

**В.М. АСТАХОВ
О.В. БАЦИЛЄВА
І.В. ПУЗЬ**

**ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД
У РЕПРОДУКТИВНІЙ МЕДИЦИНІ**

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г.С. КОСТЮКА**



Астахов В.М., Бацилєва О.В., Пузь І.В.

**ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД
У РЕПРОДУКТИВНІЙ МЕДИЦИНІ**

Монографія

Київ - 2023

УДК 159.92:612.6

А 91

*Рекомендовано до друку вченою радою
Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України
(протокол № 3 від 27 лютого 2023 р.)*

Рецензенти:

Кокун Олег Матвійович, член-кореспондент НАПН України, доктор психологічних наук, професор, заступник директора з науково-інноваційної роботи Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України

Юзько Олександр Михайлович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», президент Української асоціації репродуктивної медицини

Яланська Світлана Павлівна, доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психології і педагогіки Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В. Психологічний супровід у репродуктивній медицині : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ, 2023. 125 с.

ISBN 978-617-7745-23-4

Представлені у запропонованому виданні матеріали є узагальненням результатів власної багаторічної роботи в клініці репродуктивної медицини. Визначено широке коло питань, що висвітлює різні психологічні аспекти репродуктивного здоров'я, можливості застосування та особливості реалізації психологічного супроводу при вирішенні багатьох проблем у практиці репродуктивної медицини.

Видання призначено лікарям, перш за все, акушерам-гінекологам, репродуктологам, перинатологам, медичним психологам та здобувачам вищої освіти, які навчаються на відповідних спеціальностях, а також всім, хто цікавиться даною проблематикою.

ISBN 978-617-7745-23-4

© Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В., 2023

Зміст

<i>Передмова</i>	<i>4</i>
<i>Репродуктивне здоров'я жінки: сучасний погляд</i>	<i>6</i>
<i>Вагітність як етап формування материнської сфери особистості жінки</i>	<i>15</i>
<i>Психологічний компонент гестаційної домінанти</i>	<i>36</i>
<i>Психологічні особливості перебігу вагітності у жінок різного репродуктивного віку</i>	<i>52</i>
<i>Психологічні проблеми післяпологового періоду</i>	<i>74</i>
<i>Психологічні аспекти порушення репродуктивної сфери жінки</i>	<i>79</i>
<i>Психологічні аспекти невиношування вагітності</i>	<i>94</i>
<i>Психологія безпліддя</i>	<i>102</i>
<i>Особливості психологічного супроводу вагітності</i>	<i>106</i>
<i>Список публікацій</i>	<i>116</i>

Передмова

Більшість теоретичних та практичних проблем сучасності перебувають на стику наук, тому для їх вирішення необхідним є залучення фахівців різних напрямків та застосування різноманітних підходів, технологій, методів. Одним з таких прикладів є репродуктивна медицина з усім різноманіттям завдань, поставлених перед нею.

Сучасна репродуктивна медицина – це відносно молода галузь науки та практики, яка стрімко розвивається і займається вирішенням проблем збереження та відновлення репродуктивного здоров'я індивіда та суспільства в цілому, планування сім'ї та народження здорових дітей. Репродуктивна медицина як міждисциплінарна галузь ґрунтується на інтеграції різних наук, що увібрала у собі поєднання численних навичок і знань, що виходять з різних спеціальностей – гінекології, акушерства, репродуктивної анатомії, ендокринології, андрології, психології, молекулярної біології, цитології, кріобіології, генетики, біохімії тощо.

Сьогодні можна з упевненістю стверджувати, що зводити репродуктивну медицину виключно до допоміжних репродуктивних технологій є помилковою тенденцією, оскільки репродуктивна медицина охоплює всі рівні функціонування індивіда – фізіологічний, психологічний, соціальний, що торкаються реалізації репродуктивного потенціалу особистості, задіянні у настанні вагітності, виношуванні та народженні дитини. І якщо суто фізіологічним аспектам приділяється достатня увага і при необхідності надається всебічна допомога лікарями, насамперед акушерами-гінекологами та репродуктологами, то питання психологічного супроводу та соціальної адаптації на сьогоднішній день вирішуються не

цілеспрямовано, а спорадично, найчастіше без залучення відповідних фахівців та використання належних технологій й методів.

Наш багаторічний досвід спільної роботи в даному напрямку акушерів-гінекологів, клінічних та перинатальних психологів дозволив обґрунтувати можливості застосування та особливості реалізації психологічного супроводу у вирішенні цілого ряду завдань в клініці репродуктивної медицини.

Представлені в даному виданні дані є узагальненням результатів нашої роботи, які були відображені у багатьох публікаціях та можуть широко застосовуватися при загальній оцінці стану репродуктивного здоров'я жінки та його порушень, розробці індивідуального підходу та поетапній підготовці до вагітності, пологів, адаптації у післяпологовому періоді, комплексній оцінці формування материнської сфери жінки та психолого-педагогічної компетенції сім'ї в цілому при підготовці до батьківства.

Вищевикладені принципи ми успішно втілюємо в життя у межах багаторічної науково-дослідної та лікувально-профілактичної роботи в науковій лабораторії психології репродуктивної сфери, пренатальної та перинатальної психології, створеної на базі Донецького національного медичного університету МОЗ України спільно з Інститутом психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Сподіваємося, що представлені у виданні матеріали будуть цікавими та корисними для наукової та практичної діяльності широкого кола фахівців, насамперед репродуктологів, акушерів-гінекологів, неонатологів, клінічних та перинатальних психологів. Запрошуємо до співпраці всіх зацікавлених у розвитку даного напрямку.

Авторський колектив

Репродуктивне здоров'я жінки: сучасний погляд

Наявна сьогодні як в Україні, так і в багатьох інших країнах, демографічна криза, що має тенденцію до постійного загострення, в поєднанні з незадовільним станом індивідуального і суспільного здоров'я населення обумовлює посилену увагу багатьох дослідників до вивчення різних аспектів саме репродуктивного здоров'я, а соціальна зумовленість та багатовекторний характер процесів репродукції пояснює залучення до вирішення проблем покращення репродуктивного здоров'я фахівців різного профілю, зокрема лікарів, психологів, соціологів, соціальних працівників.

У сучасному науковому просторі спроби вирішення означеної проблеми зазвичай відбуваються в межах різних підходів. Так, традиційним є дослідження різних аспектів власне репродуктивного здоров'я, пошук шляхів його збереження та оптимізації; при цьому ***репродуктивне здоров'я***, за визначенням ВООЗ, розглядається як стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороб або патологічних відхилень з усіх питань, що стосуються репродуктивної системи, її функцій і процесів; репродуктивне здоров'я при цьому передбачає також задоволеність і безпечність сексуального життя, спроможність до відтворювання нових поколінь.

Отже, ***репродуктивне здоров'я жінки*** прийнято розглядати як стан повного благополуччя у всіх питаннях, які торкаються репродуктивної системи, її функцій та процесів, що включає здатність до народження дітей, відсутність гінекологічної патології та гармонію психосексуальних стосунків.

Реалізація ***репродуктивної функції***, головним аспектом якої прийнято розглядати процес народження та виховання дітей, здійснюється шляхом системної організації всієї життєдіяльності жінки, що включає три

основні компоненти: *психічний* (мотивації, цінності, установки, емоції), *фізіологічний* (морфо-функціональна організація та нейро-гуморальна регуляція репродуктивної функції), *тілесний* (жіноче тіло, що здійснює певну поведінку, а також виконує функції запліднення, виношування, пологів, грудного вигодовування).

Слід зазначити, що організація цих компонентів, їх взаємодія для здійснення репродуктивної функції являє собою ***репродуктивну сферу особистості*** жінки, в межах якої фізіологічні та психологічні механізми поєднані для реалізації завдань репродукції, та в яку входить запліднення, виношування, народження дитини та її виховання, а також встановлення гармонійних психосексуальних стосунків. Повноцінне функціонування репродуктивної сфери жінки включає *фізіологічні механізми* (соматичні системи та їх нейрогуморальна регуляція), *мотиваційно-потребові й ціннісно-сміслові* утворення, що забезпечують виконання певної поведінки та саму цю поведінку, оскільки загальновідомо, що народження і виховання дитини передбачає не лише виношування вагітності, але й якісну трансформацію життєдіяльності жінки.

Охорона репродуктивного здоров'я, що є невід'ємною частиною загальних прав людини, розглядається як сукупність методів, прийомів та послуг, які впливають на репродуктивне здоров'я шляхом попередження та вирішення проблем, що його стосуються. При цьому, сучасний стан здоров'я населення постійно вимагає пошуку нових ефективних шляхів вирішення проблем його збереження та покращення, а стратегія охорони репродуктивного здоров'я, у свою чергу, значною мірою залежить від формування пріоритету здорового способу життя, зменшення негативного впливу соціально-економічних, екологічних факторів тощо.

Окремо слід наголосити, що суттєвий вплив на обмеження репродуктивних можливостей мають і особливості репродуктивної поведінки та репродуктивної мотивації населення, тому важливою стає

також проблема становлення ефективної *репродуктивної поведінки* як системи дій та відносин, що впливають на народження або відмову від народження дитини в шлюбі чи поза шлюбом через формування адекватної *репродуктивної мотивації* та *репродуктивної установки*.

Крім того, репродуктивне здоров'я, будучи вразливим до негативного впливу екологічних чинників, разом зі станом здоров'я народжених дітей є своєрідним індикатором екологічного благополуччя держави. Нажаль, сьогодні в Україні внаслідок постійного погіршення екологічної ситуації відбувається зростання захворюваності жінок, що істотно порушує їх репродуктивну функцію, що в умовах демографічної кризи набирає соціального забарвлення, а наукові розробки з соціально-екологічного захисту репродуктивного здоров'я жінок все більше набувають свого пріоритетного значення. Отже, можна констатувати, що на сьогоднішній день збереження репродуктивного здоров'я не тільки в нашій країні, але й в усьому світі, далеко виходить за рамки суто медичного питання і стає міждисциплінарною проблемою, яка потребує свого вирішення на державному рівні.

Як було зазначено, на теперішній час не існує єдиної стратегії у вивченні означеної проблеми, проте є багато напрямів та підходів, кожний з яких має свої переваги й недоліки та може бути ефективно застосований при вирішенні тільки обмеженого кола питань. Так, у цьому контексті, актуальними сьогодні стають дослідження, присвячені проблемам *репродуктивного потенціалу*, який, зазвичай, розглядається в межах двох концепцій. *По-перше*, це так звана «біологічна модель», у якій серед провідних чинників, що формують репродуктивне здоров'я, виокремлюють, насамперед, генетичні та медико-біологічні властивості індивіда, особливості способу життя та організації охорони здоров'я. Такий підхід, безперечно, обмежує можливості моделювання та перспективи прогнозу, оскільки недостатньо відображує дію всіх чинників, що формують

репродуктивне здоров'я, серед яких особливого значення у сучасних умовах набувають індивідуально-психологічні та соціальні чинники, насамперед характер установок та особливості дій щодо планування сім'ї.

Друга позиція, на нашу думку, дозволяє більш повно характеризувати репродуктивне здоров'я населення, оскільки розглядає не тільки біологічний, а й інші його компоненти: психологічний, соціально-економічний, екологічний тощо. При цьому репродуктивний потенціал розглядається як комплексний індивідуальний показник фізичного, психічного і соціального стану особистості, який дає змогу відтворювати здорове потомство і забезпечувати баланс репродуктивного здоров'я.

Репродуктивний потенціал може вважатися оптимальним лише за умов наявності достатньо високого біологічного резерву організму при зведеному до мінімуму негативному впливі медико-психологічних та соціально-екологічних чинників ризику, тобто при поєднанні потенційного рівня здоров'я і можливостей його практичної реалізації. Безперечною є доцільність використання поняття репродуктивного потенціалу, перш за все, стосовно підлітків та молоді, оскільки репродуктивне здоров'я саме цих категорій населення є основою демографічної безпеки, економічного, соціального та інтелектуального потенціалу будь-якої країни.

Не викликає сумніву той факт, що сьогодні є принципово неправильним розглядати індивідуальний чи загальний репродуктивний потенціал населення як оптимально реалізований при завершенні кожної вагітності народженням здорової життєздатної дитини. За наявності сучасної соціальної установки на малодітну репродуктивну спрямованість, при оцінці репродуктивного потенціалу варто вести мову вже не стільки про ефективне завершення вагітності, що настала, скільки про сам факт її настання і якісні характеристики цього процесу, тобто актуальності набуває спеціалізована робота з підлітками та молоддю в межах статевого виховання та догравідарної підготовки.

Особлива увага фахівців, які працюють у галузі репродуктології, сьогодні спрямована на удосконалення підходів у роботі з сім'ями, які мають проблеми з реалізацією репродуктивної функції. З одного боку, це пов'язано зі стабільно негативною тенденцією до збільшення безплідних пар та частотою використання різних допоміжних репродуктивних технологій, що постійно вдосконалюються та розширюють можливості репродуктивної медицини. З іншого боку – відомо, що патологія репродуктивної сфери, а також безпліддя, тісно взаємопов'язана з психологічним здоров'ям та особливостями психосоціальної адаптації особистості, які можуть бути як однією з причин, граючи відповідну роль в етіопатогенезі захворювання, так і наслідком проблеми, що виникла. Крім того, сама ситуація постановки діагнозу, вибір стратегії лікування і, нарешті, звернення до тих чи інших допоміжних репродуктивних технологій, вимагає не тільки цілеспрямованої злагодженої роботи лікаря та подружжя, а й обов'язкового психологічного супроводу з широким застосуванням психотехнологій, насамперед психодіагностики різних властивостей та станів особистості, що дозволяє індивідуалізувати та своєчасно коригувати підхід до ведення таких пацієнтів, а також більш повно оцінювати ефективність терапії, що проводиться.

Цікаво, але, незважаючи на широке розповсюдження різноманітних закладів з охорони репродуктивного здоров'я, в них дотепер не надається достатньої уваги психологічним і соціально-педагогічним питанням, а також спеціальним потребам підлітків та молоді як особливої групи у сфері охорони репродуктивного здоров'я. Зусилля із задоволення потреб цих вікових груп у сфері охорони репродуктивного здоров'я, що здійснюються суспільством, мають ґрунтуватися на спеціальній інформації, яка допомагає їм досягти такого психологічного та соціального ступеня зрілості, який є необхідним для відповідальної репродуктивної поведінки. Такі зусилля мають виняткове значення для охорони здоров'я, перш за все, юних жінок,

оскільки саме вони, з одного боку, є репродуктивним потенціалом, відповідальними за відтворення населення у найближчому майбутньому, а з іншого – групою високого ризику щодо виникнення різноманітної патології, у тому числі й у репродуктивній сфері, зокрема внаслідок легковажного ставлення до власного здоров'я і ризикованої поведінки. Вагітність, яка в юному віці, як правило, є непланованою, нерідко стає окремою проблемою, оскільки материнство у такому випадку частіше, ніж звичайно, пов'язано з небезпекою для здоров'я, а у дітей молодих матерів спостерігаються більш висока частотність вад розвитку, високі показники захворюваності і смертності тощо. Крім того, вагітність та пов'язані з нею проблеми в ранньому віці продовжують залишатися одним з чинників, які перешкоджають підвищенню рівня освіти, економічного і соціального стану жінок, можуть серйозно обмежувати можливості особистісного зростання дівчат і здатні надавати довгострокову несприятливу дію на якість життя їх самих та їхніх дітей.

Таким чином, оцінка репродуктивного потенціалу та стану репродуктивного є необхідною для прогнозування народжуваності через виявлення ролі окремих чинників ризику в порушенні репродуктивного здоров'я, розробки методів профілактики патології репродуктивної сфери, тобто для розробки медико-соціальних заходів, спрямованих на зміцнення репродуктивного здоров'я населення, підвищення індивідуального та загального репродуктивного потенціалу, покращення демографічної ситуації в цілому. А збереження репродуктивного здоров'я, як категорії індивідуального і суспільного здоров'я, є одним з основних критеріїв ефективності соціальної та економічної політики держави, чинником її національної безпеки.

Будучи важливим компонентом суспільного здоров'я, всебічне дослідження саме репродуктивного здоров'я становить підґрунтя формування перспектив національного демографічного розвитку.

Розроблена модель репродуктивного здоров'я жінки (О. В. Бацилева, 2011) дає змогу комплексного підходу до вивчення стану репродуктивного здоров'я жінок та виокремлення чинників, що його детермінують, з визначенням перспектив подальшого вивчення цієї проблеми та можливостей її розв'язання у сучасних умовах (рис.1).

Слід зазначити, що на сьогодні принципи та особливості виконання жінкою своїх ролей вивчені досить докладно та широко, але питання про їх вплив на функціонування тієї складової самосвідомості жінки, що дозволяє гармонійно реалізувати репродуктивну функцію поряд із особистісним розвитком жінки, як активного члена соціуму у сучасних умовах, залишається відкритим. Тому актуальним є виявлення причинно-наслідкових зв'язків у формуванні можливості адекватного виконання жінкою всіх своїх функцій в залежності від всього спектру її особливостей – індивідуальних властивостей, особистісних можливостей тощо, та запропонування, на основі виявлених закономірностей, психосоціальних заходів розв'язання цієї проблеми.

Варто також наголосити, що проблемі становлення та розвитку самосвідомості, зокрема жінок, а також детермінант, які її обумовлюють, присвячена певна кількість досліджень, однак проблема вивчення особливостей репродуктивної функції сучасної жінки як складової її самосвідомості, зміст, спрямованість, інтенсивність та результативність якої залежить як від зовнішніх впливів, так і внутрішніх спонукань, представлена дуже недостатньо. Необхідно також звернути увагу, що для успішного виконання цього наміру необхідно враховувати не тільки зміни, що мають місце у свідомості кожної конкретної жінки, а й у колективній свідомості суспільства, починаючи насамперед з політики держави стосовно охорони здоров'я майбутніх поколінь через сьогоденну підтримку репродуктивного здоров'я жінки.



Рис.1. Модель репродуктивного здоров'я жінки

Тому визнання цього феномену, його всебічне вивчення, а також запропонування методів психодіагностики й засобів психосоціальної підтримки та корекції означеної категорії дозволять жінкам свідомо проектувати свої дії, оцінки, поведінку, максимально використовувати свої здібності та можливості, бути творцем власної особистості, що дасть їм змогу в досить складних сучасних умовах реалізувати свій потенціал і як носія репродуктивної функції, і як соціально активної творчої особистості. Отже, збереження та відновлення репродуктивного здоров'я на теперішній час перетворюється у важливу державну задачу, благополучне вирішення якої визначає можливості відтворення виду та збереження генофонду нації та гармонійного розвитку суспільства.

Виходячи з вищевикладеного, варто зробити висновок, що означений напрямок дослідження характеризується актуальністю, недостатньою розробкою проблеми та її соціальною значущістю. Не викликає сумнівів наявність зв'язку між особистісними особливостями жінок, психосоціальними й економічними чинниками та станом їх репродуктивного здоров'я, але причинно-наслідкові особливості цього впливу до теперішнього часу залишаються до кінця не з'ясованими та потребують більш глибокого вивчення, що становить напрямок подальших досліджень. Незважаючи на те, що питання репродуктивного здоров'я, будучи складним та мультидисциплінарним за своїм визначенням, потребує для свого розв'язання не тільки залучення фахівців багатьох галузей, а й соціальних та суспільно-політичних рішень, можна вважати що подальше більш ретельне вивчення цієї проблеми саме з боку психологічної науки дозволить визначити напрямки психопрофілактичної та корекційної роботи з означеною категорією населення і зробити гідний внесок у розв'язання цієї, безумовно, однієї з найважливіших проблем сучасності.

Вагітність як етап формування материнської сфери особистості жінки

Материнство є однією з провідних соціальних ролей жінки, адекватна реалізація якої з одного боку виступає необхідною умовою для повноцінного функціонування і становлення жінки як особистості, а з іншого – для народження та виховання нової особистості. Материнство представляє собою досить складний та багатоаспектний феномен, який має власні фізіологічні механізми, еволюційну історію, соціокультурні й індивідуальні особливості та обумовлюється багатьма чинниками. Саме тому головним принципом дослідження цієї проблеми є комплексний підхід з обов'язковою інтеграцією накоплених результатів широкого спектру досліджень.

Підготовка жінки до материнства починається задовго до моменту пологів та продовжується ще протягом тривалого часу після народження дитини, а сам міст материнської поведінки суттєво залежить від особливостей онтогенетичного розвитку жінки.

Безперечно особливим періодом в становленні материнства виступає *період вагітності*, який є одним з критичних періодів у житті кожної жінки та важливою стадією її статево-рольової ідентифікації. Для жінки вагітність виступає значимою подією, що призводить до трансформації та розвитку її як особистості та як матері. У цей період перед нею відкриваються унікальні можливості особистісного розвитку, реалізації цілей, що в подальшому призводить до зростання самооцінки, досягнення внутрішньої та зовнішньої інтегрованості, а також отримання нового соціального статусу.

Необхідними умовами для нормального перебігу вагітності та ефективного засвоєння нової соціальної ролі є зміна образу життя жінки, її системи цінностей та установок, а також формування нової системи комунікацій. Під час вагітності відбуваються якісні зміни у самосвідомості

жінки, у характері її взаємовідносин з близьким та далеким оточенням. Саме тому жінка має пристосовуватися до свого власного внутрішнього світу та зовнішнього об'єктивного світу. Зміни емоційного життя жінки як дружини і як майбутньої матері призводять до зміни внутрішньосімейних стосунків, тому кожна вагітність неодмінно супроводжується нормальною сімейною кризою. Розглядаючи період вагітності як кризу вікового розвитку жінки, яка обумовлена розпадом старої і виникнення нової соціальної ситуації розвитку, відзначається, що в цей період відбуваються не тільки тілесні зміни, але і зміни сімейного і професійного статусу, ескізу майбутнього, перспективи життя в цілому

Проблема соціально-психологічних аспектів періоду вагітності є предметом чисельних досліджень як серед вітчизняних, так і серед зарубіжних вчених. Сучасні дослідження психології вагітних жінок можна умовно розділити на *три основні напрями*:

- психоаналітичний;
- гуманістичний;
- соціокультурний.

Так, в *психоаналітичному напрямі* доцільно виокремити такі дві тенденції: у першій – акцент робиться на стосунках вагітної жінки зі своєю матір'ю, у другій – акцент ставиться на тому, що життя людини детерміноване її внутрішньоутробним розвитком.

У *гуманістичному напрямі* розглядається вся система стосунків вагітної з оточуючими її людьми, при цьому акцент з біологічної та соціальної обумовленості переміщується на особистісні особливості жінки.

Соціокультурний напрям у дослідженні періоду вагітності охоплює досить широке і різноманітне коло досліджень, які побудовані на таких принципах:

- 1) по-перше, репродуктивна поведінка і мотивація – не стільки біологічні, скільки соціальні явища;

- 2) по-друге, репродуктивна поведінка і установки кожної конкретної вагітної жінки похідні від соціонормативної культури суспільства, яка в свою чергу залежить від його соціальної структури і способу життя;
- 3) по-третє, не дивлячись на існування спільних компонентів, репродуктивна культура різних суспільств дуже різноманітна і історично мінлива.

Варто зазначити, що такий розподіл є достатньо умовним і в кожному напрямку можна виокремити різні наукові підходи. Сьогодні перед дослідниками цієї галузі постійно постають нові проблеми, більшість з яких обумовлені якісною трансформацією моделі материнства і ставленням жінки до ролі та функцій матері, що виявляється у зниженні пріоритету материнства, у зв'язку з чим особливої уваги набувають питання, пов'язані з формуванням материнської поведінки у жінок під час вагітності, оскільки саме в цей період закладаються взаєностосунки в системі «мати-дитина», особливості яких визначають подальший розвиток як майбутньої дитини, так і розвиток особистості жінки як матері. Саме завдяки всебічному аналізу чинників, які обумовлюють характер перебігу вагітності та адаптації жінки до ситуації майбутнього материнства, можливим є своєчасне попередження та корекція низки психологічних проблем, які можуть виступати підґрунтям для виникнення та поширення різних форм порушень материнської поведінки.

З біологічної точки зору, **вагітність** – це природній фізіологічний процес в організмі жінки, який спрямований на виношування і народження здорової дитини. Тривалість вагітності при умовах нормального її прילину складає 10 місячних місяців, або 280 днів. У внутрішньоутробному розвитку майбутньої дитини виокремлюють *ембріональний* (перші вісім тижнів після зачаття) та *фетальний* (наступні тижні вагітності) періоди.

Період вагітності супроводжується інтенсифікацією всіх видів обмінних процесів та складною перебудовою адаптаційно-компенсаторних механізмів жіночого організму. Суттєві зміни, які відбуваються з вагітною жінкою на фізіологічному, гормональному, психічному та соціальному рівнях її організму впродовж усього цього часу, не тільки забезпечують оптимальні умови для розвитку плоду, але і сприяють адаптації жінки до свого якісно нового стану. Жінка стикається з новим, невідомим для себе комплексом переживань, який постійно трансформується на протязі всього періоду вагітності та після пологів. Найчастіше ці переживання виникають з одного боку – через думки та хвилювання про ще ненароджену дитину, яка вже з перших днів свого внутрішньоутробного існування впливає на емоційний світ майбутньої матері, а з іншого боку – через те, що сама жінка опиняється під владою власних емоцій, що обумовлені її уявленнями про вагітність, пологи та материнство в цілому.

Вагітність, через численні зміни на всіх рівнях функціонування організму та особистості, є джерелом постійного більшого чи меншого напруження, наслідком чого, у свою чергу, нейтральні в минулому елементи навколишнього середовища і ситуації набувають нового суб'єктивного значення і становляться причиною нових особистісних реакцій. Такі зміни психічного функціонування та поведінки жінки, пов'язані з процесами адаптації її організму та особистості до нового фізіологічного стану, при цьому виокремлюються **декілька рівнів адаптації** до ситуації вагітності:

- на *біологічному рівні* відбувається підвищення тонусу нервової системи з виявленням критичних періодів;
- на *нейрофізіологічному рівні* відбувається підвищення порогу больової чутливості;
- на *психологічному рівні* протягом перших місяців вагітності відмічається амбівалентне ставлення до майбутньої дитини та

ситуацій майбутнього материнства в цілому, що може виявлятися зниженим фоном настрою;

- на *соціальному рівні* відбувається формування образу майбутнього материнства та відповідно підготовка до опанування нової соціальної ролі – ролі матері.

З метою відображення та пояснення психологічних змін, які відбуваються з жінкою під час вагітності, пропонується багато підходів, які є безперечно корисними для розуміння таких трансформацій, але не всі вони можуть бути цілком прийнятні, оскільки часто схиляються до певної патологізації перетворень, що мають місце. Так, наприклад, пропонується використовувати термін *«синдром вагітності»*, який жінка зазвичай переживає на підсвідомому рівні, та який характеризує її новий психологічний стан, що обмежений певним періодом часу – від усвідомлення жінкою свого нового стану до моменту «пігмаліонізації» власної дитини.

Як будь-який синдром, синдром вагітності розглядається як сукупність симптомів, першим з яких (за часом виникнення) є *«афект усвідомлення себе вагітною»*, при цьому відзначається, що чим вище у вагітної жінки соціальний та інтелектуальний рівень, чим більше вона незалежна та професійно успішна, тим більше питань стосовно смислу дітонародження може бути поставлено нею перед собою, тим трудніше їй буде наважитися стати матір'ю. Досить часто зустрічаються зізнання жінок про те, що на початку вагітності, особливо якщо вона була непланованою, виникає бажання, щоб все якось само вирішилося (наприклад, через викидень або необхідність штучного переривання вагітності за медичними показниками); такі жінки часто звертаються до жіночої консультації вже на тих термінах, коли вагітність стає очевидною і не залишається нічого, крім того, щоб прийняти себе у новій якості – так званий *симптом прийняття рішення*. Характерним для цього симптому є підсвідоме відокремлення

жінкою себе від факту власної вагітності; при цьому у самопочутті жінка робить акцент виключно на собі, а аж не як не на материнстві та майбутній дитині.

Черговим проявом синдрому вагітності є симптом рефлексивного прийняття нового власного образу «Я» (*симптом нового «Я»*), який характеризується визнанням жінкою фізіологічних змін у власному організмі. На особливу увагу заслуговує *симптом емоційної лабільності*, який у тому чи іншому ступені є характерним для всього періоду вагітності. Найчастіше цей симптом виявляється в емоційній дезадаптивності, що супроводжується внутрішнім напруженням, різкими змінами настрою. Також з моменту усвідомлення та внутрішнього прийняття себе вагітною у жінки може спостерігатися *симптом суперечливого ставлення до вагітності*. З одного боку властивим для жінки у цей період стає гордість за власну повноцінність, можливість самореалізації, набуття жіночності, переживання ідентичності власної статі, і в той же час, з іншого боку – страх та занепокоєння, обумовлені власними фантазіями та нав'язаними соціальними установками.

Наступним симптомом стає *симптом прийняття нового життя в собі*, який виникає в процесі психічної перебудови самосвідомості вагітної жінки з поступовим включенням в неї образу дитини. Варто зазначити, що амбівалентність почуттів залишається у жінок на достатньо високому рівні. Цей симптом можна умовно розділити на два етапи. Так, спочатку жінка усвідомлює, що в неї буде дитини. На наступному етапі відбувається перенос домінанти з себе на майбутню дитину, з'являється почуття гордості та єдності з ще ненародженою дитиною. Враховуючи, що даний симптом представляє собою акмеологічну вершину синдрому вагітності, він виступає своєрідним індикатором сприйняття, переробки та оцінки жінкою досвіду цього психофізіологічного стану, характеризується поступовим формуванням відповідальності за життя та благополуччя майбутньої

дитини, мріями та фантазіями про неї. Досить часто у жінок на цьому етапі відмічається наростаюче нетерпіння та збудження, пов'язані з бажанням скоріше народити дитину. Емоційні реакції, які спостерігаються у вагітних жінок у процесі переживання цього симптому, пов'язані з думками про майбутню дитину; при цьому пригнічення почуття тривоги за здоров'я майбутньої дитини пропонується розглядати як *симптом перинатальної дисморфофобії*.

Під час вагітності відбувається й зміна конструкта жінки «Я-навколишній світ». У відповідності із мінливим сприйняттям дійсності вагітні жінки схильні наділяти своє звичне соціальне оточення новими якісними характеристиками на тлі достатньо високої вимогливості. Таку схильність можна визначити як *симптом завищених домагань по відношенню до інших*. При аналізі цього симптому варто виокремлювати феномен недовіри до оточуючих та феномен ставлення до батька майбутньої дитини. Рефлексивна перебудова психіки більшості вагітних, пов'язана з необхідністю усвідомлення власної нової ролі, має суттєвий вплив на характер сприйняття нею батька майбутньої дитини, який, на їх думку, часто не проявляє достатньої уваги до їхнього нового стану. Все це посилюється ще й тим, що більшість жінок під час вагітності відчують так званий сенсорний голод, який обумовлює виникнення драгівливості та нерідко перетворюється на відкриту агресію по відношенню до оточуючих, в особливості до батька майбутньої дитини. У даному випадку доречно говорити про *симптом відчуття депривації*, який зазвичай супроводжується емоційним відчуженням та почуттям самотності. Варто зазначити, що проблеми у стосунках з батьком майбутньої дитини можуть загострюватися й через фізіологічні зміни, які відбуваються з жінкою протягом вагітності, зокрема через невідповідність рівня сексуальних потреб, наслідком чого може бути розвиток *симптому сексуальної неповноцінності періоду вагітності*.

Одним із яскравіших та емоційно насичених симптомів є *симптом страху перед пологами*. Завершальним симптомом синдрому вагітності є *пігмаліонізація народженої дитини*: перехід у сприйнятті матері від його фантастичного образу до реального. Як правило, на цьому етапі передбачається, що матір подібно Пігмаліону закохується у власне творіння.

Слід зауважити, що розглядати зміни, які відбуваються у психоемоційній сфері, та особливості формування материнської поведінки під час вагітності крізь призму синдрому вагітності, можуть бути певним чином корисним для розуміння трансформацій, що відбуваються. Але, як вже зазначалося, суттєва патологізація таких трансформацій, зокрема використання понять симптом та синдром, залишає багато питань.

Одним із ключових завдань періоду вагітності виступає формування у майбутньої матері особливого комплексу психологічних новоутворень, який визначається *психологічною готовністю до материнства*. Аналізуючи проблему адаптації жінки до вагітності та раннього періоду материнства, виокремлюється понад 700 факторів, які обумовлюють специфіку прийняття та реалізацію жінками материнської ролі, серед яких історія життя жінки, її сімейний та соціальний стан, особистісні якості, особливості розвитку у дитини тощо.

Дослідження проблеми психологічної готовності до материнства вказують на те, що готовність до материнства може розглядатися з двох основних позицій (рис. 2).

У межах *першої позиції* психологічна готовність виступає в якості специфічного особистісного утворення жінки, в основі якого знаходиться суб'єкт-суб'єктна орієнтація по відношенню до ще ненародженої дитини, що забезпечує найбільш сприятливі умови для психічного розвитку дитини, а також для формування у подальшому адекватної материнської поведінки. У межах *другої позиції* психологічна готовність розглядається в аспекті прийняття жінкою власної материнської ролі та задоволення від її реалізації.

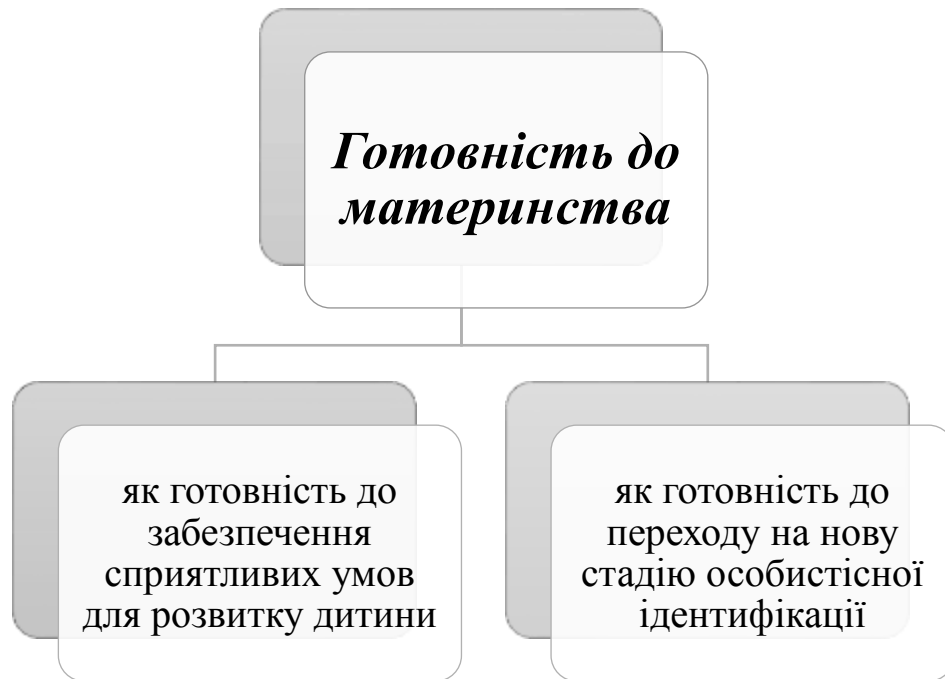


Рис. 2. Позиції готовності до материнства

Формування психологічної готовності до материнства є природнім процесом, який починається з моменту усвідомлення факту вагітності та наступним за ним процесу виношування вагітності та підготовки до пологів.

Найбільш важливими показниками, які визначають процес формування готовності жінки до материнства, є:

- ✓ особливості комунікативного досвіду жінки, який вона отримала ще в дитинстві під час взаємодії з власними батьками, особливо з матір'ю;
- ✓ особливості переживання нею періоду вагітності, в тому числі її ставлення до майбутньої дитини;
- ✓ орієнтації на стратегію виховання та догляду за дитиною в процесі її розвитку.

Про характер раннього комунікативного досвіду, отриманого майбутньою матір'ю ще у ранньому дитинстві під час взаємодії з власними батьками, особливо з матір'ю, можна говорити, виходячи з афективних слідів, які залишені в її перших спогадах про себе та батьків, про стиль

виховання, про особливості їхньої взаємодії. Потреба бути матір'ю уперше відображається в сюжетно-рольовій грі, під час якої дівчинка поступово проектує материнські функції на уявлену дитину, тим самим намагаючись опанувати роль «гарної матері». Суттєвого значення у процесі гри набуває участь та підтримка дорослих, особливо з боку матері, що надає дівчинці можливість оцінити ставлення оточуючих до неї як до майбутньої матері. Саме наявність любові та турботи з боку власної матері, що виявляється у теплих довірливих стосунках, виступає в подальшому основою для розвитку адекватної репродуктивної поведінки вже дорослої жінки.

Серед вагомих чинників, які детермінують особливості переживання жінкою ситуації власної вагітності, особливе значення має *чинник бажаності або небажаності дитини*, і, відповідно, *планованості або непланованості вагітності*. Аналіз результатів досліджень свідчить про те, що планування вагітності та бажаність народження дитини вже з ранніх етапів вагітності мають безперечний позитивний вплив на формування готовності до материнства, адекватного материнського ставлення до майбутньої дитини, а також для прийняття жінкою нової соціальної ролі в цілому. Непланована вагітність, яка часто стає небажаною, навпроти може суттєво порушувати процес формування материнської поведінки та мати серйозні фізичні, психологічні та соціальні наслідки як для жінки, так і для її майбутньої дитини.

Особливого значення в процесі формування психологічної готовності жінки до материнства мають й її установки щодо стратегії та стилю виховання, зміст яких також може свідчити про перевагу суб'єктивного чи об'єктивного ставлення до дитини, на що вона буде орієнтуватися під час догляду за дитиною: безпосередньо на потреби дитини або на власні уявлення про те, що необхідно дитині.

Безумовно, особливості вищезазначених показників відіграють провідну роль під час формування готовності до материнства, але разом з

цим, на нашу думку, слід виокремити ще такий важливий показник як динамічне перетворення мотиваційної сфери жінки, в основі якого повинні відбуватися якісні зміни в ієрархії мотивів, які пов'язані з формуванням мотиву материнства. Досліджуючи дане питання в означеній площині, окремо слід підкреслити, що в більшості випадків цей процес має конфліктний особистісний смисл для кожної окремої жінки, оскільки народження дитини часто є прагненням до задоволення одного, або декількох, мотивів та водночас фрустрацію інших.

Варто наголосити, що проблема дослідження мотивів зачаття і збереження вагітності є досить складною, оскільки у більшості випадків дослідник має справу не з одним окремим мотивом, а з цілою сукупністю мотивів. При цьому ситуація ускладнюється ще й тим, що часто реальні мотиви не усвідомлюються жінкою, а зазначені мотиви вагітності не є реальними. У сучасній психології та психотерапії вважається, що мотиви збереження вагітності мають суттєве значення для подальшого розвитку взаємин в діаді «мати-дитина». Своєчасне виявлення справжніх мотивів народження дитини дає можливість проводити психокорекційну роботу, спрямовану на перебудову деструктивних мотивів у категорію конструктивних, що сприяє більш успішному прийняттю жінкою ролі матері (рис. 3).

Серед найбільш поширених позитивних мотивів, який відображає наявність у жінки психологічної потреби у материнстві та готовності до нього, виступає *мотив збереження вагітності заради дитини*; наявність даного мотиву спостерігається найчастіше серед емоційно зрілих жінок, які вже мають певний соціальний статус. Ще одним мотивом, який забезпечує високий рівень адаптації до ситуації майбутнього материнства, є вагітність від коханої людини. У основі збереження вагітності може знаходитися й *мотив відповідності соціальним очікуванням* близького оточення; такий

мотив найбільш розповсюджений серед молодих жінок, які ретельно планують своє заміжжя та подальше традиційне сімейне життя.



Рис. 3. Основні мотиви збереження вагітності

Вагітність може бути й формою протесту по відношенню до значущих людей, набуваючи характер виклику та протистояння, зокрема світу дорослих. Іноді жінка зважується на народження дитини заради збереження стосунків з коханою людиною або через бажання відчувати себе особистістю, придбати жіночу індивідуальність, забути своє минуле. При цьому може бути й цілком протилежна ситуація, коли вагітність розцінюється жінкою як можливість уникання наявних проблем, які виникли на даному етапі її життя. Досить поширеним мотивом збереження вагітності може виступати *мотив збереження власного здоров'я*, в основі якого знаходяться різного роду побоювання наслідків переривання вагітності, особливо першої. Також серед мотивів народження дитини не можна не відзначити *мотив, пов'язаний з отриманням матеріальної допомоги*, який останнім часом

отримав поширення, зокрема серед жінок, які входять до групи соціального ризику.

Узагальнюючі вищезазначене, можна зробити висновок, що наявність у жінки тих чи інших мотивів народження дитини багато в чому визначає характер її переживання періоду вагітності, ставлення до ситуації майбутнього материнства, що безумовно має важливе значення для подальшого формування материнської поведінки, а також розвитку дитячо-материнських стосунків.

Розглядаючи *вагітність з акушерської точки зору*, прийнято виокремлювати три триместри вагітності, пологи та післяпологовий період. У психології материнства також можна виокремити певні стадії цього періоду, які мають характерні особливості. Так, *перша стадія* починається та закінчується ще до появи перших змін у фізичному стані жінки та безпосередньо пов'язана з усвідомленням факту вагітності. Характерними реакціями більшості жінок на цьому етапі є переживання достатньо суперечливого ставлення до наявності вагітності. З одного боку, жінка відчуває радість, задоволення та почуття гордості у зв'язку з вагітністю, а з іншого – побоювання різного роду ускладнень під час вагітності та пологів, сумніви у власній материнській компетенції. Переживання, які виникають під час ідентифікації вагітності, безпосередньо відображають значення самої вагітності для жінки, а також особливості розвитку її материнської сфери. Сама ситуація вагітності може по-різному сприйматися жінками. Так, деякі жінки вже з перших тижнів вагітності відразу починають сприймати плід як власну дитину, яка має певну зовнішність, риси характеру та статі, в той час коли для інших – майбутня дитина уявляється частиною власного тіла, від якої досить легко можна позбавитися за власним бажанням. Як правило, така різниця в сприйнятті жінками ситуації вагітності та майбутнього материнства обумовлена цілою низкою чинників,

зокрема особливостями усвідомлення факту вагітності та ідентифікації себе як вагітної.

Прийнято виокремлювати вісім варіантів переживання жінками *ідентифікації вагітності*

1. Характерними особливостями першого варіанту виступає виникнення сильної тривоги при підозрі на наявність вагітності, яка стійко зберігається до підтвердження факту вагітності, а після підтвердження часто навіть посилюється.
2. Для другого варіанту характерним є виникнення на початку негативних емоцій (страх, тривога, розчарування тощо), які після підтвердження факту вагітності, змінюються на позитивний емоційний стан, що супроводжується переживанням радості, задоволення, приязного здивування.
3. Особливостями третього варіанту ідентифікації вагітності є слабо виражені негативні емоції, які зазвичай виникають на тлі більш вираженого позитивного стану; основний емоційний стан жінок з таким варіантом ідентифікації вагітності можна охарактеризувати як задоволення, радісне здивування, в супроводі занепокоєності та жалкування. Варто відзначити, що такий варіант переживання ідентифікації вагітності є найбільш сприятливим, оскільки він найчастіше характеризує жінку як зрілу особистість, готову до материнства, яка розуміє всю важливість та складність цього періоду в її житті.
4. Для четвертого варіанту властивим є переживання жінками ейфорійного стану, що супроводжується відсутністю у таких жінок будь-якої занепокоєності, жалкування, тривоги.
5. П'ятий варіант переживання ідентифікації вагітності характеризується амбівалентним ставленням жінки до ситуації майбутнього материнства, що виявляється у періодичній зміні

полярних емоцій та затягуванні рішення про збереження вагітності.

6. Для шостого варіанту властивим є слабо виражене амбівалентне ставлення до ситуації вагітності з затягуванням рішення про збереження чи переривання вагітності (відсутність коштів та часу, відпочинок, різного роду соматичні захворювання тощо).
7. Особливостями сьомого варіанту переживання вагітності є неправдоподібно тривала ідентифікація вагітності, коли наявні ознаки вагітності інтерпретуються жінками як порушення менструального циклу, захворювання тощо; варто зазначити, що такий варіант переживання жінкою ідентифікації вагітності виступає передумовою виникнення можливих порушень материнської поведінки.
8. Для восьмого варіанту властивим є афективно-негативне переживання ідентифікації вагітності, яке стійко зберігається незалежно від рішення про збереження вагітності. В залежності від зовнішніх обставин та особистісних якостей жінок з таким варіантом переживання ситуації ідентифікації вагітності перші негативні емоції можуть призводити або до ігнорування факту вагітності, або до розвитку депресивного стану, або до збереження афективно-відкидаючого ставлення до ситуації вагітності та материнства в цілому.

Отже, особливості ідентифікації вагітності впливають на подальший перебіг вагітності, на характер адаптації жінки до змін, які відбуваються з нею протягом цього періоду, а також на формування в неї певної моделі материнської поведінки та безпосередньо мають враховуватися для планування необхідної корекційної роботи.

Друга стадія періоду вагітності охоплює період від усвідомлення власної вагітності до початку відчуттів ворухіння плоду (16-18 тиждень

вагітності). На цьому етапі відбувається процес прийняття та формування нового образу «Я – вагітна». Характерними особливостями цієї стадії є прояв симптоматики вагітності, яка може супроводжуватися неприємними фізіологічними відчуттями та змінами в емоційному стані жінки. У більшості жінок у цей період можна спостерігати появу тривожності, різкі зміни настрою, дратівливість, зниження загальної активності. Але, разом з цим, цей період вважається одним із провідних у розвитку материнської сфери жінки, оскільки вона має можливість, відчуваючи незначні зміни, що відбуваються, підготуватися до більш серйозних.

Третя стадія охоплює період появи та стабілізації відчуттів ворухіння плоду. Цей період є найбільш сприятливим щодо фізичного та емоційного самопочуття вагітної жінки – стабілізується гормональний фон, зникають симптоми поганого самопочуття, настрої стає більш стійким. Момент появи відчуттів ворухіння плоду є важливим в розвитку материнської поведінки, оскільки емоційні переживання, які можна спостерігати у більшості жінок, пов'язані з конкретизацією образу дитини, з думками та мріями про неї. З початком ворухіння плоду у багатьох жінок відмічається зміна інтересів, концентрація на завданнях вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Четверта стадія періоду вагітності представлена сьомим та восьмим місяцями вагітності. Цей етап вважається досить складним, як з медичної, так і з психологічної точки зору. У жінки може погіршуватися самопочуття, вона починає швидше втомлюватися, ускладнюється її рухова активність, а також збільшується рівень тривожності, виникають різноманітні страхи, які пов'язані з наближенням пологів та післяпологового періоду. Образ дитини стає більш конкретним, майбутня матір вже може достатньо легко уявляти собі її зовнішній вид та особливості поведінки.

До *п'ятої стадії* вагітності відноситься передпологовий період, який є одним із самих емоційно насичених та водночас складних періодів для жінки. У цей період відбуваються значні зміни у всіх функціональних системах, йде накопичення енергетичних ресурсів організму для пологів та післяпологового періоду. Такі фізіологічні зміни мають суттєве відображення на поведінці та загальному емоційному стані вагітної. Як правило, у жінок можна спостерігати підвищення рівня тривожності, що пов'язано з переживанням негативних емоційних переживань, які часто викликані появою суб'єктивних відчуттів, страхом перед пологами, побоюваннями за стан здоров'я майбутньої дитини. У цей період жінка починає більш адекватно, в порівнянні з іншими стадіями, оцінювати свої можливості та уявляти дитину і власні дії стосовно неї. Саме адекватність уявлення матері про пологи та післяпологовий період, свої можливості та особливості дитини є істотним показником успішного розвитку її материнської сфери та подальшого ставлення до дитини.

Шоста стадія вагітності є останньою та охоплює пологи й післяпологовий період. Одними з найбільш розповсюджених та типових переживань, викликаних наближенням пологів, для більшості вагітних жінок є переживання, що обумовлені виникненням страху перед болем.

Аналізуючи причини виникнення даного страху, можна відмітити, що частіш за все, він має дві основні форми: як страх перед невідомістю у випадках першої вагітності, або як страх повторення жаклих переживань за умови наявного негативного травмуючого досвіду у попередніх вагітностях. Одним із засобів протидії виникненню переживань в обох випадках має виступати комплексний медико-психологічний супровід протягом всього періоду вагітності, одним із завдань якого є формування у жінки почуття впевненості та контролю над ситуацією. Характерним для цієї стадії є також перехід в сприйнятті матері від фантастичного образу майбутньої дитини до реально існуючого, що при гармонійному розвитку

материнської сфери має супроводжуватися закріпленням теплих емоційних взаємин між матір'ю та дитиною, які є підґрунтям для повноцінного фізичного та психічного розвитку як дитини, так і самої жінки.

Описані вище характеристики, які проявляються на різних стадіях вагітності, можуть бути по-різному представлені в кожному окремому випадку. Тому, головною умовою психологічного супроводу вагітних має бути динамічне спостереження та індивідуальний підхід з обов'язковим урахуванням як суто клінічних особливостей перебігу вагітності, так і результатів комплексної психодіагностики, а також сімейної ситуації та соціального статусу.

Розглядаючи взаємозв'язок між психологічними особливостями жінки та характером протікання вагітності, слід відмити той факт, що певні риси характеру жінки в значній мірі обумовлюють процес її успішної адаптації до вагітності та материнства в цілому. Такі особистісні якості та властивості у жінок, як високий рівень психоемоційного напруження, емоційна неврівноваженість, дратівливість, агресивність, невпевненість в собі, занижена самооцінка, відсутність навичок ефективного спілкування, невіршені комплекси та страхи в значній мірі заважають нормальному плину вагітності, а також негативно відображаються на процесі формування адекватної материнської поведінки.

Загальновідомо, що емоції, які переживає жінка під час вагітності, мають безпосередній вплив не тільки на перебіг гестації, але й на перебіг пологів, внутрішньоутробний розвиток майбутньої дитини, ставлення до ситуації майбутнього материнства. З іншого боку, будучи складним за рівнем переживань та специфічним за комплексом відчуттів періодом у житті кожної жінки, вагітність сама впливає на емоційний стан майбутньої матері, який постійно змінюється, що детерміновано характером змін, які відбуваються в різні терміни на всіх рівнях її організму.

Так, у *першому триместрі* емоційні зміни пов'язані з амбівалентними почуттями надії та водночас тривоги при очікуванні підтвердження факту вагітності. У цей період самопочуття та активність жінки можуть істотно знижуватися, а напруга, навпаки, зростати; при цьому увага жінки зосереджується на внутрішніх змінах, можуть спостерігатися різкі зміни настрою, дратівливість, апатія, підвищення рівня тривоги, поява різного роду страхів щодо майбутнього, страх викидня (особливо, якщо в анамнезі є перинатальні втрати).

Другий триместр характеризується відносною стабілізацією самопочуття, підвищенням активності, покращенням загального психоемоційного фону. Проте у частини жінок відмічається підвищення рівня нервово-психічного напруження, поява різного роду розладів тривожного спектру, при цьому можуть мати місце певні негативні переживання, пов'язані із змінами у зовнішності та тілі жінки.

У *третьому триместрі* більшість жінок фокусуються на ситуації пологів та післяпологовому періоді. У цей період істотно можуть знижуватися самопочуття, активність, настрій; характерним є поява різного роду страхів з приводу майбутніх пологів, що супроводжується загостренням рівня тривоги.

Окремо слід зазначити, що наявність у вагітних певного рівня тривоги і виникнення страхів є цілком закономірним та нормальним явищем. Тривога та страхи сприяють адаптації жінки до нового стану, до нової ситуації розвитку. Саме завдяки таким емоціям жінка стає більш відповідальною по відношенню до свого здоров'я та здоров'я майбутньої дитини. Ознаками нормального прояву тривоги та страхів є їх адекватність, логічність, зниження при вирішенні ситуації, яка зумовила появу таких станів. В ситуації коли рівень тривоги є достатньо високим на протязі всього періоду вагітності, це може призводити до негативних наслідків. У таких випадках у жінок відмічається погіршення загального самопочуття,

порушення сну, апетиту, зростає невпевненість у собі, у своєму майбутньому, порушуються стосунки з оточуючими. Ставлення жінки до себе, до майбутньої дитини та майбутнього материнства стає неадекватним. У ситуаціях, коли тривога стає домінуючою емоцією, вона перестає відігравати адаптивну роль, а навпаки порушує психоемоційний стан, створює загрозу для нормального перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також для формування адекватної материнської поведінки. Окрім цього, результати досліджень свідчать про те, що у жінок, які постійно протягом вагітності відчували страх, тривогу, стрес, народжуються діти, які стають чутливим до дії зовнішніх подразників, зокрема вони часто плачуть і погано сплять, у них збільшується ризик розвитку нервово-психічних розладів у процесі дорослішання.

Аналіз наукової літератури та результатів власних досліджень, показав, що прояву тривоги у жінок під час вагітності, більшою мірою, сприяють такі чинники:

- незапланована, небажана або позашлюбна вагітність;
- деструктивні мотиви збереження вагітності;
- відсутність гармонійних відносин з батьком майбутньої дитини;
- індивідуально-психологічні особливості особистості жінки, зокрема низька самооцінка, високий рівень особистісної тривожності;
- різного роду порушення фізичного та психічного здоров'я.

Також одним із домінуючих чинників, що дестабілізує психоемоційний стан вагітної жінки та збільшує рівень тривожності, виступає наявність різного роду страхів, пов'язаних із сприйняттям та ставленням жінки до самої ситуації вагітності, пологів та майбутнього материнства в цілому, що може виявлятися, зокрема, у появі страхів щодо народження дитини з вадами розвитку; щодо прийняття відповідальності за

життя та благополуччя власної дитини; щодо реалізації ролі та функцій матері; щодо зовнішніх змін, які відбуваються із тілом та зовнішністю під час вагітності; щодо свого подальшого особистісного та професійного становлення в умовах материнства.

Отже, емоційний стан жінки під час вагітності багато в чому залежить від дії різного роду факторів, а збільшення рівня тривожності створює реальну загрозу для нормального перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду, формування адекватного ставлення до ситуацій майбутнього материнства та майбутньої дитини.

Узагальнюючи вищевикладене, можна зробити висновок, що вагітність представляє собою важливий та відповідальний етап особистісного та психосексуального розвитку жінки, під час якого в її організмі та психіці відбувається цілий ряд змін, які сприяють нормальному розвитку майбутньої дитини, а також адаптації до ситуації майбутнього материнства. Характер перебігу вагітності, а також адаптація жінки до нової соціальної ситуації залежить від багатьох факторів. Найбільш сприятливими чинниками та умовами, які забезпечують гармонійне переживання жінкою цього періоду, виступають відсутність психічних та соматичних захворювань, різного роду психологічних проблем, наявність гармонійних взаємин з членами власної родини, сприятливі соціально-побутові умови, здоровий спосіб життя. Отже, на нашу думку, доцільним є організація медико-психологічного супроводу вагітних, із комплексною діагностикою їх психоемоційного стану та індивідуально-психологічних особливостей, на підставі чого, у разі необхідності, можливим стає подальший вибір та використання у роботі низки психотехнологій, спрямованих на активізацію особистісних ресурсів вагітної жінки, стабілізацію її психоемоційного фону, що безумовно матиме позитивне значення для подальшого нормального перебігу вагітності та пологів, а також для ефективної адаптації жінки до ситуації майбутнього материнства.

Психологічний компонент гестаційної домінанти

Особливого значення на тлі несприятливої демографічної ситуації сьогодення набуває проблема дослідження різноманітних аспектів періоду вагітності. У сучасному акушерстві більшість ускладнень, які виникають під час вагітності, прийнято розглядати суто через призму загальномедичних підходів, зокрема порушення гормонального фону, виникнення різного роду соматичних та інфекційних ускладнень, імунологічні розлади тощо. Проте, як було вищезазначено, під час вагітності в організмі жінки відбуваються не тільки суттєві фізіологічні, але й психологічні зміни, які мають значний вплив на перебіг вагітності та пологів, розвиток внутрішньоутробного плоду та стан новонародженого, а також готовність жінки до ситуації майбутнього материнства. Слід зазначити, що всі ці зміни відбуваються за *принципом домінанти*, та мають досліджуватися у межах системного підходу, застосування якого стало можливим завдяки висунутій й обґрунтованій П. К. Анохіним теорії функціональних систем, де функціональна система розуміється як така динамічна організація процесів і механізмів, що не тільки відповідає запитам даного моменту, а має зворотну аферентацію, тобто інформує центральну нервову систему про достатність чи недостатність отриманого пристосувального ефекту.

У дослідженнях одного із фундаторів вчення про домінанту, академіка О. О. Ухтомського, поняття «*домінанта*» розглядається як новоутворення, що формується в організмі у відповідь на дії середовища і поєднує в собі нервові центри та робочі органи, які належать до різних анатомо-фізіологічних систем, заради вирішення завдання, що висувається. Виходячи з такої дефініції, можна припустити, що в основі формування єдиної функціональної системи, яка охоплює весь організм жінки, та

спрямована на зачаття, виношування плоду і народження дитини знаходиться саме принцип домінантності. Отже, домінанта, що характеризується різними функціональними станами, які мають характер послідовного протікання та зміни один одного, заради досягнення кінцевої мети – зачаття, виношування та народження дитини, отримала назву материнська домінанта, в основі прояву якої знаходяться процеси адаптації до нових умов співіснування двох організмів, організму матері та пренейту (після народження – дитини), як єдиного цілого. При цьому **материнську домінанту** послідовно складають домінанта зачаття, домінанта вагітності (гестаційна домінанта), пологова (натальна) домінанта, домінанта догляду за дитиною (лактаційна домінанта).

Гестаційна домінанта, яка приходить на зміну домінанти зачаття, забезпечує направленість всіх реакцій організму жінки на створення оптимальних умов для розвитку ембріону, а потім і внутрішньоутробного плоду. Відображаючи особливості перебігу фізіологічних і нервово-психічних процесів в організмі вагітної жінки, гестаційна домінанта має не тільки фізіологічний, але й психологічний компонент, що визначається, перш за все, біологічними та психічними змінами, які відбуваються в організмі жінки, і спрямовані на виношування та народження дитини. Вважається, що психологічний компонент гестаційної домінанти виникає ще до моменту запліднення і характеризується так званими домінуючими ідеями зачаття та вагітності, відображаючи бажання жінки мати дитину та реалізувати власну материнську поведінку.

Психологічний компонент гестаційної домінанти (ПКГД) розглядається як сукупність механізмів психічної саморегуляції, що включаються у жінки при виникненні вагітності, та спрямовані на збереження гестації й створення умов для розвитку майбутньої дитини, які формують ставлення жінки до своєї вагітності та поведінкові стереотипи, пов'язані із ситуацією майбутнього материнства. На підставі аналізу

анамнестичних даних та клініко-психологічних спостережень за вагітними виокремлюється п'ять типів ПКГД:

- оптимальний;
- гіпогестогнозичний;
- тривожний;
- ейфорійний;
- депресивний.

Оптимальний тип ПКГД є найбільш сприятливим для становлення фізіологічного компоненту гестаційної та пологової домінант, а також для гармонійного перебігу післяпологового періоду, адаптації жінки до ситуації реальної взаємодії з власною новонародженою дитиною. Під час вагітності жінки з таким типом ПКГД демонструють відповідальне ставлення до свого стану, адекватно, без зайвої тривоги реагують на будь-які проблеми, що можуть виникати під час вагітності; у більшості випадків така вагітність є плановою та бажаною.

Гіпогестогнозичний тип ПКГД є характерним для жінок, які не приймають власну вагітність, що найчастіше відбувається на несвідомому рівні. Такі жінки схильні ігнорувати симптоми вагітності; при цьому зміни, які відбуваються в організмі жінки у зв'язку із вагітністю, часто викликають у них неприємні відчуття та роздратування.

Тривожний тип ПКГД зумовлений виникненням у жінок різного роду тривожних переживань та побоювань, розвиток яких може бути обумовлений різноманітними чинниками, зокрема небажана та непланована вагітність, наявність деструктивних мотивів вагітності та материнства, несприятливі матеріально-побутові умови, порушення соматичного та психічного здоров'я, певні індивідуально-психологічні особливості (високий рівень особистісної тривожності, низька самооцінка, невпевненість у собі тощо); характерним для таких жінок є наявність

високого рівня психоемоційного напруження на протязі всього періоду вагітності.

Ейфоричний тип ПКГД характеризується підвищеним настроєм у жінок, які зазвичай демонструють легковажне та безвідповідальне ставлення до вагітності, формальне ставлення до рекомендації лікарів. Такий тип ПКГД часто властивий жінкам з наявністю істеричних рис характеру.

Депресивний тип ПКГД супроводжується, перш за все, зниженням настрою; переживання негативних емоцій інтерпретуються жінками як страх за внутрішньоутробний розвиток плоду, за майбутні пологи.

Представлені типи ПКГД можуть змінюватися протягом вагітності залежно від терміну гестації, соматичного стану жінки, характеру її стосунків з близькими людьми тощо. Крім того, досить часто має місце, так званий, змішаний тип ПКГД, коли жоден з основних типів ПКГД не проявляється у чистому вигляді.

Слід зазначити, що той чи інший тип психологічного компоненту гестаційної домінанти трансформує поведінку та емоційний фон майбутньої матері, визначаючи її психічний стан, який, в свою чергу, має безпосередній вплив на перебіг вагітності, розвиток можливих ускладнень як у майбутньої матері, так і у майбутньої дитини.

Нами було проведено емпіричне дослідження, метою якого був аналіз клініко-психологічних аспектів вагітності і особливостей перебігу пологів у жінок з різним типом психологічного компоненту гестаційної домінанти, визначення особливостей їх психоемоційного стану.

Дослідження проводилося *на базі наукової лабораторії репродуктивної сфери, пренатальної та перинатальної психології кафедри акушерства та гінекології Донецького національного медичного університету МОЗ України*. У дослідженні прийняли участь 126 вагітних, середній вік досліджуваних у вибірці становив $28,1 \pm 4,6$ роки. Всі жінки

знаходилися під наглядом акушера-гінеколога у жіночих консультаціях за місцем мешкання, де проводився відповідний медичний супровід згідно Наказу № 417 від 15.07.2011 р. МОЗ України. Усіх вагітних було проінформовано про мету дослідження та отримано згоду на участь у ньому.

Дослідження проводилося у два етапи. На *першому етапі* (термін вагітності 27-28 тижнів) проводилося клініко-психологічне дослідження з використанням спеціально підібраних психодіагностичних методів та методик. На *другому етапі* (після пологів) проводився ретроспективний аналіз відповідної медичної документації.

Пріоритетними завданнями психодіагностичного дослідження виступала оцінка психоемоційного стану вагітних жінок з різним типом психологічного компоненту гестаційної домінанти, а також виявлення їх ставлення до ситуації майбутнього материнства.

У якості психодіагностичного інструментарію нами було використано опитувальник визначення нервово-психічної напруги Т. Немчина, опитувальник оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою (САН), шкала особистісної та ситуативної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, методика дослідження мотивів збереження вагітності Л. Н. Рабовалюк, тест відношень вагітної І. В. Добрякова.

Було також проведено *структуроване клініко-психологічне інтерв'ю* з кожною вагітною жінкою, мета якого полягала у виявленні особливостей фізичного та психічного стану жінки, характеру її взаєностосунків з батьком майбутньої дитини та власними батьками. Окремий блок питань був присвячений дослідженню ставлення жінки до ситуації вагітності та сприйняття ситуації майбутнього материнства. Також в межах інтерв'ю використовувалася спеціально розроблена анкета, спрямована на оцінку соціального статусу вагітної.

Під час роботи з учасницями дослідження обов'язково враховувалися особливості їх соматичного та психічного здоров'я. Для верифікації частоти

можливих ускладнень у групу досліджуваних не входили жінки з кесаревим розтином в анамнезі та гострими соматичними захворюваннями.

На *першому етапі* нашого дослідження за допомогою спеціально розробленої анкети нами було виявлено наступні особливості соціального статусу досліджуваних вагітних. Так, 46,0% жінок знаходилися в офіційному шлюбі, 38,9% – у цивільному, 15,1% – не підтримували стосунків з батьком майбутньої дитини. Було виявлено, що 37,3% жінок мали вищу освіту, 12,7% – незакінчену вищу освіту, 30,2% – середню спеціальну освіту, 19,8% – повну середню освіту. Серед досліджуваних 42,9% жінки мали постійне місце роботи, 33,3% – були тимчасово безробітні, 23,8% – ніде не працювали. Окреме власне житло мали 34,9% жінки, 27,8% – орендували житло, 22,2% – проживали разом з власними батьками, 15,1% – проживали з батьками чоловіка. Було також виявлено, що 68,3% досліджуваних відносилися до міського населення, 31,7% – до сільського населення.

З медичного анамнезу досліджуваних нами було виявлено, що у 59,5% жінок дана вагітність була першою; у 8,0% з них вагітність настала завдяки застосуванню допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) – екстракорпоральному заплідненню. У 40,5% жінок вагітність була повторною; при цьому у 68,6% жінок попередні вагітності закінчувалися народженням дитини, у 13,7% – мимовільним перериванням вагітності на ранніх термінах, у 17,7% – штучним перериванням вагітності.

Оцінюючи бажаність та планованість даної вагітності серед досліджуваних жінок нами було встановлено, що у 49,2% вагітність була бажаною, але непланованою, у 15,1% – небажаною і не планованою, у 35,7% – бажаною і планованою.

На другому етапі нашого дослідження було виявлено тип психологічного компоненту гестаційної домінанти у вагітних. Аналіз отриманих результатів за *тестом відношень вагітної І. В. Добрякова*

показав, що переживання оптимального типу ПКГД було характерним для 12,7% вагітних; гіпогестогностичний тип ПКГД було діагностовано у 11,1% досліджуваних; ейфорійний тип ПКГД було виявлено у 14,3% вагітних; у 23,1% вагітних жінок було діагностовано тривожний тип ПКГД; депресивний тип ПКГД було виявлено у 15,1% учасниць дослідження. У 19,8% вагітних жінок було виявлено змішаний тип ПКГД 36,0% – оптимально-ейфорійний та 64,0% – оптимально-тривожний).

Цікавим виявився той факт, що всі жінки, які завагітніли за допомогою ДРТ, та, які мали перинатальні втрати в анамнезі, увійшли до підгрупи з тривожним ПКГД, що підтверджує припущення про щільний зв'язок особливостей психоемоційної сфери жінки та типу психологічного компоненту гестаційної домінанти, що формується під час вагітності.

На підставі отриманих результатів за *тестом відношень вагітної І. В. Добрякова* досліджуваних вагітних було поділено на шість підгруп відповідно до домінуючого типу психологічного компоненту гестаційної домінанти (табл.^о1).

Таблиця 1

Розподіл досліджуваних вагітних на підгрупи відповідно до типу ПКГД

<i>Тип психологічного компоненту гестаційної домінанти</i>	<i>Кількість досліджуваних (n=126)</i>	<i>Підгрупа</i>
Оптимальний	16	I
Гіпогестогностичний	14	II
Ейфорійний	23	III
Депресивний	19	IV
Тривожний	29	V
Змішаний	23	VI

Подальша оцінка результатів дослідження була проведена у формі порівняльного аналізу отриманих даних у досліджуваних з різним типом

психологічного компоненту гестаційної домінанти, з метою виявлення характерних особливостей їх психоемоційного стану під час вагітності та особливостей перебігу пологів.

Дослідження психоемоційного стану вагітних з різним типом ПКГД передбачало оцінку рівня тривожності, загального самопочуття, активності та настрою, а також виявлення рівня нервово-психічного напруження.

Результати за шкалою особистісної та ситуативної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна дозволи визначити, що для більшості вагітних жінок з різними типами ПКГД характерним є вираженість високого рівня як особистісної, так і ситуативної тривожності (рис. 4). Так, серед досліджуваних I підгрупи (n=16) високий рівень особистісної тривожності ($58,5 \pm 4,5$) було діагностовано у 12,5% жінок, високий рівень ситуативної тривожності ($64,5 \pm 7,5$) – у 25,0%. Помірний рівень особистісної та ситуативної тривожності ($37,3 \pm 2,5$) – у 18,8%, низький рівень, як особистісної, так і ситуативної тривожності (25 ± 3) – у 43,7%.

Серед вагітних жінок II підгрупи (n=14) високий рівень особистісної тривожності ($62,4 \pm 5,4$) було виявлено у 35,7% учасниць дослідження, високий рівень ситуативної тривожності ($69,2 \pm 6,2$) – у 42,8%. Характерним для 21,5% вагітних цієї групи було наявність помірного рівня тривожності ($40,3 \pm 2,3$). Низького рівня тривожності діагностовано не було.

Серед учасниць III підгрупи (n=23) високий рівень особистісної тривожності ($60,8 \pm 7,2$) спостерігався у 26,1% вагітних, високий рівень ситуативної тривожності ($65,3 \pm 6,3$) – у 39,1%. Помірний рівень тривожності ($36,6 \pm 4,4$) було виявлено у 21,7% досліджуваних цієї підгрупи, низький рівень тривожності ($19,0 \pm 2$) – у 13,1%.

Серед досліджуваних IV підгрупи (n=19) високий рівень особистісної тривожності ($66,4 \pm 4,4$) було виявлено у 36,8% вагітних жінок, високий рівень ситуативної тривожності ($68,1 \pm 5,1$) – у 47,4%. Наявність помірного рівня ($37,3 \pm 3,3$) виявилось притаманним для 15,8% досліджуваних цієї

підгрупи; низький рівень тривожності не було діагностовано серед досліджуваних даної підгрупи.

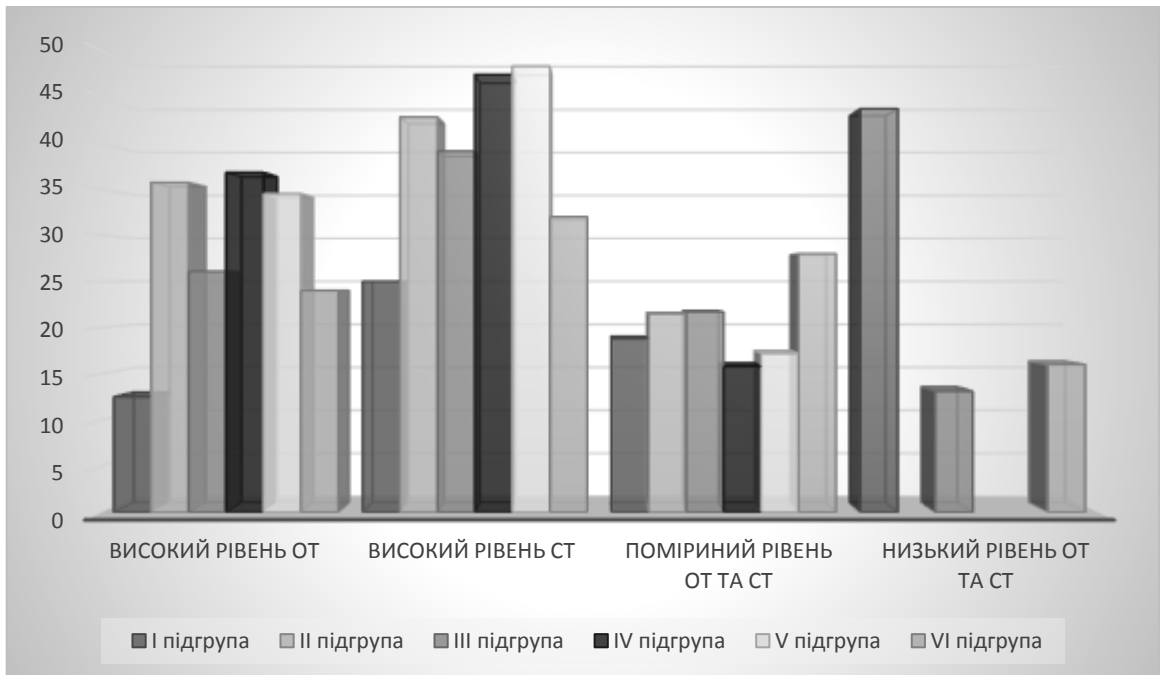


Рис. 4. Порівняльні результати дослідження за шкалою особистісної та ситуативної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна (%)

У досліджуваних *V підгрупи* ($n=29$) високий рівень особистісної тривожності ($62,8 \pm 8,8$) було виявлено у 34,5% вагітних жінок, високий рівень ситуативної тривожності ($63,6 \pm 7,6$) – у 48,3%, помірний рівень ($38,4 \pm 3,4$) – у 17,2% досліджуваних. Низького рівня тривожності виявлено не було.

Характерним для досліджуваних *VI підгрупи* ($n=25$) високий рівень особистісної тривожності ($58,5 \pm 3,5$) було виявлено у 24,0% вагітних, високий рівень ситуативної тривожності ($63,3 \pm 4,3$) – у 32,0%, помірний рівень ($37,6 \pm 2,6$) – у 28,0% досліджуваних, низький рівень ($21,7 \pm 2,7$) – у 16,0%.

У ході порівняльного аналізу отриманих даних нами було визначено рівень статистичної значущості розбіжностей між показниками рівня тривожності у жінок з оптимальним типом ПКГД (I підгрупа) та показниками рівня тривожності у жінок з іншими типами ПКГД (II-VI

підгрупи). Так, статистична значущість розбіжностей було виявлена між показниками I підгрупи та показниками II підгрупи ($t=3,3$ ($p<0,01$)), показниками IV підгрупи ($t=3,9$ ($p<0,01$)) та показниками V підгрупи ($t=4$ ($p<0,01$)). Між показниками I підгрупи та показниками III ($t=2$ ($p<0,05$)) та VI підгруп ($t = 1,3$ ($p<0,05$)) статистичну значущість розбіжностей не було виявлено.

За результатами *опитувальника Т. Немчина* (рис. 5), спрямованого на визначення нервово-психічного напруження (НПН), було встановлено, що серед *вагітних I підгрупи* ($n=16$), перша ступінь (I) НПН ($37,9\pm 3,9$), що характеризується відносною збереженістю ознак психічного та соматичного здоров'я, відзначалася у 56,3% учасниць. Друга ступінь (II) НПН ($56,2\pm 4,2$), що характеризується активізацією когнітивної діяльності та соматичних функцій, спостерігалася у 31,2% жінок. Третя ступінь (III) НПН ($79,5\pm 2,5$), що супроводжувалася дезорганізацією психічної діяльності, відчуттям фізичного дискомфорту, була характерна для 12,5% вагітних цієї підгрупи.

Серед вагітних *II підгрупи* ($n=14$) у 14,3% досліджуваних було виявлено наявність I ступеня НПН (36 ± 1); у 28,6% – II ступеня НПН ($58,5\pm 4,5$); у 57,1% – III ступеня НПН ($81,2\pm 3,2$).

Серед досліджуваних *III підгрупи* ($n=23$) наявність I ступеня НПН (39 ± 2) було діагностовано у 17,4% вагітних; II ступеня НПН ($64,9\pm 5,2$) – у 47,8%; III ступеня НПН (82 ± 4) – у 34,8%.

Серед досліджуваних жінок *IV підгрупи* ($n=19$) у 21,1% вагітних відзначався I ступінь НПН ($38,6\pm 1,6$), у 31,6% – II ступінь НПН ($67,5\pm 3$), у 47,3% – III ступінь НПН ($82,5\pm 2,5$).

Серед учасниць *V підгрупи* ($n=29$) I ступінь НПН ($37,3\pm 3$) було діагностовано у 24,1%, II ступінь НПН ($64,7\pm 6$) – у 34,5%, III ступінь НПН (83 ± 3) – у 41,4%.

У досліджуваних VI підгрупи ($n=25$) у 32,0% було виявлено I ступінь НПН ($35,5\pm 1,5$), у 40,0% – II ступінь НПН (63 ± 5), у 28,0% – III ступінь НПН ($83,4\pm 3$).

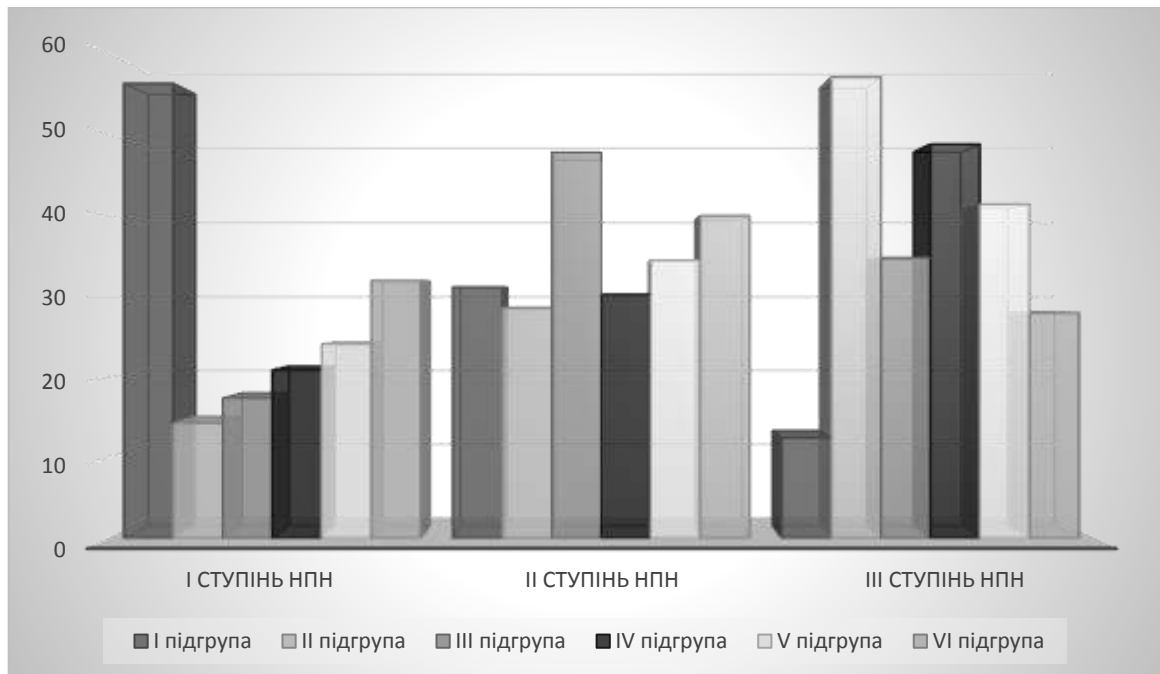


Рис. 5. Порівняльні результати дослідження за опитувальником виявлення нервово-психічної напруги Т. Немчина (%)

Оцінка рівня статистичної значущості отриманих результатів за опитувальником НПН Т. Немчина свідчить про те, що між показниками вагітних I підгрупи (оптимальний тип ПКГД) існує статистична значущість з показниками II підгрупи ($t=3,5$ ($p<0,01$)), III підгрупи ($t=3,5$ ($p<0,01$)), IV підгрупи ($t=4$ ($p<0,01$)) та V підгрупи ($t=3,1$ ($p<0,01$)). Статистична незначущість отриманих результатів була виявлена також між показниками I підгрупи та VI підгрупи ($t=2$ ($p<0,05$)).

Аналіз результатів дослідження за *опитувальником оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою (САН)* дозволив визначити наступні характерні відмінності у вагітних жінок з різним типом ПКГД. Так, *погане самопочуття, зниження активності та настрою* серед досліджуваних II підгрупи відзначали 42,8% вагітних жінок; серед досліджуваних III підгрупи – 8,6%; серед досліджуваних IV підгрупи –

42,1%; серед досліджуваних V підгрупи – 34,5%; серед досліджуваних VI підгрупи – 20,0%. У досліджуваних I підгрупи даний показник не було виявлено. *Наявність доброго самопочуття, підвищення активності та настрою* було діагностовано у 62,5% вагітних I підгрупи; у 14,3% вагітних II підгрупи; у 47,8% вагітних III підгрупи; у 10,5% вагітних IV підгрупи; у 17,2% вагітних V підгрупи та у 40,0% вагітних VI підгрупи. *Добре самопочуття на тлі зниження загальної активності та настрою* було властивим для 25,0% учасниць I підгрупи; 28,6% учасниць II підгрупи; 13,1% учасниць III підгрупи; 31,6% учасниць IV підгрупи; 27,6% учасниць V підгрупи та 16,0% учасниць VI підгрупи. Варто також відзначити, що у 12,5% учасниць I підгрупи, у 14,3% – II підгрупи, у 30,4% – III підгрупи, у 15,8% – IV підгрупи, у 20,7% – V підгрупи та у 24,0% – VI підгрупи відзначалося *погане самопочуття на тлі підвищення активності та настрою*.

Аналізуючи отримані результати за методикою дослідження мотивів збереження вагітності Л. Н. Рабовалюк, нами були виявлені наступні відмінності у мотивах, пов'язаних із ситуацією наявної вагітності та майбутнього материнства, серед досліджуваних жінок.

Характерними мотивами для вагітних з *оптимальним типом ПКГД* (I підгрупа), були мотиви, які відображали високий рівень прагнення бути матір'ю як результат психофізіологічної готовності жінок до материнства (56,2%); відсутність суб'єктивної тривожності з приводу можливих труднощів, які можуть виникнути у зв'язку з народженням дитини (18,8%); відсутність бажання маніпулювати вагітністю та майбутньою дитиною заради гармонізації сімейних стосунків (25,0%).

Найбільш вираженими мотивами збереження вагітності у *жінок з гіпогестогнозичним типом ПКГД* (II підгрупа), були мотиви, пов'язані з наявністю егоїстичних тенденцій, неготовністю поступатися своїми інтересами заради інтересів майбутньої дитини (21,4%); низьким рівнем

готовності до материнства (28,6%) і пріоритету інших цінностей над сімейними і материнськими цінностями (50,0%).

Характерними мотивами збереження вагітності серед *жінок з ейфорійним типом ПКГД* (III підгрупа) були мотиви, пов'язані зі збереженням вагітності з метою відповідності соціальними очікуванням (34,8%); наявність бажання мати дитину, яка втілить нереалізовані плани та мрії (43,5%); бажання зберегти чи покращити стосунки у родині (21,7%).

Серед *вагітних з депресивним типом ПКГД* (IV підгрупа) мотивами збереження вагітності виступали мотиви, які пов'язані з високим рівнем суб'єктивного відчуття обмеження свободи (42,1%); прагненням до індивідуальності (26,3%); тенденцією до збереження стосунків з батьком майбутньої дитини (31,6%).

У *вагітних жінок з тривожним типом ПКГД* (V підгрупа) найбільш вираженими мотивами збереження вагітності та народження дитини, були мотиви, які відображали наявність високої суб'єктивної тривожності щодо виникнення можливих матеріальних труднощів через народження дитини (55,2%); низький загальний рівень готовності до материнства (44,8%).

Серед *вагітних жінок зі змішаним типом ПКГД* (VI підгрупа) основними мотивами збереження вагітності виступали мотиви, які були обумовлені пріоритетом в ієрархії цінностей сімейних цінностей (20,0%), бажанням дати життя власній дитині (32,0%), відповідати соціальним очікуванням (48,0%).

За результатами ретроспективного аналізу відповідної медичної документації у всіх жінок досліджуваних груп пологи відбувалися у терміні 38-41 тижні. Особливості перебігу пологів по підгрупах представлено у таблиці 2.

Таблиця 2

**Клінічні показники перебігу пологів
у жінок з різним типом ПКГД**

<i>Показники</i>	<i>I (n=16)</i>	<i>II (n=14)</i>	<i>III (n=23)</i>	<i>IV (n=19)</i>	<i>V (n=29)</i>	<i>VI (n=25)</i>
Тривалість пологів, год.	12,3±1,2 ¹ 8,5±1,8 ²	13,2±1,6 ¹ 7,8±2,2 ²	12,0±1,6 ¹ 8,1±1,1 ²	12,9±0,9 ¹ 9,3±1,1 ²	12,4±1,3 ¹ 8,6±2,2 ²	11,8±1,2 ¹ 8,6±1,8 ²
Об'єм крововтрати, мл	263,4±54,3	286,5±68,1	292,3±56,6	312,1±5,3	348,8±67,3	272,7±72,7
Порушення (слабкість) пологової діяльності, n (%)	1 (6,25) ³ 0 ⁴	2 (14,3) ³ 1 (7,1) ⁴	2 (8,7) ³ 2 (8,7) ⁴	2 (10,5) ³ 1 (5,3) ⁴	4 (13,8) ³ 2 (6,9) ⁴	0 ³ 0 ⁴
Вакуум-екстракція плоду, n (%)	0	1 (7,1)	1 (4,4)	1 (5,3)	2 (6,9)	0
Кесарів розтин	0	1 (7,1)	2 (8,7)	2 (10,5)	3 (10,3)	0
Травматизм м'яких пологових шляхів, n (%)	0	1 (7,1)	2 (8,7)	1 (5,3)	3 (10,3)	1 (4,0)
Післяпологов а кровотеча, n (%)	0	1 (7,1)	1 (4,4)	1 (5,3)	1 (3,4)	0

Примітка: ¹ – перші пологи; ² – повторні пологи; ³ – первинна слабкість пологової діяльності; ⁴ – вторинна слабкість пологової діяльності

Аналіз отриманих емпіричних даних клініко-психологічного дослідження показав, що у жінок з різним типом психологічного компоненту гестаційної домінанти під час вагітності відмічаються характерні відмінності психоемоційного стану та ставлення до ситуації майбутнього материнства. Встановлено, що для більшості вагітних з гіпогестогнозичним, депресивним та тривожним типами ПКГД у порівнянні з жінками, які мали оптимальний, ейфорійний та змішаний тип ПКГД характерним є достатньо високий рівень тривожності, нервово-психічного напруження на тлі поганого самопочуття, зниження загального рівня активності та настрою (статистична значущість результатів на рівні $p < 0,01$).

Дослідження *мотивів збереження вагітності* показало, що у більшості вагітних жінок з гіпогестогнозичним, депресивним та тривожним типами ПКГД відзначалися переважно деструктивні мотиви збереження вагітності, що, на нашу думку, може виступати серйозною перешкодою у процесі подальшого формування адекватної материнської поведінки, та, у свою чергу, може негативно впливати на розвиток внутрішньоутробного плоду, соматичний та психологічний стан новонародженого та самої жінки.

Ретроспективний аналіз клінічного перебігу пологів продемонстрував певні відмінності у породіль з різним типом ПКГД під час вагітності. Так, встановлено, що за основними клінічними показниками найбільш благополучний перебіг пологів мав місце у жінок з оптимальним та змішаним типами ПКГД під час вагітності; найбільшу кількість ускладнень (особливо за показниками порушення (слабкості) пологової діяльності та травматизму м'яких пологових шляхів) виявлено у жінок з гіпогестогностичним, депресивним та тривожним типами ПКГД, що може розглядатися як зниження функціональних можливостей відповідних систем та організму в цілому на тлі нестабільного (лабільного) психоемоційного стану. Аналогічну кореляцію виявлено при оцінці стану новонароджених за шкалою Апгар на 1-й та 5-й хвилині – показано, що найвищі показники та найкраща динаміка мали місце у новонароджених, у матерів яких під час вагітності було діагностовано оптимальний та змішаний типи ПКГД. Знижені показники у новонароджених від матерів, які відносилися до II, IV та V підгруп (гіпогестогностичний, депресивний та тривожний типи ПКГД) може свідчити про недостатню сформованість у них відповідних компенсаторно-приспосувальних механізмів через перебування під час внутрішньоутробного періоду розвитку під дією негативних факторів, у тому числі психоемоційного характеру.

Отже, домінуючий тип психологічного компоненту гестаційної домінанти може виступати одним із провідних індикаторів, який визначає

особливості психоемоційного стану жінки під час вагітності, що безумовно має велике значення не тільки для клінічного перебігу вагітності та пологів, а також для формування адекватного ставлення жінки до материнства та стану новонародженого. На підставі порівняльного аналізу отриманих емпіричних даних було встановлено, що переживання гіпогестогнозичного, тривожного та депресивного типів психологічного компоненту гестаційної домінанти має негативний вплив на психоемоційний стан вагітної жінки, особливості її ставлення до вагітності та материнства в цілому, а також на клінічний перебіг пологів та стан новонародженого. Отримані емпіричні результати дослідження свідчать про необхідність організації комплексного медико-психологічного супроводу вагітних, під час якого має відбуватися обов'язкова діагностика психоемоційного стану вагітних жінок з виявленням типу психологічного компоненту гестаційної домінанти, який може розглядатися як інтегральний показник психологічної адаптації жінки до ситуації вагітності й пологів, що допомагає реалізовувати індивідуально спрямований пацієнт-центрований підхід та дозволяє виокремлювати групи ризику з розвитку різноманітних ускладнень. Впровадження саме такого підходу дає змогу не тільки попередити низку клініко-психологічних проблем, які можуть виникати у жінок під час вагітності, але й створити умови для гармонійного розвитку внутрішньоутробного плоду, ефективної адаптації жінки до ситуації майбутнього материнства та народження здорової дитини.

Психологічні особливості перебігу вагітності у жінок різного репродуктивного віку

Постійні зміни, які зумовлюють розвиток сучасного суспільства, призводять до трансформації стереотипів репродуктивної поведінки, а також ставлення жінки до ролі та функцій матері. Сьогодні активно спостерігається тенденція до реалізації материнства у різному віці, за різних обставин, правил, мотивів. Одним з провідних чинників, що пливає на особливості перебігу вагітності та реалізації у подальшому материнства є вік жінки під час вагітності, що обумовлено не тільки суто фізіологічними особливостями жіночого організму, в першу чергу адаптаційним резервом та можливостями компенсації, а й психосоціальними факторами розвитку жінки, які також багато в чому залежить від її віку. Отже, доцільним, на нашу думку, є розкриття психологічних особливостей перебігу вагітності у жінок різного репродуктивного віку, а також визначення їх індивідуально-психологічних особливостей та специфіки сприйняття ними ситуації майбутнього материнства.

Вагітність у жінок в ранньому репродуктивному віці

Лібералізація сексуальних стосунків, яка спостерігається в сучасному суспільстві, призвела до зниження середнього віку початку статевого життя серед підлітків. Так, аналіз результатів досліджень свідчить про те, що близько 80% молоді вже мають перший досвід сексуальних стосунків до 18 років, при цьому майже 60% – вважають власне статеве життя регулярним, а 50 % – відмічають часту зміну сексуальних партнерів. Слід зазначити, що поширення даного явища відбувається на тлі недостатньої загальної та контрацептивної культури молодих людей, а також кількості й, головне, ефективності роботи спеціальних медичних і психологічних служб, які займаються реалізацією програм сексуального виховання підлітків, що

особливо має місце за межами великих міст. На жаль, результатом сексуальної непоінформованості молоді є збільшення випадків зараження інфекціями, які передаються статевим шляхом, а також виникнення небажаної вагітності у неповнолітніх дівчат, яка може призводити не тільки до цілого ряду медичних ускладнень, але і до низки психосоціальних проблем, що викликають занепокоєння фахівців, як у нашій країні, так і за кордоном.

Згідно даним статистики щорічно в світі приблизно у 40% юних дівчат перша вагітність настає до 18 років, при цьому лише кожна десята вагітність завершується народженням дитини, що приблизно складає близько 2,0-4,5% від загальної кількості пологів. Вагітність у ранньому віці, будучи в більшості випадків незапланованою (50-60% випадків від загальної кількості випадків) та небажаною (30-40% випадків від загальної кількості випадків), нерідко завершується штучним перериванням (у тому числі кримінальними абортами на пізніх термінах вагітності) або відмовою юної матері від дитини, що обумовлено, перш за все, соціальною незрілістю молодої дівчини, її неготовністю до прийняття та виконання нової соціальної ролі, відсутністю в неї підтримки з боку батька дитини, а також нерозуміння з боку близького оточення і суспільства загалом.

Досліджуючи проблему ранньої вагітності, слід відзначити, що поширення даної тенденції в поведінці молодих дівчат залежить від цілого ряду чинників. Так, одним із чинників виступає характерне для молодого віку *прагнення до дорослості і самостійності* може виявлятися в ранньому початку статевого життя. У деяких випадках така поведінка може виступати прагненням молодої дівчини позбавитися від почуття самотності, втілити наївну мрію про кохання з першого погляду. При цьому емоційні переживання дівчат-підлітків, які виникають внаслідок перших романтичних взаємин з представниками протилежної статі, часто блокують процес усвідомлення можливих наслідків власної поведінки.

Наступним чинником, який призводить до небажаного материнства у ранньому віці, є *випадкова вагітність, що наступила в результаті зґвалтування*. Майже у всіх випадках про таку вагітність, яка є наслідком так званих прихованих зґвалтувань, батьки дівчини дізнаються занадто пізно, іноді тільки після народження дитини, а в окремих випадках і зовсім про неї не знають. Аналіз результатів досліджень показує, що найчастіше жертвами сексуального зґвалтування стають незрілі, інфантильні, інтелектуально нерозвинені дівчата-підлітки, виховання в тоталітарній сім'ї або в сім'ї з гіперопікою.

Варто відзначити, що наявність вагітності, яка виникає внаслідок зґвалтування, практично завжди сприймається молодою дівчиною як «удар долі», як щось чуже, вороже її благополуччю і тому апріорно небажане. У зв'язку з цим досить часто у юних жінок виникає гостре бажання позбутися будь-якими способами майбутньої дитини ще до її народження. Дослідження свідчать, що часто збереження небажаної вагітності пояснюються молодими жінками їх стійким прагненням приховати вагітність, а також відсутністю своєчасного усвідомлення факту наявної вагітності. Крім того, збереження вагітності у жінок раннього репродуктивного віку може бути пов'язане з відповідною поведінкою оточуючих, які наполягають на обов'язковому збереженні вагітності заради збереження репродуктивного здоров'я молодої дівчини.

Також серед чинників, які мають значення у випадках виникнення непланованої вагітності в ранньому віці, можна виокремити *особливості соціальної ситуації і характер взаємовідносин неповнолітньої дівчини з власною матір'ю*. Загальновідомим є той факт, що мати відіграє в житті власної дочки велику кількість ролей, починаючи з того, що вона представляє собою певну рольову модель поведінки, виступає в ролі вихователя і вчителя, а також головного партнера по комунікації. Тому, досить часто через відсутність позитивного адекватного комунікативного

досвіду з матір'ю у дівчат відбувається спотворене формування уявлень про материнську поведінку та материнство загалом. У таких випадках вагітність в ранньому віці може виступати одним із шляхів маніфестації дорослості і незалежності, а також неусвідомленою спробою ідентифікувати себе водночас і як з уявною «ідеальною матір'ю», так і ще з ненародженою дитиною.

У деяких випадках виникненню небажаної вагітності у дівчат-підлітків сприяє низький матеріальний та освітній рівень сім'ї, недостатня увага батьків до питань статевого виховання, наявність випадків ранньої вагітності серед членів родини або друзів, а також асоціальний образ життя.

Відомо, що вагітність представляє собою відповідальний етап у житті жінки, до якого вона має бути готова як фізіологічно, так і психологічно. Численні складні зміни, які відбуваються в організмі жінки протягом всього цього періоду, сприяють створенню необхідних умов для внутрішньоутробного розвитку плоду, готують організм жінки до майбутніх пологів і грудного вигодовування новонародженого. Вже на початку вагітності в активному режимі починають працювати залози внутрішньої секреції, значно зростає обмін речовин і кисню, що створює додаткове навантаження на роботу внутрішніх органів. У зв'язку із збільшенням об'єму циркулюючої крові в організмі вагітної жінки значні навантаження в цей період витримує серцево-судинна система. Значним змінам піддається і репродуктивна система жінки. Безперечно, що всі ці процеси досить складно відбуваються в організмі зрілої здорової жінки, не кажучи вже про молоду дівчину віком 14-18 років, організм якої ще знаходиться на стадії активного формування.

Отже, результати ряду досліджень свідчать про те, що вагітність і пологи у молодих дівчат протікають з великою кількістю ускладнень в порівнянні з жінками більш старшого репродуктивного віку. Складний характер перебігу вагітності та пологів у жінок раннього репродуктивного

віку виступає одним із чинників високого перинатального ризику. Діти, які народжені юними жінками, часто мають меншу масу тіла, ніж немовлята дорослих жінок, частіше народжуються з синдромом затримки внутрішньоутробного розвитку, недоношеними, у стані асфіксії. Крім цього, серед таких новонароджених відзначається високий рівень смертності та розвитку різного роду перинатальних і неонатальних захворювань. Отже, враховуючи можливості несприятливого характеру протікання вагітності у ранньому віці, обов'язковою умовою при медичному супроводі майбутніх юних матерів є врахування усіх адаптаційних змін організму під час вагітності, з метою своєчасного прогнозу і корекції акушерських та перинатальних патологічних станів.

Варто наголосити, що крім високого ризику виникнення суто медичних ускладнень, вагітність у ранньому віці чинить деструктивний вплив і на подальший процес соціалізації молодої дівчини, а також на формування в неї адекватної материнської поведінки. Так, усвідомлюючи наявність вагітності, більшість дівчат опиняються в стані шоку і потрясіння. Характерними реакціями для більшості з них виступають почуття провини, страху, гніву, а також відсутність бажання вірити в те, що трапилося, побоювання щодо негативної реакції з боку оточуючих, намагання приховати сам факт вагітності.

Згідно результатів досліджень, у більшості юних вагітних спостерігається спотворене ставлення до майбутньої дитини і ситуації майбутнього материнства, що може перешкоджати нормальному плину вагітності, а також становленню материнської поведінки. Майже для третини юних матерів їх майбутнє материнство є настільки небажаним, що під час вагітності вони здатні здійснювати самотійні кримінальні спроби щоб її перервати. Крім цього, деякі з дівчат готові позбутися будь-якими способами від непотрібної їм вже народженої дитини, про що свідчать поширення шокуючих випадків жорстокого вбивства новонароджених.

Слід зазначити, що у деяких випадках особистісні проблеми юної вагітної поглиблюються конфліктними відносинами в родині, члени якої найчастіше виявляються ні морально, ні матеріально не підготовленими до такої події в їхньому житті. У зв'язку з цим батьки можуть чинити сильний тиск на власну доньку, наслідки якого мають негативне відображення на стані фізичного і психічного здоров'я, як майбутньої матері, так і майбутньої дитини. Опиняючись у важкій життєвій ситуації, без підтримки з боку близьких, у деяких випадках молоді дівчата втікають з сім'ї, попадають в асоціальні компанії тощо.

Проблема раннього материнства має значний вплив і на рівень соціального статусу молодої жінки в суспільстві, яка часто, не маючи можливості створити повноцінну сім'ю, внаслідок відмови батька дитини від виконання своєї ролі, може позбавлятися перспектив отримати освіту, знайти кваліфіковану роботу та матеріальну незалежність. Материнство може призводити й до вимушеної ізоляції молодих дівчат від середовища однолітків, порушення життєвих планів, які вони не зможуть самостійно скорегувати; у зв'язку з цим можуть виникати різного роду психологічні порушення, що, у свою чергу, можуть стати підґрунтям для патологічного розвитку особистості.

Наявність низки психосоціальних проблем у більшості вагітних раннього репродуктивного віку в значній мірі ускладнює процес формування психологічної готовності до ефективного прийняття та виконання материнської ролі. У більшості випадків такі жінки орієнтуються на допомогу і підтримку з боку дорослих, що надалі може перешкоджати розвитку впевненості у власній материнській компетенції. Саме переживання почуття материнської некомпетентності та розгубленості в ситуації, яка пов'язана з народженням дитини, обумовлює виникнення порушення материнської поведінки, що може виявлятися у прийнятті

рішення про відмову від новонародженого, так і у формуванні негативного ставлення до власної дитини.

Проведено експериментальне дослідження на базі *Донецького національного медичного університету МОЗ України у науковій лабораторії психології репродуктивної сфери, пренатальної та перинатальної психології*. У дослідженні приймали участь 42 жінки, які перебували у третьому триместрі вагітності (25-38 тижнів). Середній вік досліджуваних був $16,9 \pm 1,0$ років. Усі учасниці були проінформовані стосовно мети дослідження та дали згоду на участь в ньому.

З метою визначення індивідуально-психологічних особливостей вагітних жінок раннього репродуктивного віку та оцінки їхнього психоемоційного стану нами було використано наступний комплекс психодіагностичних методів та методик:

- 1) метод структурованого інтерв'ю;
- 2) багатофакторний особистісний опитувальник FPI (модифікована форма B);
- 3) шкала особистісної та ситуативної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна;
- 4) опитувальник НПН Т. Немчина;
- 5) методика САН.

Аналіз особливостей ставлення досліджуваних до ситуації вагітності, майбутньої дитини та материнства відбувався завдяки наступним методикам:

- 1) методика дослідження мотивів збереження вагітності Л. Н. Рабовалюк;
- 2) тест відношень вагітної І. В. Добрякова;
- 3) проєктивна методика Г. Г. Філіппової «Я і моя дитина».

За допомогою інтерв'ю та спеціально розробленої анкети на початку проведення психодіагностики нами було визначено наступні особливості соціального статусу досліджуваних жінок. Так, серед учасниць 19,1%

знаходилися в офіційному шлюбі, 64,3% – у цивільному, 16,6% – не підтримували стосунків з батьком майбутньої дитини. Було виявлено, що 14,3% досліджуваних мали незакінчену вищу освіту, 11,9% – незакінчену середню спеціальну освіту, 54,7% – повну середню освіту, 19,1% – неповну середню освіту. Серед вагітних цієї групи 9,5% жінок мали постійне місце роботи, 19,1% тимчасово безробітні, 71,4% – ніде не працювали та не навчалися. Окреме власне житло серед жінок цієї групи мали 4,7% учасниці, 19,1% – орендували житло, 40,5% – проживали разом з власними батьками, 35,7% проживали з батьками чоловіка. Було також виявлено, що 42,9% досліджуваних відносилися до міського населення, 57,1% – до сільського населення.

З медичного анамнезу було виявлено, що у всіх досліджуваних дана вагітність була першою, вони не мали дітей і штучних абортів в анамнезі. Оцінюючи бажаність та спланованість даної вагітності серед жінок, нами було встановлено, що у 23,8% досліджуваних вагітність була бажаною, але непланованою, у 57,1% – небажаною і непланованою, у 19,1% – бажаною і планованою.

Аналіз отриманих результатів психодіагностичного дослідження за допомогою вищезазначених методик показав, що вагітним даної вікової групи притаманно наявність деяких спільних особливостей. Так, за методикою Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна серед учасниць високий рівень особистісної тривожності ($63,1 \pm 6,1$) спостерігався у 45,3% вагітних, високий рівень ситуативної тривожності ($64,6 \pm 4,9$) – у 35,7%. Помірний рівень тривожності ($37,4 \pm 3,1$) було виявлено у 11,9% досліджуваних цієї підгрупи, низький рівень тривожності ($27,3 \pm 1,5$) – у 7,1%.

Досліджуючи *психоемоційний стан* вагітних раннього репродуктивного віку, нами було встановлено, що серед досліджуваних наявність I ступеня НПН ($38,1 \pm 1,2$) було діагностовано у 19,1% вагітних; II ступеня НПН ($61,3 \pm 5,2$) – у 35,7%; III ступеня НПН ($83,3 \pm 3,1$) – у 45,2% (за

результатами методики НПН Т. Немчина). Оцінка результатів дослідження за *опитувальником САН* дозволила визначити, що погане самопочуття, зниження активності та настрою серед досліджуваних відзначали 30,9% жінок; наявність доброго самопочуття, підвищення активності та настрою було діагностовано у 28,6% молодих вагітних; добре самопочуття на тлі зниження загальної активності та настрою було властивим для 40,5% учасниць.

Оцінюючи усереднений профіль вагітних жінок раннього репродуктивного віку за допомогою *багатофакторного особистісного опитувальника FPI (модифікована форма B)*, нами було виявлено, що спільним для більшості досліджуваних є: достатньо високий рівень тривожності, підвищена збудливість, емоційна неврівноваженість (*високі оцінки за I шкалою*).

Характерним для більшості з вагітних жінок цієї вікової групи є зниження загального фону настрою. Занурюючись у власні переживання, вони можуть викликати дратівливість у близького оточення. Проте інколи за зовнішнім фасадом відчуженості та похмурості, може приховуватися чуткість та вразливість. У справах їх часто характеризують нерішучість, нездатність самостійно приймати рішення. Будь-яка діяльність здається для них важкою, викликає відчуття виснажливості та напруги (*високі оцінки за III шкалою*).

Властивим для більшості вагітних цієї групи також є погана саморегуляція психічних станів, нездатність до діяльності, що вимагає вольових зусиль та концентрації. У ситуаціях з високим ступенем невизначеності вони легко впадають у розпач (*високі оцінки за IV шкалою*). Також вони погано розбираються в реальних мотивах власної та чужої поведінки, поблажливо відносяться до власних потягів, не схильні до самоаналізу та рефлексії. Вони характеризуються недостатнім рівнем товарищескості, відчувають труднощі у встановлюванні та підтримуванні

соціальних контактів. У поведінці їм не достає сміливості, рішучості та наполегливості.

Отримані результати за методикою дослідження мотивів збереження вагітності Л. Н. Рабовалюк показали, що характерними мотивами серед вагітних жінок раннього репродуктивного віку були мотиви, які пов'язані з високим рівнем суб'єктивного відчуття обмеження свободи (40,5%); прагненням до індивідуальності (54,8%); з тенденцією до збереження стосунків з батьком майбутньої дитини (45,2%).

Досліджуючи характер ставлення учасниць до ситуації вагітності та майбутнього материнства загалом за тестом відношень вагітної І. В. Добрякова, нами були отримані наступні результати (рис. 6). Так, серед вагітних жінок переживання оптимального варіанту ПКГД відзначалося у 11,9%; гіпогнозичного варіанту ПКГД – у 26,2%; ейфорійного варіанту ПКГД – у 16,6%; тривожного варіанту ПКГД – у 33,3%; депресивного варіанту ПКГД – у 7,2%; змішаного варіанту ПКГД – у 4,8%.

Оцінка символіки психомалюнків за проективною методикою Г. Г. Філіппової «Я і моя дитина», які були виконані досліджуваними свідчить про те, що наявність сприятливої ситуації вагітності відзначалася у 11,9% вагітних жінок раннього репродуктивного віку. Незначні симптоми тривоги, невпевненості були характерними для 19,0%. Тривога та невпевненість у собі була виражена серед 40,5% вагітних. Конфлікт з вагітністю і ситуацією материнства в цілому було діагностовано у 28,6% досліджуваних (рис. 7).

Таким чином, узагальнюючи отримані результати психодіагностичного дослідження, встановлено, що відмінними індивідуально-психологічними особливостями більшості вагітних жінок раннього репродуктивного віку виступають:

- ✓ психологічна та емоційна незрілість;
- ✓ низька самооцінка, невпевненість у собі;

- ✓ високий рівень тривожності;
- ✓ емоційна неврівноваженість,
- ✓ порушення вольової регуляції поведінки,
- ✓ наявність невирішених внутрішньо особистісних конфліктів,
- ✓ відсутність навичок ефективного спілкування.

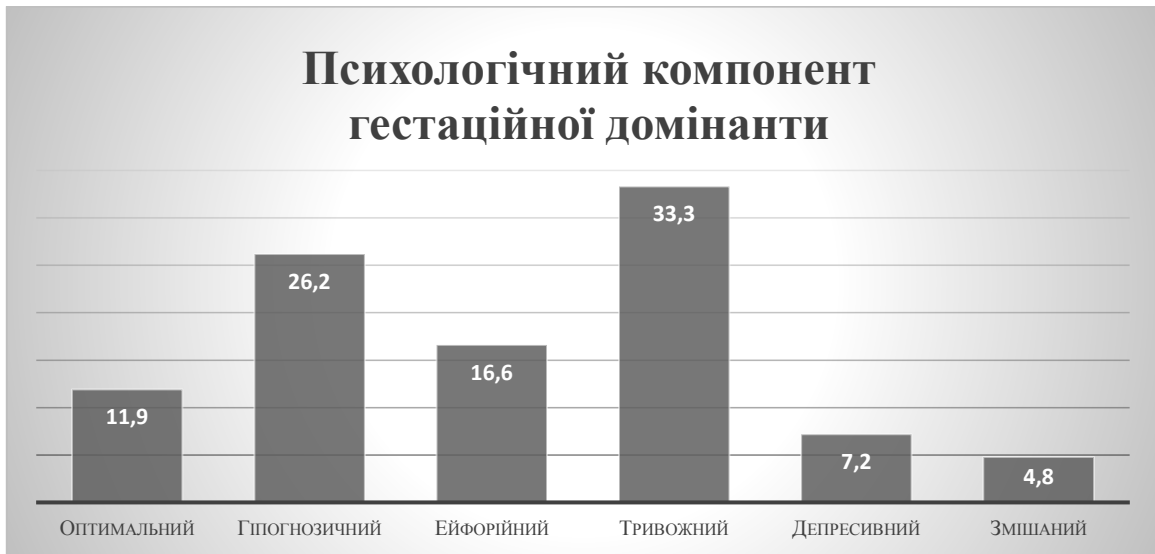


Рис. 6. Розподіл досліджуваних за тестом відношень І. В. Добрякова, %



Рис. 7. Переживання вагітності у жінок раннього репродуктивного віку за проективною методикою «Я і моя дитина», %

Найбільш вираженими варіантами переживання ПКГД для більшості вагітних жінок раннього репродуктивного віку є такі варіанти, як *гіпогностичний*, характерним для якого є неприйняття жінкою ситуації наявної вагітності, ігнорування її симптомів, та *тривожний*, який супроводжується різного роду тривожними переживаннями, виникнення та розвиток яких може бути обумовлено різними чинниками (небажана та непланована вагітність, деструктивні мотиви вагітності та материнства, несприятливі матеріально-побутові умови, порушення соматичного та психічного здоров'я, індивідуально-психологічні особливості). Окрім цього, у більшості з досліджуваних спостерігається наявність конфлікту з вагітністю та материнством загалом.

Вагітність у пізньому репродуктивному віці

Поряд з проблемою материнства у ранньому репродуктивному віці не можна не відзначити й ще одну характерну тенденцію сучасності, а саме постійне збільшення кількості вагітностей у пізньому репродуктивному віці і, відповідно, випадків так званого, пізнього материнства. Так, останнім часом спостерігається значна перебудова в ієрархії цінностей сучасних молодих жінок, зокрема відзначається зниження цінності материнства і сім'ї в цілому та першорядного значення набувають цінності, пов'язані з професійним становленням, досягненням матеріальної стабільності, потребою у всебічній самореалізації. Така ситуація призводить до того, що вагітність і материнство перестають сприйматися жінками як необхідні та невід'ємні етапи їхнього природного розвитку у відповідному віці, у зв'язку з чим сьогодні досить поширеним є явище свідомого відкладання жінкою народження дитини на пізній репродуктивний вік.

Не зважаючи на те, що поняття про репродуктивний вік жінки та його етапи є більш традиційним для медичної науки, сьогодні психологи все частіше звертаються у своїх дослідженнях саме до цієї вікової періодизації,

що зумовлено зростанням інтересу серед фахівців до психологічних аспектів репродуктивного здоров'я жінки, вивчати які більш доцільно з урахуванням особливостей становлення, всебічної реалізації та інволюції її репродуктивної функції. Прийнято вважати, що пізній репродуктивний вік жінки починається після 35 років та продовжується до настання менопаузи, коли на тлі збереження фертильності спостерігається більш-менш активний початок інволюційних змін у репродуктивній системі.

Зростання кількості жінок, які народжують першу дитину в зрілому віці, відзначається ще з кінця 70-х років ХХ століття, а кількість дітей, які народилися у жінок пізнього репродуктивного віку, за останні 15 років постійно збільшується. При цьому поява бажання у жінки стати матір'ю тільки після 35-40 років пов'язується з цілою низкою чинників, особливого значення серед яких набувають соціально-психологічні, а саме прагнення здобути освіту, досягнути високого професійного рівня, мати матеріальну незалежність, перевірити міцність стосунків з партнером, а також просто насолодитися життям. Слід також зазначити, що *свідоме відкладання материнства* в окремих випадках може бути результатом наявності у жінки внутрішніх проблем, пов'язаних з її особистісною незрілістю та неготовністю до прийняття відповідальності за життя й благополуччя власної дитини.

Не зважаючи на тенденцію до поширення такого явища серед сучасних жінок, варто зазначити, що сьогодні немає єдиної думки серед фахівців щодо впливу вікового фактору на характер перебігу вагітності та адаптацію до ситуації материнства в цілому. Проте, безперечно, ця категорія жінок є однією з груп ризику щодо розвитку ускладнень під час вагітності та пологів, при цьому процес психологічної адаптації до виконання нової соціальної ролі та формування материнської поведінки в цілому у жінок пізнього репродуктивного віку має певні особливості.

Досліджуючи особливості свідомого відкладання материнства на пізній репродуктивний вік, можна виокремити як позитивні, так і негативні сторони цього явища. Так, прийнято вважати, що жінки, які народжують першу дитину вже у зрілому віці, є більш психологічно підготовленими до материнства, ніж молоді дівчата. У більшості випадків вагітність і материнство в цілому стають для них усвідомленим рішенням і результатом глибоких роздумів, що, безперечно, має позитивний вплив на формування адекватного ставлення до дитини, яка вже не сприймається перешкодою на шляху до реалізації життєвих планів. Під час вагітності жінки цієї вікової групи менш схильні до переживання амбівалентних почуттів, які пов'язані з майбутнім материнством, набагато відповідальніше ставляться до виконання рекомендацій з боку фахівців. Крім того, є дані, що вагітність у жінок пізнього репродуктивного віку дещо знижує плин інволюційних процесів в організмі, які пов'язані з наближенням клімактеричного періоду.

Незважаючи на наявні переваги материнства у зрілому віці, свідоме відкладання народження дитини має низку негативних, часто незворотних наслідків, як для жінки, так і для її майбутньої дитини. Відомо, що гормональні зміни, які відбуваються в жіночому організмі після 35 років, є першими ознаками зниження фертильності, а найбільш сприятливим періодом для народження першої дитини вважається період до 30 років, який характеризується максимальною активністю репродуктивної функції жіночого організму. Тому відмова жінки від материнства на цьому етапі її життя може призвести у подальшому до розвитку різноманітних ускладнень під час вагітності та пологів та навіть до неможливості повноцінної реалізації власної репродуктивної функції. Крім того, прийнято вважати, що після 35 років погіршується потенціал загального фізичного здоров'я жінки, що пов'язано з появою різного роду хронічних захворювань, наявність яких перешкоджає нормальному плину вагітності та внутрішньоутробного розвитку плоду. У жінок пізнього репродуктивного віку у декілька разів

збільшується ризик народження дитини зі спадковими захворюваннями. Це пов'язано з різними чинниками, серед яких можна відзначити і старіння статевих клітин, і збільшення з віком часу впливу на організм жінки різних патогенних факторів і токсичних речовин. Дослідження свідчать, що хромосомні порушення у дітей, народжених жінками до 30 років, діагностуються в 1 випадку на 2000 пологів, у той час, коли у дітей, народжених жінками після 40 років, – в 1 випадку на 30 пологів. У зв'язку з цим особливої уваги набувають питання, пов'язані з необхідністю своєчасного та ретельного обстеження вагітних цієї групи, завдяки якому можна попередити та знизити ризик виникнення можливих аномалій внутрішньоутробного розвитку плоду.

Розглядаючи наслідки вагітності у зрілому віці, окрему увагу необхідно приділити аналізу соціально-психологічних аспектів цього явища. Життя жінки, яка вирішує народити першу дитину після 35-ти років, як правило, вже має певний ритм, тому багато хто з таких майбутніх матерів стикається з деякими особливими труднощами як під час вагітності, так і після народження дитини. У жінок, які звикли протягом багатьох років все чітко організувати і не відхилятися від прийнятого графіка, можуть спостерігатися проблеми, пов'язані з перебудовою власного часового і соціального простору та поведінки в цілому у відповідності до потреб новонародженої дитини. Серед особливостей переживання жінками пізнього репродуктивного віку ситуації материнства можна відзначити й підвищену відповідальність з надмірною вимогливістю до себе і до виконання своїх материнських обов'язків. У зв'язку з цим у таких жінок може розвиватися синдром «надцінності дитини», при якому виховання і розвиток дитини відбувається в умовах гіперопіки, а у так званих «пізніх» дітей набагато частіше діагностується наявність високого рівня тривожності, невротичних та фобічних розладів.

Узагальнюючи викладене, можна зробити висновок, що феномен материнства у пізньому репродуктивному віці є досить складним явищем, природа якого має неоднозначний характер. Не зважаючи на наявність певних переваг пізнього материнства, необхідно відзначити наявність низки специфічних труднощів, які можуть значно перешкоджати процесу адаптації жінки до ситуації вагітності та материнства в цілому.

Проведено експериментальне дослідження *на базі лабораторії психології репродуктивної сфери жінки, пренатальної та перинатальної психології Донецького національного медичного університету МОЗ України*. У дослідженні брали участь 43 жінки, які перебували у III триместрі вагітності (25-38 тижнів вагітності). Середній вік осіб, які приймали участь у дослідженні, становив $39,8 \pm 1,7$ років. Усі жінки були проінформовані щодо мети дослідження та дали згоду на участь в ньому.

Аналіз індивідуально-психологічних особливостей вагітних відбувався з використанням таких методів та методик:

- 1) метод структурованого інтерв'ю;
- 2) багатофакторний особистісний опитувальник FPI (модифікована форма B);
- 3) шкала особистісної та ситуативної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна;
- 4) опитувальник визначення нервово-психічної напруги Т. Немчина; методика самооцінки психічних станів: самопочуття, активність, настроїв (САН).

Для аналізу особливостей сприйняття ситуації вагітності, майбутньої дитини та материнства в цілому з боку зазначених осіб використовувалися:

- 1) методика дослідження мотивів збереження вагітності Л. Н. Рабовалюк;
- 2) тест відношень вагітної І. В. Добрякова;
- 3) проєктивна методика «Я і моя дитина» Г. Г. Філіппової.

На початку проведення психодіагностики за допомогою спеціально опрацьованого структурованого інтерв'ю було проаналізовано особливості соціального статусу вагітних жінок. Так, 53,5% жінок перебували в офіційному шлюбі, 39,5% – у цивільному, 7,0% – не підтримували стосунків з батьком майбутньої дитини. Було виявлено, що 62,8% жінок мали вищу освіту, 37,2% – середню спеціальну освіту. Серед досліджуваних 58,1% жінок мали постійне місце роботи, 27,9% – тимчасово безробітні, 14,0% – не мали місця роботи. Окреме власне житло серед вагітних цієї групи мали 62,7% жінок, 23,3% – мешкали в орендованому помешканні, 4,7% – проживали разом зі своїми батьками, 9,3% – з батьками чоловіка. Було також виявлено, що 64,3% вагітні були мешканками міста, 35,7% – мешкали у селі. Усі досліджувані відносилися до соціально захищених категорій населення.

Варто наголосити, що всі учасниці експерименту не мали власних дітей, при цьому для 80,9% ця вагітність була першою, у 19,1% – попередні закінчувалися штучним її перериванням за власним бажанням.

Вивчення бажаності та планованості цієї вагітності показало, що для 54,7% жінок ця вагітність була бажаною і планованою, для 26,2% – небажаною і непланованою, для 19,1% – бажаною, але не планованою.

Узагальнення результатів психодіагностичного дослідження за допомогою вищезазначених методик дозволило виявити певні індивідуально-психологічні особливості вагітних пізнього репродуктивного віку. Так, результати за методикою Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна свідчать, що характерним для 32,7% вагітних цієї вікової групи є наявність високого рівня особистісної тривожності ($66,3 \pm 3,9$), для 46,5% – високого рівня ситуативної тривожності ($65,1 \pm 5,1$). Наявність помірною рівня ситуативної та особистісної тривожності виявилось властивим для 13,9% жінок, низького рівня – 6,9%.

За результатами *опитувальника НПН Т. Немчина* у більшості жінок було виявлено високе нервово-психічне напруження (НПН): у 48,8% – III ступінь НПН ($84 \pm 2,9$) і у 30,3% – II ступінь НПН ($62,2 \pm 3,8$); лише у 20,9% вагітних відзначався I ступінь НПН ($37,3 \pm 2$).

Оцінка самопочуття, активності та настрою за *опитувальником САН* показала, що погане самопочуття, зниження активності та настрою відзначали 41,9% жінок. Наявність гарного самопочуття, високий рівень активності та настрою було діагностовано у 18,6% вагітних. Гарне самопочуття на тлі зниження загальної активності та настрою було властивим для 27,9% учасниць експерименту; у 11,6% досліджуваних відзначалося погане самопочуття на тлі підвищення активності та настрою.

Аналіз усереднених результатів вагітних за *багатофакторним особистісним опитувальником FPI* (модифікована форма В) дозволив зробити певні висновки щодо наявності спільних індивідуально-психологічних особливостей. Так, середні значення за *шкалою I (невротичність)* свідчать про відносну емоційну стабільність, врівноваженість, помірний рівень тривожності, достатню об'єктивність в оцінці себе та інших, реалістичність у поглядах, вимогливість до себе та оточуючих.

Для більшості вагітних властивими є прояви активності та енергійності; у той же час, здобуті результати дозволяють прогнозувати наявність у жінок в окремих ситуаціях недостатній рівень рішучості та наполегливості.

Середні оцінки за *шкалами II (спонтанна агресивність)* та *VII (реактивна агресивність)* вказують на прояв недостатнього рівня самоконтролю та дотримання загальноприйнятих правил і норм. У більшості вагітних відзначаються достатньо низькі оцінки за *шкалами V (товариськість)* та *X (інтроверсія-екстраверсія)*, що вказує на їх певну

інтровертованість, насторожене сприйняття неочікуваних подій та змін, деяку схильність до формального спілкування.

Вивчення особливостей сприйняття досліджуваними жінками ситуації вагітності та ситуації материнства в цілому дає підстави говорити про те, що за *методикою дослідження мотивів збереження вагітності Л. Н. Рабовалюк* виявлено: найпоширенішими мотивами збереження вагітності жінками пізнього репродуктивного віку є: збереження вагітності з метою відповідності соціальним очікуванням (55,8%); наявність бажання мати дитину, яка втілить власні нереалізовані плани та мрії (30,2%); бажання зберегти стосунки з партнером (39,5%).

Психодіагностика відношення жінки до ситуації вагітності, до своєї ще ненародженої дитини, до материнства базувалася за результатами *тесту відношень вагітної І. В. Добрякова* (рис. 8). Нами були отримані наступні результати: переживання оптимального варіанта психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД) було діагностовано у 13,9% вагітних, гіпогнозичного варіанта ПКГД – у 16,3%, ейфорійного варіанта ПКГД – у 11,6%, тривожного варіанта ПКГД – у 46,5%, депресивного варіанта ПКГД – у 4,6%, змішаного варіанта ПКГД – у 6,9%.

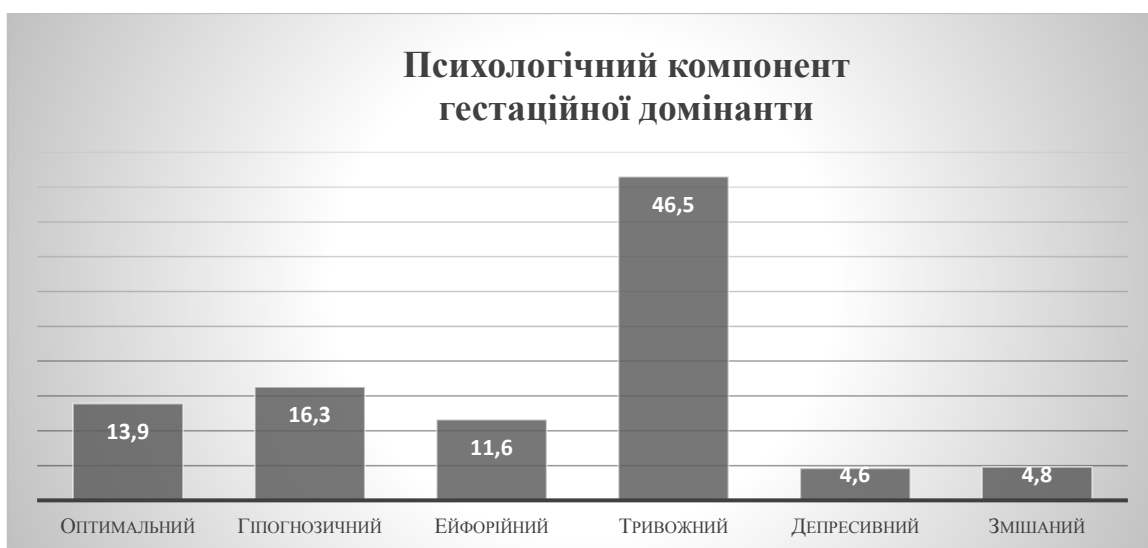


Рис. 8. Розподіл досліджуваних за тестом відношень І. В. Добрякова, %

Оцінка символіки психомалюнків вагітних за проективною методикою Г.Г. Філіппової «Я і моя дитина» показує, що серед вагітних жінок пізнього репродуктивного віку наявність сприятливої ситуації вагітності відзначалася у 14,0% учасниць. Незначні симптоми тривоги, невпевненості було виявлено у 9,3% вагітних жінок; тривога та невпевненість у собі відзначалася у 53,5% досліджуваних; конфлікт із вагітністю та материнством в цілому було встановлено у 23,2% вагітних (рис. 9).



Рис. 9. Переживання вагітності у жінок пізнього репродуктивного віку за проективною методикою «Я і моя дитина», %

Узагальнюючи отримані результати дослідження, можна виокремити певні особливості, які притаманні вагітним жінкам пізнього репродуктивного віку. Так, виходячи із аналізу соціального статусу, більшість таких жінок відносяться до міського населення; як правило, вони перебувають в офіційному шлюбі; характерним для них є наявність вищої освіти та постійного місця роботи. Серед індивідуально-психологічних особливостей вагітних пізнього репродуктивного віку найбільш характерними є: наявність достатньо високого рівня тривожності; дратівливість; психоемоційна нестабільність, що супроводжується

зниженням активності та настрою. У поведінці таких жінок можуть спостерігатися прояви депресивних розладів на тлі поганого самопочуття. Водночас вони відзначаються вмінням встановлювати та підтримувати соціальні контакти, схильністю до соціальних досягнень.

Аналіз особливостей сприйняття вагітності та майбутнього материнства показує, що для більшості жінок пізнього репродуктивного віку наявна вагітність є бажаною та планованою. Разом з тим, характерним для більшості з них є переживання тривожного варіанту психологічного компонента гестаційної домінанти; властиві їм відчуття тривоги та невпевненості в собі часто є наслідком побоювання різного роду ускладнень під час вагітності й пологів та відхилень у розвитку плоду, а також наявності сумнівів щодо власної готовності прийняття та реалізації ролі матері.

Отже, досліджуючи проблему психологічних особливостей перебігу вагітності у жінок різного репродуктивного віку, ми дійшли висновку, що **вагітність у ранньому репродуктивному віці**, будучи додатковим, найчастіше, надмірним навантаженням на організм жінки не тільки на фізіологічному, але і психосоціальному рівні, нерідко призводить до акушерських та перинатальних ускладнень, а також до порушення особистісного становлення жінки під час одного з найважливіших періодів онтогенезу і може сприяти формуванню неадекватного уявлення про материнство та призводити до порушення особистісного розвитку. **Вагітність у пізньому репродуктивному віці** є складним явищем, природа якого має досить суперечливий характер. Не зважаючи на наявність певних переваг пізнього материнства, необхідно відзначити, що свідоме відкладання жінкою материнства на більш зрілий вік сприяє виникненню низки особливих медичних проблем та психосоціальних труднощів, які можуть перешкоджати процесу адекватного формування материнської сфери.

Представлені вікові групи вагітних жінок потребують особливої уваги з боку фахівців, діяльність яких має бути спрямована не тільки на попередження ускладнень перебігу вагітності та пологів, а й на стабілізацію психоемоційної сфери жінки, оптимізацію процесу її адаптації до нової соціальної ролі, пов'язаної з народженням дитини, та засвоєння ефективних моделей материнської поведінки.

Психологічні проблеми післяпологового періоду

Як вже неодноразово підкреслювалося, період вагітності і післяпологовий період вважається часом підвищеного ризику розвитку різного роду психогенних розладів, оскільки є кризовим, переломним, а значить потенційно стресогенним періодом в житті жінки, який висуває підвищені вимоги до її функціонування не тільки на фізіологічному, але й на психологічному і соціальному рівнях. У цей період організм жінки піддається глобальній перебудові, що може привести до порушення нейроендокринної регуляції, зниження рівня передачі нервових імпульсів в центральній нервовій системі, і, як наслідок, до переживання різних форм психогенних розладів, при цьому психоемоційний стан жінок відображає працездатність і адаптивні можливості функціональних систем, не тільки під час вагітності, але і під час пологів і в післяпологовому періоді.

Відомо, що в ***етіопатогенезі психогенних розладів*** провідна роль належить ***хроніостресу***, як стану, що виникає внаслідок тривалого впливу стресогенних факторів і характеризується різким зниженням функціональних можливостей систем організму, аж до їх дезорганізації. Наявність хроніостресу під час вагітності негативно впливає на процес розвитку плоду, призводить до затримки його внутрішньоутробного розвитку, народженню плоду з низькою масою тіла, загрози переривання вагітності та передчасних пологів.

При цьому ***основним чинником порушення розвитку плоду*** в умовах хроніостресу матері є надмірна активація її гіпоталамо-гіпофізійно-надниркової системи (ГГНС) зі стійким підвищенням рівня глюкокортикоїдів, що призводить до пригнічення проліферації нейронів гіпокампу та порушення ГГНС плода. Враховуючи, що умови існування плода у пренатальному періоді визначають його стрес-резистентність у

подальшому житті, а також той факт, що гіпокамп та префронтальна кора головного мозку є структурами, критично важливими для контролю емоцій та розвитку когнітивних функцій, цілком очікуваним є негативний вплив хроніостресу вагітної на подальший розвиток дитини вже у постнатальному періоді, що позначається проявом депресії, аутизму, порушення фізичного і психічного розвитку, гіперактивності, агресивної поведінки тощо.

Хроніострес під час вагітності може передувати розвитку *депресії* (допологової депресії) жінки як психічного розладу, характерними ознаками якого є:

- ✓ погіршення настрою;
- ✓ втрата здатності до переживання позитивних емоцій;
- ✓ порушення когнітивних процесів;
- ✓ зниження рухової активності на тлі втрати інтересу до звичної діяльності і життя в цілому.

Аналіз результатів досліджень показує, що різні прояви депресії у вагітних спостерігається у 14- 23% випадках вагітностей.

Факторами, що сприяють розвитку депресії під час вагітності та у післяпологовому періоді є:

- 1) лабільність нервової системи;
- 2) наявність хроніостресу у прегравідарному періоді;
- 3) генетична схильність до депресії;
- 4) перенесена в минулому депресія;
- 5) вік жінки;
- 6) ускладнення під час попередньої вагітності, перинатальні втрати в анамнезі;
- 7) патологічний перебіг вагітності і пологів;
- 8) відсутність підтримки з боку батька дитини і сім'ї в цілому;
- 9) нераціональне застосування фармакологічних препаратів;
- 10) небажана, випадкова вагітність.

Переживання депресивних станів під час вагітності на фізіологічному рівні обумовлює *активацію симпатoadреналової системи*, що призводить до:

- підвищення тону судин, зміни їх проникності;
- підвищення артеріального тиску;
- посилення маткових скорочень, появи больових відчуттів;
- часто призводить до розвитку пізнього гестозу та загрози передчасних пологів,
- порушення динаміки родової діяльності та атонічним кровотечам.

На психологічному рівні *допологова депресія* підвищує ризик виникнення депресії в післяпологовому періоді, а також розвитку девіантної материнської поведінки. Слід зазначити, що різні варіанти прояву післяпологових психогенних розладів, відзначаються у близько 85% випадках загальної кількості пологів і характеризуються різкою зміною настрою, від ейфорії до вираженого смутку, які зазвичай самостійно зникають протягом 2-3 днів післяпологового періоду, або потребують виключно психологічного супроводу (так званий *baby blues*); власне післяпологові депресії зустрічаються у 12-15% породіль, є більш тривалими, до 3-6 місяців, та потребують відповідного медико-психологічного супроводу (власне післяпологові депресії). Окремо слід відмітити, що до 70% випадків допологових депресій трансформуються у післяпологові депресивні розлади.

Серед основних *симптомів післяпологової депресії* спостерігаються тривога; роздратування; сум; пригніченість; плаксивість; порушення апетиту і сну; почуття провини; замкнутість; втрата інтересу до життя, аж до суїцидальної поведінки. *Чинниками таких провів* є: почуття втоми після пологів; збільшення навантаження у зв'язку з народженням дитини; відчуття пригніченості у зв'язку з необхідністю догляду за дитиною і сумніви у власній материнській компетенції; проблеми із здоров'ям дитини; зміна

звичного режиму життєдіяльності; виникнення почуття втрати індивідуальності та привабливості; дефіцит спілкування з близькими людьми.

Післяпологовий психоз як психічний розлад, що супроводжується порушенням вищої нервової діяльності, зустрічається у 0,1-0,2% випадків всіх пологів та потребує відповідного лікування. Причинами розвитку післяпологового психозу можуть стати:

- обтяжений анамнез та патологічні пологи, в першу чергу антенатальна загибель плоду;
- смерть дитини в ранньому неонатальному періоді;
- оперативне розродження, важкі пологові травми, велика крововтрата, септичні процеси після пологів.

Не можна не відмітити, що післяпологові психогенні розлади спостерігаються не тільки у породіль, а можуть розвиватися й у новонароджених та їх батьків. Так, серед **депресивних проявів у новонароджених** виокремлюють: зниження апетиту, розлади харчування, затримку прибавки ваги, моторну загальмованість, плаксивість, затримку психоемоційного і загального розвитку. Провідними чинниками таких розладів вважаються спадковість, розрив емоційних зв'язків з матір'ю, неблагополучні обставини в сім'ї. **Депресивні розлади у чоловіків** після народження дитини розвиваються у 3-10% випадків та можуть спостерігатися протягом року. Серед основних проявів – зниження самооцінки, дратівливість, зниження настрою, пригнічення, розгублення, роздратованість, агресія; чинниками таких проявів вважаються побоювання чоловіків щодо власної батьківської некомпетентності, хвилювання через недостатньо розвинуті батьківські почуття на ранніх стадіях; виникнення ревностей через відчуття втрати уваги до себе з боку дружини, підвищення вимог щодо відповідальності, у тому числі фінансової.

На нашу думку, ефективним методом вирішення окресленої проблеми є впровадження у роботу медичних закладів, у першу чергу жіночих консультацій, комплексної програми медико-психологічного супроводу, спрямованої на роботу з майбутніми батьками, починаючи з ранніх етапів вагітності і навіть з догравідарного. Слід зазначити, що у такій роботі провідне місце має займати програма психодіагностики, яка включає до себе діагностику індивідуально-психологічних особливостей та психоемоційної сфери особистості, ставлення до ситуації вагітності, майбутньої дитини та батьківства у цілому, а також особливості внутрішньосімейних взаємин. Така психодіагностична робота дозволяє виокремлювати групи ризику та реалізовувати індивідуальний підхід задля попередження та ранньої корекції психогенних розладів.

Отже, попередження психогенних розладів під час вагітності та післяпологовому періоді є актуальною не тільки медичною, а й психосоціальною проблемою, оскільки дозволяє знизити ризик розвитку різноманітних ускладнень, особистісних та внутрішньосімейних розладів, що, безумовно, сприятиме подальшому благополучному соматичному та особистісному функціонуванню майбутніх батьків та новонародженої дитини.

Психологічні аспекти порушення репродуктивної сфери жінки

В умовах зменшення кількості народжуваності на тлі стабільно високих показників смертності серед населення особливої актуальності набуває проблема охорони репродуктивного здоров'я, оскільки загальновідомим є той факт, що саме якість природнього відтворення населення виступає одним із важливих індикаторів благополучного розвитку будь-якої країни. На жаль, сьогодні можна констатувати значне погіршення загального стану репродуктивного здоров'я населення, особливо серед жінок. Так, наявність таких несприятливих факторів зовнішнього середовища, як погіршення екологічних умов, прискорення темпу життя, надмірні фізичні та інтелектуальні навантаження, ведення нездорового способу життя, значно збільшує ризик виникнення у більшості жінок стану хронічного стресу. При цьому, загальновідомим є той факт, що жіноча репродуктивна система надзвичайно чутливо реагує на дію будь-яких стресових чинників, результатом чого стає виникнення різного роду порушень, зокрема:

- хронічні запальні захворювання репродуктивної системи;
- порушення менструального циклу;
- безпліддя різного генезу;
- загроза невиношування вагітності;
- репродуктивні втрати;
- патологічний плин вагітності, пологів та післяпологового періоду;
- порушення розвитку плоду і народження дитини з особливими потребами;
- дисгармонія психосексуальних стосунків.

Слід зазначити, що наявність у жінки тієї чи іншої форми порушення репродуктивної сфери призводить до серйозних негативних наслідків як на суто соматичному, так і психологічному рівні, що проявляється у дезадаптації функціональних систем та розвитку позарепродуктивної соматичної патології; порушеннях психоемоційної сфери та соціальної адаптації; непорозуміннях та конфліктних стосунках з близьким оточенням; порушеннях дитячо-батьківських взаємостосунків; зниженні якості життя; загостреннях негативних демографічних тенденцій в суспільстві. Отже, враховуючи вищевикладене, не виникає сумнівів актуальність дослідження означеної проблеми, зокрема висвітлення психологічних аспектів репродуктивних дисфункцій у жінок, без урахування яких є неможливим ефективний супровід жінок даної групи.

Аналіз наукової літератури та результати власних багаторічних досліджень показав, що в основі виникнення *репродуктивних дисфункцій* у жінок (безпліддя, порушення перебігу вагітності та пологів, гінекологічна патологія) знаходиться взаємодія складних факторів, серед яких одне із провідних значень мають саме *психологічні фактори*. Встановлено, що у більшості жінок з різними формами порушення репродуктивної сфери спостерігається специфічне викривлення тілесного компоненту образу власного «Я», що може виявлятися у різних формах. Так, у деяких жінок відмічається наявність різного роду побоювань з приводу того, що реалізація репродуктивної функції може мати негативний вплив на тіло (зайва вага, зміна форм різних частин тіла тощо), що пов'язано, перш за все, із надцінним сприйняттям власного тіла, а з іншого боку – може становити загрозу для загального здоров'я, що зумовлено наявністю ірраціональних уявлень щодо вагітності, пологів, сексуального життя.

Ризик виникнення різного роду репродуктивних дисфункцій може значно збільшуватися в ситуації, коли жінка не приймає власне тіло, що детерміноване багатьма факторами, одним з яких є деструктивні стосунки з

власною матір'ю, яка не достатньою мірою сприймала тілесність власної доньки, не сприяючи необхідним чином її статево-рольовій ідентифікації на різних етапах онтогенезу. Крім того, жінки, яким притаманні такі риси, як невпевненість у собі, тривожність, чутливість, інфантильність, іпохондричність, схильні розцінювати власне тіло як таке, що неготове до реалізації репродуктивної функції. Подібне ставлення часто підкріплюється наявністю у жінки досвіду невдалих попередніх вагітностей, різного роду соматичних та психосоматичних захворювань, невирішених внутрішньоособистісних конфліктів та психологічних проблем. У більшості жінок з різними формами порушення репродуктивної сфери діагностуються такі індивідуально-психологічні особливості як неадекватна самооцінка, інфантильність, емоційна нестабільність, високий рівень особистісної та ситуативної тривожності, низький рівень комунікативної компетентності, схильність до соматизації переживання стресових ситуацій, аутоагресивні тенденції.

Серйозною перешкодою на шляху реалізації репродуктивних функцій є наявність у жінки переконань про недозволеність тілесних проявів по відношенню до власного статевого партнера, табу на тілесні задоволення, що сформувалися під впливом культурних, релігійних чи сімейних моделей, у межах яких тілесні задоволення розглядаються як гріховні та неприпустимі. Також відмічається, що однією із найбільш складних ситуацій, яка відображає відносини жінки із власним тілом, є ситуація, коли жінка з одного боку несвідомо чинить опір процесу народження дитини (неадекватна мотивація народження дитини, наявність різного роду страхів, пов'язаних із ситуацією майбутнього материнства, особливостями соціальної ситуації), а з іншого боку, на свідомому рівні, має яскраво виражену потребу щодо реалізації репродуктивної функції. У більшості випадків така ситуація може зумовлювати виникнення різного роду порушень репродуктивного здоров'я, котрі супроводжуються больовими

відчуттями, дискомфортом, що не тільки значно знижує якість життя жінки, але й створює загрозу для подальшого її повноцінного особистісного функціонування на всіх рівнях.

Отже, наявність репродуктивних дисфункцій суттєво трансформує усі сфери життєдіяльності жінки, значно знижує рівень її психічного функціонування, що збільшує ймовірність розвитку різного роду депресивних розладів та дезадаптаційних станів. При цьому, спільним для більшості жінок з різними формами порушень репродуктивної функції на відміну від жінок, які не мають органної патології репродуктивної сфери, є наявність таких *особистісних особливостей*:

- ✓ загальна інфантильність, що виявляється в незрілості особистісної сфери;
- ✓ викривлення образу тілесного «Я» та неадекватна самооцінка;
- ✓ неусвідомлені внутрішньоособистісні конфлікти;
- ✓ порушена статево-рольова ідентифікація;
- ✓ емоційна нестабільність;
- ✓ високий рівень особистісної та ситуативної тривожності;
- ✓ пригнічена агресія різної спрямованості;
- ✓ низький рівень комунікативної компетентності.

Ситуація порушення репродуктивного здоров'я часто зумовлює у жінок переживання почуття провини, сорому, власної неповноцінності, що значно впливає на їх психоемоційний статус, викликаючи стан хронічного стресу.

Зв'язок порушень репродуктивної функції із стресом був відзначений задовго до виникнення самого терміну «стрес». Дослідження останніх десятиріч дозволили достатньо глибоко зануритися до сутності механізмів порушення репродуктивної функції при стресогенній дії. Сьогодні *стрес* традиційно розглядається як неспецифічна реакція організму на зміни умов життєзабезпечення, тобто фактично визначається як загальний

адаптаційний синдром. При цьому відомо, що дія однакових стресогенних чинників може справляти неоднаковий вплив на різних людей, тобто *стрес-реакція* може мати як адаптивний характер, що мобілізує сили організму, так і дезадаптивний – при невідповідності між навантаженням на організм та наявними ресурсами, що призводить до низки патологічних станів та захворювань, серед них і соматичних.

У сучасному світі стрес став невід'ємним атрибутом і навіть вимогою існування особистості, коли людина неодноразово потрапляє у стресові ситуації, підпадає під вплив різних стресогенних чинників екзо- та ендогенного походження, дію яких у більшості випадків скасувати неможливо, оскільки їхню наявність детерміновано як розвитком людини в онтогенезі, так і особливостями умов її життєдіяльності. Цікаво, але незважаючи на те, що стрес є еволюційно сформованим механізмом, який спрямований на пристосовування та виживання організму у несприятливих умовах, сьогодні він все частіше асоціюється виключно з негативним впливом на здоров'я людини, а офіційна медицина виокремлює низку стрес-індукованих захворювань.

Удосконалення методів дослідження і розширення знань в галузі психології, медицини, фізіології, психофізіології, біохімії дозволяють сьогодні на новому рівні розглядати феномен стресу та його роль у виникненні порушень репродуктивного здоров'я. За останні десятиріччя були розкриті механізми, шляхом яких стрес реалізується як на психічному, так і на соматичному рівнях, що підтвердило та більш докладно з'ясувало його участь у патогенезі широкого спектра захворювань, у тому числі і репродуктивної сфери

Репродуктивна система не бере безпосередньої участі у стресогенній реакції, проте вона досить активно реагує на наявність стресової ситуації, до якої потрапляє організм, шляхом тимчасового зниження або взагалі припинення своєї функції, частково поступаючись,

таким чином, кровопостачанням, енергетичними, метаболічними можливостями тим системам, що забезпечують адаптацію та виживання в умовах стресу.

Доведено, що *психологічні стресори* належать до ряду найбільш активних та поширених стимулів, що впливають на всі функції організму. Відповідно до уявлень, які існують, основні зони мозку, що мають відношення до емоційного стану людини, знаходяться у таких структурах мозку, як кора великих півкуль, лімбічна система, гіпоталамус, ретикулярна формація. Ці структури мозку мають щільні функціональні зв'язки та є дуже рухомими при обробці інформації і виборі моделі поведінки. Так, однією з найважливіших функцій гіпоталамусу є управління вегетативною нервовою системою, при цьому задня його частина відповідає за симпатичну, а передня – за парасимпатичну регуляцію. Відомою є особлива роль в механізмах регуляції вегетативних та емоційних станів симпато-адреналової системи, до складу якої входять симпатичний відділ вегетативної нервової системи і мозкова речовина наднирників. Крім того, пряме відношення до емоційного стану людини мають нейрогормони гіпоталамусу та катехоламіни. Емоційне реагування як результат зіставлення інформації, отриманої мозком в результаті зворотного зв'язку від діяльності нервових та ендокринних утворень, та інформації, отриманої в ситуації, що має місце або накопиченої у минулому, безперечно залежить від адекватної роботи усіх цих структур, які, крім того, є відповідальними й за функціонування репродуктивної системи. Тобто, з одного боку, нейроендокринна система, яка першою реагує на будь-які подразники, забезпечує й регуляцію репродуктивної функції, що пояснює високий рівень залежності стану репродуктивної системи від психічних чинників, а з іншого – рівень статевих гормонів, у свою чергу, певною мірою визначають стан психіки і поведінки людини.

З вищевикладеного стає зрозумілим, що в сучасних умовах, коли *психоемоційний стрес* став частиною повсякденного життя, ця еволюційно сформована пристосувальна реакція досить часто призводить до формування *патології репродуктивної сфери*, що знижує якість життя і фертильність жінки, бо у фазі дистресу репродуктивна система, як і весь організм, піддаються системним ушкоджувальним процесам.

На сьогоднішній день визнано, що при стрес-реакції, як в процесі розвитку будь-якого адаптивного процесу, реалізуються два ланцюги компенсаторно-пристосувальних змін: по-перше, це мобілізація функціональної системи, специфічно відповідальної за адаптацію до того або іншого чинника, і, по-друге, це неспецифічна реакція, що виникає при дії будь-якого надмірного подразника, тобто має місце стандартна активація стрес-реалізуючої системи, знання особливостей якої є важливим для розуміння стрес-індукованих порушень репродуктивної сфери жінки.

Слід зазначити, що неспецифічна стрес-реалізуюча система складається з центральної ланки і двох периферичних гілок, які здійснюють зв'язок між усіма системами організму. Центральна ланка знаходиться в головному мозку, а саме у гіпоталамусі й ядрах стовбура мозку, та об'єднує групи нейронів, що продукують ряд гормонів: рилізінг-гормони, вазопресин, окситоцин, норадреналін. До периферичних гілок стрес-системи традиційно відносять гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозну систему та вегетативну нервову систему, яка складається з симпато-адреналової та парасимпатичної систем. Симпато-адреналова система, будучи системою швидкого реагування, першою активізується у відповідь на дію стресора, забезпечує короточасні ефекти та здійснює ерготропну перебудову функцій організму, що вимагає відповідного енергетичного забезпечення. З часом, згідно з особливостями своєї активації, симпато-адреналова система підключає гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозну, яка потенціює і доповнює наявні ефекти, в забезпеченні і підтримці яких

беруть також участь і ряд інших гормонів – соматотропний, тиреоїдний, паратгормон, вазопресин, а також ренін-ангіотензинова система.

Крім того, під час розвитку адаптивної реакції до змінених умов існування в організмі має місце й ряд неспецифічних процесів, від особливостей перебігу яких залежить ефективність компенсаторно-приспосувального механізму взагалі. Так, мобілізація та спрямована передача енергетичних і структурних ресурсів у бік функціональної системи, яка здійснює адаптивну реакцію, в умовах тривалої інтенсивної стрес-реакції перестає бути адаптивним чинником і призводить не тільки до порушень функції та структурних пошкоджень інших органів, які не беруть участь в даній адаптивній реакції, а й навіть до прогресуючого виснаження організму в цілому.

Услід за цією катаболічною фазою стрес-реакції реалізується значно більш тривала анаболічна фаза, яка проявляється генералізованою активацією синтезу білків в різних органах, що забезпечує відновлення структур, потерпілих в катаболічній фазі. Саме анаболічна фаза є основою формування морфофункціональних структурних слідів та розвитку стійкого пристосування до відповідних стресогенних чинників. Разом з тим надмірна активація такого адаптивного ефекту може призводити до нерегульованого клітинного росту, що на тлі постстресового імунодефіциту, який завжди має місце, може відігравати певну роль у механізмі пухлинного росту та розвитку онкологічних захворювань, перш за все, гормонозалежних органів і систем, до яких відноситься репродуктивна система, особливо у періоди гормональної перебудови (під час статевого дозрівання, вагітності, пологів та післяпологового періоду, перед- та постменопаузальних змін тощо). У ситуації, коли організм у своєму прагненні до адаптації вичерпує свої компенсаторні можливості, а потреба в них не зменшується або навіть зростає, відбувається перехід з фази компенсації до фази декомпенсації з розвитком так званого стану дистресу, який характеризується рядом

негативних змін на рівні всіх органів і систем організму, що призводить до пошкодження і стійкого порушення функцій органів, у тому числі тих, які відповідають за інтеграційні процеси регуляції, тобто нервової та ендокринної систем. При цьому в організмі порушуються внутрішні інтеграційні зв'язки, він перестає бути цілісним структурно-функціональним комплексом, що безумовно негативно позначається на функціональних можливостях механізмів адаптації і виникає особлива патогенетична ланка – феномен взаємного обтяження.

Таким чином, стрес, будучи компенсаторно-приспосувальною реакцією організму на зміни, що відбуваються, представляє собою сукупність адаптаційних механізмів, які мають між собою складні, багатомірні взаємозв'язки і які здатні переходити із захисних в ушкоджувальні, перетворюючись на чинники, що сприяють розвитку патологічного процесу. Такому переходу сприяють як особливості самих стресогенних чинників – їх кількість, інтенсивність, тривалість, так і властивості організму, що характеризують його стан на психічному та соматичному рівні – реактивність, резистентність, емоційна лабільність тощо; тобто за наявності відповідних умов стрес-реакція із загальноадаптаційного механізму перетворюється на неспецифічну ланку патогенезу різноманітних захворювань, особливо тих, що пов'язані з ендокринною та нервовою системами.

Цікаво, але в жіночому організмі стрес-реакція має свої особливості. Так, згідно із статистичними даними, у жінок стресові розлади зустрічаються в три рази частіше, ніж у чоловіків. У ряді досліджень встановлено, що рівень жіночих статевих гормонів багато в чому визначають характер реакції на стрес і стан психоемоційної сфери жінки, а значить, ці параметри можуть змінюватися залежно від віку, фази оваріального циклу, загального стану репродуктивної системи. Тобто, реакція жіночого організму на стрес має свої характерні особливості, які, як

виявилось, ставлять жінку на більш високий ступінь ризику розвитку негативних ефектів стресу та розвитку патологічних проявів, тому особливості стрес-реакцій, що виникають у жіночому організмі, повинні враховуватися як при експериментальних дослідженнях, так і в розробці підходів до профілактики та корекції можливих порушень, що виникають у репродуктивній сфері.

Доведено, що гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозна система, яка забезпечує розвиток стрес-реакції, може істотно пригноблювати функцію жіночої репродуктивної системи на всіх рівнях. Функція гіпоталамусу нерозривно пов'язана з активністю нейронів, які входять до лімбічного кола, що свідчить про анатомічну спільність структур, відповідальних як за емоційну сферу і стрес-реакцію, так і за репродуктивну функцію.

Необхідно відзначити, що обумовлені стресом зміни функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи зберігаються досить тривало навіть після закінчення дії стресогенного чинника. Так, наприклад, доведено, що навіть при короткотривалому стресі спостерігається зниження продукції прогестерону, що викликає порушення оваріально-менструального циклу, які спостерігаються протягом 3-4 циклів після закінчення стресової дії. До клінічних наслідків хронічного психоемоційного стресу можна також віднести ускладнення передменструального синдрому та альгодисменорею, важкий перебіг клімактеричного періоду.

Серед найбільш значущих негативних наслідків впливу хронічного психоемоційного стресу на репродуктивну функцію жінок є також первинна та вторинна аменорея, ановуляція і недостатність лютеїнової фази оваріально-менструального циклу, що лежать в основі найбільш складних та розповсюджених варіантів порушення репродуктивної функції жінки – невиношування вагітності і деяких форм безпліддя, бо відомо, що саме

прогестерон забезпечує підготовку ендометрія до імплантації бластоцисти, тобто сприяє початку вагітності та визначає успішний її перебіг.

Крім того, встановлено, що *хронічний психоемоційний стрес* призводить до тривалого пригніблення імунної відповіді аж до розвитку стійкого імунодефіцитного стану, який у свою чергу стає причиною порушення запліднення, призводить до невиношування вагітності та навіть безпліддя. Існує думка про те, що саме імунна система разом з нервовою та ендокринною системами відіграє одну з провідних ролей у формуванні відповіді організму на стрес та обов'язково бере участь у загальній стрес-реакції або як функціональна система, що здійснює специфічну відповідь, як, наприклад, у разі запального процесу репродуктивних органів, або активується вслід за нервовою та ендокринною системою і стає задіяною у неспецифічній стрес-реакції. При тривалій або занадто інтенсивній дії стресогенних чинників імунна система, як і весь організм, піддається ушкодженню і бере участь у розвитку багатьох патологічних станів.

Отже, стрес-індуковані порушення імунітету, крім загального імунодефіцитного ефекту, можуть негативно впливати на стан репродуктивної системи, насамперед на протікання гестаційного процесу на різних стадіях, а також тривалість та важкість перебігу інфекційно-запальних процесів репродуктивних органів. У свою чергу, запальний процес, будучи стрес-чинником, обтяжує протікання стрес-реакції, у тому числі і імуносупресію, тобто спостерігаються типовий приклад феномена взаємного обтяження і формування порочного кола.

Виходячи з розуміння про те, що організм як єдине ціле є складною гомеокінетичною системою, будь-який подразник змінює систему гомеостазу, після чого відразу включаються пристосувальні механізми (так званий, «корисний пристосувальний ефект»), спрямовані на мінімізацію відхилення від рівня норми тієї або іншої функції. При цьому зміни гомеостазу можуть бути швидкоплинними або тривалими, тобто в організмі

існують два взаємопов'язані механізми, два боки однієї гомеокінетичної системи – гомеостатичного і адаптивного регулювання. На нашу думку, будь-які зміни, які спостерігаються у репродуктивній системі, можна розглядати як стресогенні, бо, з одного боку, вони призводять до порушення гомеостазу, перебудови функціональних, а іноді й структурних зв'язків між органами і системами, а з іншого боку – зміни у репродуктивній системі торкаються в першу чергу ендокринної та нервової систем, які активно задіяні при стрес-реакції будь-якого генезу. Безперечно, саме зміни у гомеостатичній системі можуть стати провідним патогенетичним механізмом розвитку різноманітних розладів у функціонуванні статевої системи жінок – порушення становлення репродуктивної системи, численні гінекологічні захворювання, безпліддя, ускладнення під час вагітності та пологів, патологічний перебіг пострепродуктивного періоду.

Так, наприклад, початок статевого розвитку, поява вторинних статевих ознак і початок функціонування оваріально-менструального циклу також є зміною гомеостазу. Як інтегральний показник розвитку репродуктивної системи жінки, менструальна функція є проявом складного психофізіологічного процесу. При правильному його становленні та перебігу спостерігаються численні циклічні зміни в нервовій, ендокринній, репродуктивній системах в межах фізіологічних коливань. Зазвичай, ці зміни не призводять до значних порушень у функціонуванні органів, систем та організму в цілому, не суттєво впливають на самопочуття, активність та працездатність жінок. Однак, іноді спостерігаються такі психоемоційні реакції, як дратівливість, стомленість, сонливість, має місце зниження когнітивної та фізичної активності, незначне коливання частоти серцевих скорочень, підвищення чи, навпаки, зниження артеріального тиску, температури тощо.

Значними змінами у гомеостатичній системі жінок супроводжуються також вагітність й пологи, під час яких, як вже зазначалося, спостерігаються

достатньо тривалі активні перетворення не тільки у репродуктивній системі, а й на рівні всіх систем організму – ендокринній, нервовій, серцево-судинній та інших, які у цей період мають працювати у нових умовах, що постійно змінюються та обумовлюють роботу всіх органів, систем та організму в цілому у режимі значних, іноді надмірних навантажень, які можуть призводити навіть до декомпенсації адаптаційних механізмів як на фізіологічному, так і на психосоціальному рівнях. Крім того, материнський організм є навколишнім середовищем, у якому під час вагітності зароджується та розвивається нове життя, а психоемоційний стрес є поширеною причиною порушення гомеостазу вагітної жінки, що призводить до віддалених негативних наслідків здоров'я потомства, що має враховуватися не тільки в медичному, але і соціодемографічному контексті.

Отже, узагальнюючи викладене, стає зрозумілим, що розвиток різного роду репродуктивних дисфункцій, з одного боку, часто відбувається внаслідок дії різноманітних психологічних та психосоціальних чинників, а з іншого – сам виступає серйозним психотравмуючим чинником для особистості жінки. Важливим та вкрай необхідним є організація комплексного супроводу з обов'язковим включенням психологічної допомоги, метою якої є сприяння розвитку особистісних ресурсів, задля покращення якості життя, а також профілактики та запобігання розвитку подальших ускладнень репродуктивної сфери на тлі негативних емоційних переживань.

Для організації ефективного психологічного супроводу жінок з різними формами порушення репродуктивної сфери необхідним є: *по-перше*, комплексна психодіагностика особистості жінки, виявлення особливостей її емоційного реагування, репродуктивних мотивів, потреб, цінностей, особливостей її взаємостосунків; *по-друге*, це виявлення особливостей внутрішньої картини хвороби, змісту її когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів; *по-третьє*, це встановлення

причинно-наслідкового зв'язку між індивідуально-психологічними особливостями жінки та станом її репродуктивної системи.

Доцільним у роботі з жінками, які мають порушення репродуктивної сфери, є здійснення психотерапевтичного впливу на пізнавальний, емоційний та поведінковий рівень особистості. Так, на *пізнавальному рівні* першочергового значення набуває робота, що спрямована на допомогу жінці усвідомити зв'язок між психогенними чинниками та виникненням негативних переживань, проаналізувати, які життєві ситуації викликають в неї стрес, тривогу, страх, напругу; визначити її характерні захисні психологічні механізми, усвідомити та знайти шляхи рішення внутрішніх психологічних проблем та конфліктів, з'ясувати власну роль у виникненні, розвитку й збереженні конфліктних і психотравмуючих ситуацій. На *емоційному рівні* необхідним є забезпечення емоційної підтримки жінки; стабілізація психоемоційного фону; формування здатності до вербалізації власних емоцій і почуттів та їх прийняття; формування емоційно-позитивного ставлення до себе. Робота з жінками, які мають порушення репродуктивної сфери, на *поведінковому рівні* має бути спрямована на опанування технік та прийомів ефективної психічної саморегуляції, формування навичок конструктивного спілкування та взаємодії з оточуючими; формування якісно нових моделей поведінки, які сприятимуть успішній адаптації та функціонуванню в реальному житті. Результатом ефективної роботи на всіх трьох рівнях має стати якісні особистісні зміни, що виявляються у адекватному сприйнятті жінкою себе та життєвих ситуацій, що базується на емоційно сприятливому ставленні до себе.

Слід зазначити, що робота з жінками, які мають порушення репродуктивної сфери, може проводитись як в індивідуальній, так і груповій формах. Серед основних методичних прийомів та технік, які доцільно використовувати у роботі з такими жінками, можна виокремити групову

дискусію, проєктивний малюнок, психогімнастику, психодраму, символдраму, арт-терапію, тілесно-орієнтовану психотерапію.

На нашу думку, саме запровадження комплексної медико-психологічного супроводу дозволить фахівцям вчасно виявляти та корегувати деструктивні зміни у психологічному стані жінок з порушенням репродуктивної сфери, що безумовно сприятиме не тільки ефективному процесу лікування, їх подальшому благополучному особистісному функціонуванню, але й зміцненню та збереженню репродуктивного здоров'я населення.

Психологічні аспекти невиношування вагітності

Як зазначалося, провідним аспектом репродуктивної функції є народження та виховання дитини, тому цілком зрозумілим є підвищена увага фахівців до таких форм порушення репродуктивного здоров'я жінки як невиношування вагітності та безпліддя, що залишаються актуальнішими проблемами вже протягом тривалого часу та є предметом досліджень не тільки акушерів-гінекологів та репродуктологів, а й психологів, враховуючи наявність психологічної складової у розвитку, особливостях перебігу та наслідках будь-якої репродуктивної дисфункції.

Невиношування вагітності, за визначенням ВООЗ, є самовільним перериванням вагітності на будь-яких термінах, від моменту запліднення до 22 акушерських тижнів вагітності. В залежності від того, на якому терміні відбулось переривання вагітності, прийнято виокремлювати:

- ранні викидні (до 12 тижнів);
- пізні викидні (від 13 до 22 тижнів);
- передчасні пологи (від 23 до 37 тижнів).

За статистикою найбільш численні є ранні викидні, які становлять приблизно від 10 до 20% від загальної кількості вагітностей.

Слід зазначити, що саме ***невиношування вагітності*** виступає однією і провідних причин репродуктивних втрат, а також передчасного народження дітей із надзвичайно малою вагою, які входять до групи ризику щодо виникнення різного роду захворювань та догляд за якими потребує чималих зусиль не тільки з боку лікарів, але й з боку батьків. Окрім цього ситуація втрати бажаної вагітності на будь-якому терміні виступає кризовою ситуацією у житті жінки, переживання якої може негативно відобразитися на її здоров'ї та благополуччі, на характері взаємовідносин з партнером та близьким оточенням, на перебігу наступних вагітностей.

Виникнення ситуації невиношування вагітності зазвичай детерміновано взаємодією складних факторів не тільки фізіологічного, генетичного, а й психологічного та соціального характеру. *Стреси та депресії*, які переживає жінка під час вагітності, можуть виступати одними із рушійних чинників, що призводять до втрати дитини. Неабияке значення у виникненні ситуації невиношування вагітності мають й наявні *специфічні індивідуально-психологічні особливості особистості* жінок, зокрема емоційна неврівноваженість, дратівливість, високий рівень психоемоційного напруження, тривожності, агресивності, неадекватна самооцінка, невирішені внутрішньоособистісні конфлікти, низький рівень комунікативної компетентності, порушення статевої ролі ідентифікації, неадекватне ставлення до ситуації майбутнього материнства та майбутньої дитини, що може виявлятися, як у надцінному ейфоричному ставленні, так і у гіпогнозичному або депресивному ставленні.

Також в ситуації невиношування вагітності часто виявляються п'ять *викривлених варіантів взаємозв'язку між «Я» жінки та її тілом*.

- 1) У першому варіанті, у жінок спостерігається надцінність власного тіла, а реалізація репродуктивної функції, на їх думку, може спотворити їхнє тіло. Слід зазначити, що така ситуація активно загострюється під впливом сучасних ЗМІ та суспільства, де пропагандуються стандарти образу жіночого тіла, яке завжди має бути струнким, підтягнутим, сексуальним, а вагітність може стати цьому перешкодою.
- 2) При другому варіанті відмічається неприйняття жінкою свого тіла, що часто відбувається в наслідок викривлених стосунків із власною матір'ю, яка не сприймає тілесність власної доньки, не сприяє успішній ідентифікації з материнською тілесністю та статево-рольовій ідентифікації.

- 3) Характерним для третього варіанту є недовіра жінки до власного тіла та гіперконтроль за своєю тілесністю. Таке ставлення часто спостерігається у невпевнених жінок, що мають негативний досвід попередніх невдалих вагітностей. Саме тому вони стають безпорадними, в них посилюється контроль над власним тілом, вони стають надчутливими до прояву будь-яких тілесних симптомів, тривожно реагують на будь-які зміни у організмі, особливо під час вагітності.
- 4) При четвертому варіанті у жінок відмічається уявлення про недостатність власних тілесних ресурсів для реалізації репродуктивної функції. Такий варіант є характерним для інфантильних жінок, схильних до іпохондрії, невпевнених у собі та фізичній спроможності свого тіла виносити та народити здорову дитину.
- 5) При п'ятому варіанті, найбільш складному і, разом з тим, найбільш поширеному, відмічається наявність внутрішніх протиріч, що виявляється з одного боку на свідомому рівні у стрімкому прагненні народити дитину, а з іншого боку на несвідомому рівні у супротиву ситуації майбутнього материнства, що зумовлено наявністю різного роду страхів, пов'язаних із вагітністю, пологами, вихованням дитини, реалізацією ролі та функції матері.

Отже, виходячи з вищевикладеного, можна побачити, що проблеми тілесності та пов'язані з цим труднощі у прийнятті нової соціальної ролі можуть виступати одним із чинників, що зумовлює виникнення не тільки ситуації невиношування вагітності, але і виникнення ситуації безпліддя психосоматичного генезу, про що більш докладно зупинимося далі.

Переживання *ситуації невиношування вагітності* у жінок може відрізнятися за рівнем емоційної інтенсивності та змістової наповненості. У

більшості випадків реакція жінки залежить як від характеру самої втрати, так і цілого ряду супутніх факторів, основними серед яких є:

- ✓ ставлення жінки до ситуації вагітності і майбутнього материнства в цілому;
- ✓ термін вагітності, на якому сталася втрата;
- ✓ індивідуально-психологічні особливості жінки;
- ✓ характер взаємин з партнером і рідними.

Встановлено, що ситуація втрати вагітності на ранніх термінах може бути досить складною для розуміння і неоднозначною для переживання у жінок у зв'язку з несподіванкою, нерозумінням події на тлі відсутності фізичних відчуттів та іноді навіть й самого факту вагітності. Однак це не говорить про те, що переживання ситуації раннього викидня не є травматичним досвідом для жінки. У другому та третьому триместрах, коли жінка відчуває перші ворухіння плоду, образ майбутньої дитини стає більш чітким, а власні уявлення, пов'язані із майбутнім материнством, набувають більшої яскравості та вираженості, вона починає активно готуватися до народження дитини. Саме тому переживання втрати вагітності у цей період є набагато більш інтенсивним у порівнянні з першим триместром.

Ситуація *невиношування вагітності* виступає для більшості жінок фізіологічним та психологічним стресом. Загальновідомо, що відновлення жіночого організму після припинення гестації внаслідок невиношування відбувається поступово, особливо на пізніх термінах. Тому протягом певного часу жінка може відчувати фізіологічні симптоми, які були характерні при наявній вагітності. Слід зазначити, що саме цей факт, може значно погіршувати психоемоційний стан жінки, наслідком чого є виникнення нервово-психічної напруги, зниженого настрою, високого рівня тривожності, емоційної лабільності, що може виступати підґрунтям для розвитку різного роду дезадаптивних станів.

Переживання ситуації невиношування вагітності набуває особливого загострення, коли жінка не відчуває підтримки з боку близьких, особливо з боку партнера. Часто це призводить до виникнення почуття провини, сорому, невпевненості, що може виступати додатковим психотравмуючим чинником та відобразитися на різних сферах життєдіяльності жінки.

Досить часто після втрати вагітності жінки прагнуть якомога швидше знову завагітніти та народити дитину. Варто відмітити, що така ситуація також може виступати додатковим стресовим чинником для організму жінки як на фізіологічному, так і на психологічному рівнях, тому супровід таких вагітних потребує значної уваги з боку фахівців, оскільки нерідко у них можуть виникати різного роду проблеми, як медичного, так і психологічного характеру.

Варто відмітити, що ситуацію невиношування вагітності можна розглядати як своєрідний індикатор, що свідчить про суттєві порушення, як в репродуктивній системі, так і в організмі жінки загалом. Особливого занепокоєння у фахівців викликає проблема *звичного невиношування вагітності*, що за визначенням ВООЗ, являє собою наявність в анамнезі жінки трьох та більше мимовільних викиднів поспіль у термінах вагітності до 22 тижнів. Враховуючи зміст акушерського анамнезу, прийнято виокремлювати дві форми звичного невиношування вагітності:

- 1) первинне невиношування, коли всі вагітності, які мала жінка, завершувалися мимовільними викиднями;
- 2) вторинне невиношування, при якому в анамнезі жінки поряд з викиднями є медичні аборти, пологи, позаматкові вагітності.

Звичне невиношування вагітності є поліетіологічною патологією, при цьому відсутня чітка класифікація етіологічних чинників, що зумовлено, перш за все, складністю дії патогенних факторів. Так, серед основних причин, які призводять до мимовільного переривання вагітності, можна виокремити:

- генетичні фактори (різного роду хромосомні аномалії);
- ендокринні фактори; і
- імунні та тромбофілічні порушення;
- інфекційно-запальні захворювання;
- уроджені та набуті патології матки.

Додатковими факторами ризику мимовільного викидня також можуть виступати

- пізній репродуктивний вік (старше 35 років);
- дефіцит або надмірна маса тіла у жінки;
- соматична позарепродуктивна патологія;
- переживання стресової ситуації;
- несприятливі соціально-побутові умови.

Окрім цього, встановлено, що низький соціально-економічний статус жінки, вживання психоактивних речовин, несприятливі умови праці також значно збільшують ризик невиношування вагітності.

Необхідно зазначити, що проблема звичного невиношування вагітності має й вагомий *психосоціальний аспект*, оскільки втрата бажаної вагітності, передчасні пологи, смерть дитини виступає суттєвим психотравмуючим чинником не тільки для жінки, але й для чоловіка, що може порушити, як подружні стосунки, так і життєдіяльність родини в цілому. Аналіз літературних даних та результатів власних досліджень свідчить про те, що у більшості жінок після втрати вагітності спостерігаються різного роду психопатологічні наслідки у вигляді розвитку тривожних, депресивних станів, посттравматичних стресових розладів.

При наявності в анамнезі звичного невиношування вагітності, ситуація настання нової вагітності часто виступає потужним фізіологічним та психологічним навантаженням для більшості жінок. Слід відмітити, що впродовж усього гестаційного періоду у таких вагітних відмічається наявність високого рівню нервово-психічного напруження, різного роду

страхів та переживань, пов'язаних із ситуацією майбутнього материнства. При цьому, характерними особливостями вагітних зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі є емоційна нестійкість, високий рівень дратівливості, особистісної та ситуативної тривожності, знижений настрій, неадекватна самооцінка. Варто наголосити, що такі властивості особистості жінки виступають підґрунтям для формування неадекватних механізмів подолання стресових ситуацій, що зумовлює прояв невротичних або психосоматичних форм реагування, що, у свою чергу, негативно відображається на перебігу наступної вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також на формуванні материнської поведінки.

У зв'язку з цим особливої актуальності набувають питання, пов'язані із організацією і наданням психологічної допомоги вагітним жінкам зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі. Нами було розроблено *програму медико-психологічного супроводу жінок групи ризику щодо невиношування вагітності*, головними завданнями якої є:

- 1) стабілізація психоемоційного стану вагітних;
- 2) профілактика депресивних та тривожних розладів;
- 3) підвищення рівня психологічної готовності до майбутнього материнства;
- 4) підготовка до пологів та післяпологового періоду;
- 5) формування адекватної материнської поведінки.

Програма розрахована на 3 етапи, при цьому її реалізація має здійснюватися ще з періоду планування народження дитини після останнього викидня. Так, на *I етапі* відбувається *комплексна психодіагностика*, з метою виявлення індивідуально-психологічних особливостей особистості жінки, її емоційної та ціннісно-мотиваційної сфер, ставлення до ситуації майбутньої вагітності та майбутньої дитини.

На підставі отриманих результатів психодіагностичного обстеження визначається індивідуальна програма надання психотерапевтичної

допомоги, що являє собою *II етап* роботи. Ефективним у роботі є застосування прийомів раціональної психотерапії, гіпосугестивних технік, різноманітних арт-терапевтичних методів. Під час супроводу таких жінок важливим є активне залучення до роботи їх партнерів, що дозволить оптимізувати їх взаємини. Слід відмітити, що у роботі з такими жінками надзвичайно важливим є надання кваліфікованої медичної та психологічної підтримки, своєчасного реагування на різного роду переживання з приводу перебігу вагітності, що, значно сприяє позитивному завершенню вагітності.

На *III етапі* відбувається підготовка жінки до пологів та післяпологового періоду. Важливим завданням цього етапу є зниження рівня тривоги, стабілізація психоемоційного стану, профілактика післяпологової депресії.

Отже, переживання ситуації невиношування, зокрема звичного невиношування вагітності є достатньо складним у психологічному плані, оскільки ситуація невиношування вагітності виступає потужним психотравмуючим чинником, що негативно позначається на всіх рівнях функціонуванні жінки, особливо під час наступної вагітності. Вирішення окресленої проблеми потребує комплексного підходу з урахуванням складної природи даної форми порушення репродуктивного здоров'я жінки. Важливим у роботі з даною категорією жінок є розуміння з боку фахівців особливостей їх психоемоційного стану, специфіки чинників, які зумовлюють характер реагування на ситуацію. Враховуючи тенденцію до поширення окресленої проблеми, сьогодні особливої актуальності набуває запровадження комплексної програми медико-психологічної допомоги жінкам, спрямованої на стабілізацію її соматичного та психоемоційного стану, а також попередженню розвитку різного роду дисфункціональних станів, які перешкоджають гармонійному функціонуванні жінки та реалізації її репродуктивного потенціалу.

Психологія безпліддя

Розглядаючи психологічні аспекти порушення репродуктивного здоров'я жінок, не можна оминати проблему, яка торкається ролі психологічних чинників у виникненні безпліддя у жінок. Натепер, за оцінками ВООЗ, частота безплідних шлюбів зустрічається у кожній п'ятій парі. В Україні на безпліддя страждають до 20% подружніх пар. Слід також зазначити, що сьогодні *феномен безпліддя* розглядається як соціальне, психологічне та біологічне неблагополуччя сім'ї, оскільки наявність репродуктивних розладів знаходить своє негативне відображення як на загальному функціонуванні жінки та чоловіка, так і на якості подружніх стосунків та демографічних показниках.

Не зважаючи на розвиток сучасних репродуктивних технологій, завдяки яким можливим є досить успішне вирішення даної проблеми, важливим залишається дослідження психологічної складової безпліддя, оскільки, як відомо, фізіологічні чинники безпліддя жінки ефективно діагностуються, у той час коли психологічні причини здебільшого латентні, часто не діагностуються та, навіть, не усвідомлюються. Серед різновидів жіночого безпліддя можна виокремити:

- ендокринне, в тому числі й порушення овуляції;
- трубно-перитонеальне, пов'язане з різними гінекологічними захворюваннями;
- імунологічне;
- психогенне (психосоматичне або ідіопатичне), яке, за різними даними складає 3-20% всіх випадків.

Аналіз наукової літератури та випадків власної клінічної практики свідчить, що найчастіше жінки схильні пов'язувати безпліддя із різного роду захворюваннями та порушеннями функціонування репродуктивної системи та організму в цілому. Проте, слід враховувати той факт, що з

одного боку безпліддя досить часто може виникати в наслідок психоемоційних порушень особистості, а з іншого боку, безпліддя належить до тих патологічних станів, які істотно впливають на психоемоційний статус, провокуючи переживання стану хронічного стресу, що значно знижує показник якості життя жінки та її репродуктивні можливості зокрема.

У більшості випадків постановка діагнозу безпліддя виступає потужним стресовим чинником для жінок репродуктивного віку, що може призводити до розвитку у них психічних розладів тривожно-депресивного типу. Виокремлюється декілька *стадій емоційного реагування* жінки на дану проблему. Так, на *першій стадії* у жінок відмічається здивування, яке швидко змінюється на шок і страждання. На *другій стадії* виникає почуття провини, сорому і соціальної невідповідності. На *третьій стадії* відмічається розвиток депресивних станів, що супроводжується прагненням до соціальної ізоляції. Слід зазначити, що це значно ускладнює процес надання психологічної допомоги даній групі жінок, що може призводити до загострення переживання ними ситуації неможливості запліднення, виношування та народження здорової дитини.

Літературні дані та результати власних досліджень свідчать про те, що характерним для жінок з даною формою порушення репродуктивної сфери характерним є наявність низки спільних індивідуально-психологічних особливостей, зокрема це:

- ✓ високий рівень особистісної та ситуативної тривожності;
- ✓ схильність до депресивних реакцій;
- ✓ дратівливість;
- ✓ невпевненість у собі;
- ✓ занижена самооцінка;
- ✓ незадоволеність собою;
- ✓ інтровертованість;

✓ дезадаптивні форми поведінки у стресових ситуаціях.

Досліджуючи генезис безпліддя у жінок, нами було виокремлено низку *соціально-психологічних чинників*, які можуть перешкоджати настанню вагітності у жінок. Так, перший чинник, пов'язаний із *соціальною ситуацією життєдіяльності* жінки. Загальновідомим є той факт, що умови, в яких живе родина, мають вагоме значення для процесу запліднення. Найбільш чутливою до будь-яких негараздів, що можуть виникати у сімейному житті, є нервова система жінки. Встановлено, що інтенсивні негативні переживання здатні не тільки порушити роботу жіночої репродуктивної системи, але й, навіть, повністю її припинити. Життя у постійній напрузі, що може бути пов'язано із навантаженням жінки на роботі, наявністю в неї конфліктних стосунків із чоловіком та рідними, з різного роду матеріально-побутовими проблемами, прагненням якомога швидше народити дитину та стати матір'ю, зумовлює виникнення низки деструктивних психологічних станів, переживання яких виступає підґрунтям для інфертильності.

Не аби яке значення у виникненні безпліддя у жінок має наявність *несприятливої сімейної ситуації розвитку* жінки. Так, жінки, дорослішання яких відбувалося у конфліктних або неповних сім'ях, які не мали гармонійних взаємостосунків з власною матір'ю, підсвідомо прагнуть захистити власну ненароджену дитину від можливих життєвих негараздів, з якими вони стикнулися у ранньому дитинстві. Саме цей факт призводить до того, що вагітність у таких жінок не настає.

Наступний чинник пов'язаний із безпліддям *психологічною неготовністю жінки до ситуації материнства*. У більшості випадків, такі жінки не ідентифікують себе із материнством та демонструють ті чи інші ознаки інфантильності. Для них ситуація народження дитини не є значущою подією в їхньому житті, навпаки вона розглядається як подія, що буде перешкоджати їхньому подальшому особистісному розвитку.

Окрім вищезазначених чинників не можна не відмітити й чинник, пов'язаний із виникненням у жінок *різного роду страхів, пов'язаних із материнством*. Серед найбільш поширених страхів можна відмітити: страх викидня, страх пологів, страх народити хвору дитину, страх бути поганою матір'ю тощо. Досить часто формування таких страхів відбувається під впливом наявного негативного репродуктивного досвіду як у самої жінки, так й у близьких знайомих, що може призводити до формування неусвідомленого протесту проти зачаття та вагітності. Окрім цього джерелами виникнення більшість таких страхів інколи може бути специфіка виховання у власній батьківській сім'ї, а також вплив різного роду соціальних стереотипів. Життєва практика свідчить про те, що сім'я може впливати на формування неадекватних репродуктивних установок по мірі дорослішання жінки, що заважає їй у майбутньому завагітніти, зокрема це може бути небажання батьків бачити у своїй донці дорослу та відповідальну людину, тому вони часто радять не поспішати із народженням дитини, оскільки потім не буде можливості «пожити для себе». Саме у такій ситуації жінка починає сприймати ситуацію материнства як таку, що перешкоджає повноцінному життю.

Отже, проблема безпліддя має досить складний та багатоаспектний характер. Дослідження психологічних чинників безпліддя представляє собою непросте завдання, оскільки, як було зазначено, вони не завжди усвідомлюються навіть самою жінкою. Важливим та необхідним у вирішенні означеної проблеми є комплексна взаємодія лікарів та психологів, спрямована на розробку та впровадження ефективних методів лікування інфертильності у жінок, що дозволить не тільки відчувати радість материнства, але й покращити демографічний потенціал нашої країни.

Особливості психологічного супроводу вагітності

Як вже неодноразово зазначалося, очікування і підготовка до народження дитини є важливим періодом у житті кожної жінки і сім'ї в цілому. Якісні зміни, які відбуваються з жінкою протягом всієї вагітності на всіх рівнях її особистості, призводять до втрати старої та отримання нової ідентичності, перебудови її самосвідомості та прийняття нової соціальної ролі – ролі матері. Крім того, під час вагітності у жінок може спостерігатися актуалізація невирішених дитячих психологічних проблем, загострення внутрішніх конфліктів і протиріч, наслідком чого є виникнення різного роду негативних емоцій та переживань, які обумовлюють характер ставлення до майбутньої дитини та майбутнього материнства в цілому. Тому, саме на даному етапі свого життя жінка, як ніколи, потребує піклування, розуміння та психологічної підтримки не тільки з боку близького оточення, а й фахівців, завдяки яким має проходити попередження та своєчасна корекція психологічних проблем, які можуть виникнути, як у період вагітності, так і у післяпологовий період.

На сучасному етапі розвитку системи пренатального виховання спостерігається поширення різного роду шкіл підготовки до майбутнього батьківства, що, безумовно, є позитивним явищем. ***Психологічна допомога жінки під час вагітності*** має здійснюватися в рамках чотирьох основних форм психологічної практики:

- 1) підготовка до майбутніх пологів та майбутнього материнства;
- 2) індивідуальне і сімейне консультування та психотерапія;
- 3) психологічна допомога матері і дитині;
- 4) комплексна психологічна допомога по проблемам материнства.

Власний багаторічний досвід роботи, а також аналіз теоретичних та практичних досліджень в галузі психології материнства, показує, що для

підготовки жінки до материнства психологічна робота має здійснюватися за такими *напрямами*:

- підвищення рівня особистісної зрілості жінки;
- формування батьківських установок та форм взаємодії з дитиною;
- оптимізація мотивів, пов'язаних з дитиною та материнством в цілому;
- підвищення рівня материнської компетенції;
- корекція можливих відхилень у формуванні материнської поведінки у жінок під час вагітності.

Для реалізації роботи за цими напрямками доцільним є використання різноманітних спеціальних методик та психотерапевтичних технік, які дозволяють не тільки діагностувати особливості психічного стану жінки в період вагітності та в післяпологовий період, але і у разі необхідності корегувати психологічні особливості її особистості з метою більш ефективної адаптації до нової ситуації розвитку.

На жаль, наявність багатьох підходів до проблеми психологічної підготовки вагітних та використання різноманітних методів роботи інколи може призводити до відсутності у фахівців конкретної позиції та чіткого усвідомлення завдань психологічної допомоги вагітній та родині в цілому, а також до неефективного використання того чи іншого методу в кожному окремому випадку. У зв'язку з цим психологічна допомога може бути спрямована не стільки на підготовку майбутніх матерів до відповідального виконання материнських функцій, скільки на впровадження різноманітних технік, зокрема так званої альтернативної допомоги під час пологів, що може не тільки не допомагати жінці у цій надскладний та відповідальний період, а й навіть призводити до спричинення шкоди фізичному і психічному здоров'ю як матері, так і дитині.

Варто також зазначити, що досить часто на заняття психологічної підготовки до пологів та майбутнього материнства запрошують усіх

бажаючих жінок. При цьому не завжди фахівцями враховуються особливості матеріального і сімейного статусу вагітних жінок, рівень їх освіти, наявність у майбутніх матерів знань про фізіологію вагітності, пологів та післяпологового періоду. Окрім цього, не беруться до уваги психологічні особливості жінок, наявність або відсутність у них соматичної патології, психічних розладів тощо.

На наш погляд, *головними умовами ефективної психологічної роботи з вагітними* постають, перш за все, врахування індивідуально-психологічних властивостей особистості жінок, їх соціальну ситуацію, а також відповідний рівень професійної підготовки фахівців та обов'язкове дотримання ними морально-етичних принципів при роботі з вагітними або парами, які очікують на народження дитини.

Враховуючи особливості періоду вагітності, а також психологічні особливості різних категорій вагітних жінок, необхідними є використання *комплексу психологічних технологій*:

- ✓ психодіагностика;
- ✓ психологічне консультування;
- ✓ психологічне інформування;
- ✓ психологічна корекція;
- ✓ соціально-психологічна адаптація.

Психологічна діагностика особистості вагітної жінки, виступаючи невід'ємним аспектом психологічного супроводу періоду вагітності, представляє собою спеціально організовану процедуру, під час якої завдяки відповідних методів та методик відбувається збір необхідної інформації про майбутню матір (або про усю родину в цілому) з метою постановки психологічного діагнозу.

Головним завданням проведення психодіагностичних досліджень має бути:

- 1) оцінка психоемоційної сфери вагітної, зокрема діагностика рівня тривожності, психоемоційного напруження, депресивних станів;
- 2) аналіз індивідуально-психологічних особливостей особистості вагітної жінки, особливостей її самооцінки, системи ціннісних орієнтацій;
- 3) діагностика ставлення жінки до ситуації вагітності, майбутньої дитини та материнства в цілому.

Варто наголосити, що ефективність та результативність впровадження даної психотехнології багато в чому залежить від валідності та надійності психодіагностичних методик, які використовує фахівець у роботі з вагітними жінками. Ґрунтуючись на практичному досвіді використання різного роду психодіагностичного інструментарію в роботі нами була розроблена спеціальна програма психодіагностики вагітних жінок (рис. 10).

Слід зазначити, що завдяки отриманню результатів у ході психодіагностичного дослідження, стає можливим не тільки індивідуально планувати, але і своєчасно корегувати напрями подальшої психологічної роботи з кожною окремою вагітною жінкою, а також організувати та надавати необхідну психологічну допомогу.

Використання *технології психологічного консультування* в роботі з вагітними жінками, має особливу актуальність та значущість, оскільки досить поширеним під час психологічного супроводу періоду вагітності є актуалізація вже існуючих та виникнення нових психологічних проблем у майбутніх матерів, вирішення яких потребує індивідуального підходу в кожному окремому випадку.

Психологічне консультування – це, перш за все, спілкування, встановлення емоційних контактів з клієнтом, певна динаміка яких створює умови для саморозкриття за допомогою емоційно-раціональних чинників внутрішніх ресурсів особистості.

ПСИХОДІАГНОСТИКА ОСОБИСТОСТІ ВАГІТНОЇ

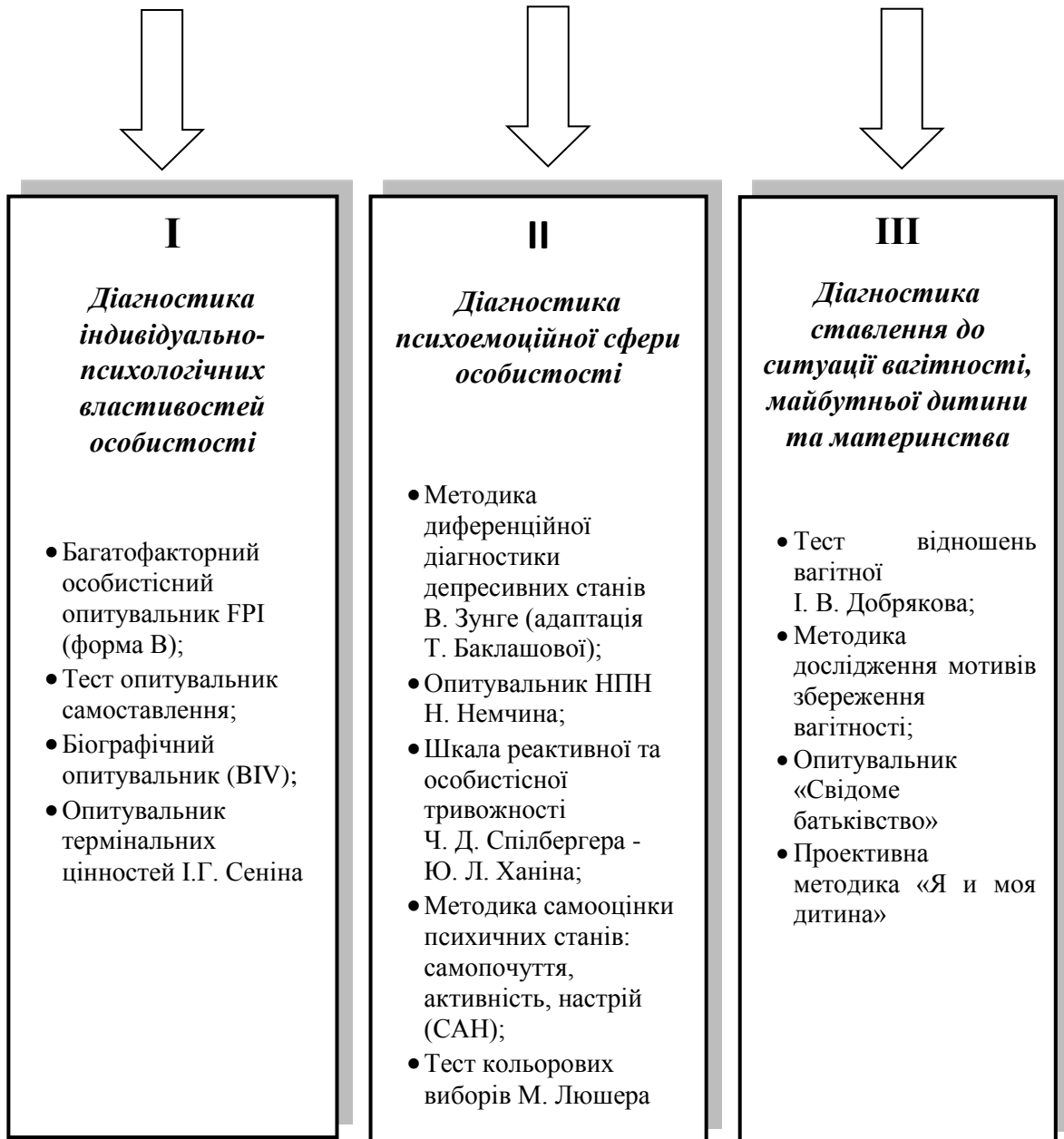


Рис.10. Програма психодіагностичного дослідження особистості вагітної жінки

Головним завданням консультанта під час роботи з вагітною має стати не прагнення розкрити мотиви її поведінки, вказати на її недоліки та проблеми, які заважають їй стати «гарною» матір'ю, а створення сприятливої психологічної атмосфери, яка б дозволила гармонізувати психоемоційний стан жінки, усвідомити чинники її внутрішніх переживань. Зміст психологічного консультування вагітних, які мають труднощі в прийнятті та реалізації ролі матері, має визначатися:

- ✓ метою консультування;
- ✓ індивідуально-психологічними особливостями особистості жінки;
- ✓ психологічним підходом (психодинамічний, біхевіористичний, гуманістичний, гештальт-психологія), яким керується фахівець у своїй роботі.

Проте, незалежно від того, які психотерапевтичні техніки та технології використовує консультант, варто пам'ятати, що процес консультування має відповідати загальним вимогам, згідно з якими його умовно можна поділити на п'ять основних фаз: встановлення контакту, визначення проблеми, робоча фаза, фаза вирішення проблем, фаза зворотного зв'язку.

Поряд з психологічним консультуванням в роботі з вагітними жінками доцільним є застосування **технології психологічного інформування**, як навчальної технології, що ґрунтується на педагогічній моделі психологічного супроводу періоду вагітності. Обираючи дану технологію для роботи з вагітними, фахівець має можливість використовувати у своїй роботі не тільки педагогічні (розповідь, лекція-бесіда, аналіз проблемних ситуацій, ділова гра тощо), а й психологічні (діагностична та консультативна бесіда, тренінгові форми роботи, телефон довіри тощо) засоби.

Наступною технологією в роботі з вагітними жінками, особливо з тими, що входять до групи ризику щодо прояву різних форм девіантної материнської поведінки, виступає *технологія психологічної корекції*, яка представляє собою систему психологічних та психотерапевтичних засобів, спрямованих на усунення можливих девіацій поведінки, корекцію емоційних станів, різного роду фобічних розладів. Результатом застосування психокорекції мають бути якісні зміни у психіці та свідомості особистості жінки, які позитивно впливають на її стан, діяльність та поведінку в цілому. Використання даної психотехнології у роботі з вагітними жінками має певну специфіку. Варто пам'ятати, що вибір методів для роботи з майбутніми матерями завжди обмежений необхідністю обов'язкового врахування фізичного та психічного стану вагітної жінки. Одними із найбільш поширених методів психологічної корекції виступають різні техніки арт-терапії.

Арт-терапія є одним із самих стародавніх методів корекції емоційних станів за допомогою художньої творчості. Прогностична значущість даного метода полягає не в кінцевому результаті, а безпосередньо в самому процесі виконання творчої діяльності, під час якого перед людиною відкривається можливість глибокого пізнання властивостей своєї особисті. Основу даного методу складає глибока повага до внутрішнього світу клієнту, його почуттів та переживань. Головною умовою для його проведення є створення сприятливої довірливої атмосфери, яка сприятиме розкриттю внутрішніх ресурсів особистості.

У роботі з вагітними жінкам ефективним є використання таких видів арт-терапії, як: терапія малюнком, сказкотерапія, музикотерапія, бодіарт тощо. Під час арт-терапевтичного процесу у вагітних жінок виникають різноманітні асоціації, почуття, спогади, стани. Результатом сеансів арт-терапії є також виявлення особливостей психічного стану жінки, що дозволяє фахівцю визначати подальший напрямок роботи. Супроводжуючи

жінку, надаючи їй необхідно підтримку, стає можливим надати жінці можливість самостійно розібратися у власних переживаннях та почуттях, пов'язаних з ситуацією майбутнього материнства. Застосування даної техніки у роботі з вагітними жінками сприяє, *по-перше*, оптимізації психоемоційного стану жінки; *по-друге*, створенню умов для адаптації жінки до ситуації вагітності; *по-третьє*, закладанню основ взаємостосунків в системі «мати-дитина»; *по-четверте*, формуванню гармонійної творчої особистості майбутньої дитини; *по-п'яте*, виникненню у жінки внутрішньої потреби в сприйнятті культури і мистецтва, що виступає підґрунтям для подальшого саморозвитку її особистості; *по-шосте*, розвитку комунікативних вмінь та навичок, які надають можливість ефективного спілкування.

Оскільки вагітність виступає одним із кризових періодів у житті кожної жінки. Саме тому, під час роботи з вагітними актуальним є використання ***технології соціально-психологічної адаптації***, яка передбачає цілеспрямовану взаємопов'язану діяльність усіх суб'єктів, які оточують жінку протягом всього періоду вагітності (близьке оточення, лікар акушер-гінеколог, психолог). Використання даної технології дає вагітній можливість оволодіти необхідними теоретичними знаннями, практичними вміннями, засвоювати позитивний досвід, пов'язаний з ситуацією майбутнього материнства, що, безумовно, сприяє формуванню ефективних моделей материнської поведінки.

Враховуючи психологічні особливості перебігу вагітності, а також специфіку використання у роботі з вагітними вищезазначених психотехнологій, нами було розроблено та впроваджено у практичну діяльність комплексну програму психологічного супроводу вагітних (рис. 11). Особливості реалізації запропонованої програми при вирішенні різних репродуктивних проблем наведено у відповідних розділах. Крім того, слід зазначити, що представлена модель є узагальненою та має бути

адаптованою у кожному конкретному випадку з урахуванням клінічної ситуації та індивідуально-психологічних особливостей жінки.

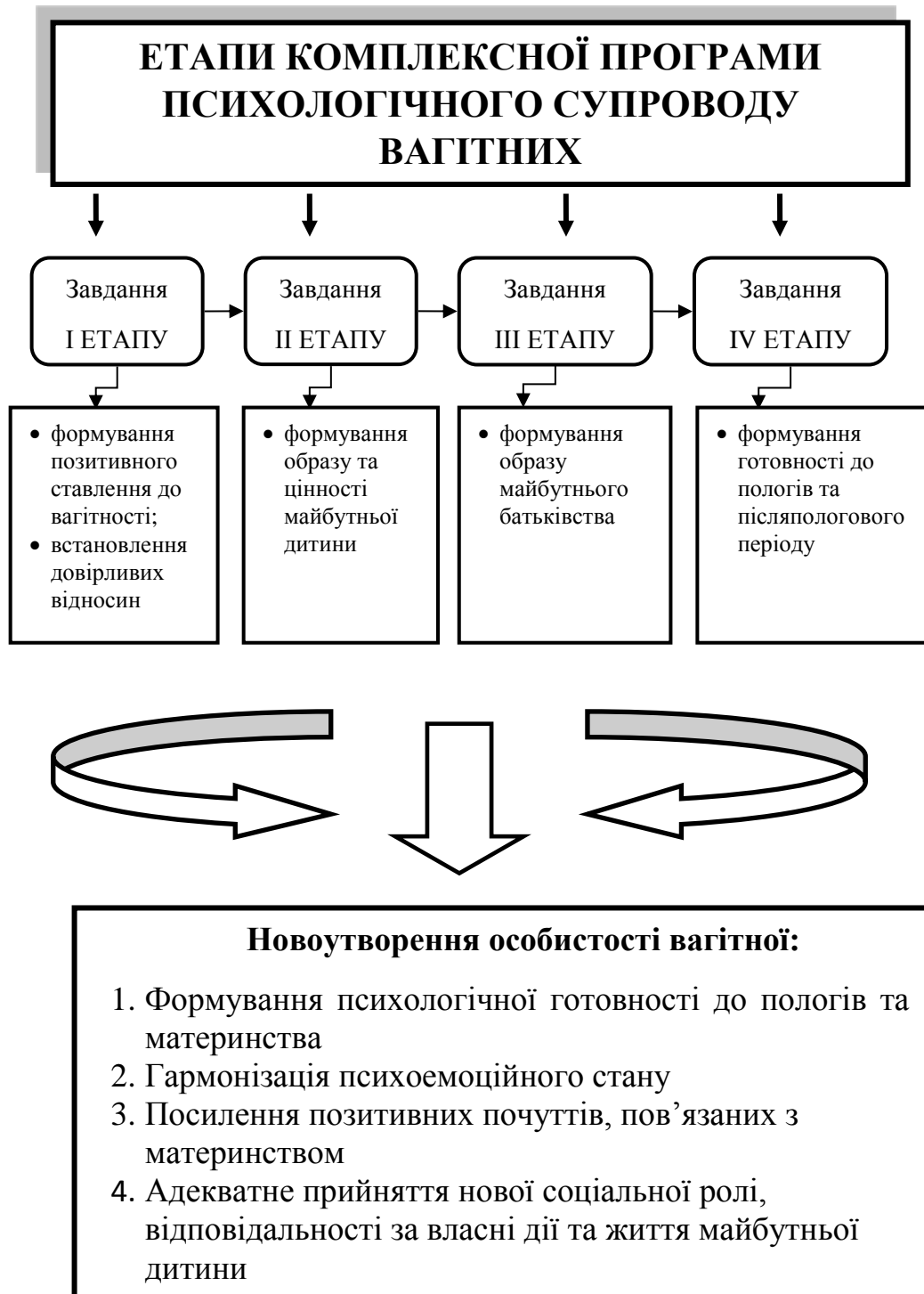


Рис. 11. Комплексна програма психологічного супроводу вагітних

Узагальнюючи вищевикладене, слід зазначити, що представлений матеріал щодо особливостей психологічного супроводу та технологій роботи в репродуктивній медицині не є вичерпним. Пошук нових форм та методів роботи – це безперервний процес, що продовжує бути актуальним та обумовлюється активним розвитком сучасної репродуктології, психології та науки в цілому, появою нових результатів наукових досліджень та практичних наробок, а також вимогами часу. Невідмінною залишається ідея комплексного підходу до вирішення проблеми психологічного супроводу задля збереження репродуктивного здоров'я жінок, реалізації їх репродуктивного потенціалу, формуванню материнської компетенції, збереженню гармонійних внутрішньосімейних відносин, покращенню демографічної ситуації у суспільстві, що є надактуальним завданням сьогодення та має розглядатися як один з пріоритетних національних інтересів нашої країни.

Список публікацій

1. Бацилева О. В., Астахов В. М. Підготовка до батьківства як етап соціалізації особистості. *Збірник наук. праць Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України* / за ред. С.Д.Максименка. Т. X, Ч.2. К., 2008. С. 13-20.
2. Бацилева О. В. Медико-психологічні особливості репродуктивного здоров'я молоді у сучасних умовах. *Збірник наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України* / за ред. С.Д. Максименка. Т. X, Ч. 9. К., 2008. С.63-72.
3. Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В. Девіантне материнство як клініко-психологічна проблема. *Здоров'я жінки*. 2009. №7 (43). С. 197-200.
4. Бацилева О. В. Клініко-психологічні механізми болю у жінок з порушенням репродуктивної функції. *Збірник наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України* / За ред. С.Д. Максименка. Т. XI, Вип. 3. К., 2009. С. 62-71.
5. Пузь І. В. Відмова від дитини як форма прояву девіації материнської поведінки жінки. *Матеріали VI Харківських міжнародних психологічних читань, присвячених пам'яті О. М. Лактіонова*. Х.: ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2010. С. 419-423.
6. Бацилева О. В., Пузь І. В. Вагітність як етап формування материнської сфери жінки. *Науковий вісник Миколаївського держ. ун-ту ім. В. О. Сухомлинського*: Збірник наук. праць / За ред. С. Д. Максименка, Н. О. Євдокимової. Т.2. Вип.5. Миколаїв: МДУ, 2010. С. 32-37.
7. Бацилева О. В. Психоемоційний стрес та його роль у виникненні порушень репродуктивного здоров'я жінки. *Актуальні проблеми психології: Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія* / за ред. С. Д. Максименка. Київ, 2010. Том 10, Вип. 16. С. 52-61.
8. Бацилева О. В. Репродуктивне здоров'я молоді: особливості та шляхи покращення. *Право і безпека*. 2010. № 3(35). С. 235-243.
9. Бацилева О. В. Девіантне материнство як варіант порушення репродуктивної поведінки. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені І. Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України* / За ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Вип.8 Кам'янець-Подільський, 2010. С.48-58.

10. Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь И. В. Методы психодиагностики индивидуально-психологических особенностей женщин в акушерско-гинекологической клинике. Монография. Донецк: НордПресс, 2010. 199 с.
11. Пузь І. В. Особливості психологічного супроводу жінок під час вагітності. *Актуальні проблеми психології: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості* / За ред. С. Д. Максименка, М. В. Папучі. К., 2011. Т.11, Вип. 4. С. 178-185.
12. Бацилева О. В. Репродуктивне здоров'я: клінічні, психо-соціальні та екологічні аспекти. *Науковий вісник Миколаївського державного університету ім. В. О. Сухомлинського: Збірник наукових праць* / за ред. С. Д. Максименка, Н. О. Євдокимової. Т. 2., Вип. 6. Миколаїв: МДУ, 2011. С. 40-45.
13. Бацилева О. В. Становлення репродуктивної поведінки як етап формування особистості. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені І. Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України* / За ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Вип. 11. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2011. С. 11-19.
14. Бацилева О. В., Пузь І.В. Проблема девіації репродуктивної поведінки сучасної молоді. Девіантна поведінка: соціологічний, психологічний та юридичний аспекти: матеріали наук.-практ. конф. Х.: ХНУВС, 2011. С.107-111.
15. Бацилева О. В. Репродуктивне здоров'я : медико-психологічні та соціальні аспекти: монографія. Донецьк : Донбас, 2011. 236 с.
16. Астахов В. М., Пузь І. В. Пренатальна та перинатальна психологія як складові частини психології розвитку. Проблема девіантного материнства: стан і шляхи вирішення. *Жіночий лікар*. 2011. 1 (33) С. 41-45.
17. Бацилева О. В., Пузь І. В. Репродуктивні права: свобода чи відповідальність? Матеріали XXXI міжнародної науково-практичної конференції «Роль науки, релігії та суспільства у формуванні моральної особистості». Донецьк: ДонНТУ, 2012. С. 249-251.
18. Пузь І. В. Небажана вагітність як чинник порушення материнської поведінки жінки. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Харківська школа психології: наукова спадщина і сучасність» (19-20 жовтня 2012 р.). Харків: ХНПУ, 2012. С. 205-206.
19. Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь И. В. Девиантное материнство. Монография. Донецьк: ООО «Східний видавничий дім», 2013. 261 с.

20. Пузь І. В. Індивідуально-психологічні особливості жінок з медичним абортom в анамнезі. *Вісник Одеського національного університету, Серія «Психологія»*. 2013. Т.18, Вип.22 (3). С. 58-68.
21. Бацилева О. В., Пузь І. В. Програма соціально-психологічного супроводу вагітних як форма профілактики порушень материнської. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України*. Том 1, Вип. 9. К.: Фенікс, 2014. С. 6-78.
22. Бацилева О. В. Психосоціальні особливості жінок пізнього репродуктивного віку. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. Київ, 2014. Том. 11. Вип. 13. С. 63-70.
23. Бацилева О. В., Пузь І. В. Оцінка ефективності психологічної роботи з вагітними групи ризику щодо виникнення порушень у формуванні материнської поведінки. *Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої*. Вип.24. Кам'янець-Подільський: «Аксіома», 2014. С. 40-52.
24. Бацилева О. В., Пузь І. В. Особливості мотивації збереження вагітності як чинник формування готовності жінки до материнства. *International scientific-practical conference of pedagogues and psychologists «Scientific genesis» [Text]: material of proceeding of the International Scientific and Practical Congress*. Geneva, 2014. V. 3. P. 113-116.
25. Бацилева О. В. Індивідуально-психологічні особливості жінок із порушенням репродуктивного здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2014. Вип.2, Том 2. С. 90-94.
26. Бацилева О. В. Особливості психоемоційного стану жінок з перенесеною вагітністю. *Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої*. Вип. 27. Кам'янець-Подільський: «Аксіома», 2015. С. 34-47.
27. Бацилева О. В., Пузь І. В. Психологічні аспекти вагітності жінок пізнього репродуктивного віку. *Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка,*

- Л. А. Онуфрієвої. Вип. 23. Кам'янець-Подільський: Аксіома», 2014. С 56-67.
28. Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В. Психологическое сопровождение беременных в современных условиях. *Здоров'я жінки*. 2014. №4 (90). С. 58-61.
29. Пузь І. В. Психогенні розлади у жінок під час вагітності як чинник виникнення порушень при формуванні материнської поведінки. Актуальні проблеми психологічної теорії та практики: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції студентів, аспірантів і молодих вчених (м. Вінниця, 3 квітня 2015 р.) : тези доповідей / за заг. ред. проф. О.В. Бацилевої. Вінниця : Scientific Publisher ПП «ТД «Едельвейс и К», 2015. С. 117-121.
30. Пузь І. В. Особливості використання психологічних технологій у роботі з вагітними жінками. Актуальні проблеми психологічної теорії та практики: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції студентів, аспірантів і молодих вчених (м. Вінниця, 8 квітня 2016 р.) : тези доповідей / за заг. ред. проф. О. В. Бацилевої. Вінниця : Scientific Publisher ПП «ТД «Едельвейс и К», 2015. С. 117-121.
31. Пузь І. В. Особливості формування материнської поведінки у жінок різного репродуктивного віку. Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців : тези доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції (Хмельницький, 20-21 квітня 2016 р.) / голов. редактор Є. М. Потапчук / М-во освіти і науки України, Хмельницький нац. ун-т, каф. практи. психол. та педагог. (та ін.). Хмельницький : ХНУ, 2016. С. 126-128.
32. Психодіагностика в репродуктивній медицині [Текст] / В.М. Астахов, О. В. Бацилева, І.В. Пузь. Вінниця: ООО «Нилан – ЛТД», 2016. 380 с. Библиогр.: С. 328-344.
33. Пузь І. В. Психологічні особливості материнства у жінок в ранньому репродуктивному віці. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: «Психологічні науки»*. 2016. Вип. 4. С. 194-199.
34. Пузь І. В. Роль емоційного інтелекту у формуванні професійної компетентності перинатального психолога. Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції «Генеза буття особистості» (20.12.2016) К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2017 С. 200-201.
35. Пузь І. В. Психологічні особливості вагітних жінок, які висловлюють намір відмовитися від власної новонародженої дитини. *Проблеми сучасної психології*: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана

- Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С. Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. Вип. 37. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2017. С.373-388.
36. Психодіагностика в репродуктивній медицині [Текст] / В. М. Астахов, О. В. Бацилева, І. В. Пузь. – Вінниця: ООО «Нілан-ЛТД», 2017. 412 с. Библиогр.: С. 356-377 [2-е изд., перераб. и доп.].
37. Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В. Особливості перебігу вагітності та формування материнської поведінки у жінок, які зловживають алкоголем. Формування тверезого способу життя в сім'ї та суспільстві: матеріали IV наук.-практ. конф., 4-5 листопада 2017 р., Київ / Ред. І.В. Данилюк. Київ, 2017. С. 92-97.
38. Пузь І. В. Психосоматичні аспекти безпліддя у жінок репродуктивного віку. Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я [Текст]: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Вінниця, 23-24 листопада 2017 р.): матеріали і тези доповідей / за заг. ред. проф. О. В. Бацилевої. Вінниця : ТОВ «Нілан-ЛТД», 2017. С. 203-207.
39. Бацилева О. В. Репродуктивне здоров'я чи репродуктивний потенціал: два підходи до вирішення однієї проблеми / Координати розвитку психології здоров'я: реалії та перспективи [Текст] : Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Вінниця, 22-23 листопада 2018 р.) : матеріали і тези доповідей / за заг. ред. проф. О. В. Бацилевої. Вінниця : ТОВ «ТВОРИ», 2018. С. 25-29.
40. Астахов В. М. Нейрогуморальні та психосоціальні передумови погіршення стану здоров'я жінок під час згасання репродуктивної функції / Координати розвитку психології здоров'я: реалії та перспективи [Текст]: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Вінниця, 22-23 листопада 2018 р.) : матеріали і тези доповідей / за заг. ред. проф. О. В. Бацилевої. Вінниця : ТОВ «ТВОРИ», 2018. С. 16-20.
41. Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В. Особливості психологічного супроводу вагітних жінок, які мешкають у зоні конфлікту. *Вісник КНУ імені Т. Г. Шевченка. Військово-спеціальні науки*. 2018. № 1(38). С. 14-18.
42. Пузь І. В. Перинатальна втрата як кризова ситуація розвитку особистості жінки. Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції «Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя» (22-23 лютого 2018 року, м. Суми). С. 294-296.
43. Пузь І. В. Проблема формування психологічної готовності молоді до батьківства. Актуальні проблеми психологічної теорії та практики [Текст]: Матеріали VI Міжнародної науково-практичної

- конференції студентів, аспірантів і молодих вчених (м. Вінниця, 29 березня 2018 р.) : тези доповідей / за заг. ред. проф. О. В. Бацилевої. Вінниця : ТОВ «Нілан-ЛТД», 2018. С. 170-174.
44. Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В. Проблема безпліддя та невиношування вагітності у жінок з психоемоційним напруженням. Сучасні аспекти збереження та відновлення здоров'я жінки (для лікарів, науковців та молодих вчених): наук.-практ. конф. з міжнар. участю. Вінниця, 10-11.05. 2018 року: тези доп. – Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2018. С. 9-10.
45. Бацилева О.В., Астахов В. М., Пузь І.В. Психологічні аспекти готовності молоді до усвідомленого батьківства. *International scientific professional periodical journal "THE UNITY OF SCIENCE"* August, 2018. publishing office Beranových str., 130, Czech Republic Prague, 2018; p. 42-45.
46. Бацилева О. В., Астахов В. М., Пузь І. В. Програма психологічного супроводу вагітних з перинатальними втратами в анамнезі. Харківський осінній марафон психотехнологій (каталог психотехнологій; тези доповідей): матеріали III міжрегіональної наук.-практ. конф., м. Харків, 26 жовтня 2019 р., ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Харків: Діса плюс, 2019. С. 15-17.
47. Бацилева О. В., Астахов В. М., Пузь І. В. Особливості готовності до батьківства студентської молоді. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. Вип. 4. Т.1 С.101-107. DOI <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2019.4-1.19>
48. Бацилева О. В., Астахов В. М., Пузь І.В. Дослідження психологічних аспектів готовності сучасної молоді до шлюбу. *Психологічний журнал*. 2019. № 10. С. 64.-83. DOI (Article): <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.10.5>
49. Пузь І. В. Психологічні аспекти репродуктивних дисфункцій у жінок. Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я [Текст]: Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Вінниця, 22 листопада 2019 р.) : матеріали і тези доповідей / за заг. ред. проф. О. В. Бацилевої. Вінниця, 2019. С.175-179.
50. Астахов В. М. Психогенні розлади та вагітність: особливості прояву та шляхи профілактики. Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я: Матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 18 листопада 2020 р.): матеріали і тези доповідей / за заг. ред. проф. О. В. Бацилевої. Київ. 2020. С. 10-13.
51. Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В. Клініко-психологічні аспекти вагітності та особливості перебігу пологів у жінок з різним типом психологічного компоненту гестаційної домінанти.

- Запорізький медичний журнал*. 2020. Т.22 №5 (122). С. 701-708.
DOI: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2020.5.214762>
52. Астахов В.М., Бацилєва О.В. Психосоціальні аспекти вагітності у підлітковому віці. Інтеграційний розвиток особистості та суспільства: психологічний і соціологічний виміри: матеріали II міжнарод. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 12 червня 2020 року) / за ред. д. ю. н., проф. Аракелян М. Р.; Національний університет «Одеська юридична академія». Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2020. С. 24-28.
53. Пузь І.В. Особливості психологічного супроводу жінок з порушеннями репродуктивної сфери. Інтеграційний розвиток особистості та суспільства: психологічний і соціологічний виміри: матеріали II міжнарод. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 12 червня 2020 року) / за ред. д. ю. н., проф. Аракелян М. Р.; Національний університет «Одеська юридична академія». Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2020. С. 231-235.
54. Пузь І.В. Особливості переживання жінками ситуації невиношування вагітності. Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я [Текст]: Матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 18 листопада 2020 р.) : матеріали і тези доповідей / за заг. ред. проф. О. В. Бацилєвої Київ. 2020. С. 106-109.
55. Batsylyeva O., Puz I. Features of reproductive attitudes in modern youth. *KELM (Knowledge, Education, Law, Management)*. 2021. №7 (35) P. 83-90.
56. Пузь І. В. Тривожність як чинник дестабілізації психоемоційного стану у жінок під час вагітності. Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин, 23 квітня 2021 р. : Матеріали XIII Міжнародної науково-практичної конференції/ За ред. С. Д. Максименко, Л. А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільській: Видавець Ковальчук О. В., 2021 р. С. 103-106.
57. Астахов В. М., Пузь І. В. Дослідження репродуктивних установок як елементу репродуктивної поведінки сучасної молоді. Психолого-педагогічні координати розвитку особистості: зб. наук. матеріалів II Міжнар. наук.-практ. конф., 3-4 червня 2021 р. Полтава : Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», 2021. С. 175-179.
58. Бацилєва О.В. Тип психологічного компоненту гестаційної домінанти та особливості внутрішньосімейних взаємин: емпіричне дослідження. Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я [Текст]: Матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 18 листопада 2021 р.) : матеріали і тези доповідей / за заг. ред. проф. О. В. Бацилєвої. Київ. 2021. С. 16-19.

59. Пузь І. В. Медико-психологічні аспекти звичного невиношування вагітності. Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я [Текст]: Матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 18 листопада 2021 р.) : матеріали і тези доповідей / за заг. ред. проф. О. В. Бацилевої. Київ. 2021. С. 101-103.
60. Бацилева О. В., Астахов В. М., Пузь І. В. Психологічний супровід вагітних в умовах військового стану. Особистість та суспільство в цифрову еру: психологічний вимір (до 25-річчя Національного університету «Одеська юридична академія» та 175-річчя Одеської школи права) : матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 24 черв. 2022 р.) [Електронний ресурс] / Нац. ун-т «Одес. юрид. акад.», каф-ра психології. Одеса: Національний університет «Одеська юридична академія», 2022. С. 8-12. Режим доступу: <https://hdl.handle.net/11300/18037>

Відомості про авторів

Астахов Володимир Михайлович – доктор медичних наук, професор, завідувач наукової лабораторії репродуктивної сфери жінки, пренатальної та перинатальної психології, професор кафедри акушерства і гінекології, Донецький національний медичний університет МОЗ України

e-mail: astvlad7@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9492-9379>

<https://scholar.google.com/citations?user=EHRZyboAAAAJ&hl=en>

Бацилєва Ольга Валеріївна – доктор психологічних наук, професор, професор кафедри здоров'я людини, реабілітології і спеціальної психології, Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди МОН України; старший науковий співробітник лабораторії психології навчання ім. І.О. Синиці, Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8316-5956>

<https://scholar.google.com.ua/citations?user=9wRiIDAAAAAJ&hl=ru>

Пузь Ірина Володимирівна – кандидат психологічних наук, доцент, науковий співробітник наукової лабораторії репродуктивної сфери жінки, пренатальної та перинатальної психології, Донецький національний медичний університет МОЗ України

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3697-1637>

<https://scholar.google.com.ua/citations?user=EEfvNkwAAAAJ&hl=ru>

Наукове видання

**ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД
У РЕПРОДУКТИВНІЙ МЕДИЦИНІ**

Монографія

Авторська редакція

Ум. друк. арк. 5,2

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України
01033, м. Київ, вул Паньківська 2;
тел./факс: (044) 288-33-20

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготовлювачів
і розповсюджувачів видавничої продукції
№ 6418 від 03.10.2018 р.

