях приводит к дезадаптивным поведенческим и когнитивным стратегиям будущей матери [13]. Следует отметить, что, по данным исследований И.В. Добрякова, подобный тип женщин в нашем исследовании согласуется с “Тревожным типом” гестационной доминанты, характерным для женщин, имеющих проблемы в формировании системы диадических отношений “мать – дитя” [5]. В перспективе такие женщины отличаются неуверенностью в своих силах воспитывать ребенка.

Итак, настоящее исследование показало, что в ряду значимых личностных характеристик беременной женщины самооценка занимает ведущее место, так как она определяет эмоциональный, когнитивный, а в дальнейшем и поведенческий компонент материнства. От ее уровня зависит положительное эмоциональное отношение женщины к ребенку и к самой себе, а также положительное отношение к действительности.

Кроме этого, имеющиеся личностные качества, сопутствующие адекватной самооценке, а именно, интернальный локус контроля и средний уровень тревожности способствуют формированию высокого уровня психологической готовности женщины к материнству.

Отдельные социальные факторы создают благоприятные условия для формирования вы-

сокого уровня психологической готовности к материнству – это зарегистрированный брак, средний и выше уровень дохода, наличие материнского опыта. Однако при наличии низкой самооценки эти факторы в недостаточной мере способствуют поддержке мотивации к роли матери и могут игнорироваться. При наличии адекватной самооценки потенциальные матери могут положительно относиться к предстоящему материнству даже при относительно низких доходах и в отсутствии зарегистрированного брака.

Данное исследование позволило нам дополнить представление о психологической готовности к материнству тем, что в структуру этого интегративного конструкта включены указанные выше личностные и социальные факторы, которые не рассматривались в достаточной мере психологами-исследователями в рамках этой проблемы. Результаты данного исследования дают нам возможность планировать на этой основе программу психокоррекционных мероприятий, направленных на оптимизацию психофизиологического состояния беременных женщин.

### **Литература**

1. *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.
2. *Брутман В.И., Северный А.А.* Нежеланная беременность как фактор риска психической патологии будущего ребенка // *Актуальные вопросы детской психоневрологии: Мат-лы республ. конф.* – Томск, 1992.
3. *Филиппова Г.Г.* Психология материнства и ранний онтогенез. – М., 1999.
4. *Лисина М.И.* Проблемы онтогенеза общения. – М.: Педагогика, 1986.
5. *Добряков И.В., Никольская И.А., Эйдемиллер Э.Г.* Аспекты перинатальной психологии // *Семейный диагноз*. – СПб., 2003.
6. *Перинатальная психология и медицина: Сб. научн. тр. членов Российской ассоциации перинатальной психологии и медицины*. – СПб., 2005.
7. *Ломов Б.Ф.* Методологические и теоретические проблемы психологии. – М., 1983.
8. *Леонтьев А.Н.* Деятельность. Сознание. Личность. – СПб., 1998.
9. *Рубинштейн С.Л.* Основы общей психологии. – СПб.: Питер, 2000.
10. *Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учебное пособие*. – Самара: Издательский дом “Бахрах”, 1998.
11. *Графические тесты: Хрестоматия для студентов психологов / Сост. И.А. Агеева, И.А. Лысенкова*. – Бишкек: Изд-во КРСУ, 2003.
12. *Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии: Учебное пособие / Под ред. Д.Н. Исаева, В.Е. Кагана*. – СПб: ПМИ, 1991.
13. *Рудина Л.М.* Психологические аспекты осложнений с “неизвестной этиологией” у беременных // *Перинатальная психология и психология родительства*. – 2004. – №1.