МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: ПСИХОЛОГІЧНА ГОТОВНІСТЬ ДО МАТЕРИНСТВА ЖІНОК, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ В ПРОГРАМІ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ

Виконала: студентка ІІ курсу, групи 8.0533-1-з
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Плутицька Катерина Миколаївна
Керівник: к.психол.н., доцент Мосол Н.О.
Рецензент: к.психол.н., доцент Залановська Л.І.

Запоріжжя

2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психології
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри_____
к.психол.н., доцент. Н.О. Губа
«_____»_____20____року

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Плутицькій Катерині Миколаївні

1. Тема роботи (проєкту): Психологічна готовність до материнства жінок, які беруть участь в програмі екстракорпорального запліднення
керівник роботи: Мосол Н.О., к.психол.н., доцент кафедри психології, затверджені наказом ЗНУ від «20» лютого 2024 року № 316-с
2. Термін подання студентом роботи _____
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: дослідити теоретичні аспекти психологічної готовності до материнства жінок, які беруть участь в програмі ЕКЗ, а саме: проаналізувати батьківство як психологічний феномен, умови становлення материнства за умови ЕКЗ та моделі психологічної готовності до материнства; здійснити емпіричне дослідження готовності до материнства жінок, які беруть участь в програмі ЕКЗ.
5. Перелік графічного матеріалу: 8 таблиць, 4 рисунки
6. Консультанти розділів робот

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Мосол Н.О., доцент		
Розділ 1	Мосол Н.О., доцент		
Розділ 2	Мосол Н.О., доцент		
Висновки	Мосол Н.О., доцент		

7 Дата видачі завдання_____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1.	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2024 р.	Виконано
2.	Робота над вступом	березень 2024 р.	Виконано
3.	Робота над першим розділом	квітень-травень 2024 р.	Виконано
4.	Робота над другим розділом	липень 2024 р.	Виконано
5.	Написання висновків 2023 р.	червень -серпень 2024 р.	Виконано
6.	Передзахист	вересень 2024 р.	Виконано
7.	Нормоконтроль	жовтень 2024 р.	Виконано

Студент _____ К.М. Плутицька

Керівник роботи (проєкту) _____ Н.О. Мосол

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ А.О. Неманежина

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 98 с., 8 таблиць, 4 рисунка, джерел, 3 додатки.

Об’єкт дослідження: психологічна готовність жінок до материнства.

Предмет дослідження: психологічні особливості та чинники готовності до материнства у жінок, які беруть участь у програмах екстракорпорального запліднення.

Мета дослідження є: вивчення психологічних особливостей та чинників готовності до материнства у жінок, які беруть участь в програмі екстракорпорального запліднення.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що жінки, які беруть участь у програмі ЕКЗ, психологічно менш підготовлені до материнства, більш дратівливі, емоційно лабільні та тривожні, а також не мають чіткого мотиву материнства, але демонструють більш здорову поведінку в контексті вживання алкоголю, куріння, лікувально-фізичного навантаження порівняно з жінками, вагітними у природному циклі

Методи дослідження. Теоретичні: аналіз, синтез, індукція, дедукція, порівняння. Емпіричні методи: аналіз медичної документації; напівструктуроване інтерв’ю; опитування, тестування.

Наукова новизна роботи полягає у визначені особливостей психологічного сприйняття материнства у жінок, які проходять процедуру ЕКЗ. Виявлено чинники, які сприяють або, навпаки, ускладнюють формування психологічної готовності до материнства у жінок, які використовують метод ЕКЗ.

Результат дослідження можуть бути використані у розробці нових методів психологічної підтримки жінок у процесі підготовки до материнства під час участі в програмі екстракорпорального запліднення.

ПСИХОЛОГІЧНА ГОТОВНІСТЬ, МАТЕРИНСТВО, ЖІНКИ, ВАГІТНІСТЬ, ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНЕ ЗАПЛІДНЕННЯ (ЕКЗ).

SUMMARY

Plutytska K. M. Psychological readiness for motherhood of women participating in the in vitro fertilization program.

The qualifying work consists of introduction, 2 Chapters, Conclusion, References (81 items, 60 of foreign origin)**,** 3 appendix on 5 pages. The qualifying work volume is 103 pages long, 88 of them – main text. There are 5 tables and 2 illustrations.

The qualifying work explores the psychological readiness for motherhood among women participating in the In Vitro Fertilization (IVF) program. The study addresses the unique psychological challenges and emotional readiness of women as they approach motherhood through assisted reproductive technology.

The research object: psychological readiness of women for motherhood.

Subject of the study: psychological characteristics and factors of readiness for motherhood in women participating in in vitro fertilisation programmes.

The purpose of the study is to investigate the psychological characteristics and factors of readiness for motherhood in women participating in in vitro fertilisation programmes. The research tasks are:

- To analyze the motherhood as a psychological phenomenon;
- To reveal the conditions that foster maternal readiness;
- To define models of psychological readiness for motherhood;
- To provide empirical investigation of the psychological preparedness of women undergoing IVF.

Chapter 1 «Theoretical aspects of psychological readiness for motherhood in women participating in the in vitro fertilization program» is dedicated to examining the theoretical aspects of psychological readiness for motherhood in women participating in in vitro fertilization (IVF) programs. It explores motherhood as a psychological phenomenon, reviews key conditions and influences on maternal readiness, and analyzes existing psychological models that describe the formation of maternal readiness in the context of IVF.

Chapter 2 «Empirical research on maternity readiness in women participating in the in vitro fertilization program» is dedicated to the empirical study of psychological readiness for motherhood in women participating in in vitro fertilization (IVF) programs. It outlines the research methods used, including analysis of medical documentation, semi-structured interviews, and surveys. Additionally, it presents and analyzes the findings regarding the psychological readiness of these women, highlighting factors that influence their experiences and readiness for motherhood during IVF.

The study employed both theoretical methods (analysis, synthesis, generalization, and systematization) and empirical methods, including semi-structured interviews, surveys, and psychological testing. Findings reveal specific psychological characteristics and stressors experienced by women in the IVF process, contributing to the development of targeted psychological support methods.

Women participating in IVF often exhibit unique psychological profiles that affect their readiness for motherhood. Key factors include emotional stability, resilience, and a high degree of adaptability to overcome the psychological demands associated with infertility and IVF procedures. The study reveals that women in IVF programs frequently experience heightened emotional responses, such as anxiety and stress, that can influence their perception of motherhood. However, the successful journey through IVF often reinforces their maternal identity and commitment to parenting. Effective psychological support, including counseling and support groups, is critical for helping these women manage the emotional challenges posed by IVF. Emotional and psychological assistance facilitates a more positive adjustment to the demands of motherhood. Collaboration between medical practitioners and psychologists can provide a holistic approach to support women in IVF. Psychological readiness for motherhood benefits from coordinated efforts that address both medical and mental health aspects.

Keywords: psychological readiness, motherhood, IVF, women, pregnancy.

ЗМІСТ

ВСТУП 8
РОЗДІЛ 1.ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ДО МАТЕРИНСТВА ЖІНОК, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ В ПРОГРАМІ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ 12
1.1.Батьківство як психологічний феномен 12
1.2.Умови становлення материнства за екстракорпорального запліднення 23
1.3.Моделі психологічної готовності до материнства 39
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ГОТОВНОСТІ ДО МАТЕРИНСТВА ЖІНОК, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ В ПРОГРАМІ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ 46
2.1.Методи дослідження готовності до материнства жінок, вагітних в результаті застосування екстракорпорального запліднення 46
2.2. Аналіз роботи з медичною документацією 56
2.3. Результати вивчення психологічної готовності до материнства 62
ВИСНОВКИ 86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 89
ДОДАТКИ 99

ВСТУП

За даними Міністерства охорони здоров'я України 15% пар, які бажають народити дитини, зазнають репродуктивних труднощів, якісупроводжуються психоемоційними реакціями, зниженим настроєм, підвищеним рівнем стресу, пов'язаним із незадоволенням потреби батьківства, зниженим рівнем задоволеності у партнерських стосунках, погіршенням сексуальних стосунків у парі. Сучасному світі репродуктивні складнощі, успішно навчилися вирішувати за допомогою методів допоміжних репродуктивних технології (далі — ДРТ), серед яких найбільш ефективним є екстракорпоральне запліднення (далі — ЕКЗ). З урахуванням демографічної кризи в країні, окрім інших заходів, таких як, наприклад, державне фінансування програм ЕКЗ, необхідно розвивати служби психологічної підтримки родини загалом і жінок, які беруть участь в програмі екстракорпорального запліднення, зокрема. Дослідження доводять, що жінки залучені до програм ЕКЗ надзвичайно чутливі до невизначеності в період підготовки до програми ЕКЗ, відчувають емоційну стурбованість, високий рівень тривожності.

Проблеми психологічної готовності до материнства, жінок, які завагітніли в результаті ЕКЗ ставали полем для досліджень таких зарубіжних психологів-науковців як П. Сальваторе, С. Гарібальді, S., А. Оффідані, Ф. Коппола, М. Аморе, С. Маггіні, В. Фріман, С. Боксер, К. Райклс, Р. Турек, Л. Мастроянні.

Що ж стосується вітчизняних досліджень, то було приділено увагу феномену батьківства, батьківської позиції, готовності до материнства загалом, зокрема, цим питанням присвятили свої праці В. Томаржевська, В. Тюптя, В. Вишньовський, В. Куц, О. Керцман, І. Тавровецька, В. Баришнікова, В. Чередниченко. В. Наконечна досліджувала емоціональну сферу жінок, вагітних в результаті застосування ЕКЗ. Існує прогалина у галузі вітчизняних

досліджень присвячених психологічної готовності до материнства, жінок, які завагітніли в результаті ЕКЗ.

Об’єктом дослідження є психологічна готовність жінок до материнства.

Предмет дослідження: психологічні особливості та чинники готовності до материнства у жінок, які беруть участь у програмах екстракорпорального запліднення.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що жінки, які беруть участь у програмі ЕКЗ, психологічно менш підготовлені до материнства, більш дратівливі, емоційнолабільні та тривожні, а також не мають чіткого мотиву материнства, але демонструють більш здорову поведінку в контексті вживання алкоголю, куріння, лікувально-фізичного навантаження порівняно з жінками, вагітними у природному циклі.

Мета дослідження є: вивчення психологічних особливостей та чинників готовності до материнства у жінок, які беруть участь в програмі екстракорпорального запліднення.

У зв’язку з поставленою метою, сформульовані наступні завдання дослідження:

- дослідити материнство як психологічний феномен;
- визначити умови становлення материнства у жінок, які беруть участь в програмі ЕКЗ;
- проаналізовати моделі психологічної готовності до материнства;
- провести емпіричне дослідження психологічної готовності до материнства у жінок, які беруть участь в програмі ЕКЗ;
- провести інтерпретацію результатів отриманого емпіричного матеріалу з метою визначення факторів, що впливають на психологічну готовність до материнства жінок, які беруть участь в програмі ЕКЗ.

У дослідженні використовувалися теоретичні та емпіричні методи. Аналіз застосовувався під час вивчення наукових праць та літературних джерел, що дозволило розділити загальну проблему на окремі аспекти та глибше зрозуміти кожен з них, включаючи емоційні, соціальні та психофізіологічні чинники та

дослідження медичної документації. За допомогою синтезу було узагальнено результати, виявлені закономірності та зв'язки між психологічною підтримкою, рівнем тривожності, емоційною стійкістю та готовністю до материнства. Метод індукції дозволив узагальнити окремі фактів і спостереження, зібрані під час емпіричного дослідження. Дедуктивний метод використано для перевірки гіпотези, базуючись на теоретичних положеннях, що стосуються психологічної готовності до материнства. Порівняння застосовувалось для зіставлення психологічного стану та готовності до материнства жінок, які проходять процедуру ЕКЗ, з тими жінками, які завагітніли у природному циклі.Було проведено напівструктуроване інтерв'ю з жінками під час вагітності та в ранньому післяпологовому періоду. Крім того використано набір стандартизованих експериментально-психодіагностичних методик: Фрайбурзький особистісний опитувальник, опитувальник «Діагностика психологічної статі», опитувальник «Рольові очікування та домагання у шлюбі», Тест «Мета в житті», опитувальник «Свідоме батьківство», тест «Стосунки вагітної», «Шкала сприймаємого стресу – 10», анкета «Стан здоров'я PHQ-9», опитувальником «Порушення здорової поведінки».

Наукова новизна роботи полягає у визначені особливостей психологічного сприйняття материнства у жінок, які проходять процедуру ЕКЗ. Виявлено чинники, які сприяють або, навпаки, ускладнюють формування психологічної готовності до материнства у жінок, які використовують метод ЕКЗ.

Практична значимість полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використані для розробки нових методів психологічної підтримки жінок у процесі підготовки до материнства під час участі в програмі екстракорпорального запліднення.

Результати дослідження пройшли апробацію під час VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Інтеграційні можливості сучасної психології та шляхи її розвитку» (тема доповіді: «Інтенсифікація тривожних переживань у учасниць програми екстракорпорального запліднення»).

Структура кваліфікаційної роботи складається зі вступу, двох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел з 81 найменування та 3 додатку на 5 сторінках. Загальний обсяг основного тексту 93 сторінок. Робота містить 5 таблиць та 2 рисунка.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ДО МАТЕРИНСТВА ЖІНОК, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ В ПРОГРАМІ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ

1.1. Батьківство як психологічний феномен

Батьківство – турбота та виховання молодшого покоління – є найважливішою соціальною функцією сім'ї та «значним етапом особистісного розвитку людини у зрілості» [36, 45].

Безліч досліджень присвячено природі потреби батьківства. М. Мід вважала, що «материнство глибоко вкорінене в жіночій природі, і лише соціальні установки можуть спотворити первинно природню схильність до піклування про дитину» [62, 67]. Форми материнської поведінки та норми турботи про наступні покоління різняться залежно від культури. Так, наприклад, на Самоа мати дуже рано передає функції піклування про дитину старшим сиблінгам. У племені манус, у ранньому віці виховання практично повністю переходить до батька. У гірських арапешів однакові вимоги висуваються до рівня чутливості до дитини, до чоловіка і до жінки. Обидва батьки беруть участь у турботі про немовля в рівній мірі. На думку Е. Бадінтер «материнська поведінка дуже сильно залежить від культурно-історичних умов, вимоги до матері змінюються залежно від культурних особливостей суспільства, в якому вона живе» [25, 88]. Мати може завдати шкоди своїй дитині, відмовитися від неї, якщо з якихось причин у суспільстві її народження вважається неприйнятним. Так, у мусульманській культурі бажана кількість дітей 3 і більше, аборт вважається неприйнятним за будь-яких обставин. При цьому народження дитини поза шлюбом вважається ганьбою сім'ї. Бажаний вік народження першої дитини – до 20 років. Серед європейців бажаний вік народження першої дитини наближається до 30 років, кількість дітей у сім'ї

представляється як 1 або 2. Як причини для переривання вагітності вважаються прийнятними фінансові обмеження, відсутність чоловіка, особисті інтереси (бажання присвятити час кар'єрі або іншим заняттям), вік матері [44].

Як зазначає І. Томаржевська, «батьківство здебільшого розуміється дослідниками як особистісне утворення, що включає знання та розуміння цілей виховання дітей як повноправних членів суспільства, а також комплекс почуттів, головним з яких є любов до власних дітей» [16, 109]. Кожен компонент батьківства має когнітивний, емоційний та поведінковий аспекти. Батьківство можна розглядати як на індивідуальному рівні, так і в якості індивідуального цілого, яке вміщую в собі подружжя. На думку О. Тюпті «якщо спробувати застосувати до аналізу батьківства принципи системного підходу, можна констатувати наступне:

1) батьківство є відносно самостійною системою, одночасно будучи підсистемою по відношенню до системи сім'ї.

2) батьківство багатогранний феномен. Його можна розглядати на двох рівнях: як складну комплексну структуру індивіда; як наділндивідуальне ціле, що виходить за рамки індивіда, на противагу поняттям «материнство» і «батьківство», які стосуються окремої особистості.

3) батьківство одночасно розкривається в декількох планах, різні боки яких розкривають складну структуру його організації: план індивідуально-особистісних особливостей жінки або чоловіка, що впливають на батьківство план, що охоплює подружжя в єдності їх ціннісних орієнтацій, батьківських позицій, відчуттів тобто аналізує батьківство по відношенню до родинної системи; план, фіксуючий батьківство у взаємозв'язку з батьківськими сім'ями; план, розкриваючий батьківство по відношенню до системи суспільств.

4) Чинники, що впливають на формування батьківство, ієрархічно організовані і представлені на декількох рівнях: макрорівень, мезорівень, мікрорівень»[17, 241]

Батьківство є результатом тривалого як історичного так і культурного розвитку людства. Дійсно, ставлення батьків до дитини залежить і, відповідно, трансформуються, від культури. В різних культурах висуваються і різні вимоги, очікування до батьківства як такого [75].

Становлення батьками дитини вимагає від людей опановувати нові види діяльності, адже суб'єкт якісно перетворюється на батька або матір.

Батьківство є соціокультурним феноменом. У будь-якій культурі суспільство пред'являє батькові певні вимоги щодо піклування про дитину та задоволення його потреб, які узагальнюються у соціальній позиції батька. Однак, ставлення до цієї позиції, до функцій, що нею задаються, є індивідуально варіативним

Будь-яке суспільство пред'являє до батьків певні вимоги, пов'язані із турботою про дитину. За якістю виконання функцій, закріплених за батьками, суспільство може робити висновки про успішності освоєння ними цієї ролі. Насамперед, завданням батьків є підтримка життя та здоров'я дитини. У психоаналітичної традиції основна функція матері сприймається як своєчасне задоволення фізіологічних потреб дитини. Д.В. Віннікот тговорить про те, що «здорова жінка у благополучних соціальних умовах готова доглядати за дитиною, і більше того, інтуїтивно знає, як це потрібно робити» [81, 48]. Не існує ідеальних матерів, комусь щось вдається краще, комусь гірше, головне, не прагнути ідеалу батьківства, а бути «звичайною відданою матір'ю». «Звичайна віддана мати» намагається бути поруч із дитиною і задовольняти її потреби, що Д.В. Віннікотт називає «холдингом». Мати розглядається як «середовище, що забезпечує розвиток дитини». Жінка дбає про дитину природним чином, найчастіше включення свідомості у цей процес може його порушувати. Наприклад, Д.В. Віннікотт проти нав'язування матері будь-яких правил та гайдлайнів до дії, які можуть тільки зробити її більш тривожною через нездатність ідеально їх дотримуватися. М. Кляйн також наголошує на «важливості своєчасного задоволення потреб дитини, усунення та переробку матір'ю її негативних переживань, пов'язаних з фізіологічним дискомфортом та

напругою» [55, 423]. Діадичні відносини матері та дитини розглядаються обома дослідниками в рамках теорії об'єктних відносин як основа всіх відносин дитини з Іншим. Також у психоаналізі надається дуже велике, вирішальне, значення ранньому дитячому та дитячому досвіду взаємодії з матір'ю у формуванні особистості.

Дж. Боулбі перевернув уявлення про функції матері, які полягають лише у задоволенні фізіологічних потреб дитини. Основною функцією матеріє формування та підтримання потреби дитини у прихильності. Поштовхом до розробки нового підходу послугував феномен госпіталізму — порушення психічного розвитку дитини у дитячому будинку, за яким здійснювався повноцінний догляд. Дж. Боулбі дійшов висновку, що «постійний теплий емоційний контакт дитини з матір'ю або близьким дорослим є запорукою його розвитку. До першого року життя у дитини за рахунок забезпечення матір'ю емоційного комфорту та прийняття формується стійке новоутворення – прихильність. Прихильність – глибокий емоційний зв'язок із матір'ю, який дає дитині необхідне відчуття безпеки, є ядерною утворенням дитячо-батьківських стосунків» [32, 74]. Прихильність є основою емоційного сприйняття людиною світу та побудови стосунків з людьми не тільки в дитинстві, а й у дорослому віці [70].

Материнство прийнято розглядати як «забезпечення умов для розвитку дитини та як частину особистісної сфери матері. При вивченні материнства, основна увагу приділялась тому, які функції мати виконує для того, щоб забезпечити розвиток дитини, і як це представлено в мотиваційно-потребовій сфері самої матері» [5, 301]. Функції матері поділяються на видотипові та конкретно-культурні. Видотипові функції покликані забезпечити відповідність когнітивного та емоційного розвитку дитини можливостям нашого виду. Конкретно-культурні функції забезпечують відповідність рівня розвитку дитини вимогам, які пред'являються суспільством. Зупинимося докладніше на функціях матері в період вагітності та дитинства. У першому триместрі вагітності основним завданням матері є регулювання власних емоційних станів,

орієнтація на власне самопочуття в поведінці, уникнення шкідливих середовищ, впливів – тобто, забезпечення безпеки. У другому та третьому триместрі вагітності функцією матері є також забезпечення загального емоційного позитивного фону, що є основою благополучного психічного розвитку дитини у постнатальному періоді. Короткочасні періоди негативного емоційного стану мають змінюватися позитивними переживаннями. Особлива увага приділяється переживанню ворушіння дитини як індикатора емоційного ставлення матері до вагітності та до дитини. Основою емоційного благополуччя дитини є стабільно позитивна реакція матері на ворушіння дитини. Також важливою є орієнтація матері на інтереси дитини протягом всієї вагітності. У період новонародженої функцією матері є забезпечення емоційного та фізичного комфорту немовляті, підтримання контакту з дитиною. Важливим для успішного розвитку є своєчасне задоволення потреб дитини, диференційоване ставлення матері для її емоційних станів.

В період новонародженості та у грудному віці крім описаних функцій забезпечення своєчасного задоволення фізіологічних потреб дитини, підтримки потреби в прихильності та емоційному комфорті особливе значення надається емоційному спілкування матері з дитиною. «В цей період починає формуватися потреба в спілкуванні. Завданням матері, є формування потреби дитини на соціальному контакті. Основною діяльністю немовля першого півріччя життя є ситуативно-особистісне спілкування з близьким дорослим» [18].

У другій половині дитинства виникає нова форма спілкування матері з дитиною – ситуативно-ділова, під час якої відбувається освоєння дитиною дій з предметами [7, 92-93]. З другого півріччя дитинства починають виділятися саме конкретно-культурні функції батька – залежно від норм, прийнятих у суспільстві, здійснюється перерозподіл материнських функцій, строки відлучення від грудей тощо. Таким чином, «до видотипових функцій матері відносяться:

1. Забезпечення стимульного середовища для пре- та постнатального розвитку когнітивних та емоційних процесів.

2. Спільна діяльність з дитиною з метою освоєння нею способів використання культурних засобів.

3. Забезпечення умов виникнення потреби в емоційній взаємодії з дорослими, отримання позитивних емоцій від дорослих, включення дорослих до чуттєво-практичної діяльності, потреба в оцінці дорослими своєї активності та її результатів (системотворча потреба соціально комфортної сфери), пізнавальна потреба тощо, а також формування прихильності.

4. Формування потреби у спілкуванні.

До конкретно-культурних функцій можна віднести:

1. Забезпечення матір'ю (і ширше — батьками) предметного середовища та умовчуттєво-практичної, ігрової діяльності та спілкування, які сприяють утворенню культурних особливостей когнітивної сфери та моторики.

2. Формування прихильності відповідно до певної культурної моделі.

3. Забезпечення умов формування культурних особливостей соціально комфортної сфери.» [8, 47].

Однією з основних батьківських функцій є догляд за дитиною: у дитинстві це переважно задоволення його фізичних потреб, потреби у спілкуванні, теплом емоційний контакт. У міру розвитку дитини, до батьківських функцій додається виховання та створення умов для розвитку дитини. Батьки стають провідником системи вимог щодо поведінки дитини, які встановлені суспільстві, вони допомагають дитині освоювати використання предметів, знаків та інших засобів життя, закріплених у культурі. Для багатьох батьків особливо важким виявляється прийняття таких особливостей батьківської позиції як турбота та відповідальність. Важливою батьківською функцією є здійснення емоційної підтримки, любов та безумовне прийняття дитини, які створюють основу психологічного благополуччя дитини. Таким чином, здійснення батьківських функцій передбачає спільне проведення часу з дитиною, турботу та увагу до її станів, потреб, емоційну включеність у події життя дитини, підтримку та відповідальність.

Крім задоволення фізичних потреб дитини та піклування про її здоров'я, важливу роль у її розвитку відіграє теплий емоційний зв'язок з матір'ю, який сприяє формуванню прихильності та потреби у спілкуванні. Батьки також відповідають за пізнавальний розвиток дитини і допомагають їй освоювати соціальні взаємини. На кожному етапі розвитку їхнє завдання полягає в створенні умов для оптимального особистісного та інтелектуального зростання дитини [41].

У віковій періодизації розвитку Е. Еріксон відносить «появу потреби у контакті, турботі про іншого на період зрілості – до цього періоду людина досягає автономії від своїх батьків, проходить кризу ідентичності та навчається встановлювати близькі стосунки у парі» [40, 87]. Генеративність – здатність реалізовувати себе у турботі про становлення наступного покоління є найважливішим набуттям зрілості. Батьківство займає унікальне незамінне місце встановлення ідентичності дорослої людини. Розвиток певних рис жіночності та мужності у поведінці жінки залежить від ступеня заохочення їх проявів у культурі. Найважливішими віхами розвитку жіночої ідентичності Е. Еріксон вважає вагітність та народження дитини. Перехід до материнства провокуєпевну кризу, необхідність адаптуватися до змін. Стадії життя жінки тісно переплетені із життям тих, чиє фізичне існування залежить від неї. Тому жінка більше орієнтована на свій внутрішній простір та стан, ніж чоловік.

Перша вагітність позначається Д. Пайнз як «критичний момент у розвитку жіночої ідентичності, деяка точка неповернення до колишніх відносин із собою та навколишнім світом. Це час остаточного дорослішання жінки. Під час вагітності оживають конфлікти попередніх стадій розвитку. Жінці знову належить адаптуватися до свого тіла, що змінюється, як у підлітковому віці» [69, 98]. Д. Пайнз підкреслює роль стосунків жінки з власною матір'ю, в тому числі дитинстві, у становленні [69, 98]. Оскільки при побудові материнської ідентичності жінка звертається до образу матері, невирішені суперечності у відносинах можуть перешкоджати благополучному переходу до батьківства. Важливо, щоб конфлікти з матір'ю отримали вирішення, стосунки

стали більш зрілими, адже, на думку Д. Пайнз, тільки прийнявши власну матір, жінкаможе прийняти себе у ролі матері [69, 157]. Вирішальним у становленні жіночої ідентичності є віра жінки у свою здатність стати гарною матір'ю, яка забезпечується позитивним ставленням матері до жіночності своєї доньки. В своєму дослідженні І. Ландгрем та В. Вахлберг показали зв'язок якості стосунків з матір'ю з типом переживання жінкою першої вагітності. «У сім'ї жінки зі сформованою материнською поведінкою відносини по жіночій лінії не порушені, і мати, і бабуся характеризуються як теплі, добрі, гарні. Стосунки і з батьком, із матір'ю у таких жінок довірчі. У жінок з емоційно відстороненим типом переживання вагітності стосунки і з матір'ю, і з бабусею носять дистантний характер, або часто емоційні зв'язки зовсім розірвані, мати і бабуся сприймаються як емоційно-холодні жінки. Жінки з тривожно амбівалентним стилем переживання вагітності описують свої стосунки з матір'ю і бабусею як конфліктні, при цьому мати та бабуся часто конфліктують між собою» [61].

Виокремлюють шість етапів онтогенезу материнської мотиваційно-потребової сфери: «етап взаємодії з власною матір'ю, ігровий, етап няньчення, етап диференціації мотиваційних основ материнської та статевої сфер, взаємодія з власною дитиною та останній етап, на якому у матері утворюється прихильність та любов до дитини як особистості» [12, 28]. Основою для благополучної побудови відносин з іншими людьми, у тому числі і з дитиною, є прихильність до своєї матері. Також у дитинстві формується модель материнства – дочка бачить, як мати ставиться до своєї ролі, чи задоволена вона нею тощо. Угрі дівчинка має можливість відтворити засвоєну модель материнства, емоційну та операційну сторону поведінки матері. Якщо у дитини є досвід емоційного спілкування з немовлям, здійснення догляду за ним, то згодом він почувається більш впевнено і легше включається у взаємодію з немовлям. Особливо важливо, щоб дитина ставала свідком позитивного ставлення дорослих до дитини. П'ятий етап є ключовим – відбувається власне реалізація реальної материнської поведінки, інтеграція набутого раніше досвіду. По закінченню раннього віку мати виявляє все більший інтерес до

особистості дитини, розвитку її здібностей та соціальних навичок, реалізуючи певну стратегію виховання.

Результатом розвитку материнської потребово-мотиваційної сфери є місце турботи про дитину у системі цінностей матері. Виокремлюють чотири основні типи цінності дитини:

- емоційна – позитивні емоції матері виникають під час взаємодії з дитиною;
- підвищено-емоційна – може бути афективною чи ейфорійною, характеризується зосередженням на потребі в емоційній прихильності при відсутності інших об’єктів прихильності у матері;
- заміна самостійної цінності дитини на цінності соціально-комфортної сфери – дитина стає засобом для матері в досягненні інших цілей, наприклад, зміни сімейного статусу;
- повна відсутність цінності дитини.

Емоційний тип цінності дитини для матері вважається оптимальним для її психічного розвитку.

Жінці потрібно здійснити певну внутрішню роботу, щоб усвідомити своє нове завдання – піклуватися про дитину. З’являється «батьківська позиція, як цілісна системи взаємовідносин батьків з дитиною, яка включає в себе когнітивний, емоційний та поведінковий компонент. Когнітивний компонент включає в себе усвідомлені знання батька про особливості розвитку дитини та її індивідуальні якості. Мотиви виховання та несвідомі установки батьків, отриманих у батьківській сім’ї, становлять емоційний компонент батьківської позиції. І нарешті, поведінковий компонент включає особливості взаємодії батька з дитиною, що розвиваються на підставі двох інших компонентів» [4, 101]. О. Блинова та Н. Таврецька батьківську позицію визначають як «цілісне утворення, що зумовлює реальну спрямованість виховної діяльності батьків, в основі якої лежить свідома або несвідома оцінка дитини, що виражається у способах та формах взаємодії з дітьми» [2, 130; 14, 90]. Благополучний розвиток дитини залежить від адекватної батьківської позиції. Якщо ця позиція

спотворена, це може призвести до порушень у розвитку особистості дитини. Батькам важливо розуміти та враховувати індивідуальні особливості дитини, безумовно приймаючи її характеристики. Гнучкість у поведінці та здатність змінювати форми взаємодії з дитиною є важливими складовими батьківської поведінки. Адекватна батьківська позиція також передбачає наявність прогностичності — уміння орієнтуватися на майбутні перспективи розвитку дитини та будувати відносини з нею відповідно до цих перспектив, задаючи напрямки для її зростання.

Народження дитини тягне за собою найважливіші зміни в житті сім'ї та особистісному розвитку кожного з подружжя: розвиток ідентичності подружжя на основі прийняття ролей матері і батька; зміна рольової структури сім'ї, включаючи перерозподіл функцій і появу нових батьківських ролей; зміна рольових відносин за межами родини — професійні, дружні стосунки, хобі; зміна системи відносин в розширеній сім'ї на основі прийняття старшим поколінням ролей бабусь і дідусів.

Батьківство, особливо народження першої дитини, є кризовим моментом для особистості та сім'ї. Адаптація до нової соціальної ролі вимагає часу й особистих ресурсів. Це призводить до змін у мотиваційній сфері жінки: на перший план виходять інтереси дитини та турбота про неї. Важливу роль у формуванні материнської ідентичності відіграє досвід взаємин із власними батьками, особливо з матір'ю. Хоча основи материнства формуються з дитинства, перша вагітність є ключовим моментом для початку реалізації батьківських функцій.

Фізіологічний процес виношування дитини є генетично закріпленим для виду homo sapience, однак психологічно вагітність переживається індивідуально-варіативно. Дослідники наголошують про виникнення при вагітності гестаційної домінанти, яка має психологічні і фізіологічні компоненти. Вона забезпечує спрямованість усіх реакцій організму на створення оптимальних умов для розвитку ембріона, а в слід за тим плода, на виношування, а потім народження і турботу про дитину. Виокремлюють 5 типів

психологічного компоненту гестаційної домінанти: оптимальний, гіпогестогнозний, ейфорійний, тривожний і депресивний [1, 66].

Особистісні особливості жінки змінюють генетично закладені фізіологічні процеси, пов'язані з гестаційною домінантою. Процес виношування дитини є біологічно обумовленим, однак, емоційне переживання вагітності виявляється індивідуально-варіативним. Поведінка жінки, її переживання під час вагітності набувають специфічність у зв'язку з особливостями її особистого складу і відношення до вагітності. Більше того, особливості особистості жінки є передумовою успішності становлення материнської позиції.

В період вагітності починається своє встановлення внутрішня позиція матері — система особистісного ставлення жінки до дитини і материнства, яка багато в чому обумовлює поведінку жінки и ступінь успішності оволодіння батьківською роллю. На думку спеціалістів в області пренатальної психології і психології батьківства, у період вагітності можна визначити ступінь психологічної готовності до материнства [16;12;1].

В науці виокремлюють шість стилей переживання вагітності: адекватний, тривожний, ейфорійний, ігноруючий, амбівалентний, відторгаючий. «Адекватний стиль переживання вагітності відповідає готовності до материнства, а ті, що відхиляються від адекватного стилю переживання вагітності відповідають неготовності до материнства. Готовність до материнства як здатність матері забезпечувати адекватні умови для розвитку дитини, проявляється у певному типі ставлення до дитини, який включає в себе комплекс поведінкових, когнітивних та емоційно-оцінних компонентів, які виявляються у взаємодії матері з дитиною. Ігноруючий стиль переживання вагітності поєднується з недостатньою цінністю дитини та емоційно відстороненим типом девіантного материнського ставлення. Такі жінки демонструють ставлення до дитини як до об'єкта, ігнорують її реакції, жорстко дотримуючись знань та уявлень про необхідне для дитини. Часто матері з емоційно-відстороненим типом ставлення, незадоволені розвитком дитини, її

особистісними особливостями. Жінки з ігноруючим стилем переживання вагітності входять до групи ризику відмовитися від дитини. При тривожному та амбівалентному стилі переживання вагітності цінність дитини або знижена, або неадекватно завищено. Для таких жінок характерна поява ознак післяпологової депресії, постійна незадоволеність власною батьківською компетентністю, тривога щодо дитини та непослідовність у стилі виховання»[19, 111-113].

Вагітність є періодом початку становлення внутрішньої позиції матері, який продовжується після народження дитини. Ставлення жінки до вагітності, до ворушіння дитини, її уявлення про дитину, про життя після її народження ключовими маркерами, що характеризують материнську позицію. Гармонійний емоційний стан під час вагітності, цінність дитини для жінки, зміни в її поведінці, які відповідають цінності дитини, позитивне ставлення до виконання батьківських функцій, що визначають вміст внутрішньої позиції матері, говорять про готовність до материнства.

Переживання жіночої вагітності є прогностичним щодо способу реалізація материнської ролі після народження дитини. Уявлення про дитину і стилі виховання носять достатньо стійкий характер. У зв’язку з цим можна говорити про те, що особливості внутрішніх позицій матері знаходять відображення не лише в поведінці жінки в період вагітності, але також і в реалізації материнських функцій після народження дитини.

1.2. Умови становлення материнства за екстракорпорального запліднення

«За даними вітчизняних і закордонних вчених частоту безпліддя, що складає від 10-15% до 18-20%, можна розглядати як прямі репродуктивні втрати. Встановлено, що частота жіночого безпліддя складає 60%, чоловічого – 40%. З 2018 року моніторинг поширеності жіночого і чоловічого безпліддя не проводиться у зв’язку з скануванням звітної форми (наказ МОЗ України від 04.11.2018 № 1802)» [8, 4]. Безпліддя може мати як жіночий (непроходимість

або відсутність труб, гормональні порушення), так і чоловічий фактор (порушення сперматогенезу, ушкодження або закупорка сім'явивідної протоки). Приблизно у 30% випадків безпліддя не має виявлених фізіологічних причин. У разі безпліддя невстановленого генезу, діагноз переноситься парами важче через відсутність певного способу [71].У разі невстановленого генезу репродуктивних складнощів можна припускати наявність психологічних факторів безплідності.

На сьогодні одним із найефективніших способів лікування безпліддя є процедура ЕКЗ [66, 315].

Процедура ЕКЗ проходить в декілька етапів. Приблизно через тиждень після процедури пересадки жінка здає кров на визначення вагітності Цей момент є найбільш напруженим і викликає найвищий рівень тривоги протягом усієї процедури.

Особливими умовами становлення батьківської позиції при ЕКЗ є: історія безпліддя, досвід репродуктивних невдач, ускладнений перебіг вагітності та підвищений ризик її неблагополучного результату, старший вік пацієнток, так зване «пізнє материнство».

Перелічені умови є джерелом особливих переживань у жінок учасниць програми ЕКЗ під час вагітності, які впливають на переживання формування материнської позиції. Розглянемо кожне з них докладніше.

Дані світових досліджень говорять про переважний вплив тривоги на репродуктивну функцію [31]. Згідно моделі придушення репродуктивної функції С. Вассера та Д. Береша [80, 520], стрес сигналізує організму, що зовнішні умови є невідповідними для відтворювання нащадків. «Внаслідок чого, у відповідь на стрес знижується вироблення статевих гормонів, що беруть участь у процесі зачаття та виношування вагітності» [22, 345]. Автори моделі відносять до несприятливих факторів середовища не тільки відсутність необхідних ресурсів, але насамперед психологічний стан майбутніх батьків, оскільки психологічні проблеми батьків можуть стати перешкодою здійсненні належного догляду та турботи про дитину. «Психологічне переживання

тривоги може негативно впливати на соматичні процеси. Так, жінки з нижчим рівнем тривоги мають більше шансів на успіх при проведення процедури ЕКЗ. У ситуації безплідності може утворюватися деяке замкнуте коло на кшталт нав'язливості: переживання жінки з приводу неможливості завагітніти лише посилюють репродуктивні складнощі» [3, 78].

Численні дослідження свідчать, що вагітність при ЕКЗ супроводжується підвищеним рівнем тривоги [74; 64; 48]. У дослідженні А. Хелмштед вагітні групи ЕКЗ відчували навіть більш високий рівень м'язового напруги проти контрольної групою. Більше того, майбутні батьки групи ЕКЗ також демонстрували підвищений тривогу. Тривоги матерів групи ЕКЗ більше пов'язані з благополучним результатом вагітності, ніж зі здоров'ям дитини, у контрольній групі ж, навпаки, тривожні переживання пов'язані переважно зі здоров'ям дитини [64]. Крім інтенсивних тривожних переживань для учасниць групи ЕКЗ характерні виражені ознаки депресії [74]. Це характерно для жінок, які мають досвід численних репродуктивних невдач. Наявність депресивного стану при досягнутій довгоочікуваної вагітності також може говорити про невідповідність справжніх бажань жінки, що відбувається з нею, про приховане неприйняття вагітності та материнства.

Серед вагітних за допомогою ЕКЗ поширена схильність до іпохондрії, неадекватної інтерпретації своїх тілесних відчуттів [74]. Вагітність для пацієнток, які пройшли процедуру ЕКЗ, стає надзвичайно важливою, але на когнітивному рівні сприймається як «важка робота».

Важливим чинником розвитку тривоги є сприйняття власного рівня контролю за хворобою. У групі ЕКЗ благополучний результат вагітності позитивно пов'язаний із суб'єктивним рівнем контролю над безпліддям, приписуванням собі певної здатності до дій щодо зміни ситуації [48, 673]. Загроза, яка викликає тривожний стан, сприймається жінками зі звичним невиношуванням вагітності (далі — ЗНВ) як значно серйозніша, ніж тими, у кого вагітність протікає без ускладнень. Окрім цього, жінки з групи ЗНВ почуваються беззахисними перед небезпекою і вважають, що їм нічого не може

допомогти. Проблемно-орієнтовані копінг-стратегії допомагають жінці справлятися з тривогою під час вагітності та сприяють благополучного результату вагітності. Стратегія уникнення, навпаки, лише посилює відчуття безпорадності та посилює тривогу [48].

Таким чином, учасниці групи ЕКЗ схильні до інтенсивного стресу, часто вони відчувають підвищений рівень тривоги, пов'язаної з благополучним результатом вагітності. Тривога має під собою реальні підстави, оскільки вагітності при ЕКЗ є ускладненою, до того ж багато пацієнток мають в анамнезі репродуктивні втрати. Схильність до іпохондрії та соматизації тривоги може ускладнювати процес подолання стресу, призводити до посилення соматичних ускладнень. Здоров'я дитини може випадати з поля уваги пацієнток ЕКЗ. Цим можна пояснити деяке зміщення мотиву на мету – метою жінки є стати матір'ю, народити дитину, всі думки та зусилля спрямовані на це, а не на наступне материнство.

Інтенсивні тривожні переживання можуть впливати не тільки на перебіг вагітності, а й результат пологів. У багатьох дослідженнях було показано, що підвищений рівень тривоги при вагітності може призводити до передчасних пологів [34, 1112; 79; 76]. Жінки, які відчувають підвищений рівень тривоги під час вагітності, пов'язаної із здоров'ям дитини, пологами та ускладненнями, в 1,5 частіше не доношують дітей до 40тижнів. Також високий рівень тривоги під час вагітності позитивно пов'язаний із низькою вагою при народженні [76]. У дослідженні Х. Хейнс жінок опитували про їхні очікування та тривоги, пов'язані з пологами на 18-20 тижні вагітності та через 2 місяці після пологів. Виявилося, що респондентки, які відчували сильну тривогу під час вагітності, оцінювали свій актуальний досвід пологів украй негативно. Кількість операцій кесаревого розтину була значно більшою у групі тривожних жінок, ніж у контрольній групі [24; 60]. Більше того, тривожні жінки відчували значно більше негативних емоцій щодо досвіду турботи про немовля у перші місяці його життя. Жінки контрольної групи з нормальним рівнем тривожних переживань під час вагітності демонстрували велику емоційну стабільність,

позитивно оцінювали свій досвід пологів та турботи про немовля, що займали більш активну позицію під час пологів, не бажаючи віддавати процес повністю на забезпечення медичного персоналу. Таким чином, інтенсивні тривожні переживання можуть перешкоджати отриманню позитивного досвіду, забирати сили та енергію. З одного боку, тривога, пов'язана із соматичними складнощами, може впливати на формування батьківської позиції. З іншого боку, тривожні переживання, викликані амбівалентним ставленням до дитини та материнства, можуть підвищувати ймовірність виникнення ускладнень під час вагітності та пологів [49].

Б. Пітерсон з колегами провів якісне дослідження психологічного досвіду жінок, які зіткнулися з безпліддям. Дослідження проводилося у формі інтерв'ю. При першому зіткненні з діагнозом більшість жінок замислювалися, чому складності спіткали саме їх, що вони зробили неправильно. Вони відчували почуття провини, у тому числі перед чоловіком, за свою нездатність народити дитину. Навіть якщо встановлено чоловічий фактор безплідності, жінка часто продовжує звинувачувати себе у неможливості народити дитину [68; 73, 170]. Найчастіше жінки починають вважати свою поведінку в минулому причиною репродуктивних складнощів, що тільки посилює почуття провини [72, 67]. Почуття вини супроводжується глибоким відчуттям власної неповноцінності та жіночої неспроможності [39]. Погіршує це почуття благополучне народження дітей друзями, родичами, людьми із соціального оточення. Тому нерідко пара дистанціюється від свого найближчого оточення, щоб уникнути важкого почуття агресії заздрості по відношенню до успішних батьків [72, 87]. Безпліддя може призводити до відчуття втрати можливостей, властивих іншим, «нормальним» людям та ізоляції [68].

Пари, які зіткнулися з репродуктивними проблемами, відчувають шок, їм буває важко повірити у реальність діагнозу. Нерідко безплідні пари знову і знову проходять медичні обстеження, які займають роки, сподіваючись на те, що діагноз поставлено помилково [72, 89].

Безпліддя супроводжує відчуття втрати контролю за своїм життям. Більшість з пар припускають, що зможуть швидко завагітніти, як тільки у них з'явиться бажання мати дітей [37]. Відчуття власної безпорадності перед обличчям безпліддя, як правило, переживається подружжям дуже важко [72, 89].

Пік негативних емоційних проявів відбувається на 2-3 рік безпліддя [58, 136]. «У середній віковій групі жінок, які проходять лікування безпліддя (30-35років), переважають тривожні розлади, тоді як старша вікова група (36-41рік) – лідери із соматоморфних розладів. При збільшенні спроб ЕКЗ рівень тривоги знижується за рахунок поглиблення симптоматики та розвитку депресивного компонента. Чим довше жінка почувається безплідною, тим більше наростає депресивна симптоматика і йде тривожна. Жінки тривалою історією безпліддя, як правило, більше прагнуть отримати підтримку соціального оточення» [74].

Багато жінок втрачають інтерес до сексуального життя, відчувають напругу та тривогу у зв'язку з необхідністю вступати в сексуальний контакт з чоловіком за розкладом у зв'язку із лікуванням від безпліддя. Сексуальні стосунки перестають приносити їм позитивні емоції. Безпліддя має руйнівний вплив і на сексуальну функцію чоловіка [68].Більше того, чоловіча безплідність у повсякденному свідомості більшою мірою пов'язані з сексуальної дисфункцією, ніж жіноча.

Емоційне життя подружжя обмежується щомісячною надією тарозчарування. Близько 75% пар звертаються за медичною допомогою у надії народити власну дитину [68]. Здебільшого ініціаторами звернення за медичною допомогою є жінки. «Можливо, ухвалення думки про власну нездатності до зачаття чоловікам дається важче і займає у них більше часу» [37].

За даними Е. Фрімана [45, 50] чоловіки переносяться ситуацію безпліддя легше за жінок. Лише 15% учасників дослідження розцінюють безплідність як найважчу подію у їхньому житті, тоді як майже половина учасниць переживає неможливість мати дітей як життєву трагедію. Для жінки безпліддя означає

втрату частини своєї жіночої ідентичності, для чоловіка воно пов’язане із втратою надії та віри [53, 113].

Усі учасники програми ЕКЗ говорять про те, що не могли припустити, скільки часу, грошей та напруги принесуть їм спроби стати батьками. Багато пар планували спробувати ЕКЗ і при невдачі залишити спроби завагітніти, проте в реальності, не могли зупинитися на одній спробі і продовжували лікування, в решті решт, виразно відчуваючи бажання народити дитину за всяку ціну [37]. Зазвичай на продовженні лікування наполягають жінки. Ймовірно, для жінки материнство пов’язане із набуттям повноцінної жіночої ідентичності.

Окремим є питання взаємодія безплідних пар із лікарями. На початку взаємодії з фахівцями з безпліддя, подружжя відчуває емоційний підйом, пов’язують із лікуванням великі надії, багатьом з яких не судилося здійснитися. У зв’язку з цим пари, які проходили лікування від безпліддя, підкреслюють цінність об’єктивної інформації про їх шанси на народження дитини, отриманої від лікаря [58, 127; 42, 180]. В даному випадку помилкові надії небезпечні для психологічного благополуччя бездітних пар, адже вони приймають серйозні життєві рішення, багато в чому спираючись на думку фахівця. При цьому пацієнти підкреслюють значущість контакту з лікарем, його емоційної підтримки та віри в успіх. Для багатьох жінок стає болючим досвід, коли вони починають відчувати бажання лікаря припинити лікування та контакт з пацієнткою, у зв’язку з низькою ймовірністю успіху лікування [37]. Учасниці програми ЕКЗ цінують індивідуальний підхід та зацікавленість медичного персоналу.

Для багатьох пар, які не зуміли стати батьками за допомогою допоміжних репродуктивних технологій, тривалий процес лікування виявився перешкодою до адаптації до безпліддя та пошуку інших рішень, таких як усиновлення. Більше того, припинення лікування ознаменувало їм повернення контролю над власним тілом способом життя, давши поштовх до виходу із кризи [37]. Жінки починають замислюватися над тим, у яких сферах життя вони можуть

реалізувати свою потребу дбати. Деякі жінки із задоволенням освоюють роль тітки для своїх племінників чи дітей друзів, хтось реалізує себе у викладанні, роботі з дітьми або піклування про бездомних тварин [42, 180]. Таким чином, багато бездітних жінок тим чи іншим способом реалізують свою материнську частину, що приносить їм глибоке задоволення. Проте, біль та розчарування, пов'язані з неможливістю мати дітей, які не проходять навіть після настання менопаузи [42, 187].

Як чоловіки, так і жінки, які не зуміли стати батьками, значно частіше демонструють ознаки депресії, суб'єктивна задоволеність життям бездітних пар значно нижча порівняно з батьками [56, 670; 54, 683].

Особливо яскраво відмінності проявляються серед пар, що проходили процедуру ЕКЗ залежно від успіху лікування. Батьківство за допомогою допоміжних репродуктивних технологій чи через усиновлення сприяє підвищенню суб'єктивної якості життя та благополуччя, поліпшення самооцінки як у чоловіків, такі у жінок [54, 691; 50, 1310; 57; 35, 84] .

Досвід безплідності є вкрай травматичним для обох членів пари, що впливає на багато сфер життя. Бездітні пари стикаються із глибинним відчуттям власної неповноцінності та безпорадності перед репродуктивних проблем. Зі збільшенням терміну безплідності наростає депресивна симптоматика та зростає розчарування у собі. Найчастіше безпліддя провокує виникнення серйозного особистісної екзистенційної кризи, перегляд фундаментальних поглядів на світ та своє місце у світі. Пари, які зіткнулися з безпліддям, далеко не завжди можуть отримати підтримку від соціального оточення, опиняючись наодинці зі своїми переживаннями. У зв'язку з цим, особливу цінність набуває можливість отримати професійну психологічну допомогу, як під час проходження лікування, так і в адаптації до неможливості народити власних дітей.

Напруга та стрес, пов'язані з проходженням процедури ЕКЗ можуть загострювати складності у взаєминах подружжя. З іншого боку, подружжя наближається до бажаному та довгоочікуваному батьківству, що має позитивно

позначатися на відносини та загальний сімейний клімат. За даними лонгітюдних досліджень статистика розлучень серед пар, що вдаються до допоміжних репродуктивних технологіям, не відрізняється від пар, які народили дітей природним шляхом [47, 289; 28, 680]. Однак, задоволеність відносинами з партнером у сім'ях ЕКЗ значно нижче [28, 679; 74; 57]. Нерідко під час проходження процедури ЕКЗ складності у комунікації всередині пари наростають [77]. Жінки групи ЕКЗ хочуть відчувати більше емоційної підтримки та теплоти у відносинах, у своїй маючи ідеалістичні ставлення до його ролі. Так, у дослідженні С. Клока учасниці програми ЕКЗ, так само як і жінки контрольної групи, повідомляли про зміни у відносинах з чоловіком – зниження сексуального потягу та романтичного компонента у відносинах. Проте, учасниці групи ЕКЗ значно частіше говорили про нестачу дружнього компонента у відносинах подружжя, відсутність емоційної теплоти та підтримки. Жінкам групи ЕКЗ складніше знаходити баланс між автономією та залежністю у відносинах. Також жінкам групи ЕКЗ важче дається освоєння жіночої гендерної ролі у відносинах [74]. Можливо, їхні очікування від партнера не є реалістичними, жінки забувають про власний внесок у відносини, емоційну близькість. Ймовірно, переживання партнера через вагітність дружини і майбутній появою дитини залишаються поза увагою жінок. Так, батьки групи ЕКР також виявляють незадоволеність відносинами з дружиною [63]. Складнощі у відносинах між подружжям також можуть бути пов'язані з тим, що чоловік, бажаючи надати підтримку дружині, намагається не висловлювати своєї напруги та важких переживань, пов'язаних з лікуванням. Внаслідок цього дружині починає здаватися, що чоловік дистанціюється від неї і не поділяє її переживань [67, 244]. Не варто забувати про те, що сім'ї, які зіткнулися з безпліддям і довгий час не могли народити дитину, адаптувалися до життя вдвох, і зміна сімейної структури може даватися їм досить важко.

Учасниці програми ЕКЗ, як правило, мають в анамнезі тривалу історію боротьби з безпліддям, тому вік народження першої дитини за допомогою ЕКЗ значно вище, ніж вік перших пологів у середньому популяції. Насамперед

вікмайбутній матері впливає на якість успіху процедури ЕКЗ, наявність ускладнень під час вагітності та пологів, також на здоров'я дитини. Прогноз щодо успіху лікування безпліддя є менш сприятливим щодо пар, вік яких перевищує35 років [71]. Більше того, що довше пара залишається безплідною, то менше стають її шанси на народження дитини [71]. Багато в чому, це пов'язано з погіршенням якості статевих клітин, з віком кількість яйцеклітин з хромосомними аномаліями зростає з 2-3% у віці до 30 років до 30% у віці 40років. Загальний рівень загрози викидня для пацієнток після 35 років становить 14% [20; 13, 116; 59]. Таким чином, основним фактором успіху або неблагополучного результату процедури ЕКЗ є вік матері [65, 316; 26].

З точки зору медицини вік матері є серйозним фактором ризику благополучного результату вагітності, у психології немає єдиної точки щодо психологічного благополуччя матерів, які зважилися на вагітність у старшому віці.

Коли йдеться про психологічний вік, жінки старшого віку демонструють вищу психологічну зрілість, вони вже досягли значних успіхів у кар'єрі та готові повністю зосередитися на материнстві. Вони не мають відчуття, що втрачають щось через необхідність піклуватися про дитину. Так, матері та батьки старшого віку виявляються більш залученими до виконання батьківських функцій, ніж молодші батьки [33, 203]. Однак жінки старшого віку мають менше шансів на благополучні пологи та народження дитини, фертильний період скорочується, що приносить додаткову напругу, пов'язану з бажанням завагітніти [31]. Так жінки старшого віку демонструють вищий рівень тривоги та депресії, пов'язані з безпліддям, ніж жінки молодші 30 років [48]. До того ж однолітки жінок старшого віку вже пройшли життєві етапи, пов'язані з освоєнням батьківської ролі, що може створювати додаткове відчуття ізоляції.

Жінки старшої вікової групи мають деяку матеріальну, соціальної та психологічної стабільністю. З іншого боку, жінці, яка обіймає серйозну посаду, яка має кар'єрні перспективи, буде складніше зробити перерву в роботі та

перебудувати своє життя для турботи про дитину, ніж жінці, яка не має значної кар'єри. Для жінок старшої вікової групи робота є великою цінністю, поряд із незалежністю, що робить їх менш зацікавленими у турботі про дитину [27, 135]. З віком жінка стає менш гнучкою, їй складніше пристосовуватися змін у житті. Для багатьох жінок, які стали матерями після 35 років, перша дитина залишається єдиною, що може призводити до розвитку гіперопікуючого стилю поведінки, надцінного ставлення до дитини [36, 413; 23]. Значна різниця у віці між матір'ю та дитиною може стати причиною труднощів і непорозумінь між поколіннями, що впливає на взаєморозуміння між батьками та дітьми.

Жінки старшого віку під час вагітності відчувають менший рівень дистресу. Також жінки старшого віку значно краще справляються зі стресом під час проходження процедури ЕКЗ, вони менш схильні пригнічувати тривожні переживання [31]. Жінки старше 36 років відчувають менше тривожних станів, але більш схильні до депресивних переживань, тоді як жінки молодші 36 років частіше стикаються з тривожними розладами. При цьому жінки старшого віку менш адекватно сприймають лікування, ніж ті, хто молодший за 30 років, часто ігноруючи труднощі, що виникають. Для багатьох жінок старших 36 років ЕКЗ є останнім шансом стати матір'ю, тому вони готові скористатися цією можливістю, незалежно від результату. Це дає їм відчуття впевненості, що вони зробили все, що могли [6, 20-21].

Значно більше матерів і батьків старшої вікової групи повідомляють про відсутність теплоти в подружніх відносинах, ніж батьки контрольної групи [30; 46]. Можливо, це пов'язано з переживанням певного критичного періоду у сімейних відносинах, обумовленого стажем шлюбу.

Таким чином, старший хронологічний вік учасниць програми ЕКЗ є серйозним фактором ризику благополучного результату вагітності, тоді як старший психологічний вік народження першої дитини має як позитивні, і негативні сторони. Жінки старшої вікової групи можуть краще справлятися зі стресом, пов'язаним з ускладненнями під час вагітності та пологів, вони є більш психологічно стійкими у порівняні з молодими жінками. Жінки, які

народили після 30 успішно розвивають близькі емоційні відносини з дітьми. Однак, поява дітей у зрілому віці може збігатися з віковою кризою та кризою у сімейних відносинах. Пацієнтки групи ЕКЗ старшого віку, як правило, мають тривалу історію безпліддя в анамнезі, тому їхнє ставлення до вагітності не можна розглядати лише у контексті віку. Неадекватне ставлення до лікування, нездатність розвинути теплі та приймаючі відносини з дитиною можуть бути пов'язані з психологічними причинами, що лежать в основі безпліддя.

В основі репродуктивних проблем можуть лежати як фізіологічні, так і психологічні чинники У 30% випадків фізіологічні компоненти проблеми не виявити не вдається [71, 593]. Вважається, що в деяких випадках репродуктивні труднощі пов'язані з суперечливим емоційним ставленням жінки до дитини та материнства. Жінки з таким діагнозом часто проявляють емоційну відстороненість та мають складнощі з прийняттям себе в ролі матері. З одного боку, вони прагнуть вагітності, але з іншого — сприймають народження дитини як загрозу своєму особистому благополуччю. Для цих жінок характерний страх втрати незалежності після народження дитини. У ході дослідження відносин матерів немовлят до різних аспектів батьківської позиції з'ясувалося, що найпростіше для них прийняти залежність цієї ролі. Матері готові змінювати свій спосіб життя та тимчасово втратити контроль над власним часом. Однак значно важче їм прийняти такі компоненти батьківської позиції, як турбота та відповідальність. Постійна необхідність піклуватися про дитину часто викликає у них негативні емоції.

Бажання зберегти власну незалежність та незмінність способу життя може домінувати настільки, що є причиною довільної відмови від материнства. Жінки, які свідомо обирають бездітність, основним мотивом свого вибору називають небажання жертвувати своїм часом і свободою, прагнення отримувати задоволення від життя, не обмежуючи себе турботою про дитину [11, 23].Такі жінки виділяють «Я» як самостійну життєву цінність. Також для них цінні близькі емоційні відносини, але ті, у яких вони виступають споживачем теплоти та турботи, а не її джерелом. Жінки, які обирають свідому

відмову від материнства, сприймають дитину як загрозу власному благополуччю, не пов’язують отримання задоволення та радості від життя з дитиною, вважаючи дитину не джерелом позитивних емоцій, а, навпаки, тим, що стане на заваді їм.

Таким чином, перешкодою до освоєння материнської ролі є сприйняття дитини як загрози власному благополуччю та свободі. Неприйняття жінкою тимчасового обмеження своєї свободи заради піклування про дитину ускладнює перехід до материнства.

Перед черговою спробою ЕКЗ у деяких жінок загострюються соматичні захворювання, оскільки в стресовій ситуації вони обирають стратегію «втечі у хворобу». Такі прояви можна також розглядати як несвідоме відкидання вагітності або приховане небажання ставати матір’ю. При декларованому надцінному статусі вагітності, бажанні стати матір’ю, жінки групи ЕКЗ виявляють негативне емоційне ставлення до вагітності, однак, їх свідомості ці почуття не знаходять відображення. У самозвітах вагітних за допомогою ЕКЗ жінок переважають висловлювання про позитивне ставлення до материнства та майбутній дитині. Бажаність, надцінність вагітності стає центральним переживанням, витісняючи побоювання та сумніви. В очікуваннях, таким чином, на свідомому рівні відсутні переживання з приводу майбутніх труднощів, майбутнє материнство бачиться з виключно позитивного боку. Тенденція стає ще більш яскравою у жінок, які пройшли кілька спроб ЕКЗ [51]. Таким чином, зі збільшенням терміну безплідності стає все більш очевидною тенденція до ігнорування та витіснення негативних емоцій, що виникають під час вагітності. Характерною рисою жінок, які вдаються до допомоги допоміжних репродуктивних технологій, є емоційна нестабільність. Вони схильні до гострих та неадекватних реакцій на події життя, часто виявляють істеричні риси та прагнення до ідеалізації [74]. Для жінок групи ЕКЗ характернічасті зміни настрою, запальність, ослаблений самоконтроль.Також учасниці програми ЕКЗ мають менш стабільну самооцінку за порівняно з жінками з фізіологічною вагітністю [74].

У пацієнток групи ЕКЗ вагітність часто асоціюється з досягненням або втіленням жіночої ролі, освоєння якої супроводжується тривожними переживаннями. При цьому особистісний сенс вагітності відокремлюється від значень, пов'язаних із внутрішньосімейною реалізацією. Виникнення тривожних переживань, пов'язаних з освоєнням жіночої ролі, може бути пов'язане з порушеннями різних аспектів гендерної ідентичності у жінок, які страждають від безпліддя.

Порушення когнітивного компонента гендерної ідентичності проявляється в недостатній представленості в свідомості теми приналежності до жіночої статі, теми сексуальності та спотворенні тілесного Я. Жінки, які стикаються з репродуктивними труднощами, часто мають соматоформні розлади. На афективному рівні у безплідних жінок спостерігається недиференційоване самовідношення, змішування негативних та позитивних оцінок, а також нестійкість самооцінки та самовідносини. Виражені внутрішньоособистісні конфлікти супроводжуються підвищеним рівнем тривожності. Інфертильні жінки часто не мають достатніх ресурсів для вирішення цих конфліктів, оскільки виявляють низький рівень рефлексії та використовують переважно інфантильні способи регуляції поведінки, що звужує їх репертуар гендерно-специфічної рольової поведінки. Жінки з репродуктивними складнощами почуваються безпорадними та незахищеними перед загрозами, репертуар способів подолання важкими ситуаціями у них значно звужений.

Для пацієнток ЕКЗ характерна фіксація на теперішньому, а не на майбутньому. Вони зосереджуються на збереженні вагітності, не замислюючись про майбутнє материнство, про майбутню появу дитини. Висока невизначеність ситуації заважає їм вибудовувати тимчасову перспективу, включати майбутнє народження дитини в контекст свого життєвого сценарію. Пацієнтки групи ЕКЗ схильні до меншого ступеня турбуватися про зміни фігури, пов'язані з вагітністю, про втрату привабливість в очах чоловіка. Також їх мало хвилюють майбутні зміни в життя, пов'язані з появою нового члена

сім'ї [57]. Це може свідчити про зосередження на справжній меті — народити дитину — без включення материнства в контекст власного життя. На користь цієї гіпотези також говорить те, що вагітні жінки з групи ЕКЗ часто демонструють індиферентне ставлення до ворушіння дитини, нерідко не можуть згадати чи описати характер цих ворушень. Це може вказувати на відсутність сприйняття суб'єктності дитини та емоційної прив'язаності до неї.

Для пацієнток групи ЕКЗ свобода та незалежність є важливими цінностями, і вони прагнуть до їх досягнення. При цьому вони вважають, що ці цінності стануть більш досяжними після пологів, ніж для жінок з фізіологічною вагітністю, що проходить без ускладнень. Це може говорити, з одного боку, про неадекватне уявлення про материнську роль, з іншого, про неприйняття ідеї обмеження власної свободи для піклування про дитину. Учасниці програми ЕКЗ менш відкриті до нового досвіду, не приписують йому цінності, що може ускладнювати процес адаптації до змін ужиття, що супроводжує появу дитини.

Важливу роль у формуванні материнської позиції жінки відіграє її досвід взаємодії з власною матір'ю. Дисфункціональні стосунки з матір'ю можуть суттєво впливати на розвиток безпліддя, оскільки материнська ідентичність жінки тісно пов'язана з її ставленням до матері. У жінок із порушеною репродуктивною функцією зазвичай спостерігається переважання амбівалентного та ненадійного типу прихильності до матері. У більшості жінок з безпліддям важкі, конфліктні та фруструючі відносини з матір'ю [69, 149]. Бо мати є суперечливою фігурою, утруднена ідентифікація із нею. При освоєнні материнської ролі така ідентифікація зі своєю матір'ю неминуча [69, 151].При негативних почуттях по відношенню до матері жінка починає відчувати відкидання себе у ролі матері. Найчастіше почуття гніву та розчарування з відносин з матір'ю переносяться на ставлення до плоду, що може призводити до його втрати [38, 115].

У психоаналітичній традиції становлення материнської ідентичності пов'язують із прийняттям власної матері та почуттям подяки до неї. Переривання вагітності, свідоме чи мимовільне, у руслі психоаналітичної

концепції означає символічне «вбивство матері в собі», вираження негативних почуттів по відношенню до власної матері. Відмова дочки від матері проявляється у відмові бути матір'ю [38, 124]. При симбіотичних стосунках із матір'ю жінка може несвідомо прагнути залишатися у позиції дочки. Мати у свою черга, бажає зберігати батьківську владу над дочкою. Таким чином, жінки з соматоформними розладами при безплідді часто виховувалися в умовах, де була «заборона на сексуальність». Прояв сексуальності означає дорослішання та потенційну можливість стати матір'ю. Безпліддя для таких жінок може означати відсутність материнського дозволу стати матір'ю [69, 89].

Материнство означає перехід на наступний щабель покоління, зміна структури сім'ї. Стати матір'ю означає остаточно вирости, прийняти він відповідальність як за себе, а й іншого, що, як згадувалося раніше, викликає побоювання у багатьох жінок. При цьому мати жінки, яка народжує дитину, також переходить на іншу позицію, у тому числі, що наближає її до смерті. Мати може несвідомо перешкоджати дочці в народженні дитини з неприйняття, страху перед новою позицією [38, 145].

Таким чином, для учасниць програми ЕКЗ характерно суперечливе ставлення до материнства: при вираженому прагненні народження дитини він сприймається як загроза незалежності та свободі. Основний фокус їхньої уваги найчастіше спрямовано сам факт народження дитини, а чи не батьківство як сферу самореалізації. Негативні почуття може викликати необхідність постійно дбати про дитину, приймати відповідальність за неї. Перехід до материнства означає остаточне дорослішання, освоєння жіночої ролі, яка також потребує внутрішнього прийняття. Амбівалентні, складні стосунки з власною матір'ю можуть бути перешкодою для присвоєння власної жіночої ідентичності. Турбота про дитину передбачає серйозні зміни в житті, значні фізичні та емоційні витрати. Жінки, які вдаються до ЕКЗ, нерідко мають істеричні риси, виявляють інфантильність та схильність до ідеалізації дійсності, що говорить про складності прийняття всіх сторін материнства, зокрема, негативних.

1.3. Моделі психологічної готовності до материнства

Важливим фактором благополучного перебігу вагітності як у фізіологічному, так і в психологічному плані є психологічна готовність до материнства. У психологічній науці існує велика кількість визначень феномен готовності до материнства. У цьому дослідженні психологічна готовність до материнства розглядається як деяке внутрішньоособистісне утворення, що включає в себе широкий ряд компонентів і під компонентів, які містять особливості особистості жінки, особливості взаємодії із соціальним оточенням (у тому числі з партнером), емоційну сферу, батьківські позиції та установки, материнську ідентичність, особливості гендерної ідентичності.

Т. Гур'янова вважає, що основу психологічної готовності до материнства становить звірення способу життя до вагітності, і того, що жінка має намір вести після його народження. Автором виділено 5 основних аспектів у структурі психологічної готовності до материнства: мотиваційний (мотив рішення вступу до батьківства); оціночний аспект (рефлексія своєї підготовленості до нової ролі); емоційний аспект (комфорт/дискомфорт перебування у стані вагітності, фон настрою, що домінує під час вагітності); операційний аспект (отримання знань та навичок догляду за новонародженою дитиною); регуляційний аспект (адаптація жінки до стану вагітності, контакт із дитиною що розвиваються в утробі, емоційна прихильність до нього) [5, 301]. Ця модель досить повно відбиває структуру готовності до материнства, проте не враховує поведінковий компонент здоров'язберігаючої поведінки в період вагітності та особливості уявлень себе як про матір, з урахуванням рефлексії власного досвіду взаємодії у нуклеарній сім'ї. Основною ідеєю даної моделі готовності до материнству є усвідомлення/не усвідомлення жінкою масштабних змін, що відбуваються в житті з появою дитини, готовність адаптуватися під умови, що змінюються. Більше готової до материнства, на думку Т. Гур'янової, вважається жінка, яка легко вносить необхідні зміни в життя, відчуває позитивні емоції від прогресування вагітності, включає ще не

народженої дитини в контакт, підвищує рівень батьківських компетенцій [15, 144].

На думку Є. Матвєєвої феномен психологічної готовності до материнству включає 3 блоки, які в свою чергу складаються з кількох компонентів. Перший блок – потребово-мотиваційний, відображає мотив настання вагітності (ціннісно-сенсовий компонент) та емоційну включеність матері у контакті з дитиною (потребово-емоційний компонент). Другим блоком є когнітивно-операційний, він включає навички материнської компетентності, бажання придбати навички догляду за дитиною, підвищення своєї батьківської грамотності. Третій блок – соціально-особистісний, що включає особистісну зрілість і усвідомленість вступу до батьківства [15, 144]. Недостатньо висвітленою у цій концепції залишається особливість уявлень себе, як майбутньої матері, не враховані особливості взаємовідносин із партнером, уявлення про розподіл батьківських ролей, також не представлено рефлексія власного досвіду взаємодії дитина-доросла, не враховані уявлення жінки про майбутні пологи.

Вагомий внесок у розвиток розуміння психологічної готовності до материнству внесла Г. Філіппова, вводячи поняття «гештальт дитинства. Базовою потребою для матері є контакт з дитиною, носієм специфічних етологічних стимулів, названих як «гештальт дитинства» (зворушливий зовнішній вигляд, запахи, звуки, інфантильний стиль рухів), ці стимули дозволяють включитися та розвернутися біологічних материнських програм. Г.Г. Філіппова структурувала основні мотиви вступу в материнство, а також виділила шість етапів становлення материнської потребно-мотиваційної сфери поведінки у онтогенезі. Першим блоком є потребово-емоційний блок, який включає потребу в контакті з дитиною, як носієм гештальту дитинства. Розвиток першого блоку відбувається поступово та включає утворення емоційного відгуку на компоненти гештальту дитинства. Це налаштування відбувається з жінкою ще в період вагітності, і при благополучному перебігу, дозволяє позитивно налаштуватися на пологи без страху, чекати на зустріч з

дитиною, готуватися до неї появі у сім'ї. Негативний настрій на момент народження дитини, страх перед пологами при загалом благополучної вагітності вказує на наявність неусвідомлюваних внутрішніх проблем, конфлікту між бажанням мати дитину та неготовністю до серйозних життєвих змін у свого життя. Другий блок – когнітивно-операційний включає знання про догляд за новонародженим, його психофізіологічних особливості, знання фізіології пологів, грудне вигодовування. батьки, готуючись до народження дитини, повинні підвищувати рівень батьківської компетентності, знати про особливості режиму дитини, про особливості контакту з новонародженим. Комп'ютерний аналіз мови, зверненої до дитини, показав, що батьки, які використовують у мові ніжну інтонацію, міміку, тепліше емоційне спілкування сприяють психічному розвитку дитини. Чим більше поведінка батьків орієнтовано особистість дитини, тим більше сприятливі умови для розвитку дитини забезпечують. Третій блок – ціннісно-сенсовий – вказує на свідомість/неусвідомленість, бажаність/небажаність дитини. Четвертий блок включає соціально-особистісну готовність: відповідає за материнську позицію, усвідомлення, прийняття / неприйняття нової соціальної ролі, готовність / неготовність до подолання труднощів. У цьому блоці важливі батьківські установки та стратегії виховання дитини, усвідомленість та відповідальність за розвиток дитини, за її безпеку є дуже важливою моментом психологічної готовності до материнства. На момент народження дитини в матері є деякі базові задатки кожного з вищезгаданих блоків, які отримують поступовий розвиток, ускладнення у повсякденному контакті з новонародженим дитиною. В цій концепції представлені 4 компоненти психологічної готовності до материнства, проте не представлений досить важливий компонент, який відповідає за особливості здоров'язберігаючої поведінки вагітної жінки» [10, 311;15, 144].

«Українська дослідниця Н. Яремчук вважає, що структура психологічної готовності до материнства містить такі блоки: ціннісно-мотиваційний, інформаційно-пізнавальний, комунікативний, емпатійний та афективно-регулятивний» [5, 302; 21, 236].

Інший погляд на психологічну готовність до материнства запропоновано С. Мещерякової, яка визначає її як специфічну особистісну надбудову, в основі якої лежить суб'єкт-об'єктна орієнтація щодо ще не народженій дитини. Після народження дитини дана надбудова ускладняється у щоденному контакті з дитиною. На готовність жінки до материнства впливають три компонента, перший – це особливість комунікативного досвіду жінки у своєму власному дитинстві, але з контакту з батьками, а й з однолітками, зі старшими та молодшими дітьми. Також важливі улюблені дитячі ігри, командні або індивідуальні, хлопчачі або дівочі. Другим компонентом є емоційна прихильність до ще не народженій дитині на етапі вагітності, фантазії про неї, включення дитини на контакт. Третій компонент психологічної готовності до материнства — це встановлення жінки на стратегію виховання. Те, як молода мати планує здійснювати догляд за дитиною Самостійно чи залучаючи помічників, чи підвищує вона рівень своєї батьківської компетенції (чи відвідує курси догляду за новонародженим, психологічні групи, індивідуальні заняття на етапі вагітності) [15, 144]. Модель психологічної готовність до материнства С. Мещерякова досить повно висвітлює важливість власного дитячого досвіду у становленні батьківських ролей, особливості ігор, комунікації з соціумом у дитинстві, особливості контакту з дитиною в період вагітності, наголошує на важливості підвищення батьківських компетенцій, проте не розкриває важливості розвитку власної материнської ідентичності, усвідомленості, не враховує особливості комунікації з партнером, що впливають на психоемоційну течію вагітності, що не враховує підготовку жінки до процесу пологів, а також не розглядає особливості здоров'язберігаючої поведінки.

Аналітичний огляд досліджень з психологічної проблем готовності до материнства дозволив винести припущення, що психологічна готовність до

материнства формується протягом усього життєвого шляху жінки, включає особливості особистості, аспекти взаємин у нуклеарній сім'ї, мотив вагітності, а також враховує трансформацію, що відбувається в період вагітності, включає як внутрішньоособистісні зміни, так і особливості взаємовідносин у партнерстві, психоемоційний стан, поведінкові прояви. Усі проаналізовані моделі психологічної готовності до материнства вносять вагомий внесок у розширення цього поняття, проте повністю не розкривають його із деяких сторін.

Після ретельного вивчення відомих моделей готовність до материнства ми для подальшої роботи будемо використовувати модель психологічної готовності до материнства, яка складається з наступних компонентів:

1) соціально-особистісний (особистість матері; подружні стосунки, вплив соціального оточення на ставлення до материнства);

2) потребово-мотиваційний (мотив материнства, цінність дитини у сімейній системі);

3) когнітивно-операційний (материнська компетенція, плануємий тип виховання, материнські налаштування і очікування, цілі в життя);

4) батьківсько-виховний (особиста суб'єктивна оцінка готовності до материнства, особливості особистого комунікативного досвіду з батьками в дитинстві, усвідомлення своєї материнської відповідальності);

5) емоційно-оціночний (емоції в період вагітності, домінанта вагітності, почуття до ще ненародженої дитини / наявність, відсутність контакту, наявність тривоги, стресу, депресивного фону настрою);

6) поведінковий компонент (вживання тютюну, наркотиків, алкоголю на етапі планування вагітності, порушення харчової поведінки, зміни фізичних навантажень, поведінка жінки у пологах).

Отже, вагітність під час використання ДРТ відбувається у спеціальних умовах. Насамперед, процедура ЕКЗ передбачає активне медичне втручання в інтимний процес зачаття дитини. По-друге, вагітність при ЕКЗ є ускладненою, великий ризик мимовільних абортів та передчасних пологів, що створює умови

для підвищеного рівня тривоги за кінець вагітності. Додатковим джерелом ускладнень є вік пацієнток, який є одним із головних факторів ризику благополучного результату вагітності, що може підвищувати тривогу під час вагітності. У психологічному плані «пізні» матері є більш стійкими, зрілими – вони здатні розвивати близькі емоційні стосунки з дитиною, повні прийняття та підтримки. Однак, їм буває складно встановлювати чіткі межі у вихованні дитини, залишати йому простір для самостійних дій. Можна сказати, що основним фактором, що впливає на формування материнської позиції при ЕКЗ є історія безпліддя, що передує зверненню до ДРТ. У основі репродуктивних складнощів часто лежать невирішені внутрішніконфлікти, проблеми прийняття відповідальності та материнської ролі, проблемиприйняття дитини та материнства. Нерозв'язані психологічні проблеми можуть виявитися серйозною перешкодою до материнства. Тривалий період безпліддя сприяє зрушенню мотиву на мету: метою жінки стає не материнство як процес турботи про дитину, а сам факт появи дитини на світ, що може призводити до труднощів після народження дитини. Депресивний стан, поширений серед матерів групи ЕКЗ, можуть говорити про невідповідність бажаного та дійсного.

Турбота про дитину потребує ресурсів, необхідності перебудувати свій спосіб життя, обмеження особистої свободи, яких жінки виявляються неготовими. Учасниці програми ЕКО нерідко відчувають труднощі прийняття негативних сторін, пов'язаних із турботою про дитину, виявляють схильність до ідеалізації материнства. Появі розчарування та депресії також сприяє наявність нереалістичних очікувань щодо характеру та поведінки дитини. Що призводить до сумніву у власній батьківській компетентності.

Жінки з тривалим періодом безпліддя в анамнезі схильні пред'являти собі як матері підвищені вимоги, що може мати деякий компенсаторний характер Можливо, це пов'язано з бажанням довести собі та оточуючим, що жінка може стати дуже гарною матір'ю, що вона є повноцінною жінкою, незважаючи на те, що материнство їй було якийсь час недоступне. Завищені очікування при зіткненні із реальністю породжують почуття тривоги та розчарування в собі, що

створює додаткову напругу в ситуації адаптації до появи дитини, що перешкоджає отриманню задоволення від спілкування з ним.

Психологічні спотворення, пов’язані з материнством, мають тривалі наслідки, впливають на дитячо-батьківські відносини та розвиток дитини. За даними численних досліджень сама процедура ЕКЗ не є перешкодою для нормального фізичного та психічного розвитку дитини.

РОЗДІЛ ІІ
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ГОТОВНОСТІ ДО МАТЕРИНСТВА ЖІНОК, ЯКІ БЕРУТЬ УЧАСТЬ В ПРОГРАМІ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ

2.1. Методи дослідження готовності до материнства жінок, вагітних в результаті застосування екстракорпорального запліднення

Дослідження проводились на базі Медичного центру «Клініка професора Стефана Хміля» (м. Тернопіль) та ТОКПЦК «Мати і дитина» (м. Тернопіль)

Першим етапом дослідження виступив ретроспективний медичний аналіз документації 150 вагітних жінок. Остаточну вибірку склала 61 вагітна жінка. З метою репрезентативності вибірки на дослідження запрошувалися вагітні жінки, які відвідують тренінги у Школі щасливого материнства Св. Анни, вагітні жінки, які перебувають на госпіталізації у відділенні патології вагітності, вагітні жінки, які відвідують відділення денного перебування та пацієнтки жіночої консультації.

Критерії формування вибірки: вік жінок віком від 18 років; вагітність терміном понад 22 тижні; відсутність диспансерного обліку у лікаря невролога, нарколога, психіатра; відсутність репродуктивних втрат в анамнезі; відсутність множинних спроб ЕКЗ (понад 3х).

У процесі аналізу медичної документації жінки старшого віку (вагітні за допомогою донорських ооцитів, учасниці програми «відкладене материнство»), сурогатні матері, жінки з множинними спробами ЕКЗ (більше 3х), репродуктивними втратами в анамнезі, жінки, які перебувають на обліку у лікаря невролога/психіатра, виключалися з потенційних респонденток поточного дослідження

Вибірка спочатку розділена на 2 групи: жінки, вагітні внаслідок застосування ЕКЗ (основна (перша)група дослідження), і жінки, вагітні у природному циклі(фізіологічна вагітність; група порівняння (друга група)). Основну групу становила 31 вагітна жінка, групу порівняння – 30 учасниць.

Середній вік вагітних жінок основної групи становив 34±4,34 років, групи порівняння – 31±3,68 років. Мінімальний вік учасниць у першій групі становив 27 років, у другій групі – 23 роки, максимальний вік у першій групі – 39 років, у другій – 49 років.

Середній показник терміну вагітності жінок першої групи – 31,6±5,03,у другій групі – 34±3,05.

Показник спільного проживання вагітної жінки з батьком дитини в обох групах однаковий і становить 96%, 4% учасниць проживають окремо. У 81% жінки першої групи та 85% жінок другої групи не мають у сім'ях старших дітей, у цій вагітності чекають народження первістка. У 19% пар першої групи та 15% пар другої групи є старші діти. Рівень освіти в обох групах розподілився наступним чином: вищу освіту мають 77% жінок першої групи та 76% жінок другої групи, середньо-спеціальна освіта мають 19% жінок першої групи та 21,5% жінок другої групи. Незакінчена вища освіта у 4% жінок першої групи та 2,5% жінок другої групи.

За соціально-демографічними характеристиками дві досліджувані групи близькі один до одного.

Дослідження будувався відповідно до компонентів психологічної моделі готовності до материнства, включав три основні етапу: аналіз медичної документації (у тому числі відбір респондентів щодо критеріям формування вибірки), другий етап дослідження – у період вагітності та третій етап – після народження дитини (у ранньому післяпологовому періоді).

Жінки, які задовольняли критеріям включення до дослідження, отримували запрошення взяти участь у дослідженні, їм повідомлялося про його цілі та пропонувалася форма поінформованої згоди.

Жінки, які прийняли запрошення на участь у дослідженні, були розділені на дві групи: першу групу склали жінки, вагітність яких настала внаслідок застосування ЕКЗ, другу групу –вагітні жінки в природному циклі.

Під час першої зустрічі жінка проходила інтерв'ю. Після проходження інтерв'ю проводилася коротка психопрофілактична інтервенція, спрямована на актуальну для жінки в даний момент тематику.

Під час другої зустрічі жінки повертали заповнені бланкові методики та отримувала відповіді на питання, які виникли під час участі у дослідженні Третя зустріч відбувалася у форматі онлайн. Частина жінок, які не вийшли на контакт після народження дитини, виключалися з останнього етапу дослідження.

Для вирішення поставлених у дослідженні завдань використовувалися такі методи:

1. Аналіз медичної документації;
2. Напівструктуроване інтерв'ю під час вагітності;
3. Набір стандартизованих експериментально-психодіагностичних методик : Фрайбурзький особистісний опитувальник, опитувальник «Діагностика психологічної статі», опитувальник «Рольові очікування та домагання у шлюбі», Тест «Мета в житті», опитувальник «Свідоме батьківство», тест «Стосунки вагітної», «Шкала сприймаємого стресу– 10», анкета «Стан здоров'я PHQ-9», опитувальником «Порушення здорової поведінки».
4. Напівструктуроване інтерв'ю в перший тиждень після народження дитини

Аналіз медичної документації включав вивчення акушерсько-гінекологічного анамнезу жінки (кількість і результат вагітностей, спосіб настання поточної вагітності, наявність гінекологічних захворювань до та під час вагітності, наявність діагнозу – безпліддя), дослідження загального соматичного здоров'я (наявність хронічних захворювань до вагітності, перенесені у період вагітності захворювання, постановка на облік у лікаря

психіатра, невролога). Також при настанні вагітності за допомогою ЕКЗ аналіз медичної документації дозволив відстежити особливості його застосовуваних, кількість повторів. За допомогою дослідження медичної карти відстежувалася нікотинова та алкогольна залежність. А також збиралася соціально-демографічна інформація, зокрема вік вагітної жінки та партнера, чи знаходиться пара у зареєстрованому шлюбі або ні, наявність старших дітей. Основні питання для аналізу медичної документації знаходяться в Додатку А.

Полуструктуроване інтерв'ю. Особистісно-орієнтоване полуструктуроване інтерв'ю, складене під завдання дослідження, базується на моделі психологічної готовності до материнства. Інтерв'ю проводилося в два етапи, при першій зустрічі, і на останній, у ранній післяродовий період

Перше інтерв'ю для жінок включало в себе 65 питань, умовно поділених на 5 досліджуваних компонентів готовності до материнства, спрямованих на виявлення мотиву вагітності, вивчення емоційного забарвлення проживання стану вагітності, дослідження стилю життя вагітної жінки, знання про фетальний алкогольний синдром (далі – ФАС), вивчення рівня батьківської компетенції, батьківські очікування та установки, схеми планування виховання дітей (більше жорсткий режим, по годинам або більше індивідуалізований на вимогу дитини), наявність/відсутність суб'єктивного переживання почуття тривоги, страху під час вагітності, перспективипобудови моделі батьківської поведінки, блок питань щодо власного дитинства і контакті з батьками. Також досліджувалась родина обстановка в період вагітності, зміни в подружніх стосунках. Форма інтерв'ю надана у Додатку Б.

Тривалість інтерв'ю складала в середньому близько 40хвилин.

Полуструктуроване інтерв'ю опрацьовувалося за допомогою контент-аналізу, в результаті якого висловлювання жінок поділились на тематичні групи, які відображали змістовну спрямованість за темами, наприклад, такими як: переважний фон настрою в першому триместрі вагітності, мотиви материнства, відносини в батьківській сім'ї, уявлення про те, «якою я буду мамою», якого стилю виховання планується дотримуватися, особливості образу

життя під час вагітності тощо. В подальшому аналіз дозволив узагальнити отримані відповіді за досліджуваними категоріями з акцентом на готовність/неготовність до материнства.

Після підрахунку частоти зустрічей різних відповідей у кожній із груп, здійснювалось укрупнення категорій, в цьому випадку до двох для подальшого аналізу готовності/неготовності до материнства. Питання інтерв'ю представлені в Додатку В.

Фрайбурзький особистісний опитувальник. З метою економії часу учасників дослідження, затраченого на заповнення опитувальників, в цьому дослідженні використовувалася форма В, як скорочений варіант від повної форми опитувальника, що складається зі 114 питань. Опитувальник, призначений для вікової категорії 16+. Відповіді на питання дозволяють оцінити риси особистості за 12 шкалами: невротичність, спонтанна агресивність, депресивність, дратівливість, товариськість, урівноваженість, реактивна агресивність, сором'язливість, відкритість, екстраверсія-інтроверсія, емоційна лабільність, маскулінність-фемінність.

Отримані результати підраховуються у формі сирих балів за допомогою ключів для кожної шкали, далі здійснювалось переведення первинних оцінок в стандартні оцінки 9-бальної шкали, серед яких 1–3 бали належать до діапазонів низьких значень, 4–6 балів – середніх, 7-9 балів – високих.

Рішення про включення опитувальника було прийнято у зв'язку з високою інформативністю (12 шкал), надійністю, оптимальному час його заповнення до 20 хвилин.

Опитувальник «Діагностика психологічного поля». Даний опитувальник призначений для визначення «гендерної типизованості» либо «гендерної нетипизованності» особистості і дозволяє визначити вираженість маскулінних і фемінних характеристик, а також дозволяє визначити тип особистості: фемінний, маскулінний, андрогінний.

Методика складається з 60 тверджень, на кожне з яких можна відповісти так чи ні. При оцінці результатів тестування підраховуються загальні суми балів по кожній діагностичній шкалі, які в подальшому співставляються з ключем і дозволяє зробити висновок про гендерний тип особистості.

Рішення про використання даної методики було прийнято у зв'язку з висунутими гіпотезами, поставленими задачами, а саме дослідження гендерних особливостей жінок, вагітних за допомогою методів ЕКЗ, вираженість показників «маскулінність, фемінність, андрогінність». Отримані дані порівнювалися з показниками 12-ої шкали опитувальника FPI (маскулінність/фемінність). Крім того, вагомої перевагою методики є простота заповнення, а також помірна затрата часу, яка становить 5–6 хвилин і при високій інформативності не погіршує дослідження.

Опитувальник «рольові очікування та претензії у шлюбі» (далі — РОП) дозволяє визначити уявлення обох подружжя про значущості у сімейному житті сексуальних відносин, уявлень про батьківських обов'язках, особистісну спільність чоловіка та дружини, господарсько-побутову сферу, професійні інтереси кожного з подружжя, ступінь важливості емоційної та моральної підтримки, зовнішню привабливість партнерів. Усі перелічені вище показники відображують основні функції сім'ї та становлять шкалу сімейних цінностей (далі — ШСЦ). Інші показники такі як, очікування подружжя за 5 шкалами: господарсько-побутової, батьківсько-вихователькой, соціальна активність подружжя, емоційно психотерапевтична та зовнішня привабливість становлять шкалу рольових очікувань та претензій (ШРОП). Опитувальник включає 36 питань для жінок та 36 питань для чоловіків. Подружжю пропонувалося самостійно ознайомитися з набором тверджень, що відповідають їх статі, і висловити своє ставлення до кожного твердження, використовуючи один із чотирьох можливі варіанти. Середній час, витрачений на заповнення опитувальника, становило 10–12 хвилин.

При обробці даної методики бали за кожною шкалою підсумовуються окремо, далі узгодженість сімейних цінностей визначається різницею балів шкали сімейних цінностей чоловіка та дружини. Чим менша різниця, тим вище узгодженість уявлень подружжя про досліджувані сфери сім'ї. Також у даній методиці, завдяки спеціально розробленим формулам, обчислюється ступінь рольової адекватності кожного з подружжя. Рішення про включення даної методики у дослідження пов'язане з поставленими завданнями, саме дослідження уявлень подружжя про основні функції сім'ї, співвідношення одержаних у партнерів результатів.

Тест «Мета в житті» (Purpose-in-Life Test, PIL) Дж. Крамбо та Л. Махоліка заснований на теорії прагнення до змісту та логотерапії В. Франкла. Тест PIL включає 20 пар тверджень на тему уявлень про фактори усвідомлення життя особистості. Кожне твердження необхідно оцінити від 1 до 7, де 1 – абсолютно не згоден, 7 – абсолютно згоден.

Відповіді дозволяють дослідити суб'єктивні переживання, пов'язані з цілеспрямованістю, внутрішньою мотивацією і життєвим оптимізмом. Бали можуть інтерпретуватися так, що високі свідчать про сильне відчуття мети та життєвого сенсу, а низькі – про відсутність ясності в особистих цілях та екзистенційну фрустрацію.

Методика включена до дослідження як додатковий інструмент, що дозволяє оцінити показник свідомості, насиченості життя.

Опитувальник «Свідоме батьківство» дозволяє розглянути окремо позицію кожного *з* батьків та взаємозв'язок обох батьківських установок та очікувань. Опитувальник може бути використаний не тільки для вивчення батьків, що вже мають дітей, але й для дослідження уявлень, фантазій про батьківство. Опитувальник має дві форми – для батьків та матерів, включає в собі 48 питань, на кожне з яких можна відповісти одним із п'яти можливих варіантів. Час, необхідний заповнення опитувальника становить9-12 хвилин. Під час обробки всі відповіді діляться на шість шкал: батьківські позиції, батьківські почуття, батьківська відповідальність, батьківські установки та

очікування, сімейні цінності, стиль сімейного виховання, батьківське ставлення. Чим вищий бал, тим вищий рівень усвідомленості батьківства (за кожною конкретною шкалою) кожного з батьків. Також методика дозволяє зіставити бали та оцінити рівень усвідомленості обох партнерів.

Тест стосунків вагітної (Pregnancy Relationship Questionnaire) створений для оцінювання емоційного стану жінки під час вагітності, а також її ставлення до майбутньої дитини, до самої вагітності та до партнера. Інструмент розроблений для допомоги психологам і лікарям у виявленні потенційних психоемоційних труднощів, які можуть впливати на перебіг вагітності та психологічне здоров'я майбутньої матері.

Жінка відповідає на серію тверджень або питань, оцінюючи рівень згоди з ними за 7 бальною шкалою. Результати тесту дозволяють ідентифікувати потенційні джерела тривоги, стресу чи конфлікту, що дає змогу надати своєчасну підтримку та рекомендації для покращення емоційного благополуччя вагітної жінки.

*Опитувальник «Шкала сприймаємого стресу — 10»*створена для суб'єктивної оцінки сприйманого стресу і є скороченою версією Шкали сприйнятого стресу, розробленої психологом Ш. Коеном. Включає дві субшкали, одна з яких вимірює суб'єктивно сприйманий рівень напруженості ситуації, а друга – рівень прикладених для подолання цієї ситуації зусиль.

Шкала містить 10 тверджень, учасникам пропонується обвести найбільш підходящий для себе варіант відповіді (з п'яти можливих). Отримані результати підраховуються окремо за кожною субшкалою, кожен пункт оцінюється від одного до п'яти балів. Далі для кожної субшкали бали підсумовуються, для субшкали «Протидія стресу» інвертується. Час необхідний для заповнення 7-8 хвилин.

*Опитувальник оцінки здоров'я пацієнта (PHQ-9).*У «Опитувальнику оцінки здоров'я пацієнта» кластер щодо виявлення депресивних симптомів PHQ-9, був виокремлений із опитувальника цілком («Patient Health

Questionnaire») як самостійна шкала, з п’яти можливих, для виявлення депресивної симптоматики.

Опитувальник дозволяє при мінімальних часових витратах не тільки виявити ознаки депресії, а й попередньо оцінити їх тяжкість. При високій надійності заповнення даного опитувальника потрібно всього 4 -5 хвилин. Випробуваному пропонується відповісти на 9 питань одним із чотирьох можливих варіантів; кожен із варіантів оцінюється в балах, всі бали підсумовуються. Інтерпретація загальної кількості балів: 1–4 – мінімальна депресія, 5-9 — легка депресія, 10-14 — помірна, 15-19 — важка, 20-27 — вкрай тяжка депресія.

Опитувальник порушень здорової поведінки є інструментом для досліджень у психології здоров’я. Опитувальник діагностує загальний показник схильності до порушень здорової поведінки, що відповідає психометричним вимогам надійності, валідності. Дозволяє оцінити 8 субшкал: 1) потяг до куріння; 2) порушення харчування; 3) нехтування безпекою; 4) потяг до алкоголю; 5) гонитва за моднімміджем; 6) низький самоконтроль; 7) емоційна некомпетентність;8) саморуйнівна поведінка.

Опитувальник складається з 63 питань, що описують непрямим чином основні типи порушень здорової поведінки. Середня кількість часу, необхідного для заповнення опитувальника – 10–12 хвилин. В інструкції респонденток просили відповідати так, як вони вчиняють у актуальному стані, тобто у період вагітності. Відповіді являють собою чотирьох бальну оціночну оцінну шкалу («ніколи», «рідко», «часто», «завжди»). У опитувальнику є прямі та зворотні завдання. Під час обробки даних підраховується сума балів за кожною окремою шкалою, яка надалі співвідноситься з ключем(нормою). Також оцінюється загальний показник порушень здорової поведінки.

Полуструктуроване інтерв’ю після пологів. Після народження дитини для нормального розвитку та формування здорової дитячо-батьківської прихильності важлива робота домінанти, що забезпечує безпеку, харчування та емоційну близькість новонародженої дитини та матері. Домінанта допомагає

матері на якийсь час центрувати свою поведінку на дитині, така поведінка є достатньо стабільною та передбачуваною, що визначає у дитини почуття базової безпеки. Для вивчення поведінки жінки під час пологів застосовувався аналіз медичної документації, а також суб'єктивна оцінка власних переживань жінки, яка проводилася за допомогою інтерв'ю підчас завершальної (третьої) зустрічі, у перший тиждень після народження дитини.

Переважно інтерв'ю реалізовувалось на 5–10 день після народження дитини, з урахуванням стану жінки. До складу завершального етапу входила робота з медичною документацією (відстеження способу розродження, медичні особливості ведення пологів, стан новонародженої дитини за шкалою Апгар, необхідність надання реанімаційних заходів, необхідність перебування дитини у відділенні інтенсивної терапії новонароджених, переведення в спеціалізовані дитячі лікарні області). Інтерв'ю, що включає дванадцять питань про суб'єктивне сприйняття жінкою процесу пологів, першого контакту з дитиною, першого прикладання до грудей, ранньої післяпологової взаємодії зі своєю дитиною. Під час інтерв'ювання за можливості велося спостереження за жінкою та дитиною.

Важливим завданням завершального інтерв'ю було відстежити особливості взаємодії матері та дитини, способи побудови контакту, стиль звернення до дитини, особливості прояву материнської компетентності, залучення помічників для догляду за дитиною, оцінити емоційний аспект, який проявляється у задоволеності / незадоволеності нової Я ролі матері, оцінити суб'єктивний досвід, отриманий жінкою під час пологів, проаналізувати очікування та реальність, дослідити наявність тривожних очікувань, загальне тло настрою у перші дні після народження дитини

Дане інтерв'ю представлено у додатку В.

2.2. Аналіз роботи з медичною документацією

Відомо, що в період вагітності відбувається серйозна гормональна перебудова, підвищується навантаження майже всі системи організму, тому важливим є розуміння особливостей фізичного стану жінки в період до вагітності та у період виношування дитини. Для врахування факторів можливого впливу фізичних ускладнень, супутніх вагітності, на психічне здоров'я, був проведений ретроспективний медичний аналіз документації всіх жінок (n=61), які взяли участь у дослідженні.

Аналіз медичної документації вагітної жінки дозволив відстежити наявність хронічних захворювань до вагітності, особливості перебігу попередніх вагітностей (якщо вони були), особливості даної вагітності, вивчити медичні аспекти пологів та додаткові медичні маніпуляції, що сприяють процесу розродження. У таблиці 2.1 представлені захворювання, зазначені в анамнезі жінок досліджуваної вибірки.

Таблиця 2.1

Аналіз медичної документації

Назва захворювання	Жінки першої групи (n=31)	Жінки другої групи (n=30)
Безпліддя	77,5% (n=24)	3% (n=1)
Міопія	22,5% (n=7)	13% (n=4)
Холестаз	6% (n=2)	0
Ожиріння (різного ступеня)	3% (n=1)	10% (n=3)
Гіпотиреоз	3% (n=1)	0
Гастрит	10% (n=3)	13% (n=4)
Варикозне розширення вен	вен 3% (n=1)	3% (n=1)
Бронхіальная астма	3% (n=1)	0
Анемія	6 (n=2)	3% (n=1)
Холецистит	3% (n=1)	0
Міома матки	6% (n=2)	0

Продовження таблиці 2.1

Ниркова недостатність / Пієлонефрит	10% (n=3)	3% (n=1)
Гепатит С	3% (n=1)	0
Эндометріоз	6% (n=2)	0
Полікистоз	6% (n=2)	0
Остеохондроз	3% (n=1)	3% (n=1)
Тонзиліт	6% (n=2)	3% (n=1)
Тиреотоксикоз	0	3% (n=1)

Окремо був проведений аналіз медичної документації новонародженої дитини, що дозволяє оцінити стан дитини в момент народження, необхідність надання додаткових медичних маніпуляцій у перші години життя.

З вище наведених даних випливає, що жінки першої групи мають більш обтяжений соматичний анамнез по різним захворюванням, зокрема гінекологічним. Також з медичної документації було отримано інформацію про супутні патології. Діагноз «загроза переривання вагітності» у першій групі жінок відзначений у 74% (n=23), у другій групі жінок – 23% (n=7). Наявність токсикозу/гестозу у першій групі жінок відзначено у 61% (n=19), у другій групі жінок – у 27% (n=8).

Аналіз медичної документації після розродження проводився з метою оцінки зв’язку готовності до материнства та процесу розродження, зіставлення очікувань жінок у період вагітності та реальної події, а також для оцінки стану здоров’я жінок з різних груп у ранньому післяпологовому періоді та новонародженої дитини в перші дні життя.

Спосіб розродження представлений на рисунку 2.1.

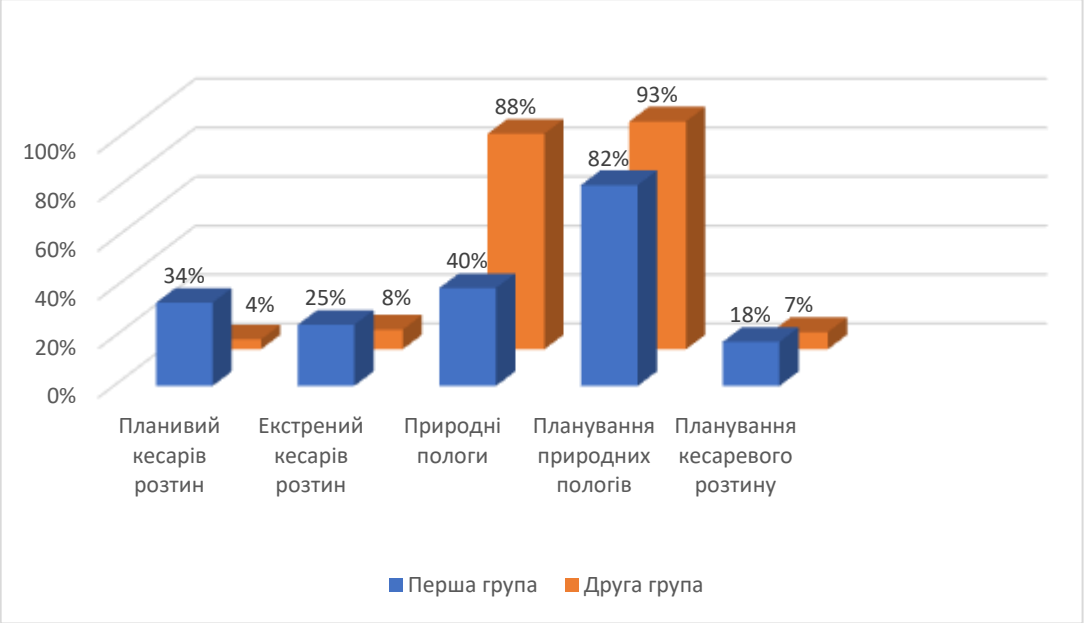


Рис. 2.1. Аналіз способу розродження (планового і того, що мав місце бути) у жінок в обох групах

З наведених даних випливає, що 59% жінок першої групи та 12% жінок другої групи були прооперовані, пологи через природні родові шляхи відбулися у 40% жінок першої групи та 88%жінок другої групи. У цьому під час першого інтерв'ю 18% жінок першої групи та 7% жінок другої групи висловлювали, що віддали б перевагу оперативному способу розродження, інші учасниці висловлювалися за пологи через природні родові шляхи. Проаналізувавши отриману інформацію, можна зробити висновок, що у 40% жінок першої групи і5% жінок другої групи, відбулося неузгодженість очікувань та реальності від майбутніх пологів.

Співставивши термін початку пологів у двох досліджуваних групах жінок, можна зробити висновок про те, що жінки, вагітні за допомогою ЕКЗ, на 25%частіше вступили в пологи раніше терміну, що збільшує ризик втрати дитини, достовірно частіше веде до загального погіршення соматичного та психічного здоров'я дитини в ранньому дитинстві, підвищує ризик розвитку ожиріння в підлітковому віці.

Найбільш докладний термін вступу до пологів представлений у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Аналіз терміну настання пологів у жінок двох досліджуваних груп

Строк гестації (тижні) 0	**Жінки першої групи n=31, частота зустрічей**	**Жінки другої групи n=30, частота зустрічей**
IV ступінь(с 24 до 28)	10% (n=3)	0
III ступінь (з 28 по 31)	3% (n=1)	3% (n=1)
II ступінь недоношеності (з 31 по 34)	3% (n=1)	0
I ступінь недоношеності (з 34 по 37)	6% (n=2)	6% (n=2)
Доношені (38 тижнів и більше)	78% (n=24)	91% (n=27)

У таблиці 2.3 представлені медичні маніпуляції, які були потрібні учасницям досліджуваної вибірки у процесі народження дитини.

Таблиця 2.3

Особливості перебігу пологів у двох досліджуваних групах жінок

Медична маніпуляція	**Жінки першої групи (n=31)**	**Жінки другої групи (n=30)**
Крапельниця окситоцину	10% (n=3)	10% (n=3)
Епідуральна анестезія	82% (n=25)	35% (n=10)
Ушивання розриву промежини	6% (n=2)	10% (n=3)
Амніотомія	3% (n=1)	20% (n=6)
Пігулки ламінарії	3% (n=1)	3% (n=1)
Переливання крові 0	3% (n=1)	0
Ручне відділення плаценти	6% (n=2)	3% (n=1)
Епізіотомія	10% (n=3)	14% (n=4)
Вакуумна екстракція плода	9% (n=3)	3% (n=1)

Найчастішою медичною маніпуляцією в процесі розродження в обох групах незалежно від способу настання вагітності, є епідуральна анестезія. У групі жінок, вагітних за допомогою ЕКЗ, епідуральна анестезія надавалася вдвічі частіше, в 82%, ніж у групі жінок, вагітних у природному циклі, – 35%. Жінки першої групи достовірно частіше потребували застосування допоміжних методів розродження. Проаналізувавши загальний відсоток різних медичних маніпуляцій на етапі супроводу пологової діяльності виявляється, що 100% жінок, вагітних за допомогою методів ЕКЗ, і 67% жінок, вагітних у природному циклі, які взяли участь у дослідженні, потребували додаткової медичної допомоги у процесі супроводу родової діяльності.

Аналіз медичної документації новонародженої дитини дозволив відстежити стан дитини в перші хвилини після народження, отриману при народженні оцінку за шкалою Апгар, обсяг надання лікарської допомоги, необхідність перебування у дитячому відділенні (що дозволяло відстежити наявність розлуки з матір'ю), чи потрібно було переведення до інших дитячих лікарень області.

У першій групі жінок дитина була розлучена з матір'ю у 29% (n=9), у другій групі – 9% (n=3). Існує ряд досліджень, що описують негативні психологічні наслідки госпітальної депривації недоношених дітей із матір'ю, дефіциту сенсорного контакту [32]. Можна припустити, що 28% дітей, народжених раніше терміну, потрапляють у «зону підвищеного ризику» виникнення не тільки неврологічних порушень здоров'я, а й появи певних психологічних особливостей. На рисунку 2.2 представлений аналіз оцінки за шкалою Апгар, отриманої після народження новонародженої дитини у двох досліджуваних групах.

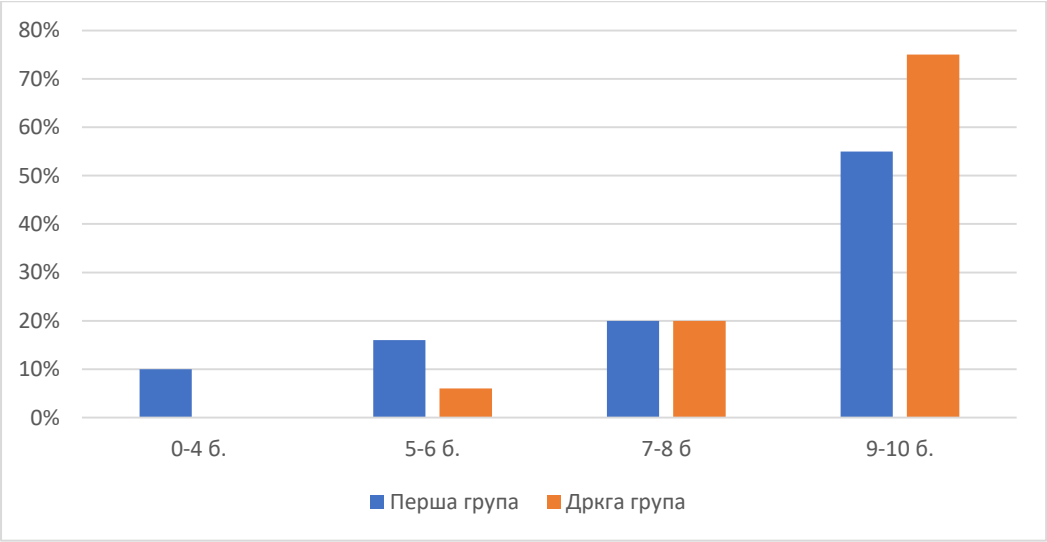


Рис. 2.2 Оцінка новонародженої дитини за шкалою Апгар в обох досліджуваних групах жінок

У першій групі жінок 10% (n=3) дітей отримали дуже низький бал при народженні, діти у другій групі жінок не отримували оцінку нижче за 4 бали. 16% (n=5) дітей першої групи отримали за народження оцінку 5-6 б. за шкалою Апгар, порівняно з 6% (n=2) дітей другий. Рівна кількість дітей в обох групах (20%; n=6) отримали оцінку7-8 б. Найбільш сприятливу оцінку, у 9-10 б., отримали 55% (n=17) дітей першої групи та 70% (n=21) дітей другої групи.

Внаслідок вивчення медичної документації вагітних жінок був проведений аналіз стану здоров'я жінок протягом вагітності, аналіз процесу розродження та стану здоров'я новонароджених дітей у перші години життя. Що дозволило сформулювати висновок, що жінки першої групи мають більш обтяжений соматичний анамнез до вагітності та період вагітності, у 25% завершували вагітність раніше строку, втричі частіше завершували вагітність оперативним шляхом, а загальний показник здоров'я новонароджених дітей у першій групі був важчим. Таким чином, можна припустити, що наявність стресового фактора, тривоги за стан здоров'я дитини та свого власного здоров'я здатне негативно вплинути на психоемоційний стан як матері, так і дитини, і відзначити, що даний фактор значно вищий у групі жінок, вагітних за допомогою ЕКЗ.

Порушений психоемоційний стан у ранньому післяпологовому періоді здатен надалі призвести до розвитку ПТСР, післяпологової депресії, невротичні стани та інші порушення з боку психічної системи, тому потребує уваги фахівця.

2.3. Результати вивчення психологічної готовності до материнства

Першим блоком психологічної готовності до материнства виділено *потребово-мотиваційний компонент*.

Найчастіше мотивом материнства, що зустрічається в обох групах, є «жіноча реалізація», представлений у першій групі у 47% відповідей та у 23% відповідей жінок другої групи. Друга за частотою відповідь «розвиток стосунків» – у 11% жінок першої групи та 26%жінок другої групи. Відповідь «настав час» обрали 12% жінок першої групи та 19% жінок другої групи. Таким чином, переважання мотиву підтвердження власної жіночої ідентичності значно переважає у групі жінок, вагітних внаслідок застосування ЕКЗ.

Аналіз мотиву материнства вдвох досліджуваних групах представлений рисунках 2.3 і 2.4.

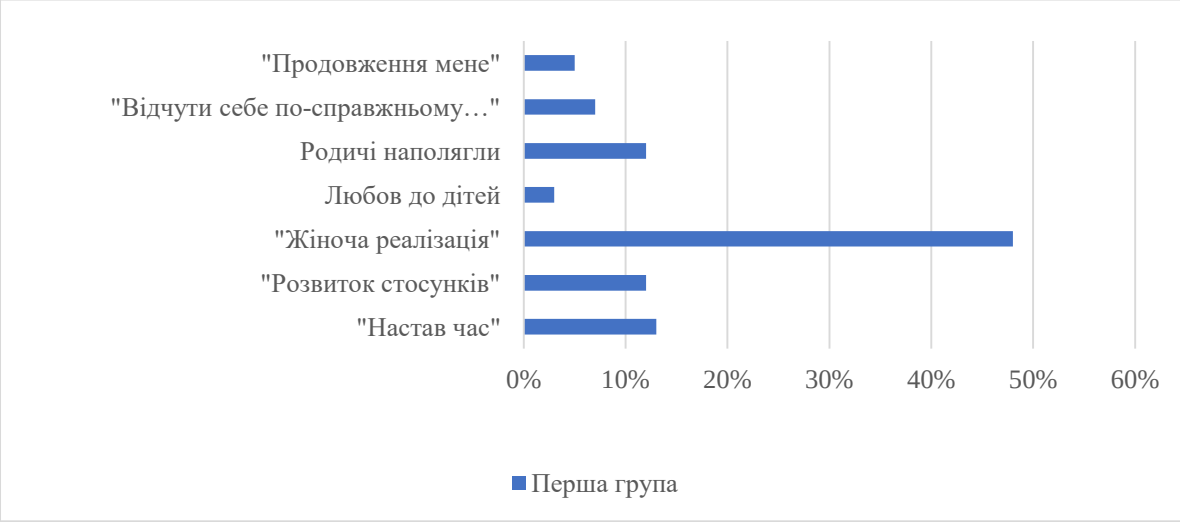


Рис. 2.3. Аналіз розподілу мотиву материнства у першій групі вагітних жінок

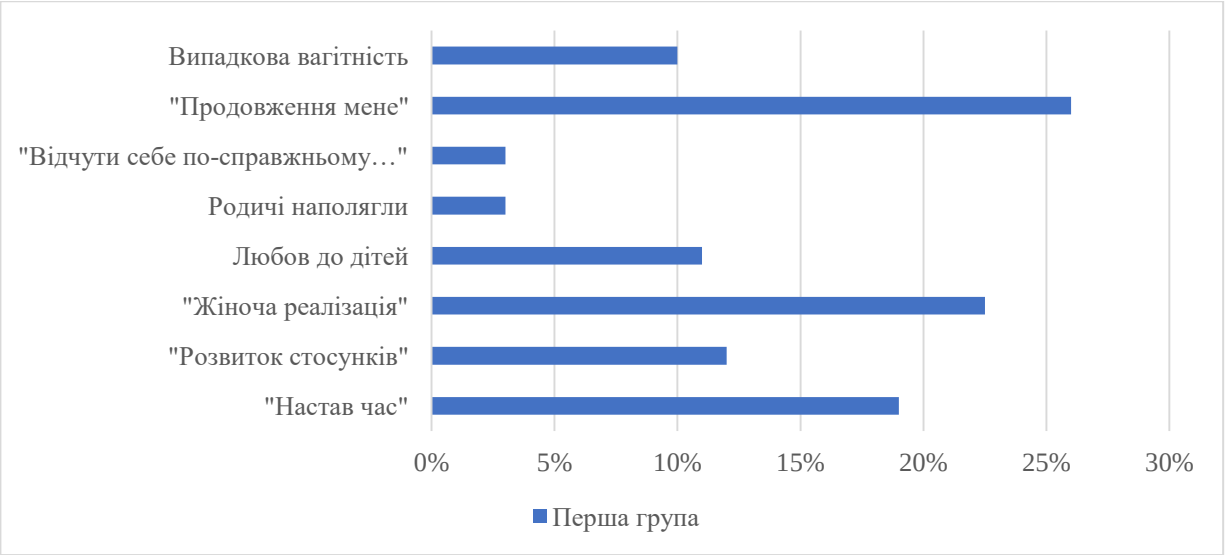


Рис. 2.4. Аналіз розподілу мотиву материнства у першій групі вагітних жінок

З аналізу відповідей випливало, що жінки першої групи досить успішно реалізувались у професійному плані та на певному відрізку життєвого шляху, відчули бажання реалізуватися в материнстві, яке не змогли реалізувати без лікування за допомогою ЕКЗ. Ймовірно, труднощі, що виникли із зачаттям дитини, не здаються їм непереборною перешкодою, а сприймаються як завдання, яке вирішується сучасною медициною. Цінність особистості дитини в даному випадку має другорядне значення, спираючись на традиційний поділ репродуктивних мотивів на конструктивні та деструктивні, можна зробити висновок що даний мотив відноситься до групи деструктивних. Деструктивні мотиви материнства не ставлять дитину самоціллю, а скоріше, як засіб досягнення будь-яких цілей, у тому числі «самореалізації». Водночас, у першій групі втричі частіше зустрічається мотив «родичі наполягли». До конструктивних репродуктивних мотивів відносять ті, що пов’язані з розвитком сімейної системи, орієнтовані на дитину, на радість, виховання. «Любов до дітей» як мотив вагітності вказали 3% жінок першої групи та втричі більше жінок другої групи — 11%. Відповідь «випадкова, не запланована вагітність» зустрічався лише у групі жінок з фізіологічною вагітністю 10%, що логічно, враховуючи спосіб наступу вагітності у жінок основної дослідницької групи.

За допомогою питань інтерв'ю досліджувалося кількість часу, протягом якого жінка відчувала «бажання материнства». Середній час у першій групі становило 7,10±5,74 років, у другій групі жінок – 4,04±4,82 років. Таким чином, можна відзначити, що бажання материнства відчувалося у першій групі жінок вдвічі більш тривалий час. Жінки обох груп зазначили, що, усвідомивши бажання материнства вони стали виявляти ініціативу щодо підготовки до батьківства (готуватися фінансово, шукати партнера чи обговорювати з партнером бажання народити дитину, замислюватися про спосіб життя тощо).

Важливим критерієм готовності до материнства є свідомість розуміння зміни звичного способу життя та вміння підлаштуватися до вимог новонародженої дитини. В інтерв'ю досліджувалися уявлення жінки про готовність годувати дитину грудьми, передбачуваний термін зберігання грудного вигодовування, тривалість відпустки по догляду за дитиною, залучення помічників. Більшість вагітних жінок двох досліджуваних груп планують годувати дитину грудьми: 94% жінок першої групи та 97% жінок другої групи. Однак у першій групі жінок 6% висловилися категорично проти, у групі фізіологічно вагітних жінок – 3%.

Напівструктуроване інтерв'ю включало в себе ряд незавершених речень, які пропонувалося закінчити жінці самостійно. Відповіді у двох досліджуваних групах жінок слабо різняться і найпопулярнішою відповіддю, що завершує пропозицію «я хочу бути матір'ю…» була відповідь «здорової дитини», так відповіли 18% всіх досліджуваних жінок, друге за популярністю місце отримали відповіді «і я нею скоро буду» – 11% та «великої кількості дітей» – 10%. Інші відповіді були поодинокі. Однак слід зазначити той факт, що вагітні жінки першої групи у 23% дали відповідь «своїх дітей», що підкреслює важливість не просто наявності у сім'ї дитини, а саме генетично своєї дитини.

У відпустку по догляду за дитиною планують піти 100% жінок першої групи та 93%другої. Більш ніж третина жінок як у першій групі 48%, так і у другій 37% планують перебувати у відпустці для догляду за дитиною до трьох років. Відпустку по догляду за дитиною до півтора року планують 13% жінок

першої групи та 30% жінок другої групи. До дворічного віку дитини 19% жінок першої групи та 20% жінок другої групи.

Також у жінок досліджувалося уявлення про те, як вони сприймають час, проведене у відпустці по догляду за дитиною (рис. 2.5).

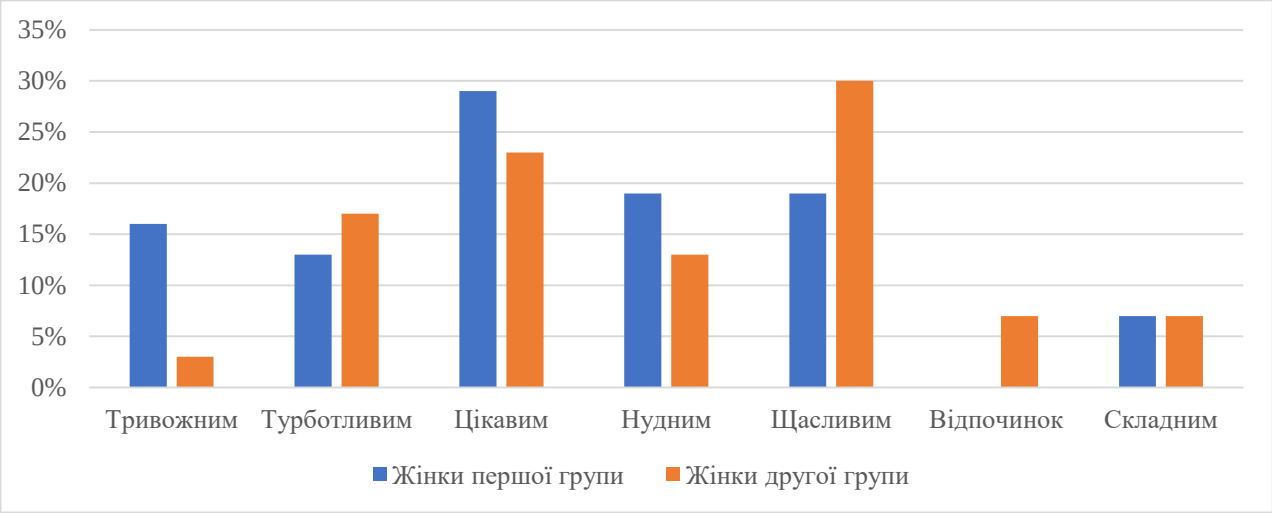


Рис. 2.5 Аналіз суб'єктивної оцінки відпустки для догляду за дитиною у двох досліджуваних групах жінок

Найбільша кількість жінок першої групи 29% та 23% жінок другої групи, вважають час у відпустці для догляду за дитиною «цікавим. 19% (n=15) жінок першої групи та 30% (n=26) жінок другої групи відповіли, що цей час є «щасливим». 13% (n=11) жінок першої групи і 17% (n=14) жінок другої групи вважають цей час «спокійним і сповненим доглядом за дитиною». По 7% жінок у кожній групі відповіли, що вважають час у відпустці для догляду за дитиною «складним і таким, що буде важко винести». 19% жінок першої групи та 13% жінок другої групи відповіли, що це «нудний та одноманітний час». 16% жінок першої групи та 3% жінок другої групи сприймають відпустку з догляду за дитиною як «тривожний, наповнений різними побоюваннями час», що можливо вказує на більш високий рівень тривожності у першій групі жінок. У другій групі жінок у 7% звучала відповідь, що цей час є відпочинком від набридлої роботи». Аналіз відповідей з цього питання не виявляє значних відмінностей у

двох досліджуваних групах жінок, за винятком підвищеного рівня тривожних очікувань та деякого зниження відчуття щастя у першій групі вагітних жінок.

Порівнявши дві досліджувані групи жінок за рівнем психологічної готовності до материнства за потребово-мотиваційним компонентом, отримано відмінності в частоті конструктивного мотиву. Жінки, вагітні за допомогою ЕКЗ, достовірно рідше висловлюють конструктивний мотив материнства, виводячи на перше місце «власну жіночу реалізацію у материнстві». Також, серед жінок першої групи, у 5 разів частіше зустрічалося тривожне очікування від часу проведеного у відпустці по догляду за дитиною.

Когнітивно-операційний компонент психологічної готовності до материнства досліджувався за допомогою питань інтерв'ю у двох досліджуваних груп за допомогою опитувальника «Свідоме батьківство», а також тесту «Мета в житті».

Серед респондентів першої групи 26% жінок завітали до курсів школи молодих батьків. У другій групі 39% жінок відвідали дані курси.

Жінки другої групи достовірно частіше відвідували курси школи молодих матерів. Найбільш відвідуваними лекціями для жінок як першої, так і другої групи стали лекції на теми пологів, грудного вигодовування та догляду за новонародженою дитиною.

За професійною психологічною допомогою в період вагітності звернулися 10% жінок першої групи, 1 з яких за рекомендацією лікаря. Теми звернення: підвищена материнська тривога, страх не виношування вагітності, опрацювання власних дитячих психотравм, відсутність готовності до материнства та страх контакту з новонародженою дитиною. Серед жінок другої групи 3% (1 жінка) – у направленням лікаря, перебуваючи в стаціонарі. Тема звернення: непереборний страх втрати вагітності, страх природних пологів. У таблиці 2.4 представлені основні відвідувані лекції школи молодих батьків.

Таблиця 2.4

Аналіз відвідуваних лекцій школи молодих батьків

Тема відвіданої лекції	Жінки першої групи	Жінки другої групи
Пологи	23% % (n=7)	37% (n=11)
Догляд за новонародженою дитиною	16% (n=5)	40% (n=12)
Ранній післяпологовий період	3% (n=1)	23% (n=7)
Грудне вигодовування	19% (n=6)	37% (n=11)
Партнерські пологи	3% (n=1)	0
Розвиток дитини до 1 року	13% (n=4)	27% (n=8)

Блок питань першого інтерв'ю дозволив досліджувати уявлення майбутньої матері про процес виховання дитини, чи планує вона дотримуватися більш жорсткого режиму дня, визначеного чітко обмеженого графіку та часу або м'якішого адаптованого під потреби та поведінку дитини. Жінки першої групи в 58% (n=18) обрали більш м'який варіант, орієнтований на потреби дитини, й у 42% (n=13) жорсткіший графік годування за годинам. Жінки другої групи 70% (n=21) обрали м'якший графік, відштовхуючись від потреб дитини та у 30% (n=9) більш фіксований прийом їжі та обмежений контакт. Вищенаведені дані вказують на переважання у другій групі жінок більшого підстроювання під новонароджену дитину, м'якшого режиму розвитку та виховання. Використанню зменшувально-пестливих слів у зверненні до дитині віддали перевагу 65% (n=24) жінок першої групи та 73% (n=20) жінок другої групи. Відповідь «часте взяття дитини на руки» обрала майже половина респонденток 45% (n=14) першої групи, і другої 50% (n=15).Проаналізувавши цей блок питань інтерв'ю, можна зробити висновок, що жінки, вагітні у природному циклі, достовірно частіше налаштовані брати до уваги індивідуальні особливості дитини, частіше виявляють емпатію, ніжність до дитини. Жінки, вагітні за допомогою ЕКЗ, налаштовані на більш

чітке дотримання порядку дня та норм поведінки. За допомогою опитувальника «Свідоме батьківство» у двох групах жінок встановлено, що жінки, вагітні в природному циклі, мають більш виражену батьківську прихильність до своїх дітей, більш емпатійні, включені у контакти з дитиною. Жінки, вагітні за допомогою застосування ЕКЗ, більш повно поінформовані про норми розподілу батьківських ролей, правил і установок, прийнятих у суспільстві і більш віддані їм у вихованні дітей, менш емпатійні, більш дистанційовані. Отримані дані підтверджуються за допомогою контенту аналізу відповідей, отриманих в ході інтерв'ю.

Аналіз результатів застосування Тесту «Мета в життя», дозволяє припустити, що жінки, вагітні за допомогою ЕКЗ, є менш включеними у повсякденне життя, слабо задоволені тим, що відбувається в теперешньому, при цьому вони можуть знаходити сенс життя як у своєму минулому, так і у фантазіях про майбутнє. Жінки, вагітні в природному циклі, навпроти мають більш емоційно насичені уявлення про існуюче реальне життя. Показники за рештою 5 шкал перебувають у межах середньої статистичної норми

Підсумовуючи аналіз психологічної готовності до материнства по когнітивно-операційному компоненту у двох досліджуваних групах вагітних жінок, можна зробити висновок, про те, що жінки, вагітні з за допомогою ЕКЗ, більш повно обізнані про норму розподілу батьківських ролей, правил і установок, прийнятих у суспільстві, і більше віддані їм у вихованні дітей, при цьому вони менш емпатійні, більш дистанційовані. У групі жінок, вагітних у природному циклі, навпаки, домінує емоційна складова батьківства, прихильність, емпатія, батьківська любов. Жінки з вагітністю, що настала в результаті застосування ЕКЗ, менш задоволені своїм повсякденним життям у теперешньому, ніж жінки з природньою вагітністю. Таким чином, можна зробити висновок, що рівень психологічної готовності до материнства за цим компонентом, у жінок вагітних з допомогою ЕКЗ нижче, ніж у групі жінок, вагітних у природному циклі.

Основним методом оцінки психологічної готовності до материнства за *батьківсько-виховним компонентом* був контент-аналіз відповідей, отриманих в ході напівструктурованого інтерв'ю. У даному блоці аналізувалась суб'єктивна оцінка готовності до материнства, особливості ранніх дитячо-батьківських взаємин, а також уявлення про те, якою мамою жінка буде своїм дітям, стиль виховання якого планує дотримуватись.

Суб'єктивно свою готовність до материнства жінки двох груп оцінили досить високо, жінки першої групи – 7,77, де10 – максимально можливий бал, жінки другої групи – 7,55.Досить висока суб'єктивна оцінка вказує на внутрішнє відчуття готовності до змін, що відбуваються в житті, до певних обмежень до виховання дитини.

Оскільки родина та соціальне середовище, що оточує дитину в дитинстві, впливає на модель репродуктивної поведінки у дорослому віці, то в інтерв'ю були включені питання, спрямовані на вивчення нуклеарної сім'ї та свої уявлення про дитинство. Більшість людей у власному сімейному житті частково неусвідомлена за принципом ідентифікації з тим з батьків, з ким співпадає стать і імітують форми взаємовідносин, які демонструються їхніми батьками. Більшість респонденток загалом даєпозитивне забарвлення дитячого періоду у своєму житті і оцінює його як щось «радісне і добре», така відповідь була отримана від 90% жінок першої групи та 84% жінок другої групи. Присутність елементів заохочення та покарання в дитинстві відзначають 39% жінок першої групи та 53% жінок другої групи. Більшість жінок жили у повній батьківській сім'ї, з сиблінгом 58% жінок першої групи та 57% жінок другої групи. 6% жінок першої групи та 10% жінок другої групи виховувалися лише матір'ю. Емоційну підтримку від матері в дитинстві отримували 32% жінок першої групи та 50%жінок другої групи. Емоційну підтримку від батька отримували 29%жінок першої групи та 37% жінок другої групи. Відповідь «від інших членів сім'ї» було отримано від 19% жінок першої групи та 27%жінок другої групи.

Також в інтерв'ю жінок просили описати свої взаємини з матір'ю в дитинстві шляхом асоціації, використовуючи хоча б 5 слів (використання більшої кількості слів заохочувалося). Це завдання більш ніж для половини респонденток виявилася складним, важко здійсненним, таким що викликало опір. Частина з них, 16% жінок першої групи та 13%жінок другої групи, категорично відмовилися відповідати, посилаючись на те, що пройшло багато часу та спогади не збереглися. Ті ж, хто намагався завдання виконати, зазнавали труднощів у підборі 5 слів, витримували великі паузи. 11% із загальної кількості досліджуваних жінок виконали завдання з легкістю та відтворили понад 5 асоціацій. Аналіз асоціативного ряду спогадів контакту з матір'ю дозволив виявити фактор благополучних взаємин з власною матір'ю в дитинстві в групі жінок з вагітністю, що настала у природному циклі, 77% описували відносини як «теплі, дбайливі, ніжні, поважні, довірчі, добрі», 7% дали негативне забарвлення «сварки, скандали, недовіра», 3%основним критерієм виділили надмірний контроль та тривогу. У групі жінок, вагітних за допомогою ЕКЗ, високий відсоток неблагополучних спогадів про дитячо-батьківські стосунки з матір'ю: 52% жінок описали взаємини з матір'ю як «холодність, байдужість, тривога, підпорядкування, строгість», 10% основним критерієм виділили, що мати багато працювала і рідко займалася вихованням (ближчі взаємини у цих жінок були з іншими членами сім'ї, батьком або бабусею) та 19%описують взаємовідносини як «теплі та довірчі». Таким чином, за цим параметром дві групи досліджуваних жінок помітно різняться між собою. Загальна кількість позитивних оцінок взаємовідносин з матір'ю у першій групі жінок значно нижча і становить 19%, а у другій групі — 80%.

Взаємини з батьком у дитинстві жінок другої групи можна умовно розділити на три категорії: найпоширеніша відповідь 63%– «захист, любов, виховання, підтримка, дружба, допомога», 19% важко дати будь-яку характеристику взаємин із батьком, 20% охарактеризували взаємини з батьком негативно як «безвідповідальність, алкоголізм, сварки». У першій групі жінок 35% охарактеризували взаємини з батьком як «ніякі», 32% (n=26) як «любов,

спокій, радість, гордість, гумор, я, напевно, більше татова донька», 16% «контроль, емоційна дистанція, періодичні покарання, відстороненість» і 19% «поважні, але багато працював». Слід зазначити, що позитивні стосунки з батьком у жінок, вагітних за допомогою ЕКЗ, зустрічалися вдвічі рідше, ніж у групі жінок, вагітних природним шляхом.

Таким чином можна зробити висновок, що жінки першої групи мають значно важчі взаємини зі своїми батьками, як із матір'ю, так і з батьком. Своєчасне виявлення порушених уявлень про власне дитинство, деструктивних взаєминах з батьком та матір'ю ймовірно дозволить компенсувати в процесі психокорекції негативний внутрішньосімейний досвід, до народження власної дитини і стане профілактикою порушень дитячо-батьківських взаєминах у контакті з дитиною.

Одним із важливих компонентів готовності до материнства є особливості особистості, а також способи побудови соціальних контактів, особливості взаємовідносин із партнером. *Соціально-особистісний компонент* психологічної готовності до материнства вивчався за допомогою низки питань напівструктурованого інтерв'ю, Фрайбурзького особистісного опитувальника (FPI), опитувальника «Діагностика психологічної статі» та опитувальника «Рольові очікування та домагання у шлюбі».

При аналізі усних відповідей, що дозволяють оцінити наявність суб'єктивних відмінностей у партнерських взаєминах до вагітності та в період вагітності, різниці між двома порівнюваними групами виявлено не було. Суб'єктивно50% досліджуваних жінок зазначають, що «не помітили будь-яких змін» у подружніх взаєминах з настанням вагітності, інші 50% жінок зазначають, що «відносини змінилися». Серед найбільш найпоширеніших відповідей у групі жінок, які виявляють зміни в подружніх взаєминах, звучала така відповідь, як «відчула збільшення турботи з боку партнера», так відповіли 23% всіх досліджуваних жінок вибірки. 11% жінок відзначають зменшення сексуальних контактів. 1 пара із групи фізіологічної вагітності розлучилась під час вагітності. Більшість жінок, які взяли участь у дослідженні, високо

оцінюють задоволеність подружніми взаємини: жінки першої групи оцінюють задоволеність взаєминами в 8,5 балів (при максимальній оцінці 10), жінки другий групи – 9 балів. Високі показники суб'єктивної задоволеності подружніми взаємини, ймовірно, вказують на гарну адаптацію до партнера, розвинене вміння конструктивного співробітництва у парі, чи вказують на бажання піднести партнерські взаємини у більш «привабливому образі» для дослідника.

Для дослідження особистості використовувався Фрайбурзький особистісний опитувальник.

Середнє значення за всіма шкалами знаходиться у межах середньої норми (4–6 балів). Середній показник за шкалою екстраверсії / інтроверсії у двох групах не вказує на переважання одного з можливих полюсів, а знаходиться у згладжених середніх значеннях. Показник за шкалою виразності фемінних / маскулінних рис знаходиться в середніх межах, що вказує на андрогінність жінок двох груп, які взяли участь у дослідженні. Жінки обох груп мають середній діапазон спонтанної виразності агресивності, проте жінки першої групи займають верхню межу, а жінки другої групи нижню. Таким чином, жінки основної групи більш імпульсивні, а жінки другої групи відзначаються меншою агресивністю.

Однією з гіпотез дослідження виступило припущення, що жінки, які зазнають репродуктивних труднощів, мають менше вираженими фемінні рисами, які проявляються у поведінці як зниження жіночності, м'якості, плавності, в той же час виявляються посиленням прагнення до домінування, напористості, влади, деякої жорсткість у контакті, зниженій емпатії. Для перевірки цього припущення крім напівструктурованого інтерв'ю, 12-ї шкали методики FPI використовувався опитувальник «Діагностика психологічної статі».

У результаті аналізу виявлено статистично значущий зв'язок по всіх трьох показниками: «маскулінність», «фемінність» та «загальний результат». Однак обидві групи перебувають у межах андрогінності. Таким чином, можна

зробити висновок, що жінки, які взяли участь у дослідженні, не мають вираженої маскулінності або фемінності, вони андрогінні, що означає присутність обох початків. Таким чином, найбільш часто зустрічається у двох досліджуваних вибірках психологічна стать — андрогінність. Однак, фемінність жінок першої групи менш виражена, ніж фемінність жінок другої групи. Приналежність до групи, що вказує на наявність/відсутність репродуктивних труднощів, має статистично доведений зв'язок з трьома показниками «фемінність», «маскулінність», «андрогінність». Отримані результати дозволяють зробити висновок, що, незважаючи на біологічну приналежність до певної статі, такі психосоціальні конструкти як «фемінність», «маскулінність», «андрогінність» містять собі та фактор «соціальної бажаності», при ідентифікації себе, статеворольової ідентичності. Висунута гіпотеза, про переважання групи жінок, мають репродуктивні проблеми найбільш виражених «маскулінних» характеристик, підтвердилася.

Також, в даному компоненті, досліджувалися задоволеність шлюбом, рольові очікування та домагання у шлюбі, за допомогою опитувальника «Рольові очікування та домагання у шлюбі». Результати демонструють наявність достовірно значимих статистичних відмінностей у двох порівнюваних групах жінок за батьківською виховною шкалою (очікування), що означає, що жінки першої групи мають більш виражені очікування на активну батьківську позицію партнера порівняно з жінками другої групи. Відмінностей щодо решти шкал отримано не було.

Узагальнюючи дані, отримані за допомогою опитувальника «Рольові очікування та домагання у шлюбі», можна зробити такі висновки: жінки другої групи більше покладаються на власні сили в організації побутового життя сім'ї та питаннях виховання дітей, жінки першої групи прагнуть поділяти домашні, батьківські обов'язки з партнером у рівних пропорціях, вони більш орієнтовані на включеність партнера до організації господарсько-побутових умов сім'ї, а також очікують більшої включеності чоловіка до процесу батьківського виховання дітей. Жінки першої групи більш амбітні щодо власної професійної

реалізації, орієнтовані на кар'єрне зростання, у порівнянні з жінками другої групи, які спокійно сприймають власну професійну реалізацію і більше покладаються на кар'єрне зростання партнера.

За результатами оцінки соціально-особистісного компонента можна зробити наступний висновок: жінки, які мають репродуктивні труднощі імпульсивні, менш «жіночні». У групі жінок, які не мають репродуктивних труднощів, відзначається зворотна тенденція — жінки менш агресивні. Фемінність жінок першої групи менш виражена, ніж фемінність жінок другої групи.

Жінки, які мають репродуктивні труднощі, мають вищий рівень очікувань від включеності партнера до поділу домашніх обов'язків та участі у вихованні дітей, на відміну від жінок, які не мають репродуктивних труднощів, і більше покладаються на себе, ніж партнера.

В емоційно-оціночному компоненті досліджувалися емоції до себе в період вагітності, почуття до ще не народженої дитини, наявність / відсутність тривоги, стресу, депресивного фону настрої. В інтерв'ю жінок просили згадати переважне тло настрою в першому триместрі вагітності, описати почуття під час ворушіння дитини, завершити низку незавершених речень.

Ворушіння дитини 52% жінок всієї досліджуваної вибірки описують як позитивний, радісний досвід, використовуючи такі слова як «ніжність, захоплення, щастя, хвилювання», 7% жінок описують ворушіння дитини з відтінком тривоги «ворушиться — значить живий», 5% — з почуттям роздратування, відповідаючи такими висловлюваннями, як «ні, ворушіння — це зовсім не ласка, це коли він скаче по моєму сечовому міхуру» і 36% описують ворушіння дитини нейтрально, без будь-якого емоційної забарвлення.

У першому інтерв'ю досліджувалося переважне тло настрою у першому триместрі вагітності. Половина всіх досліджуваних жінок відзначили переважання гарного, спокійного настрою 48% жінок першої групи та 53% жінок другої групи. 10% жінок першої групи та13% жінок другої групи позначили свій настрій як «нормальний, звичайний настрій». 13% жінок другої

групи відзначили у себе депресивний, пригнічений настрій, ще 13% відзначили тривожний, хвилюючий, пригнічений стан із періодичними нападами паніки. У першій групі жінок 19% відзначили переважання тривожного настрою, 13%ейфорійного настрою, 10% описують як украй мінливе, то бажання «здохнути швидше», то «радісно піднесене бажання літати».

Також жінкам у першому інтерв'ю пропонували завершити речення «я буду дуже щасливою, коли…» – очевидної різниці респондентки двох груп не висловили, 90%усіх учасниць завершили речення фразою «коли народиться здорова дитина», 4% відповіли, що вже щасливі. 6% жінок дали відповідь, не пов'язану з вагітністю, наприклад, таку як «коли досягну поставлених у кар'єрі цілей», дана відповідь можливо вказує на складності з прийняттям вагітності та на необхідність додаткових досліджень психологічної готовності до материнства у цієї категорії жінок.

Для дослідження можливих страхів інтерв'ю включало блок незавершених речень, які пропонувалося закінчити жінці самостійно. Одним з таких речень було «я побоююся…» – тільки вагітні жінки першої групи давали відповідь «передчасних пологів», така відповідь була дана 15% жінок, а також тільки в цій групі звучала відповідь «розчарування в материнстві», так відповіли 10%. Інші відповіді у двох групах збігалися, найпоширенішою відповіддю був «боюся проблем зі здоров'ям у дитини чи своїх» – 30%, «наслідків після пологів та самих пологів» – 28%, «що виховаю неправильно» – 5%.

За допомогою шкали опитувальника депресії PHQ-9 проаналізовано ступень вираженості рівня депресії у двох досліджуваних групах жінок . Ця шкала дозволяє досліджувати загальний бал наявності депресії. Середній показник депресії у першій групі жінок знаходиться у діапазоні легкої депресії, та перевищує середній бал жінок другої групи, виявляють мінімальну депресію.

Також в емоційно-оцінному компоненті досліджувався тип відношення до вагітності, що дозволяє вивчити психологічні особливості ставлення до

вагітності у жінок із різним репродуктивним статусом. Тип ставлення до вагітності досліджувався за допомогою методики ТСВ, у двох групах жінок.

Найбільш часто зустрічалися типи психологічного відношення до вагітності: оптимальний тип ПКГД та гіпогестогнозичний ПКГД, причому групи статистично значимо не різняться.

Жінки з переважаючим оптимальним типом ПКГД можуть бути охарактеризовані як відповідальні, активні, соціально адаптивні, схильні до тривожних проявів. Вони мають хороший комплаєнс з лікарями, не бояться майбутніх пологів та отримують необхідну підтримку від партнерів протягом усього періоду вагітності. Жінки цього типу ПКГД належать до адекватного стилю переживання. вагітності за класифікацією Г.Філіпової і вважаються володарками найбільш сприятливого для становлення фізіологічного компонента домінанти вагітності та родової домінанти.

Жінки з переважним гіпогестогнозічним варіантом ПКГД, найчастіше зустрічається у двох досліджуваних групах, може бути охарактеризовані як жінки, які «ігнорують свою вагітність», прагнуть нічого не змінювати у своєму житті, у тому числі можуть нехтувати здоров'язберігаючою поведінкою, не змінювати робоче (розумове, фізичне) навантаження, недбало ставитись до призначень лікаря. Цей тип ПКГД вказує на слабку готовність до материнства і потребує своєчасної психокорекції.

Таким чином, можна зробити висновок, що за результатами даної методики 38% всіх досліджуваних жінок потребують консультації медичного психолога для уточнення психоемоційного статусу під час вагітності.

Також у цьому компоненті досліджувалися особливості сприйманого стресу у двох порівнюваних групах жінок. Значних відмінностей виявлено не було. В обох групах середні показники за всіма шкалами у межах середнього нормативного значення.

У другому інтерв'ю, проведеному після пологів, у жінок також оцінювалися емоційний фон, наявність тривоги, переживань та страхів. По 34% жінок з кожної досліджуваної групи зазначили, що відчувають страх у контакті

з новонародженим, невпевненість у собі, незнання що робити у перші дні після народження. Частина страхів обґрунтовувалася перебуванням дитини у відділенні патології новонароджених, інша не мала прив'язки до реальності, дитина перебувала з мамою, пологи завершилися без ускладнень, такі жінки формулювали свої страхи так: «боюся, що зроблю йому щось не те», «як справлятимуся з ним вдома сама»; «а чи вистачає йому їжі?»; «переживаю за його здоров'я загалом»; «що погано його виховаю»; «взагалі за все пов'язане з ним тепер переживаю». Такі психоемоційні особливості жінок, виявлені в ранній післяпологовий період, потребують додаткового дослідженні, можливо потребують психокорекції.

Узагальнюючи дані, отримані в ході дослідження емоційно-оціночного компонента психологічної готовності до материнства у двох досліджуваних групах вагітних жінок, можна зробити висновок, що жінки першої групи мають легкий рівень виразності депресії. Одна третина всіх досліджуваних жінок незалежно від способу настання вагітності відзначала у себе в першому триместрі вагітності пригнічений настрій, з незрозумілою собі тривогою, «приступами паніки». Переважна більшість (90%) жінок зазначили, що у вагітності періодично відчували певні страхи. Найбільш часто зустрічається типом ПКГД є оптимальний і гіпогестогнозичний.

Поведінковий компонент психологічної готовності до материнства включає здоров'язберігаючу поведінку в період планування вагітності, виношування дитини, особливості поведінки жінки в період пологів та ранньому післяпологовому періоді.

Підготовкою до вагітності, що включає прийом необхідних вітамінів, лікарських препаратів, збільшення / зменшення спортивних навантажень, проходження медичного обстеження, у першій групі займалося97%, а у другій групі 75% жінок. Наявність страху перед майбутніми пологами відзначають48% жінок першої групи та 69% жінок другої групи. Дана різниця частково може бути пояснена вищим відсотком програмованих пологів (планових операцій кесарів розтин) у першій групі жінок, що знижувало рівень

тривоги та напруження, так жінка відчувала, «що контролює процес пологів». На партнерський супровід під час пологів розраховували 39% жінок першої групи та 29% жінок другої групи. Як партнер на пологи жінки першої групи частіше планують присутність чоловіка – 30%, 3% сестри, 3% мами, 3% доули. Жінки другої групи також частіше планують присутність під час пологів чоловіка– 19%, 3%сестри, 3% доули, 3% (n=1) планує супровід індивідуальної акушерки.

Свої ідеальні пологи жінки першої групи уявляють, як природні у 35% випадках, у 19% випадках як пологи шляхом планового кесаревого розтину. 40% жінок другої групи хотіли б народити природним шляхом, 8% віддали б перевагу плановому кесаревому розтину.

Початкова налаштованість жінок першої групи на оперативне розродження може вказувати на велику як на пасивність, більшу вмотивованість нелікарську допомогу під час пологів, ніж на власні ресурси, на страх перед майбутніми пологами, так і на те, що велика кількість акушерів-гінекологів і Україні вважає ЕКЗ саме по собі підставою для проведення кесаревого розтину, про що повідомляють вагітним жінкам. Жінки другої групи у два рази частіше орієнтовані на свої сили та відчувають більше бажання народити самостійно, не вдаючись до планового кесаревого розтину. Варіант «швидко та безболісно, а спосіб не важливий» вибрали 22% жінок першої групи та40% жінок другої групи. Варіант відповіді «вважаю за краще не думати про це» зафіксовано у 14% жінок першої групи та 8% жінок другої групи.

Підготовка до цієї вагітності у жінок першої групи в середньому зайняла 12 місяців, у жінок другої групи – 3 місяці. Після того, як домінанта зачаття відбулася, відбувається перехід до наступного етапу гестаційної домінанти, що формує поведінку жінки в період вагітності, більш здоров’язберігаючій поведінці (якщо це не було зроблено на етапі підготовки до вагітності, він відбувається після підтвердження вагітності).

В інтерв’ю оцінювалися обмеження у вживанні алкоголю, нікотину, принципи харчування, фізичної активності, кількість та якість сну. Більшість

жінок двох досліджуваних груп у період вагітності утримувалися від куріння, наголошуючи, що боролися з нікотиновою залежністю на етапі підготовки до вагітності, при цьому частина з них не виключають, що після народження дитини відновлять куріння. Проте 6% жінок першої групи і 3% жінок другої групи зберегли звичку куріння і під час вагітності. До планування вагітності жінки, які курили до вагітності, в середньому курили протягом 10 років (жінки першої групи) та9 років (жінки другої групи), викурюючи на день у середньому по 10 (жінки першої групи) та 8 цигарок (жінки другої групи). 98% жінок обох групах зазначили, що приймали у період вагітності будь-які ліки, вітаміни, біологічно активні добавки. Алкоголь до діагностування вагітності вживали 46%жінок першої групи та 54% другої групи. У період вагітності періодично вживали алкоголь 16% жінок першої групи та 25% жінок другий. При цьому 69% жінок першої групи та 84% жінок другої групи відповідали, що знають про негативний вплив алкоголю на дитину. 27% жінок першої групи та 23% жінок другої групи мають знання про ФАС. На питання про те, що таке ФАС більшість респонденток обох груп по 51% не змогли відповісти, а вірну відповідь дали 28% жінок, які взяли участь у дослідженні. Такі дані вказують на рівень низької поінформованості жінок про ФАС та, можливо, виражають загальне нерозуміння негативного впливу алкоголю. Ймовірно, жінки чули, що алкоголь шкідливий, але вони не обізнані, як саме він може нашкодити дитині, ймовірно тому продовжують вживати алкоголь у низьких дозах, «коли дуже хочеться».

Жінки двох груп мають повноцінний сон, в середньому близько 8 годин на день. Піші прогулянки регулярно здійснюють усі учасниці дослідження, середня тривалість піших прогулянок на день у першій групі жінок – 48хвилин, у другій групі – 63 хвилини. Додаткові фізичні навантаження такі як плавання, йога, пілатес присутні у 10% досліджуваних вагітних жінок, 90% вагітних жінок виключили помірний спорт у період вагітності, що свідчить про недостатню фізичну активність.

Американський коледж Акушерів та гінекологів рекомендує не менше 150 хвилинна тиждень фізичної активності, щонайменше 30 хвилин на день відносячи відсутність фізичної активності, при відсутність протипоказань до неї, до ризикованої поведінки [43, с. 36].Практично всі учасниці відзначають присутність у раціоні харчування овочів та фруктів. Жінки першої групи вживають удвічі більше овочів та фруктів, у середній по 6 штук на день, жінки другої групи в середньому вживають по 3 фрукта/овоча. Сума всіх досліджуваних компонентів інтерв'ю з даного блоку вказує на наявність ризикованої поведінки у досліджуваних вагітних жінок на 74% випадків незалежно від способу настання вагітності.

Особливості здоров'язберігаючої поведінки досліджувались за допомогою опитувальника «Порушень здорової поведінки». Статистично значимих відмінностей отримано не було, середні показники кожній окремій шкалі не виходять за межі середніх нормативних показників.

Також у цей компонент було включено дослідження особливостей поведінки жінки під час пологів, як суб'єктивні спогади, так і аналіз медичної документації, дослідження особливостей контакту з новонародженою дитиною.

Заключним етапом дослідження було інтерв'ю з жінкою у ранньому післяпологовому періоді, (залежно від часу перебування у стаціонарі), а також нетривале спостереження за контактом матері та дитини (там де це було можливо). За допомогою питань напівструктурованого інтерв'ю оцінювалися суб'єктивна оцінка пологів з позиції самої жінки (також проводився аналіз медичної документації), перший контакт із новонародженою дитиною, умови перебування жінки (тип палати), та суб'єктивні фізичні / психологічні відчуття після розродження, власний аналіз раннього контакту з дитиною. У процесі народження дитини жінок першою групи супроводжували у 16% випадках, з них у 10%– чоловік, у 3% –мама, 3% – сестра. Жінок другої групи супроводжували у 12% пологів, їх у 9%– чоловік, в 3%– доула.

28% пологів у першій групі жінок велися за заздалегідь укладеним індивідуальним договором з лікарем, в 72% – за НЗСУ, з лікарями чергової

бригади. У другій групі жінок індивідуальний договір із лікарем був укладений у 17%, пологи за системою НСЗУ у 83%. В таблиці 2.5 наведено аналіз усних відповідей, які описують відчуття жінок на момент проведення післяпологового інтерв'ю.

Таблиця 2.5

Аналіз суб'єктивних переживань у першу добу після народження дитини

Характеристика відчуттів	Жінки першої групи (n=31)	Жінки другої групи
«Все добре, пологи позаду»	23% (n=7)	43% (n=13)
«Відчуваю радість»	6% (n=2)	10% (n=3)
«Хочу спати»	6% (n=2)	17% (n=5)
«Щаслива»	6% (n=2)	3% (n=1)
«Стурбуюсь і турбуюся»	29% (n=9)	6% (n=2)
«Фізично вимотана»	16% (n=5)	14% (n=4)

Найчастіше жінки першої групи описували свій стан у перші дні після народження дитини як «тривожусь і занепокоєна», так відповіли 29%жінок. Важливо врахувати фактор більшої кількості ускладнених пологів у цій групі, частішої розлуки матері з дитиною в перші години життя (за станом новонародженої дитини), природних переживань матері застане здоров'я малюка. Таку ж високу частоту має відповідь «все добре, пологи позаду» – 23%, «зазнаю фізичної втоми» –16%, «просто хочу поспати» — 6% жінок першої групи. 6% жінок першої групи сказали, що відчувають «щастя в даний момент».

Більшість жінок другої групи, саме 43% перебувала в спокійному, рівному настрої, задоволені тим, що пологи залишилися позаду, відчуття описували як «хороші». Бажання виспатися відзначили 17%,«фізично відпочити» — 14% жінок другої групи. Про занепокоєння та тривогу висловилися 6% жінок другої групи в однієї, у тому числі дитина перебувала у

відділенні патології новонароджених. 3% жінок висловилася, що цілком щасливі зараз.

В інтерв'ю було включено питання про грудне вигодовування, на яке ствердно відповіли 51% жінок першої групи та 70% жінок другої групи. В таблиці 2.6наведені найчастіші відповіді, які описують суб'єктивні відчуття жінок в період годування груддю.

Таблиця 2.6

Аналіз суб'єктивних відчуттів жінок під час годування груддю

Категорія відчуттів	**Жінки, вагітні з допомогою ЕКЗ (n=31)**	**Жінки з фізіологічної вагітністю (n=30)**
«Не приємні почуття та фізичний дискомфорт»	16% (n = 5)	6% (n = 2)
«Поки не зрозуміла, як мені весь цей процес»	37% (n=11)	13% (n=4)
«Нейтрально, мені ніяк»	6% (n=2)	20% (n=6)
«Приємні, ніжні почуття»	41% (n=13)	60% (n=18)

Найчастіше у другій групі жінок грудне вигодовування описували як приємні, ніжні відчуття контакту з дитиною, — 60%. У першій групі жінок дві найчастіше зустрічаються відповіді, описують процес годування, перший як «приємний» — 41% жінок і «поки не зрозуміла, подобається мені цей процес чи ні» — 37% жінок. Нейтральне ставлення до грудного вигодовування у 6% жінок першої та20% другої групи. Негативно описали контакт із дитиною під час грудного вигодовування 16% жінок першої групи та 6% жінок другої групи. Такі дані, можливо, вказують як на те, що жінки першої групи частіше відчувають менше позитивних емоцій, ніжності, теплоти по відношенню до новонародженої дитини, сприймаючи годування груддю як необхідний процес, так і на те, що пологи проходити оперативним шляхом, у матері не одразу приходило молоко, дитину не одразу прикладали до грудей, що і позначилось в подальшому на успішності грудного вигодовування.

На запитання «Чи відчуваєте ви складнощі у догляді за новонародженою дитиною?» ствердно відповіли 40% жінок першої групи та 10%жінок другої групи. Залучення допомоги родичів відзначили32% жінок першої групи та 10% жінок другої групи. З даних відповідей можна дійти висновку, що жінки першої групи або менше самостійні, більше потребують додаткової допомоги та підтримки зі сторони близьких, жінки ж другої групи більш орієнтовані на власні ресурси. В той же час хочемо зазначити, що залучення допомоги може бути необхідною умовою для збереження сталого психічного стану. Водночас відмова від необхідної допомоги може призвести до згубних наслідків. Суб'єктивна оцінка першої сумісної ночі після пологів представлена у табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Аналіз суб'єктивної оцінки першої ночі після народження дитини

Категорія опису першої ночі після народження	**Жінки першої групи (n=31)**	**Жінки другої групи (n=30)**
«Спокійно переночували, з одним годуванням у середині ночі»	35% (n=11)	57% (n=17)
«Тривожно і нічого не зрозуміло»	35% (n=11)	23% (n=7)
«Він плакав, я намагалася його заспокоїти. Всю ніч не спали»	30% (n=9)	20% (n=6)

Першої спільну ніч після пологів 35% жінок першої групи та 57% жінок другої групи провели спокійно, відпочиваючи та відновлююсь після пологів. 35% жінок першої групи та23% жінок другої групи відчували тривогу та дискомфорт. 30% жінок першої групи та 20% жінок другої групи відчували занепокоєння, намагаючись налагодити контакт із новонародженою дитиною.

Незначна різниця при порівнянні жінок двох груп, ймовірно, пов'язана психоемоційними наслідки після розродження.

Друге інтерв'ю завершувало питання «Що вас зараз тішить?». Найбільшу радість жінкам у перші дні після народження дитини доставляє спільне перебування з дитиною, хороший фізичний та емоційний стан як свій, так і дитину, а також налагоджений контакт у діаді мати-дитина. Так відповіли 32% жінок першої групи та 34% жінок другої групи (див. таблицю2.8).

Таблиця 2.8

Аналіз суб'єктивних переживань, які приносять радість

Категорія опису того, що радує в даний момент	**Жінки, вагітні з допомогою ЕКЗ (n=31)**	**Жінки з фізіологічної вагітністю (n=30)**
«Що все гаразд у нас обох»	32% (n=10)	35% (n=10)
«Швидко виписка додому»	26% (n=8)	13% (n=4)
«Ми разом»	0	6% (n=2)
«У мене є дитина»	0	10% (n=3)
«Я-мама»	23% (n=7)	30% (n=9)
«Я пережила пологи»	13% (n=4)	6% (n=2)
«Поки що мало що»	6% (n=2)	0

21%жінок першої групи та 30% жінок другої групи відповіли, що «Радість — це усвідомлення факту материнства». 13% жінок першої групи та 6% жінок другої групи радує сам факт, що відбулися пологи. «Швидка виписка додому» приносить позитивні емоції для 26% жінок першої групи та 13% жінок другої групи. Також жінок першою групи радує сам факт народження дитини – 10% і те, що «мати тепер може тримати свою дитину на руках» — 6%. 6% жінок першої групи зазначають, що «поки нічого не тішить», слід пояснити, що це важкі мами дітей, які перебувають у відділенні інтенсивної терапії при перинатальному центрі або вже переведені до дитячих міських лікарень міста у тяжкому стані.

У процесі спостереження за контактом матері та дитини в ранньому післяпологовому періоді експериментатором фіксувалися основні моменти. Так, аналіз взаємодії жінок із дитиною у першій групі виявив більше

напружені, незграбні стосунки, матері значно частіше відчували переживання з приводу «чи правильно я роблю», зазначали складнощі докладання до грудей, достовірно частіше зверталися за допомогою до медичного персоналу в моменти плачу дитини, висловлювали тривожні побоювання з приводу здійснення самостійного догляду, значно частіше залучали помічників (родичів, медичний персонал, нянь) для догляду за дитиною. У другій групі жінки поводилися більш впевнено, спокійно, емоційно відгукувалися на плач дитини, намагалися самостійно вирішити, чого потребує дитина, значно рідше залучали сторонніх помічників у період знаходження у стаціонарі.

Таким чином, жінки, які завагітніли за допомогою ЕКЗ, стикаються з підвищеним рівнем тривожності, який виникає через медичні ускладнення та попередні репродуктивні невдачі. Це психологічне навантаження може впливати на їхнє ставлення до майбутнього материнства, формуючи змішані або амбівалентні почуття.

Потребово-мотиваційний компонент у жінок, які проходять програму ЕКЗ, показує, що основним мотивом материнства часто є підтвердження власної жіночої ідентичності, а також прагнення реалізуватися в новій соціальній ролі.

Когнітивно-операційний компонент готовності до материнства свідчить про недостатню обізнаність жінок стосовно тератогенного впливу деяких факторів, як-от алкоголь і куріння, що підкреслює необхідність додаткової психологічної підтримки та просвітницької роботи з такими пацієнтками.

Емоційно-оціночний компонент показав, що жінки, які брали участь у програмі ЕКЗ, частіше відчувають страх і невпевненість щодо своїх материнських здібностей.

Поведінковий компонент свідчить про ризиковану поведінку жінок у плані здоров'я, зокрема через недостатню фізичну активність та звички, які негативно впливають на стан дитини. Це вказує на потребу в комплексній підготовці жінок до материнства під час участі в програмі ЕКЗ, що включає роботу над зміною поведінкових установок.

ВИСНОВКИ

Материнство є складним психологічним феноменом, який включає емоційні, соціальні та культурні аспекти. Готовність до материнства формується під впливом особистісних характеристик жінок, а також соціокультурних очікувань щодо ролі матері.

Психологічна готовність до материнства в жінок, які взяли участь у програмі ЕКЗ суттєво відрізняється від готовності жінок, які завагітніли природним шляхом. До специфічних умов належать високий рівень тривожності, емоційна напруга, попередній досвід репродуктивних невдач та очікування позитивного результату процедури. Ці фактори можуть призводити до психологічного навантаження, що ускладнює готовність до материнства.

У дослідженні проаналізовано наявні моделі психологічної готовності до материнства для жінок, які проходять ЕКЗ. Виявлено, що ці моделі повинні враховувати унікальний досвід репродуктивних труднощів і високий рівень мотивації жінок на народження дитини. Застосування таких моделей дозволяє оцінити емоційний стан та очікування жінок, що проходять через програму ЕКЗ, і покращити їхню психологічну підтримку. Для дослідження було адаптовано модель психологічної готовності до материнства, яка складається з наступних компонентів: соціально-особистісного; потребово-мотиваційного; когнітивно-операційного; батьківсько-виховного; емоційно-оціночного; поведінкового компонент.

Проведене емпіричне дослідження виявило, що жінки, які беруть участь в програмі ЕКЗ, частіше стикаються з підвищеною тривожністю, невпевненістю у майбутньому та емоційною нестабільністю.

На основі аналізу даних встановлено, що головними факторами, які впливають на психологічну готовність жінок до материнства під час участі в програмі ЕКЗ, є емоційна стійкість, соціальна підтримка, позитивний образ материнства, а також доступ до психологічної допомоги. Позитивна соціальна

підтримка знижує ризики емоційних труднощів та сприяє формуванню впевненості в успішному результаті.

Виявлено, що жінки обох груп, незалежно від способу настання вагітності, що характеризуються переважанням єдиного психологічної статі андрогінності. Жінки вагітні за допомогою ЕКЗ, виявляють достовірно більш високі показники маскулінності та достовірно більш високий рівень спонтанної агресії в порівняні з жінками, вагітними у природному циклі. Для них характерні авторитарність, активність, прагнення до лідерства, ініціативність, самостійність, організованість, наполегливість, цілеспрямованість.

Жінки, вагітні за допомогою методів ДРТ, достовірно рідше висловлюють конструктивний мотив вагітності. Домінуючим мотивом є «власна жіноча реалізація себе як матері», який відображає бажання реалізувати одну зі сторін своєї особистості, знайти жіночу ідентичність.

Виявлено, що у групі жінок, вагітних за допомогою ЕКЗ, раціональні знання, когнітивні установки про материнство домінують над почуттями та емоціями.

Встановлено, що переважна більшість вагітних жінок, не залежно від способу настання вагітності, відчувають страх у певний період вагітності. Такі страхи як: страх виникнення власних проблем зі здоров'ям або проблем зі здоров'ям у дитини – 31%, наслідків після пологів – 28%; неправильного виховання – 11%, представлені у обох групах однаково. Однак, у групі жінок, вагітних за допомогою ЕКЗ, також, у 15% випадків відзначається наявність страху не виношування вагітності та передчасних пологів та ще у 15% – побоювання «розчарування в материнстві», ці страхи не представлені у другій групі.

Жінки, вагітні внаслідок ЕКЗ, достовірно частіше мають складні взаємини із власними батьками, менш задоволені своїм повсякденним життям та актуальними подружніми взаємини, ніж жінки, вагітні у природному циклі.

Переважна більшість жінок обізнані про тератогенний вплив алкоголю на плід, при цьому половина жінок усієї вибірки не виключають алкоголь на етапі

планування вагітності аж до моменту її діагностування, 16% жінок, вагітних за допомогою ЕКЗ, та 25% жінок, вагітних у природному циклі, періодично вживають невелику дозу алкоголю під час вагітності, вважаючи вживану ними дозу «нешкідливою».

Значна частина обстеженої жіночої вибірки вказує на необхідність додаткової професійної психологічної допомоги, спрямованої на підвищення поінформованості, корекцію установок щодо материнства, зниження тривоги, пов’язаної з можливістю не виношування вагітності та передчасних пологів, а також взаємовідносинами з батьками та подружжям.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баришнікова В. В. Особливості формування материнської домінанти. *Габітус*. 2021. Вип. 25. С. 64-69. DOI: https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.25.10.

2. Блинова О. Є. Сімейні цінності молоді в умовах трансформаційних змін у суспільстві. Психологічні основи розвитку особистості: монографія / за заг. ред. В.Й. Бочелюка, за ред. Ю.В. Стрюкової. Запоріжжя : Просвіта, 2021. Т. 7. С. 129–150.

3. Бортейчук Ю.В., Печеряга С. В. Наслідки екстракорпорального запліднення для матері та плода. *Topical aspects of modern scientific research* : The 3rd intern. scient. and pract. conf, Tokyo, 23-25.11.2023. Tokyo, 2023 С. 78-84. URL: https://sci-conf.com.ua/wp-content/uploads/2023/12/TOPICAL-ASPECTS-OF-MODERN-SCIENTIFIC-RESEARCH-23-25.11.2023.pdf.

4. Булгакова О. Ю., Азаркіна О. В. Теоретичні основи вивчення дитячо-батьківських стосунків у психологічних дослідженнях. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія.* 2020. Том 31 (70). № 3. С. 100-104. DOI https://doi.org/10.32838/2709-3093/2020.3/17.

5. Вишньовський В. В., Куц С. В. Формування психологічної готовності жінки до материнства. *Актуальні задачі сучасних технологій* : матеріали V міжнар. науково-тех. конф. молодих учених та студентів, Тернопіль 17-18 листопада 2016. Тернопіль, 2016. С. 301-302. URL: https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/123456789/20169/2/ConfATMT_2016vII_Vyshnovskyi_V_V-Women_formation_of_301-302.pdf.

6. Гільман А., Мазяр К. Дослідження негативних психічних станів у жінок у період вагітності. *Public Health Journal*. 2022.№ 2. С. 18-24. DOI: https://doi.org/10.32782/pub.health.2022.2.3

7. Дуткевич Т. В. Дитяча психологія : навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 424 с. URL: https://shron1.chtyvo.org.ua/Dutkevych_Tetiana/Dytiacha_psykholohiia.pdf

8. Інформаційно–статистичний довідник про допоміжні репродуктивні технології в Україні / за ред. В. М. Заболотько. Київ : ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», 2021. 24 с.

9. Керцман О. О. Психологічні засади оптимізації материнського ставлення у матерів дітей з особливими потребами : дис. … д-ра філософії : 053. Одеса, 2024. 291 с. URL : http://surl.li/rfgmma

10. Крамченкова В.О., Калашник Ю.А. Готовність до материнства як психосоціальний феномен.*Scientific innovations, achievements and prospects* progress *:* the 2nd International scientific and practical conference, Munich, 6-8 November 2022. Munich, 2022. С. 309-315.

11. Мамчур І. В. Психологічний аналіз впливу ідеології чайлд-фрі на традиційне розуміння сім'ї. *Цілісний підхід у психології особистості: особливості теорії та практики :* мат. міжнар. наук.-практ. конф., Кропивницький, 27 травня 2021 р. Кропивницький, 2021. С. 20-23.

12. Музиченко Д. С. Онтогенетичні особливості формування материнської сфери. *Наукова думка сучасності і майбутнього :* матеріали XVI всеукраїнської практ.-пізнав. конф., Дніпро, 26 грудня 2017р. — 10 січня 2018р. Дніпро, 2018. С. 28-30.

13. Непийвода О. М. Програма менеджменту медикаментозної безпеки вагітних : дис. … канд. мед. наук : 14.01.01 /Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. Львів, 2023. 200 с.

14. Тавровецька Н. І. Формування уявлення про розподіл ролей в сім'ї сучасною молоддю. *Проблеми сучасної психології*: науковий журнал. Запоріжжя : Видавничий дім «Гельветика», 2021. № 2(21). С. 89–96.

15. Томаржевська І.В. Теоретичні аспекти проблеми психологічної готовності до материнства в молодих жінок. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія.* 2021. Том 32 (71). № 1. С. 141-146. DOI: https://doi.org/10.32838/2709-3093/2021.1/24

16. Томаржевська І. В.Теоретико-методологічний аналіз феномена усвідомленого батьківства. *Науковий вісник Херсонського державного університету.* Серія : Психологічні науки. 2015. Вип. 6. С. 107-111.

17. Тюптя О. В. Концептуалізація предметної сфери феномену батьківства. *Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць.* Том 7. Екологічна психологія. 2010. Випуск 23. С. 239-243.

18. Філоненко М. Психологія спілкуквання : навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 224 с. URL : https://www.info-library.com.ua/books-text-8431.html.

19. Чередниченко Т. В. Стиль переживання вагітності як показник психологічної готовності до материнства. *Науковий вісник Херсонського державного уніерситету.* Серія Психологічні науки. 2018, Вип. 1. Т. 2. С. 108-113.

20. Шаргородська Є. Б., Меленчук Л. М. Невиношування вагітності: сучасний погляд. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії*. 2022. №2 (78). С.116-121.

21. Яремчук Н.В. Психологічні особливості готовності молодої жінки до майбутнього материнства. *Вісник післядипломної освіти: зб. наук. пр.* 2008. Вип. 7. С. 234-239.

22. Ellison P. T. Energetics and reproductive effort. *American journal of human biology*. 2003. V. 15. P. 342–351.

23. Ahmad M., Sechi C., Laura V. Advanced maternal age: a scoping review about the psychological impact on mothers, infants, and their relationship. *Behavioral sciences*. 2024. Volume 14. Issue 3. URL : https://doi.org/10.3390/bs14030147.

24. Antoniou E., Orovou E., Iliadou M., Sarella A., Palaska E., Rigas N., Iatrakis G., Dagla M. The kind of conception affects the kind of cesarean delivery in primiparous women. *Mater Sociomed*. 2021. Vol. 33(3). P. 188-194. DOI: 10.5455/msm.2021.33.188-194.

25. Badinter E. The Conflict: How Modern Motherhood Undermines the Status of Women. New York : Metropolitan Books, 2012. 224 p.

26. Benchikh S, Bousfiha A, Razoki L, Aboulfaraj J, Zarouf L, Elbakay C, Rifai L.L, El Hamouchi A, Nassereddine S. Chromosome. Abnormalities related to reproductive and sexual development disorders: a 5-year retrospective study. *Biomed Res Int.* 2021. May 5. DOI: 10.1155/2021/8893467.

27. Berryman J. C., Windridge C. Pregnancy after 35 and attachment to the fetus. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 1996. V. 14. P. 133–143/

28. Blake L., Casey P., Jadva V., Golombok S. Marital stability and quality in families created by assisted reproduction techniques: a follow-up study. Reproductive biomedicine online. 2012. V. 25. P. 678–683.

29. Boettcher J., Denecke J., Barkmann C., Wiegand-Grefe S. Quality of life and mental health in mothers and fathers caring for children and adolescents with rare diseases requiring long-term mechanical ventilation. *Int J Environ Res Public Health.* 2020. V. 17(23):8975. DOI: 10.3390/ijerph17238975.

30. Boivin J., Rice F., Hay D., Harold G., Lewis A., Van den Bree M. M. B., Thapai A. Associations between maternal older age, family environment and parent and child wellbeing in families using assisted reproductive techniques to conceive. *Social science & medicine*. 2009. V. 68. Issue 11. P. 1948–1955.DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.02.036.

31. Boivin J., Schmidt L. Infertility related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. *Fertility & sterility*. 2005. V. 83. P. 1745-52. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2004.12.039.

32. Bowlby J. Creation and destruction of emotional bonds. London : Routledge, 2012. 272 p.

33. Cooney T. M., Pedersen F. A., Indelicato S., Palkovitz R. Timing of fatherhood: is «on-time» optimal? *Journal of marriage and the family*. 1993. V. 55. Issue 1. P. 205-215.

34. Cooper A. R., O'Neill K. E., Allsworth J. E., Jungheim E. S., Odibo A. O., Gray D. L., Ratts V. S., Moley K. H., Odem R. R. Smaller fetal size in singletons after infertility therapies: the influence of technology and the underlying infertility. *Fertility and sterility*. 2011. V. 96. P. 1100–1116.

35. Cox S. J., Glazebrook C., Sheard C., George Ndukwe G., Oates M. Maternal self-esteem after successful treatment for infertility. *Fertility and sterility*. 2006. V. 85. № 1. P. 84-89.

36. Craig G. J., Baucum D. Human Development : 9th Edition. Victoria : Pearson College Div, 2001. 718 p.

37. Daniluk J.C. «If we had it to do over again ...»: couples' reflections on their experiences of infertility treatments. *The family journal*. 2001. V. 9. DOI: 10.1177/1066480701092006.

38. Eliacheff C., Heinich N. Mères-filles une relation à trois. Paris : Albin Michel, 2010. P. 390.

39. Eriksen K. Infertility and the Search for Family. *The Family Journal*. 2001. V. 9. DOI: 10.1177/1066480701091013/

40. Erikson E. H.. Identity and the Life Cycle. New York : W. W. Norton & Company, 1994. 336 p.

41. Fauser B. C. J. M, Devroey P., Diedrich K., Balaban B., Bonduelle M., Delemarrevan de Waal H. A., Estella C., Ezcurra D., Geraedts JPM, Howles C.M, Lerner-Geva L., Serna J., Wells D., Evian Annual Reproduction (EVAR) Workshop Group 2011. Health outcomes of children born after IVF/ICSI: a review of current expert opinion and literature. *Reproductive BioMedicine Online*. 2014. V.28. P. 162–182.

42. Ferland P., Caron S. L. Exploring the long-term impact of female infertility: a qualitative analysis of interviews with postmenopausal women who remained childless. *The Family Journal.* 2013. V. 21. P. 180-188.

43. Ferrari N., Graf C. Recommendations for Physical Activity during and After Pregnancy. *Gesundheitswesen*. 2017. Vol. 79. P. 36-39. DOI: 10.1055/s-0042-123698.

44. Fishman S.H, Min S. Maternal age and offspring's educational attainment. *J Marriage Fam*. 2018 V. 4. DOI: 10.1111/jomf.12490.

45. Freeman E. W., Boxer A. S., Rickels K., Tureck R., Mastroianni L. Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertility and sterility*. 1985. V. 43. P. 48-53.

46. Goisis A., Palma M. Medically assisted reproduction and parent-child relationships during adolescence: evidence from the UK Millennium Cohort Study. *Hum Reprod*. 2021. V. 36(3). P. 702-711. DOI: 10.1093/humrep/deaa350.

47. Golombok S., Cook R., Bish A., Murray C. Families created by the new reproductive technologies: quality of parenting and social and emotional development of the children. *Child development*. 1995. V. 66. P.285–298.

48. Gourounti K., Anagnostopoulos F., Potamianos G., Lykeridou K., Schmidt L., Vaslamatzis G. Perception of control, coping and psychological stress of infertile women undergoing IVF. *Reproductive biomedicine online.* 2012. V. 24. P. 670-9. DOI: 10.1016/j.rbmo.2012.03.002.

49. Haines H. M. Rubertsson C., Pallant J. F., Hildingsson I. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC pregnancy and childbirth*. 2012. V. 12. DOI:10.1186/1471-2393-12-55.

50. Harf-Kashdaei E, Kaitz M, Harf-Kashdaei E, Kaitz M. Antenatal moods regarding self, baby, and spouse among women who conceived by in vitro fertilization. *Fertility & sterility*. 2007. V.87. P. 1306 –1313

51. Harf-Kashdaei E, Kaitz M. Antenatal moods regarding self, baby, and spouse among women who conceived by in vitro fertilization. *Fertility & sterility*. 2007. V.87. P. 1306-13. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2006.11.035.

52. Hassold T., Hunt P. Maternal age and chromosomally abnormal pregnancies: what we know and what we wish we knew. *Current Opinion in Pediatrics*. 2009. V. 21(6). P. 703-708. DOI: 10.1097/MOP.0b013e328332c6ab.

53. Jaffe J. Reproductive trauma: psychotherapy with clients experiencing infertility and pregnancy loss : Second Edition. Washington DC : American Psychological Association, 2024. 249 p.

54. Johansson M. Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4–5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. *Acta obstetricia et gynecologica*. 2010. V. 89, 2010. P. 683–691.

55. Klein M. The Development of a Child. *The International Journal of Psycho-Analysis*. 1923. Vol. 4. P. 419-474. URL: https://www.proquest.com/openview/d39fee1753e32939cf74f8f9de4975d5/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1818729.

56. Klemetti R., Raitanen J., Sihvo S., Saarni S., Koponen P. Infertility, mental disorders and well-being – a nationwide survey. *Acta obstetricia et gynecologica scand*. 2010. V. 89. P. 677–682.

57. Klock S. C., Greenfeld D. A. Psychological status of in vitro fertilization patients during pregnancy: a longitudinal study. *Fertility and sterility*. 2000. V. 73. №. 6. P. 1159-64. DOI: 10.1016/s0015-0282(00)00530-6.

58. Lee G. L., Blyth E. D., Chan C. L-V. Understanding the patterns of adjustment to infertility of IVF users using narrative and autobiographical timeline. *Asian pacific journal of reproduction*. 2012. V. 1(2). P. 125-134.

59. Liu Y., Shen J., Yang R., Zhang Y., Jia L., Guan Y. The relationship between human embryo parameters and de novo chromosomal abnormalities in preimplantation genetic testing cycles. *Int J Endocrinol*. 2022. Mar 19. DOI: 10.1155/2022/9707081.

60. Lodge-Tulloch N.A., Elias F.T.S., Pudwell J. et al. Caesarean section in pregnancies conceived by assisted reproductive technology: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021. V. 21. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-021-03711-x.

61. Lundgren I. Wahlberg V. The experience of pregnancy: a hermeneutical/phenomenological study. *The journal of perinatal education*. 1999. Volume 8 (3). URL : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3431786/.

62. Mead M. Childhood in Contemporary Cultures. Chicago : University of Chicago Press, 1966. 471 p.

63. Nilsen A. B. V, Waldenström U., Rasmussen S., Hjelmstedt A., Schytt E. Characteristics of first-time fathers of advanced age: a Norwegian population-based study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2013. V.13. DOI:10.1186/1471-2393-13-29.

64. Nilsen A.B.V, Waldenström U., Rasmussen S., Hjelmstedt A., Schytt E. Characteristics of first-time fathers of advanced age: a Norwegian population-based study. *BMC Pregnancy and childbirth*. 2013. V.13. DOI:10.1186/1471-2393-13-29.

65. Ola B., Ledger W. L. In vitro fertilization. *Current obstetrics gynaecology*. 2005. V.15, 2005. P. 314–323.

66. Ola B., Ledger W.L. In vitro fertilization. *Current obstetrics & gynaecology*. 2005. V. 15. P. 314–323.

67. Pasch L. A., Christensen A. Couples facing fertility problems. *The psychology of couples and illness: Theory, research, and practice /* Eds. K. B. Schmaling and T. G. Sher. Washington DC: American Psychological Association, 2000. P. 241-267. URL : https://doi.org/10.1037/10360-009.

68. Peterson B. D., Gold L., Feingold T. The Experience and Influence of Infertility: Considerations for Couple Counselors. *The Family Journal.* 2007. V. 15 DOI: 10.1177/1066480707301365.

69. Pines D. M.D. A woman’s unconscious use of her body : 524th Edition. New Haven : Yale University Press, 1994. 243 p.

70. Rankin L., Krouskop H. G., Fisher M.L. Mother-infant attachment from the perspective of young mothers: Does the data support a maternal instinct? *Social Science & Medicin*e. 2024. Volume 357. URL : https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117172.

71. Ray A., Shah A., Gudi A., Homburg R. Unexplained infertility: an update and review of practice. *Reproductive biomedicine online.* 2012.V. 24. P. 591– 602. DOI: 10.1016/j.rbmo.2012.02.021.

72. Read J. Counselling for fertility problems. London: Sage Publications Ltd. 1995. 204 p.

73. Robinson G. E., Stewart D. E. The psychological impact of infertility and new reproductive technologies. *Harvard Review of Psychiatry*. 1996. V. 4. P. 168-172.

74. Salvatore P., Gariboldi S., Offidani A., Coppola F., Amore M., Maggini C. Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures. *Fertility & sterility*. 2001. V. 75. P. 1119-25. DOI: 10.1016/s0015-0282(01)01775-7.

75. Sanders R. E., Lehmann J., & Gardner F. New parents' idealistic expectations of parenthood: the impact of preconceived ideas. *Journal of family issues*. 2023. V. 44(3). P. 850-871. URL: https://doi.org/10.1177/0192513X211055124.

76. Schetter C. D. Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual review of psychology*. 2011. Vol. 62. P. 531-558. DOI: 10.1146/annurev.psych.031809.130727.

77. Schmidt L., Holstein B.E., Christensen U., Boivin J. Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. 2005. *Human reproduction*. 2005. V. 20 (11). P. 3248-56. 3248-56. DOI: 10.1093/humrep/dei193.

78. Sys D., Kajdy A., Niżniowska M., Baranowska B., Raczkiewicz D., Tataj-Puzyna U.. The experience of women giving birth after cesarean section-a longitudinal observational study. *Healthcare (Basel)*. 2023 V.11 (12). DOI: 10.3390/healthcare11121806. PMID: 37372923; PMCID: PMC10297878.

79. Vänskä M., Punamäki R-L., Tolvanen A., Lindblom J., Flykt M., Unkila-Kallio L., Tiitinen A., Repokari L., Sinkkonen J., Tulppala M. Maternal pre- and postnatal mental health trajectories and child mental health and development: prospective study in a normative and formerly infertile sample. *International journal of behavioral development*. 2011. V. 35. Issue 6. DOI: 10.1177/0165025411417505/

80. Wasser S. K., Barash D. P. Reproductive suppression among female mammals: Implications for biomedicine and sexual selection theory. *Quarterly review of biology*. 1983. V. 58. P. 513-538.

81. Winnicott D. W. Talking To Parents. Cambridge, Massachusetts : Persues Publishing, 1994. 160 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Аналіз медичної документації

Вік _____

Спосіб настання вагітності _____

Яка вагітність за рахунком_____

Як закінчилася попередня вагітність _____

Аборти в анамнезі _____

Історія протоколів ЕКЗ _____

Загрози переривання цієї вагітності _____

Ранній/пізній гестоз _____

Особливості перебігу даної вагітності _____

_____

_____

Хронічні захворювання матері _____

Особливості внутрішньоутробного розвитку _____

Чи були гострі захворювання під час вагітності _____

Термін вагітності на початку дослідження _____

Постановка на облік до психіатра/невролога _____

Куріння під час вагітності _____

Вживання наркотиків/алкоголю _____

Дата складання _____

Присвоєний номер учасника _____

Додаток Б

Полуструктуроване інтерв'ю (для вагітної жінки)

Номер учасниці _____

Дата проведення інтерв'ю_____

1. Як я можу до Вас звертатися? _____
2. Чи є у Вас діти? _____
3. Якщо є, укажіть, будь ласка, спосіб настання вагітності іу який спосіб проходили пологи_____
4. Якщо вагітність настала в результаті застосування ЕКЗ, то яка причина звернення за ДРТ _____
5. Якого віку діти вам здаються більш привабливими? _____
6. Як ваше самопочуття в цілому? _____
7. Який настрій протягом 1-го триместру у Вас переважав? _____
8. З чим пов'язано Ваше бажання мати дитину? _____
9. Оцініть свою готовність до материнства від 0 до 10 балів_____
10. Як давно з'явилося бажання мати дитину? _____
11. Завершіть, будь ласка, речення, я хочу бути матір'ю_____
12. Завершіть, будь ласка, речення, я буду дуже щаслива, коли_____
13. Завершіть, будь ласка, речення, я побоююсь_____
14. Які почуття у Вас викликають ворушіння дитини? _____
15. Як Ви готувались до вагітності?

відвідування жіночої консультації/лікаря-гінеколога, загальне медичне обстеження, відмова від шкідливих звичок, здорове харчування тощо

інший варіант_____

16. Скільки часу тривала підготовка до вагітності? _____
17. Чи приймав участь у підготовці біологічний батько дитини? _____
18. Якщо «так», то як? _____
19. Чи лякають Вас майбутні пологи? _____
20. Чт буде хтось супроводжувати Вас у процесі пологів? _____
21. Якщо «так», то хто? _____
22. Як Ви уявляєте свої ідеальні пологи? _____
23. Чи змінила вагітність Ваші подружні/партнерські стосунки? _____
24. Чи плануєте Ви годувати дитину грудьми? _____
25. Якщо «так», то як довго? _____
26. Протягом якого часу Ви плануєте знаходитися у відпустці по догляду за дитиною? _____

27. Яким Вам здається час знаходитися у відпустці по догляду за дитиною? _____

28. Чи відвідували Ви курси/школи батьківства/материнства? _____

29. Якщо «так», то які заняття Ви відвідували (пологи, школа молодого батька, догляд за немовлям, ранній післяпологовий період, грудне вигодовування, розвиток до 1 року, партнерські пологи)_____

30. Чи відвідуєте Ви психолога під час вагітності? _____

Якщо «так», то чи можете вказати причину звернення? _____

31. Чи плануєте Ви залучати помічників по догляду за дитиною? _____

32. Чи приймаєте Ви які-небудь ліки, вітаміни під час вагітності? _____

33. Якщо «так», то які? _____

34. Чи вживаєте Ви алкоголь після того, як дізналися, що Ви вагітна? _____

35. Чи вживали Ви алкоголь до того, як дізнались, що вагітні? _____

36. Якщо «ні», то з якої причини Ви не вживаєте алкоголь? _____

37. Чи палите Ви? _____

38. Якщо «так», скільки в середньому сигарет Ви палите на день? _____

39. Якщо «так», чи знаєте Ви про шкоду паління для дитини? _____

40. Чи палили Ви до того, як дізналися, що Ви вагітна? _____

41. Якщо «так», скільки в середньому сигарет Ви палили на день? _____

42. Якщо «так», скільки повних місяців/років Ви палили/палите? _____

43. Яких принципів харчування Ви дотримуєтеся? _____

44. Скільки в середньому овочів і фруктів на день Ви з'їдаєте?_____

45. Скільки часу на день Ви відводите пішим прогулянкам? _____

46. Чи займаєтесь Ви яким–небудь спортом? _____

Якщо «так», то як Ваші навантаження змінилися в період вагітності?_____

47. Скільки годин на день ви спите? _____

48. Яка якість Вашого сну? _____

49. Чи є у Вас денний сон? _____

50. Як Ви вважаєте, вживання яких напоїв під час вагітності може нашкодити дитині? (підкреслити)

Пиво, червоне вино, будь-які інші алкогольні напої

51. Чи згодні Ви з тим, що

Вагітні можуть пити, але не зловживати алкоголем _____

Вагітні можуть іноді трошки випити_____

Вагітним слід утриматися від алкоголю_____

52. Чи чули Ви коли-небудь про медичний діагноз фетальний алкогольний синдром(алкогольний синдром)?

□Так □ Ні □ Не знаю

53. Як ви вважаєте Фетальний алкогольний синдром – це коли народжується дитина(оберіть одну категорію):

□ в стані алкогольного сп'яніння □з вродженими вадами

□ залежна від алкоголю □з судомами □ не знаю

54. У дитини може бути фетальний алкогольний синдром, якщо: (оберіть одну категорію):

□ батько зловживав алкоголем в минулому
□ мати зловживала алкоголем у минулому
□ мати вживала під час вагітності
□ мати була п’яна у момент зачаття дитини
□батько був п’яний у момент зачаття дитини

55. Яким було ваше дитинство? _____
56. Чи відчували Ви себе щасливою? _____
57. Чи була людина, яка асоціювалася у Вас за допомогою і підтримкою? _____
Якщо «так», ким вона Вам приходилась/приходиться? _____
58. Вас часто сварили/карали в дитинстві?
Якщо «так», то за що? _____
59. Часто чи Вас хвалили?
Якщо «так», то за що? _____
60. З яких членів сім’ї складалася Ваша батьківська сім’я?_____
61. Яким іграм Ви віддавали перевагу в дитинстві? _____
62. Опишіть в 5 словах ваші стосунки з матір’ю у дитинстві: _____
63. Опишіть в 5 словах ваші стосунки з батьком у дитинстві: _____
64. Які хронічні захворювання були в родині?_____
65. Після народження дитини, підходу до виховання і догляду Ви плануєте дотримуватися?

□ жорсткий/гнучкий режим □ baby talk
□ годування на вимогу/ по годинам □ часте тримання дитини на руках
□ жорстке отриманій інформації про виховання з книг, курсів тощо
□інший варіант _____

Додаток В

Полуструктуровне інтерв'ю (в післяродовому періоді)

Номер учасниці_____ Дата_____

Тип палати (загальна, двомісна, окремі, сімейний люкс)

1. Як Ви себе зараз почуваєте? _____
2. Як пройшли пологи? _____
3. Оцінка за шкалою Апгар (заповнюється за відомостями медичної карти) _____

(дитина в палаті з матір'ю, у відділенні дитячої реанімації, переведено в інше відділення/лікарню, інше)

4. Спосіб пологів: природні, кесарів розтин, накладання акушерських щипців, накладання вакуум екстрактора)
5. Чи був присутній хтось з близьких на пологах? _____
6. Пологи за договором з НСЗУ або за домовленістю з лікарем? (З чим пов'язано вибір) _____
7. Що ви відчуваєте зараз _____
8. Чи годуєте Ви дитину грудьми? _____
9. Що Ви при цьому відчуваєте? _____
10. Чи допоміг хто-небудь у догляді за дитиною у першу добу (медперсонал, чоловік, мама, няня, близькі родичі тощо)?_____
11. Чи відчуваєте Ви складнощі у догляді за новонародженим? _____
12. Чи залишаєтесь Ви з новонародженою дитиною на одинці? _____

Які почуття при цьому відчуваєте? _____

13. Як пройшла перша ніч після пологів? _____
14. Чи наявні у Вас зараз які-небудь страхи? _____
15. Що в даний момент Вас більше всього радує? _____

Коментарі: