МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ВІДМІННІСТЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОМПОНЕНТУ ГЕСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ ВАГІТНИХ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ТА ПЕРЕРВАНОЮ ВАГІТНІСТЮ**

Виконав: студент 2 курсу,
групи 8.0533-3-2-дн
спеціальності 053– Психологія
Мартинюк Оксана Миколаївна
Керівник: Кушнір Є.О., к. психол. н.,
викладач кафедри психології
Рецензент: Остапенко Л.В., к. пед. н.,
менеджер «Space Запоріжжя»

Запоріжжя
2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

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

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології

_____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

«____»_____2025 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Мартинюк Оксані Миколаївні

Тема роботи: «Відмінність психологічного компоненту гестаційної домінанти вагітних зі збереженою та перерваною вагітністю»

керівник роботи Кушнір Євгенія Олексіївна, кандидатка психологічних наук.

затверджені наказом ЗНУ від «20» лютого 2023 року № 316-с

2. Строк подання студентом роботи 13 січня 2025 року.

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-медичної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: теоретично обґрунтувати основи дослідження гестаційної домінанти вагітних зі збереженою та перерваною вагітністю; провести емпіричне дослідження відмінностей гестаційної домінанти вагітних зі збереженою та перерваною вагітністю; виявити типологічні відмінності в ставленні жінок до збереження та переривання вагітності; розробити програму підтримки жінок у ТОВ «ВІТАЦЕНТР».

5. Перелік графічного матеріалу: 3 таблиці.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Кушнір Є.О., к. психол. наук		
Розділ 1	Кушнір Є.О., к. психол. наук		
Розділ 2	Кушнір Є.О., к. психол. наук		
Розділ 3	Кушнір Є.О., к. психол. наук		
Висновки	Кушнір Є.О., к. психол. наук		

7. Дата видачі завдання 25 лютого 2023 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2024 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2024 р.	Виконано
3	Написання першого розділу	квітень-травень 2024 р.	Виконано
4	Написання другого розділу	липень-червень 2024 р.	Виконано
5	Написання висновків	серпень-вересень 2024 р.	Виконано
6	Оформлення роботи	жовтень 2024 р.	Виконано
7	Проходження нормоконтролю	листопад 2024 р.	Виконано
8	Рецензування	січень 2024 р.	Виконано
9	Захист	лютий 2025 р.	Виконано

Студент _____ О.М. Мартинюк

Керівник роботи _____ Є.О. Кушнір

Нормоконтроль пройдено
Нормоконтролер _____ О. М. Гредінарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 71 сторінка, 3 таблиці, 77 джерел.

Об'єкт дослідження: психологічний компонент гестаційної домінанти жінок зі збереженою та перерваною вагітністю.

Предмет дослідження: відмінність психологічного компоненту гестаційної домінанти вагітних зі збереженою та перерваною вагітністю.

Мета дослідження: здійснити теоретичний і емпіричний аналіз та порівняння психологічного компоненту гестаційної домінанти вагітних зі збереженою та перерваною вагітністю.

Гіпотеза дослідження: психологічний компонент гестаційної домінанти у вагітних зі збереженою вагітністю проявляється стабільним емоційним станом і позитивною мотивацією, тоді як у випадках переривання вагітності спостерігається підвищена тривожність і емоційна нестабільність.

Методи дослідження. Теоретичні: теоретичний аналіз сучасного стану проблеми креативності та творчого потенціалу; систематизація та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження; емпіричні (тестування за психодіагностичними методиками).

Наукова новизна даного дослідження полягає в тому, що вперше було теоретично обґрунтовано відмінність психологічної складової компонента гестаційної домінанти у жінок зі збереженою та перерваною вагітністю.

Результати дослідження можуть бути використанні у роботі клінічних психологів у медичних установах та фахівців пренатальних центрів.

ГЕСТАЦІЙНА ДОМІНАНТА, ВАГІТНІСТЬ, ЕМОЦІЙНА СТАБІЛЬНІСТЬ, ТРИВОЖНІСТЬ, МОТИВАЦІЯ, МАТЕРИНСТВО, АДАПТИВНІСТЬ, КОГНІТИВНЕ СПРИЙНЯТТЯ, НЕСТАБІЛЬНІСТЬ, ПЕРЕРИВАННЯ.

SUMMARY

Martyniuk O. M. The Difference in the Psychological Component of Gestational Dominance in Pregnant Women with a Preserved and Interrupted Pregnancy.

Object of research: the psychological component of the gestational dominant in women with preserved and terminated pregnancies.

Subject of research: the difference in the psychological component of the gestational dominant in pregnant women with preserved and terminated pregnancies.

The purpose of the research: to conduct a theoretical and empirical analysis and comparison of the psychological component of the gestational dominant in pregnant women with preserved and terminated pregnancies.

The hypothesis of the research: the psychological component of the gestational dominant in women with preserved pregnancies is characterized by a stable emotional state and positive motivation, whereas in cases of pregnancy termination, increased anxiety and emotional instability are observed.

Research methods. Theoretical methods: theoretical analysis of the current state of the problem of creativity and creative potential; systematization and generalization of scientific literature on the research problem. Empirical methods: testing using psychodiagnostic techniques.A scientific innovation

Research results can be used in the work of clinical psychologists in medical institutions and specialists at prenatal centers.

Keywords: gestational dominant, pregnancy, emotional stability, anxiety, motivation, motherhood, adaptability, cognitive perception, instability, termination.

ЗМІСТ

ВСТУП…… 7
РОЗДІЛ 1. ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ МАТЕРИНСЬКОЇ СФЕРИ……..…….. 12
1.1. Психологічний компонент гестаційної домінанти…….. 12
1.2. Особливості формування материнської домінанти……. 18
1.3. Вплив психоемоційного стану жінки на перебіг вагітності……... 23
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОМПОНЕНТУ ГЕСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ ВАГІТНИХ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ТА ПЕРЕРВАНОЮ ВАГІТНІСТЮ……. 29
2.1. Методи, методика і процедура дослідження…….……... 29
2.2. Аналіз результатів дослідження та їх інтерпретація……... 33
РОЗДІЛ 3. ТЕХНІКИ ФОРМУВАННЯ ГЕСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК В УМОВАХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ…….……... 39
3.1. Специфіка роботи психолога медичного закладу з вагітними жінками……... 39
3.2. Програма з формування гестаційної домінанти у вагітних жінок в медичних закладах…….…… 45
3.3. Психологічні рекомендації для оптимізації процесу формування гестаційної домінанти у вагітних жінок…….. 53
ВИСНОВКИ……... 59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….. 62
ДОДАТКИ…….. 71

ВСТУП

Актуальність дослідження. Здоров'я репродуктивної частини населення, є інтегральним показником суспільного розвитку країни, що відображає її соціально-економічний і моральний стан, а також впливає на формування демографічного, економічного, трудового та культурного потенціалу суспільства. Однак за останні роки в Україні репродуктивне здоров'я жінок значно погіршилося. Однією з причин цієї негативної тенденції є російсько-українська війна на території України, бомбардування та масові жертви, а також, нестабільна соціально-економічна ситуація, яка має негативний вплив на психічний стан жінок. Дослідники вважають, що не лише вагітність є великим випробуванням для психіки, оскільки це період тривалої емоційної напруги та адаптації жінки до нових умов, але й переривання вагітності стає каталізатором багатьох психо-емоційних змін.

У сучасному суспільстві питання гестаційної домінанти набуває виразного полідисциплінарного характеру, стаючи значущим об’єктом вивчення не лише в таких галузях, як медицина та фізіологія, а й у гуманітарних науках, таких як психологія, культурологія, соціологія тощо.

Над питаннями психологічної підтримки вагітних жінок, а також вивченням онтогенетичних і філогенетичних аспектів материнства працювали такі науковці, як І. Байгузіна, М. Гасюк, В. Грищенко, Ю. Паращук, Т. Елям-Вердиєва та інші. Іноземні фахівці, серед яких Е. Бадінтер, Д. Боулбі, Д. В. Віннікотт, С. Гроф, М. Кляйн, М. Д. Марконе, М. Мід і З. Фрейд, також досліджували глибинні психологічні аспекти вагітності, зокрема особливості переживань, що впливають на формування особистості матері та дитини.

Зацікавленість у вивченні цього феномену, аналізі особливостей перебігу вагітності та її впливу на дитину, тобто формуванні відносин у системі «мати-дитина», а також у психокорекційній та просвітницькій роботі

розпочалася ще з психодинамічного підходу (Дж. Боулбі, Е. Еріксон, М. Кляйн, М. Міллер, Д. Віннікотт, А. Фрейд та ін.). У середині XX століття виникла перинатальна психологія в рамках трансперсонального підходу (С. Гроф, А. Хантер та ін.).

У сучасній вітчизняній психології серед досліджень, що стосуються вагітності, виділяються кілька важливих аспектів: психологічне сприйняття вагітності – це дослідження Н. Жилки, Н. Татенко, Г. Яремка, І. Жабченко, Т. Коваленко; депресивні стани у жінок під час вагітності розглядалися у роботах Н. Лукашевича, А. Левицької, М. Гасюка, Г. Шевчука; порушення психічної адаптації – у дослідженнях В. Сюсюки, О. Комарової, О. Пейчевої; психологічний стан жінок під час вагітності та пологів висвітлювали дослідження І. Жабченко, О. Іщука, В. Котлової та інші. Важливою актуальною проблемою залишається своєчасна психодіагностика стану вагітної, з урахуванням особливостей гострого і хронічного стресу, а також корекція цих станів.

Теоретичні дослідження, зокрема роботи М. Перуна, вказують на те, що стан вагітності є одним із найважливіших етапів у розвитку материнської сфери та відіграє ключову роль у подальшому становленні жінки як особистості та матері. Цей період очікування дитини несе в собі емоційне напруження та потребує адаптації до нових умов.

Однак теоретичний аналіз вітчизняної та зарубіжної психологічної літератури показує, що більшість досліджень зосереджені на клінічних аспектах патології вагітних, а також на окремих особливостях психоемоційного стану жінок і їхньому впливі на репродуктивну функцію та перебіг вагітності. На сьогодні відсутній чіткий системний аналіз змісту, форм і методів формування гестаційної домінанти у вагітних зі збереженою та перерваною вагітністю, а також конкретні науково обґрунтовані рекомендації для психологів щодо оптимізації цього процесу в медичних установах.

Проблема психологічного компоненту гестаційної домінанти залишається актуальною. Це пояснюється як внутрішніми тенденціями розвитку психологічної науки, що відкривають нові аспекти традиційних питань, так і зростанням соціального запиту. Тема психологічних переживань вагітних жінок у сучасній науці залишається недостатньо вивченою. Незважаючи на складність, вона набуває популярності як у теоретичних, так і в прикладних аспектах. Актуальність цієї теми полягає в тому, що вагітність спричиняє значні й специфічні зміни в психологічному, нервово-психічному, анатомо-фізіологічному та соціально-психологічному станах жінки. Науковці називають цей процес формуванням «материнської сфери особистості» або просто «материнством». Ці аспекти досліджує пренатальна психологія, яка є актуальним напрямком у психології та медицині. Значущість дослідження також зумовлена тим, що психоемоційний стан вагітних є досить нестабільним, а в наш час жінкам стає дедалі складніше справлятися зі своїми емоційними переживаннями, через що вони частіше потребують професійної підтримки. Від якості, своєчасності та адекватності такої психологічної допомоги залежить як ментальне, так і фізичне здоров’я жінки, що підкреслює актуальність цього дослідження. Серед причин, які можуть викликати ускладнення під час вагітності та пологів, важливе місце займають різні порушення емоційного стану жінок. Негативні емоції призводять до змін на психофізіологічному рівні, що, в свою чергу, знижує якість здоров'я як матері, так і дитини.

Таким чином, теоретична і практична значущість проблеми, а також недостатнє її вивчення стали основою для вибору теми магістерської роботи «Відмінність психологічного компоненту гестаційної домінанти вагітних зі збереженою та перерваною вагітністю».

Об’єкт дослідження: психологічний компонент гестаційної домінанти жінок зі збереженою та перерваною вагітністю.

Предмет дослідження: відмінність психологічного компоненту гестаційної домінанти вагітних зі збереженою та перерваною вагітністю.

Мета дослідження: здійснити теоретичний і емпіричний аналіз та порівняння психологічного компоненту гестаційної домінанти вагітних зі збереженою та перерваною вагітністю.

Для реалізації мети нам варто виконати наступні завдання дослідження:

1. Теоретично обґрунтувати основи дослідження гестаційної домінанти вагітних зі збереженою та перерваною вагітністю;

2. Провести емпіричне дослідження відмінностей гестаційної домінанти вагітних зі збереженою та перерваною вагітністю;

3. Виявити типологічні відмінності в ставленні жінок до збереження та переривання вагітності.

4. Розробити програму підтримки жінок у ТОВ «ВІТАЦЕНТР».

Гіпотеза дослідження – психологічний компонент гестаційної домінанти у вагітних зі збереженою вагітністю проявляється стабільним емоційним станом і позитивною мотивацією, тоді як у випадках переривання вагітності спостерігається підвищена тривожність і емоційна нестабільність.

Методи дослідження. У дослідженні використовувалися теоретичні методи, такі як аналіз психологічної літератури з обраної теми, а також емпіричні методи, включаючи клініко-амнестичні опитування, анкетування, спостереження і психолого-педагогічний експеримент, що складається з констатувального та формувального етапів.

Для вирішення експериментальних завдань було використано такі психодіагностичні методики: «Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна», та «Тест ставлення вагітної до свого стану».

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилося на базі ТОВ ВІТАЦЕНТР, за адресою: м. Запоріжжя, вул. Сєдова, 3, у період з 2023 по 2024 рр. В досліджені взяли участь жінки, що звернулися до клініки ВІТАЦЕНТ (м. Запоріжжя) у період з 2023 по 2024 рік та надали згоду на участь у дослідженні із збереженням їх анонімності.

Наукова новизна даного дослідження полягає в тому, що вперше було теоретично обґрунтовано відмінність психологічної складової компонента

гестаційної домінанти у жінок зі збереженою та перерваною вагітністю. Крім того, були емпірично уточнені психологічні особливості формування гестаційної домінанти в цей період. Практичне значення дослідження полягає в тому, що отримані результати можуть слугувати основою для створення методів диференційованих корекційних, психопрофілактичних, психогігієнічних та психотерапевтичних заходів протягом усієї вагітності та психологічної підготовки до пологів.

Теоретична та практична значущість роботи. Рекомендації, розроблені в ході роботи, будуть корисними для клінічних психологів у медичних установах та фахівців пренатальних центрів. Надійність і достовірність результатів забезпечувалася теоретико-методологічним обґрунтуванням вихідних теоретичних положень, використанням комплексу надійних і валідних психодіагностичних процедур, створенням адекватних умов для діагностування, поєднанням кількісного та якісного аналізу емпіричних даних, репрезентативністю вибірки та застосуванням сучасних методів математичної статистики.

Структура роботи: вступ, основна частина з трьох розділів, висновки та список використаних джерел.

РОЗДІЛ 1
ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ МАТЕРИНСЬКОЇ СФЕРИ

1.1. Психологічний компонент гестаційної домінанти

Проблема збереження здоров'я матері та дитини є однією з найважливіших у сучасному суспільстві. До недавнього часу вагітні жінки підлягали контролю лише з боку медичних працівників. Однак ця проблема має не лише медичний, а й соціальний аспект, що охоплює економічні, моральні та суспільні питання. У працях таких дослідників, як О. Швець, Г. Шевчук, О. Іщук, М. Гасюк, В. Сюсюк, О. Комарова та О. Пейчева, зростає інтерес до психологічних аспектів емоційного стану вагітних жінок. У пренатальній психології О. Швець проводить дослідження, спрямовані на вивчення психологічного стану жінок під час вагітності, їх особистісних характеристик, переживань та емоцій. Останнім часом аналіз психологічних складових особистості вагітної жінки стає все більш популярним у наукових дослідженнях [55, 10].

З. Фрейд і його послідовники не вважали вагітність і материнство явищами з особливою психологічною специфікою, заперечуючи їх самостійне значення в формуванні особистості жінки та її майбутньої дитини. Вагітність і материнство розглядалися ними як втілення комплексу кастрації. З точки зору ортодоксального фрейдизму, основною мотивацією жінки, яка прагне стати матір'ю, є біологічно обумовлена заздрість до чоловіка [77].

В. Климчик зазначала, що мікропсихоаналіз також акцентує увагу на інстинктивних потягах, вказуючи на те, що протилежні ваблення до життя і смерті відображаються в уявленнях вагітної жінки про її майбутню дитину. Проте, на відміну від фрейдистів, С. Фанті підкреслює важливість психологічних аспектів материнства і вагітності у формуванні особистості

жінки та дитини, розглядаючи вагітність як процес взаємного руйнування матері та плоду, що проявляється в амбівалентності їх образів [27, 17].

Ганс Густав Грабер, який є послідовним дослідником пренатальної психології, вивчав первісний захист розщеплення, вважаючи, що він проявляється ще до народження, під час пренатального етапу життя. Він описував амбівалентність у дітей, яку помічав у процесі психотерапії, коли діти переживали глибокий регрес і не бажали з нього виходити. Згідно з його теорією, діти шукали ресурс – простір, де не було б розщеплення [59, 38].

Алісон Хантер і Шерлі Уорд провели численні дослідження, спираючись на гіпотезу Франка Лейка, що будь-яка травма, яку мати переживає під час вагітності, передається дитині через пуповину. Вони також виявили, що дитина, яка знаходиться в утробі матері, що відчуває стрес, ніби «всмоктує» негативну атмосферу цієї травматичної ситуації. Автори дійшли висновку, що під час всього пренатального розвитку дитина відчуває наслідки травми не лише через пуповину, а й через материнське психоенергетичне поле [63, 345].

Травматичний досвід під час пренатального життя та пологів визначає характер та спосіб життя людини, формуючи відчуття, які на несвідомому рівні керують її поведінкою. Сучасні дослідники, такі як С. Сюсюка та Ю. Котлова, зазначають, що збільшення патологій вагітності та перинатального розвитку дитини свідчить про те, що обмеження вивчення вагітності та пологів лише медичним підходом, яке тривалий час практикувалося в Україні, ускладнює вирішення проблеми формування здорового покоління [51, 25].

В. Запорожан зазначає, що численні дослідження різних типів пологів виявили спільні риси особистісних установок у людей, які пережили певний тип пологів або були пов’язані з певною базовою пренатальною матрицею, описаною В. Міщенком. Було встановлено, що у багатьох осіб дистрес і травма, пов’язана з пологами, залишаються латентними, не усвідомлюючись до завершення підліткового віку або навіть до початку чи середини

дорослого життя. Ці переживання можуть проявитися під час хвороби, стресу, загрози фізичному та психологічному благополуччю або у випадках психологічного чи іншого насильства [23, 45].

Представники неофрейдизму перенесли акцент психоаналізу з інстинктивно-біологічних процесів на дослідження соціально-психологічних і соціокультурних аспектів вагітності та материнства. Причини, що призводять до зневажливого ставлення до вагітності з боку «чоловічого» психоаналізу, К. Хорні пояснює захопленням життєвою силою жінки та заздрістю чоловіків до неї. Вона підкреслює, що вагітність і материнство є способами реалізації сутнісного творчого потенціалу жінки [74, 34].

Проблема материнства стала об'єктом багатьох теоретичних і прикладних досліджень, наприклад у В. Астахова, О. Бацилєва, І. Пузь,. Аналіз психологічних праць дозволяє виділити два основні напрями вивчення цього питання. Перший напрямок зосереджується на характеристиках і поведінці матері та їх впливі на розвиток дитини [2, 171]. Другий напрямок досліджень материнства акцентує увагу на концепції суб'єктності як матері, так і дитини [3, 66].

На думку В. Астахов, О. Бацилєва, І. Пузь, в умовах сучасної несприятливої демографічної ситуації особливо актуальним стає дослідження різних аспектів періоду вагітності. Сьогодні в акушерстві багато проблем, що виникають під час вагітності, зазвичай аналізують через загальномедичні підходи, такі як порушення гормонального фону, соматичні та інфекційні ускладнення, імунологічні розлади тощо [4, 198].

Проте важливо також враховувати, що вагітність супроводжується не тільки значними фізіологічними, але й психологічними змінами, які можуть суттєво вплинути на хід вагітності, пологи, розвиток плода та стан новонародженого, а також на готовність жінки до материнства. Ці зміни відбуваються за принципом домінанти і потребують дослідження в рамках системного підходу [4, 199].

Цей підхід, обґрунтований у теорії функціональних систем П. Анохіна, розглядає функціональні системи як динамічні організації процесів і механізмів, які не тільки відповідають на актуальні потреби, але й зворотно інформують центральну нервову систему про ефективність пристосувальних змін [12,65].

У роботах одного з основоположників теорії домінанти, академіка О. Ухтомського, поняття «домінанта» розглядається як специфічне новоутворення в організмі, яке виникає у відповідь на вплив середовища і поєднує нервові центри та органи, що належать до різних анатомо-фізіологічних систем, для вирішення певного завдання. Виходячи з цієї концепції, ми можемо вважати, що основою створення єдиної функціональної системи, яка охоплює весь організм жінки і спрямована на зачаття, вагітність і народження дитини, є принцип домінантності. Таким чином, домінанта, яка характеризується різними функціональними станами, що змінюють один одного у процесі досягнення кінцевої мети – зачаття, вагітності та народження дитини, отримала назву материнської домінанти [12, 66].

Її основою є процеси адаптації до нових умов співіснування організму матері та плоду (після народження – дитини) як єдиного цілого. Материнська домінанта включає в себе послідовні стадії: домінанта зачаття, гестаційна домінанта (вагітність), пологова домінанта (пологи) та лактаційна домінанта (догляд за дитиною) [30, 703].

Згідно з порівняльним підходом, на який вказує Н. Жилка, вагітність і материнство виступають як вроджені біопсихічні механізми, основна роль яких полягає в забезпеченні взаємодії між матір’ю та дитиною, що є необхідною для виживання. Поведінка новонародженого, завдяки інстинктивному образу немовляти в свідомості жінки, здатна активувати систему материнської поведінки. У цьому контексті образ дитини виступає як пусковий механізм для материнської реакції [21, 25].

Я. Мойсієнко розглядає материнство як окрему сферу діяльності жінки, еволюційне значення якої полягає в забезпеченні належного догляду за потомством. Різноманітні способи прояву цього догляду автор описує як материнські функції. Він наголошує, що у тварин ці функції мають певні видові особливості, тоді як у людей до них додаються психологічні, соціальні та культурні аспекти, які забезпечують виховання дитини як члена певного співтовариства [28, 35].

Згідно з етологічним підходом, В. Сюсюка та І. Хамітова зазначають, що психологічна специфіка вагітності полягає в тому, що розвиток різних аспектів материнства відбувається в умовах реальної, хоча й обмеженої пропріоцептивними сигналами, взаємодії жінки з дитиною. Ця взаємодія супроводжується особливим комплексом фізичних і емоційних переживань, пов’язаних з моментом усвідомлення вагітності, психосоматичними симптомами та рухами дитини [46, 48].

У ряді досліджень українських вчених спостерігається спроба інтегрувати психоаналітичний і порівняльно-етологічний підходи до вивчення вагітності та материнства. У центрі уваги перебуває виявлення взаємозв'язків між когнітивно-емоційними, перцептивними та фізіологічними (інстинктивними) аспектами періоду очікування дитини. На нашу думку, цей підхід слід розглядати як синтетичний.

Закордонні дослідники, такі як А. Хантер і Ш. Уорд, прагнуть дослідити вагітність у контексті її психобіологічних та психосоціальних процесів. Специфіка вагітності, на їхню думку, виявляється в особливому амбівалентному комплексі тілесних, емоційних та соціально-психологічних явищ, які супроводжують очікування дитини.

Гестаційна домінанта, яка замінює домінанту зачаття, регулює всі реакції організму жінки для створення найкращих умов для розвитку ембріону і подальшого плоду. Ця домінанта відображає особливості фізіологічних і нервово-психічних процесів в організмі вагітної, маючи як фізіологічний, так і психологічний компоненти. Психологічний аспект

гестаційної домінанти формується ще до зачаття і включає в себе домінуючі ідеї про зачаття і вагітність, відображаючи прагнення жінки стати матір'ю і реалізувати свою материнську роль [43, 56].

Психологічний компонент гестаційної домінанти (ПКГД) визначається, на думку І. Пузь, як комплекс психічних механізмів саморегуляції, які активуються у жінки під час вагітності. Ці механізми спрямовані на підтримку вагітності і створення умов для нормального розвитку дитини. ПКГД формує ставлення жінки до вагітності та визначає її поведінкові стереотипи, що стосуються майбутнього материнства. Аналіз анамнестичних даних та клініко-психологічних спостережень виявляє п’ять основних типів ПКГД: оптимальний, гіпогестогнозичний, тривожний, ейфорійний, депресивний [42, 177].

Оптимальний тип ПКГД є найбільш сприятливим для нормального розвитку фізіологічних аспектів гестаційної та пологової домінант, а також для успішного післяпологового періоду і адаптації жінки до взаємодії з новонародженою дитиною, на думку О. Бацилєвої, жінки з цим типом ПКГД проявляють відповідальне ставлення до вагітності, адекватно реагують на можливі проблеми без надмірної тривоги, і зазвичай вагітність є планованою та бажаною [10, 50].

Гіпогестогнозичний тип ПКГД характерний для жінок, які не приймають свою вагітність, часто на несвідомому рівні. Такі жінки можуть ігнорувати симптоми вагітності і часто відчувають дискомфорт та роздратування через фізіологічні зміни в організмі [1, 42].

Тривожний тип ПКГД проявляється у вигляді різного роду тривожних переживань і страхів, які можуть бути викликані різними факторами, такими як небажана або непланована вагітність, деструктивні мотиви материнства, несприятливі побутові умови, проблеми з фізичним або психічним здоров’ям, а також індивідуально-психологічні особливості (висока тривожність, низька самооцінка, невпевненість). Для таких жінок характерний високий рівень психоемоційного напруження протягом всього періоду вагітності [3, 54].

Ейфоричний тип ПКГД характеризується підвищеним настроєм у жінок, які зазвичай ставляться до вагітності легковажно і безвідповідально, часто нехтуючи рекомендаціями лікарів. Цей тип часто зустрічається у жінок з істеричними рисами характеру [3, 54].

Депресивний тип ПКГД супроводжується зниженням настрою. Жінки з цим типом часто відчувають страх за внутрішньоутробний розвиток плоду і майбутні пологи, сприймаючи свої негативні емоції як знак тривоги за стан плоду [3, 54].

Отже, типи ПКГД можуть змінюватися протягом вагітності в залежності від терміну гестації, фізичного стану жінки та її стосунків з близькими. Крім того, часто спостерігається змішаний тип ПКГД, коли жоден з основних типів не проявляється чітко. Важливо зазначити, що різні типи психологічного компонента гестаційної домінанти впливають на поведінку і емоційний фон майбутньої матері, що, в свою чергу, має прямий вплив на перебіг вагітності і можливість виникнення ускладнень як у матері, так і у дитини.

1.2. Особливості формування материнської домінанти

Вагітність є важливим етапом у житті кожної жінки. За даними дослідження англійських лікарів-акушерів Р. Кумар та І. Брокінгтон щорічно близько 3% жінок фертильного віку проходять через цей період [68, 32]. Саме в цей час відбувається переоцінка життєвих цінностей, перегляд пріоритетів, а також змінюються соціальні ролі та взаємини з оточенням. Водночас дослідники зауважують, що сучасне суспільство надає менше значення материнству, а система цінностей жінок змінюється [12, 65]. У школах Чернігова В. Астахов та О. Бацилєва провели дослідження серед учнів 5-11 класів, яке показало, що велика кількість інформації викликає у дівчат страхи та тривоги щодо майбутньої вагітності та пологів [2, 171]. Недостатньо професійної інформації про запобігання вагітності, а викривлені

факти та залякування можуть спонукати до порушення правил, що нерідко призводить до вживання алкоголю, наркотиків та небажаної вагітності [1, 43].

Дослідження показало, що дівчата, з якими вдома відкрито говорили про місячні, статеве життя та контрацепцію, мали більш сформовані позитивні материнські домінанти. Як правило, такі дівчата мають молодших братів чи сестер, що дає їм реалістичне уявлення про догляд за дітьми та формує уявлення про власне материнство. Важливу роль у цьому процесі відіграє те, як батьки розподіляють обов’язки, час та любов між собою і дітьми [1, 43].

Гестаційна домінанта (від латинського gestatio – вагітність, dominans – панівний) спрямовує всі реакції організму на створення найкращих умов для розвитку плода [12, 65]. Психологічний компонент гестаційної домінанти включає механізми психічної саморегуляції, які активуються під час вагітності й формують у майбутньої матері поведінкові стереотипи, спрямовані на збереження вагітності та оптимальний розвиток плода. Особливості цього компонента проявляються у змінах в системі стосунків жінки, які пов'язані з вагітністю [Borderline personality disorder].

В. Баришнікова виділила п'ять варіантів його формування: оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфорійний, тривожний та депресивний [12, 65]. Оптимальний варіант сприятливий як для вагітності та пологів, так і для формування емоційного зв'язку з дитиною після народження, а також для її розвитку. Жінки з ейфорійним, гіпогестогнозичним, тривожним або депресивним варіантами психологічного компонента гестаційної домінанти потребують спостереження, оскільки у них можуть виникати нервово-психічні або соматичні розлади, або підвищений ризик їхнього розвитку [63, 345]. Ці варіанти можуть змінюватися протягом вагітності залежно від терміну гестації, фізичного стану жінки, ситуації в сім'ї та стосунків з лікарем, що створює можливості для корекції психологічного компонента.

Це вимагає проведення скринінгових психологічних обстежень вагітних для раннього виявлення тих, хто потребує медичної та психологічної підтримки, та визначає, в чому саме має полягати допомога [67, 35]. Основними характеристиками домінанти є підвищена збудливість, стійкість збудження та здатність інтегрувати збудження з інших джерел [66, 125]. Паралельно з розвитком вчення про домінанту прогресувала рефлекторна теорія І. Павлова, і ці два основні фізіологічні напрямки науки вдало доповнювали один одного [12, 66].

Спочатку уявлення про домінанту як локальне вогнище збудження в мозку зазнало значних змін. А. Ухтомський почав розглядати її як констеляцію збуджених мозкових структур, включаючи не тільки субкортикальні, але й вегетативні та гуморальні компоненти [12, 67]. Особливе місце серед теоретичних та експериментальних досліджень займає домінанта, пов’язана з репродукцією, яка отримала наукову назву «статева домінанта» [68, 32].

Її суть полягає в тому, що домінанта зникає після задоволення біологічної потреби або припинення підтримуючих її впливів з боку аферентних нервових або гуморальних сигналів. Вона також може бути витіснена іншою домінантою [69, 57]. І. Аршавський запропонував поняття «материнська домінанта», яке описує домінантні стани, що послідовно виникають в організмі жінки внаслідок репродуктивної функції. Ці стани змінюються один за одним під впливом біологічних (перш за все гормональних), психологічних та соціальних факторів [12, 67].

Ідея материнства як етапу розвитку самосвідомості розглядається в роботах В. Брутман, де материнство інтерпретується як процес встановлення смислових меж між матір'ю і дитиною [12, 66]. В. Бергум виділяє три стадії сприйняття майбутньої дитини під час пренатального материнства:

І. Дитина як ідея.

ІІ. Двоє як одне ціле.

ІІІ. Двоє як двоє [12, 66].

Дослідження М. Мід показали, що материнська турбота і прив'язаність до дитини настільки глибоко закладені в біологічних процесах зачаття, виношування, народження і грудного вигодовування, що тільки сильні соціальні впливи можуть їх приглушити [68, 67]. М. Мід стверджує, що жінки за своєю природою є матерями [68, 67]. Її опоненткою є Е. Бадінтер, яка, досліджуючи історію материнських установок протягом чотирьох століть (з XVII до XX століття), прийшла до висновку, що материнський інстинкт – це міф [68, 67].

Вона не виявила спільних рис у материнській поведінці, а навпаки, відзначила значну варіативність материнських почуттів залежно від культури, амбіцій і фрустрацій. Материнська любов не є постійним поняттям, вона змінюється і набуває різного змісту в різні історичні епохи. У жіночому організмі послідовно змінюються чотири домінантні установки: перша стосується так званої статевої домінанти, яка забезпечує пошук партнера і оптимальні умови для зачаття; друга пов'язана з підтримкою нормального перебігу вагітності (гестаційна домінанта); третя – з підготовкою до пологів (домінанта пологів); четверта – з лактацією [12, 65].

Згодом послідовники розробили концепцію гестаційної асиметрії, яка підкреслює важливість плацентарного комплексу для нормального перебігу вагітності. Цей комплекс забезпечує повноцінну центроперифеpичну інтеграцію та оптимальний розвиток системи «мати–плацента–плід», зокрема шляхом підвищення її неспецифічної резистентності. Превалювання активації центральних і скроневих областей півкуль головного мозку та контралатеральне розташування плаценти можуть бути додатковою ознакою гестаційної домінанти, що сприяє нормальному розвитку вагітності.

Водночас відсутність або інверсія активації міжпівкульної асиметрії є ранньою діагностичною ознакою загрози переривання вагітності [71, 20]. Гестаційна домінанта не лише спричиняє фізіологічну перебудову в організмі матері, але й впливає на її емоційний стан, роблячи вагітних більш уразливими до стресу і схильними до невротичних реакцій [71, 20]. Особливо

важкими є ситуації, коли сама вагітність стає джерелом психічного стресу [74, 434].

Як зазначає В. Баришнікова, стиль переживання вагітності є важливою характеристикою психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД) і значною мірою відповідає типу ставлення жінки до вагітності, виділеному J. Raphael-Leff. Стиль переживання вагітності (СПВ) також пов'язаний з акушерськими патологіями, і за сприятливого розвитку акушерської ситуації СПВ наближається до адекватного [12, 67].

Материнська домінанта – це комплекс фізіологічних та психологічних змін в організмі жінки, що забезпечують оптимальні умови для виношування, народження та виховання дитини. Цей феномен вперше описаний І. Аршавським, який розглядав його як послідовну зміну домінантних станів, детермінованих біологічними та психічними факторами .

Формування материнської домінанти включає кілька етапів, кожен з яких характеризується специфічними фізіологічними змінами:

1. Статева домінанта – забезпечує пошук партнера та оптимальні умови для запліднення.

2. Домінанта вагітності – під час вагітності організм жінки зазнає значних змін, спрямованих на підтримку розвитку плода. Гормональні перебудови, зокрема підвищення рівня прогестерону та естрогенів, сприяють адаптації організму до нових умов.

3. Домінанта пологів – підготовка до пологів включає активацію нейрогуморальних механізмів, що стимулюють скорочення матки та забезпечують успішне народження дитини.

4. Лактаційна домінанта – після пологів відбувається активація процесів, пов'язаних із виробленням молока, що забезпечує харчування новонародженого.

Психологічний компонент материнської домінанти включає формування емоційної прив'язаності до дитини, розвиток материнських установок та готовності до виконання материнської ролі. Цей процес

залежить від індивідуальних особливостей жінки, її життєвого досвіду та соціокультурного контексту.

Дослідження показують, що суспільство може впливати на материнські установки, змінюючи вроджені тенденції через соціальний тиск та культурні норми . Наприклад, у деяких культурах соціальний статус може переважати над природними материнськими почуттями, що призводить до змін у поведінці матерів.

Кожна культура формує унікальну модель материнства, визначаючи прийнятні риси характеру та поведінки матерів. Соціальні норми та очікування впливають на те, як жінки сприймають та виконують свою материнську роль. Наприклад, у суспільствах, де цінується соціальний статус, жінки можуть приймати рішення, що суперечать природним материнським інстинктам, щоб зберегти або підвищити свій статус .

Материнська домінанта є складним феноменом, що поєднує фізіологічні, психологічні та соціокультурні аспекти. Її формування забезпечує успішне виконання репродуктивної функції та адаптацію жінки до материнства. Розуміння механізмів формування материнської домінанти має важливе значення для підтримки здоров'я матері та дитини, а також для розробки програм психологічної підтримки вагітних та породіль.

Отже, гестаційна домінанта включає фізіологічні та психологічні компоненти, які формуються під впливом біологічних та психічних змін. Вона спрямовує всі реакції організму на створення оптимальних умов для розвитку ембріона, а згодом і плода

1.3. Вплив психоемоційного стану жінки на перебіг вагітності

Основною причиною ускладнень під час вагітності, А. Левицька вважає, порушення переходу від домінанти зачаття до домінанти вагітності, через що психологічний компонент гестаційної домінанти (ПКГД) формується після фізіологічного [30, 703]. Сучасні зарубіжні дослідження

(B. Baker, G. Blankley, C. Hernandes-Martines, H.M. Jensen) показують різні результати щодо поширеності тих чи інших несприятливих типів ПКГД, що може залежати від особливостей контингенту вагітних, які брали участь у дослідженні, наявності ускладнень вагітності, способу народження тощо [60; 62; 66; 67]. Однак усі вони свідчать про значний відсоток несприятливих типів ПКГД та їхній зв'язок з ускладненим перебігом гестації.

Оцінку ПКГД В. Баришнікова також використовує для прогнозування ускладнень: наявність тривожного та гіпогестогнозичного типів ПКГД у вагітних може свідчити про ризик розвитку гестозу [12, 65]. Відчуття вагітності у жінки значною мірою залежать від моделі материнства, яку вона засвоїла від своєї матері, характеру адаптації до шлюбу, а також від міфів, уявлень та очікувань, пов'язаних із майбутньою дитиною.

Материнство не забезпечується виключно вродженими механізмами; воно включає біологічну схильність до материнства, яка піддається впливу інтеріоризованих соціальних норм [1, 43]. Після теоретичного огляду статей і досліджень, присвячених розвитку материнської домінанти, можна зробити висновок, що вагітність є критичним перехідним періодом у житті жінки, протягом якого значно змінюються її свідомість та взаємини зі світом. В одному з ретроспективних досліджень, проведеному серед жінок із панічними атаками, було виявлено, що у 20% випадків симптоматика зменшувалася під час вагітності, у 54% стан залишався без змін, а у 26% відбувалося погіршення захворювання [1, 43].

Групою авторів М. Коусонс-Рід (M.E. Coussons-Read), М. Окун (M.L. Okun), С. Нетлес (C.D. Nettles) встановлено, що тривожні розлади значно впливають на перебіг вагітності та перинатальні результати: збільшується частота плацентарної недостатності (ПД), затримки розвитку плода (ЗРП), підвищується ризик передчасних пологів і народження дітей з низькою масою тіла, що негативно позначається на довгострокових прогнозах [63, 345]. Під час дослідження емоційних реакцій жінок протягом фізіологічної вагітності було виявлено, що зі збільшенням терміну вагітності підвищується

рівень особистісної тривожності (ОТ), яку А.Е. Волков розглядає як адаптивний процес [12, 67].

А. Смирнов у своїх дослідженнях зазначає, що нормальний перебіг вагітності характеризується середнім рівнем особистісної тривожності (СТ) [12, 67]. За даними різних авторів, В. Астахов, О. Бацилєва, В. Баришнікова, А. Левицька, найвищий рівень тривожності спостерігається в першому та третьому триместрах вагітності, а також у післяпологовий період. Зростання рівня тривоги в першому триместрі корелює з погіршенням самопочуття, зокрема з такими симптомами, як нудота, блювота, та безсоння [2; 12; 30].

Схожі висновки зробили М. Вербицька та її колеги, досліджуючи вплив різних факторів на перебіг вагітності серед жінок із різним психосоматичним статусом [12, 65]. Автор виявила зв'язок між психічним станом жінки та перебігом вагітності, пологів і післяпологового періоду, що необхідно враховувати при прогнозуванні та профілактиці ускладнень [12, 65]. Більшість науковців і практикуючих лікарів наголошують на важливій ролі психоемоційного стану у виникненні прееклампсії, що підкреслює значущість емоційних чинників у розвитку цього ускладнення. За даними деяких авторів, підвищення рівня СТ впливає на розвиток прееклампсії [71, 27].

Дослідження S. McDonald показали, що тривожність є головним фактором, який визначає різницю між жінками з нормальною фізіологічною вагітністю та тими, у кого спостерігаються ускладнення [72, 560]. Результати численних зарубіжних досліджень свідчать, що високий рівень тривоги і депресії, а також низька самооцінка відіграють роль у розвитку низької перинатальної ваги плода [72, 560].

Існує думка, що вагітність є станом на межі норми та психічної патології [29, 123]. Багато жінок з моменту вагітності відчувають зміни, які відповідають клінічним проявам астенічного синдрому, що дозволило деяким авторам назвати ці розлади «психосоматичною реакцією на вагітність». Частота таких станів коливається від 13,7% до 33,3%, а результати

тестування показали, що у 73% здорових вагітних проявляються донозологічні психічні зміни, які можуть негативно впливати на розвиток гестаційних ускладнень [12, 67].

Ускладнений перебіг вагітності та пологів у жінок на терміні 37–38 тижнів спостерігається вдвічі частіше, ніж у тих, хто не має порушень, а патологічні стани плода та новонародженого виникають у три рази частіше. Клінічні дослідження пограничних психічних розладів показали, що найбільш поширеним варіантом є невротична реакція, яка спостерігається у 63% випадків [60, 162].

Основними причинами, які спричиняють астенію, є психогенні фактори, що включають психологічні конфлікти, важливість вагітності в житті жінки, тривогу за здоров'я дитини, можливі ускладнення, а також сімейні конфлікти та матеріально-побутові проблеми. Деякі автори відзначають, що невиношування плоду є однією з провідних причин важких емоційних переживань і депресії у жінок [62, 689].

Психогенні порушення під час вагітності можуть призвести до загрози викидня, особливо у поєднанні із соматичними та гінекологічними факторами ризику. За даними вітчизняних досліджень, ускладнена вагітність супроводжується психічними розладами у 30–84% випадків [67, 36].

Деякі автори також відзначають зміни функціонального стану центральної нервової системи (ЦНС) у вигляді тривожно-фобічних, тривожно-депресивних та ригідних розладів, які виникають на тлі високого рівня особистісної тривожності (ОТ) [69, 57].

До психосоціальних факторів, що впливають на перебіг вагітності, належать бажаність вагітності, мотиви запліднення, стосунки з батьком дитини, підтримка сім'ї, матеріально-побутові умови, втрата близьких тощо [12, 37].

Висока емоційність, підвищені рівні тривожності та нейротизму значною мірою впливають на розвиток гестаційних ускладнень. Напруженість адаптаційних систем у вагітних із загрозою викидня, за даними

ряду досліджень, призводить до підвищення рівня пролактину та кортизолу в сироватці крові, а також характеризується імунодефіцитним станом через низький імунорегуляторний індекс, підвищення рівня імуносупресорних клітин, активацію прозапальних цитокінів, збільшення частки HLA-антигенів і підвищення рівнів IFNγ та IL-8 [77, 103].

Дослідження популяційного скринінгу показали, що вагітні, які проживають у промислових центрах, часто стикаються з психоемоційним стресом. Наявність тяжкої соматичної патології також є сильним стресовим фактором, який несприятливо впливає на психосоматичний стан вагітних та на фізичний і психічний стан новонароджених. Середня маса і довжина плода у таких жінок є нижчими, ніж у жінок без стресових факторів, а оцінка за шкалою Апгар також нижча [77, 103].

На думку В. Сюсюка, психоемоційний стан вагітної жінки відіграє ключову роль у розвитку плода та загальному перебігу вагітності [50, 130]. Стрес, тривога та депресія можуть негативно впливати як на здоров'я матері, так і на майбутнє дитини.

Під час стресу в організмі жінки підвищується рівень кортизолу та адреналіну, що може призвести до підвищення артеріального тиску – це збільшує ризик розвитку прееклампсії та інших ускладнень; порушення сну – безсоння або неглибокий сон знижують загальний тонус організму та можуть впливати на розвиток плоду; підвищений рівень тривожності – це може спричинити серцебиття, тремор та інші соматичні прояви; зниження імунітету – стрес послаблює імунну систему, підвищуючи ризик інфекційних захворювань [50, 130].

Н. Татенко вказує, що тривалий стрес у матері може мати такі наслідки для дитини, як низька вага при народженні – стресові гормони можуть впливати на плацентарний кровообіг, обмежуючи постачання поживних речовин до плода; порушення розвитку нервової системи – підвищений рівень кортизолу може впливати на формування мозку дитини, що в майбутньому підвищує ризик розвитку стрес-індукованих захворювань;

схильність до метаболічних розладів – можливе підвищення ризику розвитку інсулінорезистентності та інших метаболічних порушень у дитини [53, 75].

Л. Терлецька вказує, що емоційний стан вагітної жінки може залежати від віку майбутньої матері – надмірно молодий або зрілий вік може підсилювати ступінь переживань; досвіду попередніх вагітностей – негативний досвід може збільшувати рівень тривожності; соціальної підтримки – відсутність підтримки з боку партнера чи родини може посилювати відчуття тривоги та страху [54, 59].

Г. Степанківська вказує, що для підтримки здорового психоемоційного стану рекомендується:

– Консультації з лікарем – регулярні візити до фахівця допоможуть контролювати фізичний та емоційний стан.

– Психологічна підтримка – за потреби звернутися до психолога або психотерапевта.

– Здоровий спосіб життя – збалансоване харчування, фізична активність та достатній сон сприяють зниженню рівня стресу.

– Техніки релаксації – практикувати йогу, медитацію або дихальні вправи для зняття напруги.

– Соціальна підтримка – спілкування з близькими, участь у групах для вагітних може покращити емоційний стан [45, 90].

Отже, психоемоційний стан жінки відіграє критичну роль у перебігу вагітності, впливаючи на фізичне та психологічне здоров'я як самої матері, так і майбутньої дитини. Таким чином, психоемоційний стан жінки має значний вплив на перебіг вагітності, і його оптимізація є важливим аспектом забезпечення здоров'я як матері, так і дитини. Підтримка психоемоційного благополуччя під час вагітності є важливою складовою здоров'я матері та дитини. Звернення до фахівців та використання доступних ресурсів допоможуть знизити негативний вплив стресу та забезпечити гармонійний перебіг вагітності.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОМПОНЕНТУ ГЕСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ ВАГІТНИХ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ТА ПЕРЕРВАНОЮ ВАГІТНІСТЮ

2.1. Методи, методика і процедура дослідження

Емпіричне дослідження було проведено на базі ТОВ «ВІТАЦЕНТР», розташованого за адресою: м. Запоріжжя, вул. Седова, 3 в період з 2023 – 2024 рр. В досліджені взяли участь жінки, що звернулися до клініки ВІТАЦЕНТ (м. Запоріжжя) у період з 2023 по 2024 рік та надали згоду на участь у дослідженні із збереженням їх анонімності.

З метою грунтовного вивчення психологічних особливостей формування гестаційної домінанти у жінок зі збереженою та перерваною вагітністю нами було проведено комплексне дослідження, в якому брало участь 30 вагітних жінок віком від 18 до 42 років: 20 вагітних без ускладнень в діагнозі і 10 з перерваною вагітністю в діагнозі.

Усім вагітним було проведено всебічне обстеження. Клінічне дослідження охоплювало аналіз історії хвороби, спостереження, а також оцінку фізичного та психічного стану вагітних жінок. Перед початком експерименту у всіх жінок була взята згода на обробку даних та було гарантоване нерозголошення особистої інформації. Усі жінки побажали залишитися анонімними.

У дослідженні взяли участь жінки, розподілені на дві групи: 1 група – жінки зі збереженою вагітністю та 2 група – жінки із перерваною вагітністю.

Процес емпіричного дослідження складався з трьох етапів:

1. Перший етап включав визначення початкового психологічного стану учасниць обох груп за допомогою тесту для виявлення особистісної та реактивної тривожності Спілбергера у модифікації Ю. Л. Ханіна та «Тест

відношень вагітної до свого стану» для визначення типу гестаційної домінанти.

2. На другому етапі з учасницями 1 та 2 групи провели формувальну програму психо-емоційної підтримки.

3. На третьому етапі було проведено повторне тестування обох груп за допомогою встановлених методик та проведений порівняльний аналіз.

Завдання експерименту:

1. Здійснити спостереження за змінами емоційних станів вагітних зі збереженою та перерваною вагітністю;

2. Провести дослідження рівня ситуативної та особистісної тривожності жінок зі збереженою та перерваною вагітністю за допомогою методики «Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна»;

3. Визначити психологічний компонент гестаційної домінанти у вагітних, використовуючи «Тест відношень вагітної до свого стану»;

5. Зробити висновок щодо перевірки гіпотези дослідження.

Гіпотеза дослідження базується на таких припущеннях: психологічний компонент гестаційної домінанти вагітної зі збереженою вагітністю відмінний від ПКГД жінки з перерваною вагітністю.

Методика «Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна» дозволяє визначити рівень ситуативної та особистісної тривожності респондентів.

Методика Спілбергера – Ханіна є одним із найпоширеніших інструментів для оцінки рівня тривожності. Вона дозволяє визначити дві форми тривожності: реактивну тривожність (РТ) та особистісну тривожність (ОТ). Реактивна тривожність характеризує тимчасовий стан людини, що проявляється в напруженості, тривозі чи занепокоєнні у відповідь на певні життєві обставини. Особистісна тривожність, у свою чергу, є стабільною індивідуальною характеристикою, що визначає схильність людини сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливих.

Методика складається з двох самостійних частин, кожна з яких включає по 20 тверджень.

1. Перша частина спрямована на оцінку реактивної тривожності. Респонденту пропонується оцінити, наскільки кожне твердження відповідає його стану в даний момент (наприклад, «Я спокійний», «Я відчуваю внутрішнє напруження»).

2. Друга частина стосується особистісної тривожності й оцінює, наскільки твердження відповідають звичайному самопочуттю респондента (наприклад, «Я легко засмучуюсь», «Я відчуваю невпевненість у собі»).

Відповіді оцінюються за 4-бальною шкалою:

1 – «Ні, це зовсім не так»,

2 – «Мабуть, так»,

3 – «Так, вірно»,

4 – «Так, абсолютно вірно».

Для підрахунку результатів обчислюється сума балів окремо для кожної шкали. Рівень реактивної тривожності оцінюється як низький (до 30 балів), середній (31–45 балів) чи високий (46 і більше балів). Рівень особистісної тривожності також класифікується за цими категоріями.

Переваги методики: простота й зручність використання. Висока надійність і валідність. Широкі можливості застосування в психологічній практиці: діагностика станів у клінічній, освітній та трудовій сферах. Методика допомагає психологам оцінювати рівень стресу й тривожності, визначати потребу у втручанні, а також планувати психокорекційні чи профілактичні заходи.

Вимірювання тривожності як особистісної характеристики вагітних є особливо важливим, адже цей аспект суттєво впливає на їхню поведінку під час вагітності. Відомо, що певний рівень тривожності є природним і важливим для активної та діяльної людини. У кожного є свій оптимальний рівень тривожності – так звана «корисна тривожність».

Особистісна тривожність – це стійка індивідуальна характеристика, яка відображає схильність до тривожності й припускає тенденцію сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі, реагуючи на них певними емоціями. Як схильність, особистісна тривожність активізується при сприйнятті ситуацій, які оцінюються як небезпечні для самооцінки чи самоповаги. Ситуативна або реактивна тривожність, навпаки, є станом, що характеризується суб'єктивними емоціями, такими як напруженість, занепокоєння, тривожність і нервозність. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресові обставини і може змінюватися за інтенсивністю та динамічністю у часі.

Методика «Тест відношень вагітної до свого стану» дозволяє визначити психологічний компонент гестаційної домінанти (ПКГД) у вагітних. Тест включає три блоки тверджень, які відображають: А. Ставлення жінки до себе як до вагітної; Б. Ставлення жінки до формування системи «мати-дитя»; В. Ставлення вагітної жінки до реакції оточуючих на неї. Кожен блок містить 3 розділи з 5 висловлюваннями, що представляють різні типи ПКГД. Вагітна обирає одне твердження, яке найбільше відповідає її стану.

Блок А (ставлення жінки до себе як до вагітної) включає:

1. Ставлення до вагітності;

2. Ставлення до способу життя під час вагітності;

3. Ставлення до майбутніх пологів.

Блок Б (ставлення жінки до системи «мати-дитя» протягом вагітності) включає:

1. Ставлення до себе як до матері;

2. Ставлення до своєї дитини;

3. Ставлення до грудного вигодовування.

Блок В (ставлення вагітної до реакції оточуючих) включає:

1. Ставлення чоловіка до вагітної;

2. Ставлення родичів і близьких до вагітної;

3. Ставлення сторонніх до вагітної.

Під час тестування жінці надається стандартний бланк та інструкція, де її просять згадати свої почуття під час поточної вагітності і обрати одне з п'яти тверджень у кожному блоці, яке найточніше передає її стан. Після завершення завдання результати тесту обробляються.

Таким чином, тест допомагає виявляти нервово-психічні порушення у вагітних жінок на ранніх етапах їх виникнення, пов’язуючи їх з особливостями сімейних стосунків та направляючи лікарів і психологів для надання необхідної допомоги. Вчасно і належно надана підтримка не тільки покращує атмосферу в сім’ї, але й позитивно впливає на перебіг вагітності та пологів, а також запобігає проблемам із грудним вигодовуванням і розвитку післяпологових психічних і невротичних розладів. Варто зазначити, що простота використання тесту дає змогу запровадити його в практику роботи жіночих консультацій, а також використовувати акушерами-гінекологами та терапевтами. У випадку виявлення значних порушень лікарі можуть рекомендувати вагітним звернутися по допомогу до психолога чи психотерапевта, що сприятиме ранній діагностиці нервово-психічних розладів у вагітних зі збереженою та перерваною вагітністю.

2.2. Аналіз результатів дослідження та їх інтерпретація

Згідно з метою і завданнями експерименту, спочатку було проведено аналіз анамнезу вагітних зі збереженою та перерваною вагітністю та спостереження за їхньою поведінкою. На основі зібраних анамнестичних даних і результатів спостережень було встановлено, що зміни в емоційному стані вагітних у першому триместрі не мають зв’язку з психологічним компонентом гестаційної домінанти. Спостереження показали, що вагітні другого триместру проявляли раннє прийняття стану вагітності, яке супроводжувалося помірними і нетривалими емоційними реакціями. У вагітних третього триместру спостерігалися афективні стани та підвищення загального емоційного фону. Саме на етапі третього семестру нами був

зібраний емпіричний матеріал для порівняння. Узагальнені результати діагностики рівнів тривожності вагітних зі збереженою та перерваною вагітністю наведені в таблиці Б.1 Додатку Б. Результати діагностики рівнів ситуативної та особистісної тривожності вагітних представлені в таблицях 2.1 і 2.2.

Таблиця 2.1

Результати діагностики рівня ситуативної тривожності вагітних зі збереженою та перерваною вагітністю

Характеристика вагітних	Рівень ситуативної тривожності (%)		
	Високий	Помірний	Низький
вагітних зі збереженою вагітністю	0	0	100
вагітних з перерваною вагітністю	0	20	80
Всього	0	10	90

Високий рівень ситуативної тривожності серед вагітних не виявлено. Помірний рівень ситуативної тривожності було зафіксовано у 2 вагітних з перерваною вагітністю. Низький рівень ситуативної тривожності спостерігався у 18 вагітних з перерваною вагітністю в діагнозі.

Таблиця 2.2

Результати діагностики рівня особистісної тривожності вагітних зі збереженою та перерваною вагітністю

Характеристика вагітних	Рівень особистісної тривожності (%)		
	Високий	Помірний	Низький
вагітних зі збереженою вагітністю	30	70	0
вагітних з перерваною вагітністю	20	80	0
Всього	25	75	0

Зазначимо, що серед вагітних не було виявлено низького рівня особистісної тривожності. Високий рівень особистісної тривожності мали 5 вагітні зі збереженою вагітністю та 7 – з перерваною вагітністю. У 10

вагітних зі збереженою вагітністю і 9 вагітних з перерваною вагітністю визначено помірний рівень особистісної тривожності. Для вагітних із високим рівнем особистісної тривожності була притаманна пізня ідентифікація вагітності, яка супроводжувалася відчуттям досади.

Ми чітко розуміємо, що дослідження вагітних із збереженою вагітністю може мати похибку в залежності від триместру, в якому перебуває вагітна. Тому ми вирішили скористатися коефіцієнтом кореляції Пірсона, що використовується для аналізу зв'язку між двома змінними, виміряними в метричних шкалах на одній вибірці. Він дозволяє оцінити ступінь пропорційної зміни двох змінних. Коефіцієнт Пірсона допомагає визначити силу лінійної залежності між змінними, тоді як інші типи зв'язків можуть бути виявлені за допомогою методів регресійного аналізу. Для спрощення підрахунку коефіцієнту результати анкет ми записували до таблиці Exel, в яку інтегрувати формулу для підрахунку. Це дозволило не переобтяжувати дослідження математичними формулами.

Виявлено, що коефіцієнт парної кореляції Пірсона між триместрами вагітності та рівнями ситуативної тривожності респондентів, становить «-0,12». Це вказує на слабкий зворотний зв'язок: із зростанням тижнів вагітності рівень ситуативної тривожності поступово знижується, що, ймовірно, зумовлено звиканням жінки до свого стану. Коефіцієнт парної кореляції Пірсона між триместрами вагітності та рівнями особистісної тривожності, дорівнює «0,30», що свідчить про слабкий прямий зв'язок: із збільшенням кількості тижнів вагітності особистісна тривожність підвищується. Це, імовірно, пов’язано з формуванням почуття відповідальності за народження дитини. Підсумовуючи результати діагностики тривожності вагітних зі збереженою та перерваною вагітністю, зазначимо, що на різних триместрах вагітності виявлено різні рівні ситуативної та особистісної тривожності у жінок як з ускладненнями, так і без них.

Результати діагностики психологічного компонента гестаційної домінанти наведено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Результати діагностування психологічного компонента гестаційної домінанти

№	Кіл-сть тижнів	Оптимальний тип	Гіпогестогнозичний тип	Ейфорійний тип	Тривожний тип	Депресивний тип
Жінки зі збереженою вагітністю						
1	27	2	2	2	1	-
2	12	3	1	2	-	-
3	29	6	2	3	2	-
4	21	6	2	1	2	-
5	32	3	4	1	2	-
6	14	1	-	-	1	-
7	12	5	-	3	3	-
8	26	2	-	3	2	-
9	15	7	3	1	3	-
10	36	9	-	1	-	-
11	14	3	-	-	-	-
Жінки з перерваною вагітністю						
1	5	3	1	1	4	3
2	12	3	-	3	-	2
3	19	5	-	1	3	5
4	2	5	1	1	2	7
5	13	1	-	-	2	6
6	21	1	-	-	-	6
7	14	1	-	-	5	6
8	16	5	2	1	5	4
9	15	4	1	2	-	3
10	26	3	-	1	2	1

За результатами діагностики за методикою «Тест відносин вагітної (ТВВ)», ми виявили, що 100% вагітних жінок мають переважно оптимальний тип психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД). Гіпогестогнозичний тип ПКГД зафіксовано у 42 % жінок, ейфорійний тип – у 81 %, тривожний тип ПКГД – у 43,83%, а депресивний тип ПКГД – у 12 %. Таким чином, у всіх вагітних (100%) виявлено певні рівні оптимального типу ПКГД; у 7 жінок (31 %) спостерігалися прояви чотирьох типів ПКГД. У 11 вагітних (42 %) визначено прояви трьох типів ПКГД: оптимального, гіпогестогнозичного, ейфорійного або ж оптимального, тривожного і ейфорійного. Варто зазначити, що у 3 жінок (9%) виявлено прояви депресивного типу ПКГД, і це були вагітні з ускладненнями в діагнозі.

На основі результатів діагностики за методикою «Тест відношень вагітної до свого стану», вагітні жінки можна поділити на три групи, кожна з яких потребує особливої тактики психоемоційної підтримки.

Перша група складається з практично здорових жінок із збереженою вагітністю, які перебувають у стані психологічного комфорту та мають оптимальний тип психологічного компонента гестаційної домінанти.

Друга група названа «групою ризику» і включає жінок із збереженою вагітністю з ейфорійним, гіпогестогнозичним і іноді тривожним типами психологічного компонента гестаційної домінанти. Ці вагітні мають підвищену ймовірність розвитку нервово-психічних порушень, соматичних захворювань або загострення хронічних розладів.

Третю групу складають жінки з перерваною вагітністю з гіпогестогнозичним і тривожним типами психологічного компонента гестаційної домінанти, у яких клінічні прояви є більш вираженими, ніж у жінок з другої групи. Також сюди належать жінки з депресивним типом психологічного компонента гестаційної домінанти. Багато жінок з цієї групи під час індивідуальних бесід виявляють нервово-психічні розлади різного ступеня тяжкості та потребують індивідуального спостереження і лікування у психотерапевта або психіатра.

Для перевірки гіпотези ми узагальнили результати діагностики методик «Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна» та «Тест відношень вагітної до свого стану». Згідно з даними, у 3 (9 %) жінок зі збереженою вагітністю, яка має помірний рівень ситуативної тривоги та високий рівень особистісної тривоги, спостерігалися прояви всіх чотирьох типів психологічного компонента гестаційної домінанти: оптимального, гіпогестогнозичного, тривожного і депресивного. Також у 6 (12 %) жінок з перерваною вагітністю, яка мала низький рівень ситуативної тривоги та високий рівень особистісної тривоги, спостерігалися прояви всіх чотирьох типів психологічного компонента. У 3 (15 %) жінок з перерваною вагітністю, які мали низьку ситуативну тривогу і помірну особистісну тривогу, було зафіксовано прояви трьох типів психологічного компонента гестаційної домінанти. А у 2 (5 %) жінок зі збереженою вагітністю, яка продемонструвала три типи психологічного компонента, був високий рівень особистісної тривоги та низький рівень ситуативної тривоги. Важливо зазначити, що всі ці вагітні належать до різних триместрів, але найбільша частка з них (3 особи з 5) знаходиться на першому триместрі вагітності.

Таким чином, наша гіпотеза щодо дослідження підтверджується. Виходячи з припущення, що існує відмінність психологічного компоненту гестаційної домінанти вагітних зі збереженою та перерваною вагітністю, а також можна стверджувати, що в певних випадках рівень тривожності (як особистісної, так і ситуативної) у жінок, як із збереженою вагітністю, так і з перерваною вагітністю, впливає на складову психологічного компонента гестаційної домінанти.

РОЗДІЛ 3
ТЕХНІКИ ФОРМУВАННЯ ГЕСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК В УМОВАХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

3.1. Специфіка роботи психолога медичного закладу з вагітними жінками

Психологічна підтримка вагітних жінок у медичних закладах має свої особливості, що обумовлені специфікою емоційного та фізіологічного стану жінки під час вагітності. Основною метою роботи психолога є формування позитивної гестаційної домінанти, що сприяє зниженню тривожності та оптимізації психологічного стану вагітної. Це досягається через техніки емоційної підтримки, психоедукації, а також розвитку навичок саморегуляції та взаємодії з дитиною на ранньому етапі. Психолог допомагає вагітним адаптуватися до змін, формує позитивне уявлення про вагітність і майбутнє материнство, що створює умови для сприятливого перебігу вагітності й здорового розвитку плоду.

Сучасний розвиток практичної психології в Україні вимагає від науковців вирішення нових завдань, одним із яких є створення методик психологічної підготовки вагітних жінок до пологів. Українська дослідниця А. Борисюк підкреслює, що психологічна підготовка жінки до пологів може знизити больові відчуття та ризик ускладнень під час пологів і в післяпологовий період як для матері, так і для дитини. Розроблено багато методів психологічної підготовки до пологів, зокрема метод ASPO/Ламаза, метод Р. Бредлі, школа М. Одена, психопрофілактична підготовка за І. Вельвовським та інші. Кожен із цих методів передбачає комплекс занять, які варіюються залежно від черговості пологів для жінки: перші, другі тощо.

На нашу думку, представники згаданих методів пропонують комплекс занять, зміст яких відрізняється залежно від черговості пологів жінки:

підготовка до перших, других тощо. Психологічні чинники мають великий вплив на виникнення та розвиток багатьох соматичних захворювань, і медичний психолог може ефективно їх коригувати. Він залучений до диференціальної діагностики, лікування та профілактики захворювань, беручи до уваги індивідуальні особливості пацієнта. Крім того, допомога психолога часто необхідна й самим лікарям, оскільки їхня професія пов’язана з високим рівнем стресу та емоційним вигоранням.

Медичний психолог може стати джерелом ідей для адміністрації медичних установ у питаннях менеджменту, підбору персоналу, адаптації співробітників, зв’язків із громадськістю тощо. У сучасній медицині зростає роль інструментальних та прикладних методів, що може призвести до дегуманізації галузі, тому важливим завданням медичного психолога є підтримання клінічного мислення й гуманізація лікувального процесу. У психологічній практиці дослідження, присвячені роботі з вагітними жінками, набувають усе більшої актуальності. У зв’язку зі змінами у моделях материнства та батьківства, часто спостерігається неготовність вагітних жінок до прийняття нової соціальної ролі, виконання відповідних норм і форм поведінки, перегляду цінностей і навіть труднощі у прийнятті своєї вагітності та майбутньої дитини.

Психологічний супровід вагітної жінки чи сімейної пари є одним із дієвих способів профілактики можливих відхилень під час вагітності. Основні його завдання включають формування відповідального ставлення до батьківства, готовності прийняти нові соціальні ролі, підвищення рівня психолого-педагогічної компетентності щодо розвитку дитини з внутрішньоутробного періоду, а також освоєння технік саморегуляції для підтримки функціональних станів організму.

Згідно з дослідженням стратегій психологічної допомоги вагітним, психологічний супровід є оптимальним та доступним видом роботи. О. Іщук зазначає, що цей процес включає взаємопов'язані заходи й методи, які спрямовані на створення умов для підтримки психологічного здоров’я

особистості [25, 218]. Серед ключових заходів виділяють інформування (психологічну просвіту), навчання, тренінги, а також методи переконання й навіювання.

Психологічний супровід під час вагітності охоплює роботу на кількох рівнях: особистісному, емоційному, когнітивному, психофізіологічному та операційному. В. Сюсюка наголошує, що на особистісному рівні важливо сформувати у вагітної жінки позитивні мотивації й настанови щодо материнства (бажання мати дитину, сприяння нормальному перебігу вагітності та народженню здорової дитини) [46, 48].

На емоційному рівні зосереджується увага на стабілізації психоемоційного стану жінки. Когнітивний рівень передбачає надання конкретних знань щодо змін в організмі під час вагітності, розвитку плода та догляду за новонародженим. На психофізіологічному рівні фокусується увага на формуванні навичок застосування психотерапевтичних методів і технік для саморегуляції та підвищення стресостійкості. Операційний рівень включає формування необхідних умінь і навичок для поведінки під час пологів, догляду за дитиною та ефективної взаємодії з нею.

Як зазначають В. Сюсюка та І. Волошин, психологи, які працюють з вагітними жінками і готують їх до пологів, мають насамперед звертати увагу на рівень їхньої психологічної готовності до материнства. Розвиток самоусвідомлення себе як матері, усвідомлення значення материнства у своєму житті й житті дитини є основою системи психологічної підтримки, що спрямована на формування гестаційної домінанти у вагітних у медичних закладах [35, 10].

З метою профілактики порушень у формуванні гестаційної домінанти важливим є проведення психологічного консультування та психотерапії з родинами. Вибір напрямків сімейної терапії має враховувати унікальність ситуації кожної родини. Щодо особливостей роботи з цією проблемою в Україні, часто використовується еклектичний підхід: під час роботи психолог поєднує техніки та принципи різних психотерапевтичних шкіл.

У сучасній системі пренатального виховання набули популярності різні школи підготовки до батьківства, що є позитивним явищем. Перинатальні психологи використовують низку методик і психотерапевтичних технік для оцінки психологічного стану жінок під час вагітності та після пологів. Однак, різноманіття методів може спричиняти недостатню чіткість у визначенні завдань психологічної допомоги жінкам і сім’ям, а також не завжди ефективне застосування певних методів у кожному окремому випадку.

Як зазначає В. Астахов, психологічна допомога вагітним часто зосереджена не стільки на підготовці майбутніх батьків до відповідального виконання батьківських функцій, скільки на застосуванні різноманітних технік альтернативної допомоги під час пологів, що іноді може негативно позначатися на фізичному та психологічному здоров'ї як матері, так і дитини. Тому, для ефективної психологічної підтримки породіллі важливими є врахування індивідуально-психологічних особливостей жінок, високий рівень професійної підготовки фахівців та дотримання морально-етичних принципів під час роботи з вагітними або родинами, які очікують на дитину [4, 198].

Н. Лукашевич наголошує, що основною метою соціально-психологічного тренінгу (СПТ) є розвиток психологічної компетентності у вагітних жінок, що має важливе значення для комунікаційних навичок у різних сферах їхньої життєдіяльності. Розвиток цієї компетентності допомагає вирішувати соціально-психологічні питання, що виникають під час вагітності. СПТ можна розглядати як специфічну форму навчання, спрямовану на здобуття знань та навичок у мотиваційній сфері та їх корекцію [31, 38].

Основні завдання СПТ для вагітних включають:

1. Розвиток синдрому досягнень, тобто прагнення до успіху замість уникнення невдач.

2. Навчання поведінці, що відповідає високій мотивації до материнства.

3. Самоаналіз вагітною своєї поведінки.

4. Напрацювання оптимальної тактики цілепокладання в різних видах діяльності.

5. Отримання міжособистісної підтримки.

Такі заходи, як вважає Лукашевич, сприяють підготовці вагітних до успішного материнства через засвоєння знань, розвиток відповідних навичок та підтримку в мотиваційній сфері.

Щодо методів СПТ, окрім традиційних, таких як лекції, семінари та бесіди на соціально-психологічні теми, акцент робиться на використанні активних методів. Існує багато класифікацій цих тренінгових методів, але всі вони в більшій чи меншій мірі виділяють дві основні сфери: групову дискусію та гру, які частково перетинаються. Метод групової дискусії, як правило, використовується у формі аналізу конкретних ситуацій або групового аналізу.

Серед ігрових методів СПТ найбільше поширення отримав метод рольових ігор. Ці методи можуть використовуватися окремо, однак частіше вони входять до складу комплексних програм, які включають різні методи – залежно від поставлених завдань і матеріальних можливостей. Таким чином, СПТ спрямований на засвоєння деяких соціально-психологічних знань, розвиток мотивації, здібностей до аналізу ситуації, поведінки та стану, а також навичок адекватного сприйняття себе і оточуючих.

Під час тренінгу коригуються форми особистісної поведінки та міжособистісної взаємодії, розвивається здатність гнучко реагувати на ситуацію і швидко перебудовуватися в різних умовах. Тренінг проводиться зі спеціально підібраними для цієї роботи групами вагітних. СПТ також ефективний для підвищення психологічної компетентності майбутніх матерів, напрацювання оптимальних способів самомотивування, самоспонукання, а також стимулювання та мотивації до материнства. Варто відзначити, що специфіка діяльності психолога з вагітними ґрунтується на таких положеннях:

– Психічні якості вагітної проявляються та розвиваються у її поведінці, діях і рішеннях. Водночас потенційні можливості жінки під час вагітності втілюються в реальних компонентах відповідного типу гестаційної домінанти.

– Психолог у роботі з вагітними керується положенням гуманістичної психології, що вважає людей вільними та доброзичливими від природи. Конструктивна взаємодія можлива лише тоді, коли психолог спрямовує свої зусилля на створення умов для гуманізації будь-яких міжособистісних стосунків із вагітною, сприяючи особистісним змінам, безоцінному прийняттю, емпатійному слуханню та щирому самовираженню у спілкуванні.

– Ефективна робота вагітної над власною поведінкою можлива в згуртованій, психологічно сприятливій атмосфері, підтримуваній позитивним настроєм у процесі спілкування.

– Використання ігрових методів на заняттях із вагітними сприяє подоланню суб’єктивних бар’єрів (наприклад, страху помилитися, невпевненості в правильності рішень, труднощів у вираженні власних почуттів), а також допомагає розвивати навички соціальної перцепції, самопізнання і впевненості. Ігрові ситуації з їхньою незвичайністю та новизною викликають інтерес, який підтримується завдяки усвідомленню вагітною значущості того, що відбувається з нею, і позитивними емоціями від взаємодії в групі.

– У процесі психологічної корекції поступово поглиблюється самосвідомість і розуміння власних особливостей, адже самопізнання тісно пов'язане із саморозкриттям.

– Структура занять повинна спрямовуватись на формування потреби вагітної в близькому контакті з іншими, де кожна взаємодія викликатиме стійкі позитивні емоції і почуття задоволення, підтримуючи потребу в позитивному налаштуванні на інших.

– Програма корекційних занять ґрунтується на принципі рівності учасників, що означає відсутність критичної фігури. Психологічна корекція

акцентує увагу жінки на її майбутньому материнстві, що відбувається природно, без зовнішнього тиску, схвалень чи покарань, оцінок, порад чи критики. Весь процес спрямований на досягнення індивідуально важливих результатів.

Отже, специфіка роботи психолога з вагітними полягає у впровадженні комплексних програм психологічної підтримки для жінок під час вагітності. Такі програми мають суттєвий позитивний вплив як на перебіг вагітності та процес пологів, так і на формування відповідної материнської поведінки. Психологічна підтримка сприяє не лише покращенню фізичного й психічного стану майбутньої матері та дитини, а й допомагає вирішити ряд соціально-психологічних проблем сучасного суспільства, пов’язаних із порушеннями у стосунках між батьками та дітьми. Основними формами взаємодії психолога з вагітними є індивідуальне та групове консультування, психологічний супровід і соціально-психологічний тренінг.

3.2. Програма з формування гестаційної домінанти у вагітних жінок в медичних закладах

Сучасний розвиток практичної психології в Україні ставить перед науковцями нові завдання, зокрема, створення методів для формування гестаційної домінанти у вагітних в умовах медичних закладів. Дослідження вагітності зосереджуються на закономірностях і особливостях емоційних, психологічних, духовних та інших змін, які відбуваються у жінки протягом дев’яти місяців очікування дитини. Аналіз методологічних аспектів психології вагітності та материнства дозволив визначити основні завдання галузі – створення гнучкої системи психологічної підготовки жінок до пологів, яка враховуватиме їхні індивідуальні особливості. Найефективніших результатів можна досягти шляхом розробки експрес-методів роботи в цьому напрямку.

Враховуючи необхідні принципи та вимоги, нами була створена спеціальна комплексна програма психологічної підтримки для вагітних у медичних установах, основною метою якої є своєчасне виявлення груп ризику та ранніх ознак відхилень у материнській поведінці під час вагітності, адаптація жінок до нової соціальної ролі та формування відповідальності за власні вчинки та життя дитини. У роботі використовувались методологічні принципи особистісно орієнтованого підходу, розробленого К. Роджерсом.

Психологічна підтримка у формуванні гестаційної домінанти у вагітних жінок в медичних закладах має відбуватися за кількома напрямками:

1) сприяння особистісному зростанню жінки;

2) розвиток батьківських установок і форм взаємодії з дитиною;

3) оптимізація мотивацій, пов’язаних із материнством;

4) зменшення рівня особистісної та ситуативної тривожності;

5) корекція можливих відхилень у формуванні материнської ролі.

Програма психологічної підтримки для вагітних жінок в медичних установах (в рамках короткострокової експрес-підготовки) реалізується у три етапи, з кількістю занять від трьох до п’яти, тривалість кожного – 1,5-2 години. Основною метою програми є створення позитивного емоційного фону у жінок під час вагітності.

Завдання програми включають: розвиток материнської відповідальності, підготовка до прийняття нових соціальних ролей, зниження рівня тривожності, розширення мотивів для збереження вагітності та оволодіння техніками саморегуляції.

На першому етапі відбувається знайомство, встановлення психоемоційного контакту між психологом і вагітними, уточнення важливої інформації та отримання даних про психологічні особливості перебігу вагітності, а також діагностика готовності до пологів. Головною метою цього етапу є виявлення бажаності чи небажаності дитини, що дозволяє надавати підтримку у формуванні адекватного материнського ставлення і прогнозувати можливі відхилення в його розвитку. Результатом цього етапу

повинно стати встановлення довірливих стосунків і з'ясування очікувань та побажань вагітної щодо подальшої роботи. Методи, що використовуються на першому етапі, включають структуроване інтерв'ю та бесіду.

Методи першого етапу включають структуроване інтерв'ю та бесіду.

На другому етапі основна увага приділяється встановленню психоемоційного контакту, створенню дружньої та довірчої атмосфери, активації творчого потенціалу учасників, зменшенню психологічного супротиву та усуненню захисних механізмів. Тут також проводиться психодіагностика готовності до пологів на основі інтерпретації тематичних малюнків, які використовуються як інструмент терапевтичного впливу. Головним завданням цього етапу є формування образу та цінності дитини. Методи, застосовувані на цьому етапі, включають бесіду, створення тематичних малюнків та психотерапевтичну інтерпретацію.

Третій етап передбачає проведення корекційних заходів на основі аналізу попередніх діагностичних результатів. Це включає формування когнітивних, емоційно-оцінкових та поведінкових патернів, що стосуються майбутніх пологів. Основними завданнями цього етапу є прийняття вагітними нової соціальної ролі, формування відповідних моделей поведінки, мотивів та адекватних стилів виховання. Методи третього етапу включають бесіду, переконання, навіювання та перегляд тематичного відеофільму. Кількість занять та їх зміст залежать від індивідуально-психологічних і вікових особливостей жінок, які були виявлені під час психодіагностики.

Таким чином, програма розроблена для трьох етапів, кожен з яких включає від трьох до п'яти занять, що охоплюють певні методи та прийоми роботи. Першим кроком є проведення індивідуально-групових бесід, які спрямовані на встановлення довірливих і дружніх стосунків, а також на дослідження аспектів самосприйняття вагітності кожною жінкою. Другий етап передбачає тренінгові форми роботи, метою яких є зниження психоемоційної напруги та формування необхідних вмінь і навичок. Третій етап включає використання різноманітних психотерапевтичних технік, таких

як тілесно-орієнтована терапія, арттерапія, асоціативна терапія, психодрама та рольові ігри.

Останнє заняття програми присвячене підбиттю підсумків роботи психолога, під час якого оцінюється результативність програми. Це оцінювання базується на появі у вагітної нових якостей, таких як психологічна готовність до пологів і материнства, конструктивні мотиви збереження вагітності, гармонізація психоемоційного стану, посилення позитивних відчуттів, пов’язаних з материнством, а також адекватне прийняття нової соціальної ролі і відповідальності за свої дії та життя майбутньої дитини.

Протягом усіх занять проводиться психодіагностика особистісних властивостей вагітних, що дозволяє планувати та коригувати подальшу роботу з жінками, враховуючи їх індивідуальні особливості. Для цього були обрані спеціальні психодіагностичні методи, які надійно виявляють різні емоційні стани та особливості ставлення жінки до вагітності, майбутньої дитини та материнства в цілому. Реалізація програми передбачає роботу як з окремими вагітними жінками, так і з подружніми парами, які чекають на народження дитини. Заняття проводяться один раз на тиждень з 14 по 15 тиждень вагітності.

Програма психологічної допомоги, спрямована на формування гестаційної домінанти у вагітних жінок у медичних закладах, фокусується на жінках, які перебувають на терміні від 18 до 30 тижнів вагітності. Цей часовий проміжок обрано на основі факторів, що впливають на стиль переживання вагітності та ефективність корекційної роботи. Нижня межа встановлюється з моменту початку ворушіння плоду, оскільки це необхідно для визначення суб'єктивних переживань вагітності. Верхня межа обумовлена необхідністю мати достатній час для корекції, що триває 2-3 місяці.

Дослідження показали, що типові страхи під час вагітності включають: побоювання можливих ускладнень, які можуть загрожувати здоров'ю дитини;

страх пологів, пов’язаний з очікуванням болю та почуттям безпорадності; генетичні страхи, зокрема, побоювання народження дитини з вадами; страх втрати дитини; боязнь інфекцій; естетичні страхи, пов'язані зі змінами фігури; а також страх стати поганою матір'ю через сумніви в своїх здібностях правильно доглядати за дитиною.

Оскільки існує безліч причин, що формують стиль переживання вагітності, програма орієнтується на корекцію трьох найбільш поширених страхів: побоювання можливих ускладнень, страх пологів та страх стати поганою матір'ю.

Перше заняття має на меті подолання страху можливих ускладнень під час вагітності, які можуть вплинути на здоров'я майбутньої дитини. Для цього проводилося формування свідомого ставлення жінок до свого становища через надання знань про процес вагітності, етапи розвитку плоду, а також про зовнішні чинники, які можуть вплинути на здоров'я дитини. Важливими були рекомендації щодо того, як захистити себе та малюка від цих впливів. Заняття включало лекцію на тему «Вплив середовища на перинатальний розвиток», яка супроводжувалася наочними матеріалами, такими як слайди та відео. Лекцію міг проводити як психолог, так і залучати медичних спеціалістів. Наприкінці заняття вагітні отримали брошури з найважливішою інформацією про внутрішньоутробний розвиток дитини та правила здорового способу життя під час вагітності.

Другі та треті заняття спрямовані на усунення страху пологів, зокрема, пов'язаного з очікуванням болю, відчуттям безпорадності та браком контролю над власним тілом. Для досягнення цієї мети психолог навчав жінок сприймати пологи як природний фізіологічний процес, а також надавав рекомендації для жінок і їх партнерів, які можуть бути присутніми під час пологів.

Друге заняття починалося з лекції про процес пологів і можливі способи зменшення родової болі, що тривала 30 хвилин. Лекція також супроводжувалася наочними матеріалами і могла проводитися як

психологом, так і медичними працівниками. Після лекції відбувалися вправи, такі як «Глас в пустелю», «Повне дихання», «Підрахунок дихання» і «Термометр», які допомагали оволодіти технікою дихання, прийняттю та контролю над власним тілом, а також сприяли розвитку довіри та взаєморозуміння між партнером та майбутньою матір'ю в період вагітності та під час пологів.

Третє заняття, подібно до другого, фокусується на оволодінні технікою дихання, покращенні взаєморозуміння з партнером, контролі над власним тілом, а також на освоєнні технік релаксації та спеціальної гімнастики. Основною метою цього заняття є згуртування групи, розвиток уміння керувати своїм тілом та невербальної комунікації. Виконувалися вправи «Скульптура» (10 хв.), «Азбука тіла» (10 хв.), «Сіамські близнюки» (10 хв.), «Котяча спина» (3 хв.) та «Релаксація» (10 хв.).

Четверте заняття було спрямоване на подолання страху у вагітних стати поганою матір’ю. Для цього на заняття запрошувалися неонатологи, які розповідали про основи догляду за новонародженим, включаючи годування, купання, режим дня та спеціальну гімнастику для немовлят.

Слід зазначити, що діяльність психолога визнана ефективною, оскільки виявлено позитивні зміни в емоційному стані вагітних і зниження тривожності на контрольному етапі експерименту, що відзначається оптимальним типом ПКГД за такими аспектами: 1) ставлення до вагітності, 2) ставлення до майбутніх пологів під час вагітності, і 3) самооцінка як матері. Ці аспекти характеризують страхи, які коригуються в рамках програми. Вагітним, чиї емоційні стани залишилися незмінними або тривожність знизилася незначно, необхідно приділити особливу увагу та застосовувати індивідуальний підхід під час подальшої корекційної роботи.

Для оцінки ефективності розробленої програми була сформована експериментальна група (ЕГ) вагітних жінок. До складу ЕГ увійшли 17 жінок на II-III триместрі вагітності, як з ускладненнями, так і без них. Вік учасниць варіював від 19 до 32 років. Перед початком програми всі жінки були

поінформовані про мету експерименту і надали свою згоду на участь. Учасниці отримали інформацію про різні стилі переживання вагітності (оптимальний, тривожний, ейфорійний, ігноруючий та депресивний) і про те, як вони відображаються в їхньому досвіді.

На першому етапі програми було проведено психодіагностичне дослідження для визначення особливостей психоемоційного стану вагітних, а також їхнього ставлення до вагітності, майбутньої дитини та материнства в цілому. За допомогою структурованого інтерв'ю було виявлено деякі аспекти соціального статусу жінок. Серед учасниць 14 (82,4%) належали до соціально захищених, тоді як 3 (17,6%) – до соціально незахищених категорій. Виявилося, що 11 вагітних (64,7%) перебувають у законному шлюбі, а 6 (35,3%) – у цивільному. Серед них 4 (23,5%) жінки навчаються у вищих навчальних закладах, 9 (52,9%) мають вищу освіту і постійну роботу. Важливо відзначити, що для 12 (70,5%) учасниць ця вагітність була першою, а для 5 (29,5%) – повторною (раніше вони пережили штучне переривання). Для 9 (52,9%) жінок ця вагітність була планованою та бажаною, для 3 (17,6%) – бажаною, але не планованою, а для 5 (29,5%) – непланованою та небажаною.

Динаміка психоемоційного стану учасниць під час програми оцінювалася за допомогою методики «Шкала особистісної та ситуативної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна». Для оцінки ставлення жінок до вагітності, майбутньої дитини та материнства використовувався «Тест відношень вагітної до свого стану». Аналізуючи результати на першому етапі, виявлено деякі спільні характеристики вагітних жінок: згідно з методикою Спілбергера-Ханіна, у 47,1% досліджуваних зафіксовано високий рівень особистісної тривожності, а у 41,1% – ситуативної тривожності.

Аналізуючи результати дослідження на першому етапі, були виявлені певні загальні характеристики вагітних жінок. Зокрема, за методикою Спілбергера-Ханіна, у 47,1% учасниць спостерігається достатньо високий

рівень особистісної тривожності, тоді як у 41,1% зафіксована висока ситуативна тривожність.

Оцінюючи ставлення учасниць програми до вагітності та майбутньої дитини за допомогою методики, отримано такі результати: 11,7% досліджуваних переживають гіпогнозичний варіант ПКГД, що характеризується несвідомим неприйняттям власної вагітності; 47,1% мають тривожний варіант ПКГД; 17,6% – оптимальний варіант ПКГД; 5,8% – ейфорійний варіант ПКГД; 17,6% – змішаний варіант ПКГД.

Враховуючи результати психодіагностичного дослідження, було розпочато реалізацію програми з учасницями. Робота з жінками проводилась відповідно до запропонованих етапів. Заняття організовувались у індивідуальній та груповій формах, враховуючи особливості змін, які відбуваються у жінок на різних термінах вагітності, а також їх індивідуально-психологічні властивості. Деяким вагітним було надано додаткове психологічне консультування з метою гармонізації стосунків та зменшення ризику виникнення сімейних конфліктів.

Після завершення програми, коли жінки досягли 37-39 тижнів вагітності, була проведена повторна психодіагностика за тими ж методиками. Встановлено, що внаслідок комплексу спеціальних занять у 94,1% учасниць спостерігалась позитивна динаміка психоемоційного стану, що проявлялося у зниженні рівня тривожності та психоемоційного напруження, а також у зменшенні побоювань і страхів, пов'язаних з пологами та післяпологовим періодом.

За результатами аналізу самопочуття перед пологами, у 76,4% жінок спостерігалась стабілізація настрою, активності та загального самопочуття. Крім того, у 82,3% учасниць дослідження було виявлено якісні позитивні зміни у стилі переживання вагітності та материнства, що свідчить про їх здатність адекватно сприймати нову соціальну роль і виконувати відповідні моделі поведінки.

Оцінюючи ефективність запропонованої програми, важливо відзначити її позитивний вплив на стосунки між жінкою та її чоловіком. Учасниці програми зазначали, що їхні відносини стали більш відкритими і теплими, що, у свою чергу, покращило взаєморозуміння між ними.

Узагальнюючи отримані результати дослідження, можна зробити кілька висновків. Програма психологічної допомоги, спрямована на формування гестаційної домінанти у вагітних жінок у медичних закладах, є ефективною формою роботи з цільовою аудиторією. По-перше, вона допомагає стабілізувати психічний і фізичний стан вагітних. По-друге, сприяє створенню більш тісного емоційного зв'язку між матір'ю та дитиною ще під час вагітності. По-третє, знижує ризик виникнення різних форм девіантного материнства. По-четверте, запобігає негативним наслідкам для фізичного і психічного розвитку плоду та майбутньої дитини. І, по-п'яте, забезпечує оптимальні умови для гармонійного розвитку дитини з ранніх етапів онтогенезу.

Таким чином, аналізуючи вищезазначене, можна стверджувати про доцільність і важливість впровадження комплексних програм психологічної допомоги, що формують гестаційну домінанту у вагітних жінок у медичних закладах, оскільки вони мають значний позитивний вплив на перебіг вагітності та пологів, а також на покращення фізичного і психічного стану майбутніх матерів.

3.3. Психологічні рекомендації для оптимізації процесу формування гестаційної домінанти у вагітних жінок

При проведенні психокорекційних заходів, спрямованих на емоційну сферу вагітних жінок, важливо здійснити детальний психологічний аналіз їхнього життєвого шляху. На нашу думку, у випадках роботи з різного роду емоційними порушеннями у вагітних жінок доцільно акцентувати увагу на психотерапевтичній корекції.

Психологічна практика надає широкий, але не завжди досконалий набір психотерапевтичних парадигм, які можуть бути використані для вирішення проблем, що виникають у вагітних жінок. Цей спектр варіюється від традиційного психоаналізу до нейролінгвістичного програмування та символ-драми. Проте, незважаючи на таку різноманітність, Н. Лукашевич вважає, що жодна з відомих сучасних психотерапевтичних парадигм не відповідає всім об'єктивним вимогам для успішного вирішення проблеми формування гестаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів [31, 37].

Психоаналітична робота з вагітними жінками продовжує успішно реалізовуватися й у наш час. Хоча процес психоаналізу був досить добре описаний у різних психологічних джерелах і є загальновідомим, ми вважаємо за потрібне розглянути деякі аспекти цього процесу в контексті роботи з вагітними жінками. У нашій характеристиці ми зосередимося на класифікації психотерапевтичних парадигм, що ґрунтується на рівнях свідомості, на яких відбувається психологічна корекція.

Вважається загальновизнаним, що дезгармонійні та деструктивні сім'ї формують невротичні особистості. Наприклад, у родині, де дівчинка позбавлена уваги та тепла від батьків, вона може не отримати необхідної підтримки для нормального психоемоційного розвитку. У дорослому віці така жінка, ймовірно, переживатиме емоційну залежність від людини, яка вперше проявить до неї щирість, і саме на цю людину вона спрямовуватиме свої невитрачені почуття. Як зазначає Н. Жилка, небезпеку можуть становити також сім'ї, де дівчинка надмірно опікується батьками [21, 25]. У зрілому віці така жінка може відчувати, що її потреба в любові та увазі близьких людей є надзвичайно важливою. У любовних стосунках вона має великий ризик розвитку невротичної залежності від партнера, який стає для неї «джерелом» необхідної любові до самої себе.

Пошук і розробка активних методів навчання є важливими для сучасної психології та суміжних дисциплін. Одним із таких методів є груповий

тренінг. Під час групової взаємодії учасники приймають цінності та потреби інших. Спостерігаючи за динамікою групи, вони можуть ідентифікувати себе з іншими учасниками і отримувати зворотний зв'язок, оцінюючи свої почуття та поведінку. Група також сприяє процесу самороздумів і самодослідження. Головною метою групи є розвиток соціально-психологічної компетентності особистості, що включає в себе здатність ефективно взаємодіяти з оточенням.

Серед соціальних цілей можна виділити:

1) розвиток активної соціально-психологічної позиції учасників тренінгу, що передбачає їхню здатність здійснювати значущі зміни в міжособистісних відносинах;

2) підвищення психологічної культури, яка є важливою для всебічного розвитку особистості.

Продовжуючи корекційну роботу, можливе поєднання тілесно-орієнтованих вправ з індивідуальними консультаціями та груповими обговореннями. Під час виконання тілесно-орієнтованих вправ у період з 17 до 31 тижня вагітності слід акцентувати увагу на зміцненні м'язів черевного преса і спини, які відчувають навантаження через зміщення центру ваги, а також м'язів стопи у зв’язку з можливими проблемами, такими як плоскостопість. Для цього використовуються рухи, які сприяють збільшенню гнучкості та пластичності хребта і тазових зчленувань, зокрема, багато вправ виконуються з гімнастичною палицею.

У період найбільшого навантаження на серце (28-32 тижні) рекомендується зменшити загальну фізичну активність, додавши більше дихальних вправ. Рухи для зміцнення м'язів ніг допомагають запобігти застою в нижніх кінцівках. Вагітна жінка також повинна навчитися повністю розслабляти всі м'язи, періодично напружуючи і розслабляючи різні групи м'язів. Ці вправи доцільно виконувати сидячи або в позиції на колінах і ліктях. У завершальний період вагітності важливо багато ходити, підтримуючи активний руховий режим, поєднуючи дихальні вправи з вправами на розслаблення м'язів.

Психологи рекомендують організовувати для вагітних жінок соціально-психологічні тренінги, присвячені темі материнства. Ці тренінги проводяться у форматі рольових ігор та ситуацій. Рольові ігри дозволяють «програвати ролі», що допомагає виявити свою індивідуальність, творчі здібності, а також справжні почуття і думки. Крім того, вони розвивають вміння розуміти інших людей, їх позиції та емоції, а також створюють умови для кращого усвідомлення норм і правил поведінки та спілкування. Гра стає своєрідним навчанням, яке готує до серйозних життєвих ситуацій.

Для психологічної підтримки жінки та її родини під час очікування дитини важливо мати чітке розуміння готовності до материнства. Готовність можна розділити на п’ять основних блоків:

1. Особистісна готовність – це загальна зрілість особистості, що включає адекватну вікову та статеву ідентифікацію, здатність приймати рішення і нести відповідальність, стійку прихильність, внутрішню каузальну атрибуцію та локус контролю, а також відсутність залежностей. Важливими є також особистісні якості, необхідні для успішного материнства: емпатія, готовність до співпраці, уміння бути «тут і тепер», творчі здібності, інтерес до розвитку дитини, готовність до виховання і здатність отримувати задоволення від процесу.

2. Адекватна модель батьківства – це відповідність материнських і батьківських моделей, сформованих у власній родині, моделі особистості та сімейних цінностей, притаманних культурі. Включає оптимальні установки батьківства, позиції, виховні стратегії та стосунки з дитиною.

3. Мотиваційна готовність – це зрілість мотивації народження дитини, при якій дитина не стає засобом для досягнення певних цілей: статеворолевої, вікової чи особистісної самореалізації жінки, утримання партнера або зміцнення родини, компенсації дитячих переживань або досягнення соціального статусу.

4. Розвиток материнської компетентності – це ставлення до дитини як до суб’єкта, що має не лише фізичні, але й психологічні потреби та

суб’єктивні переживання; чутливість до сигналів, які подає дитина; здатність адекватно реагувати на її прояви; уміння орієнтуватися у стані дитини під час її розвитку; знання про фізичний і психологічний розвиток дитини, зокрема вікові особливості її взаємодії з оточенням; здатність до спільної діяльності з дитиною; а також навички виховання та навчання, що відповідають віковим особливостям дитини.

5. Формування материнської сфери – материнство як складова особистісної сфери жінки (материнська потребово-мотиваційна сфера) складається з трьох блоків: емоційно-потребового, операціонального та ціннісно-змістового. Зміст цих блоків проявляється в онтогенезі жінки через її взаємодію з власною матір’ю та іншими особами, що виконують материнські функції; у сюжетно-рольових іграх з ляльками та сім'єю; в спілкуванні з немовлям до народження власної дитини; під час статевого дозрівання та у взаємодії з власними дітьми.

На нашу думку, кожен блок повинен містити необхідні елементи. У емоційно-потребовому блоці: реакція на всі аспекти гештальта дитинства (фізичні, поведінкові, продуктивні особливості дитини); інтеграція складових гештальта дитинства в образ матері; потреба у взаємодії з дитиною, догляді та турботі про неї; потреба в материнстві (переживання відповідних станів, пов’язаних із виконанням материнських функцій).

У операціональному блоці: вербальні та невербальні комунікаційні дії з дитиною; адекватний стиль емоційної підтримки під час взаємодії з дитиною; способи догляду за дитиною з необхідними стильовими характеристиками (впевненість, дбайливість, м'якість рухів).

У ціннісно-смисловому блоці: адекватне сприйняття дитини (дитина як незалежна цінність) та материнства; оптимальний баланс цінностей материнства та інших мотиваційних сфер жінки. Щодо вагітності та пологів, рекомендується отримати консультацію у фахівців, бажано в того, хто буде проводити пологи. Корисними можуть бути курси психопрофілактики, якщо вони проводяться за сучасними методиками. Також важливо

проконсультуватися з фахівцем щодо наявності або відсутності невротичних станів як психогенного розладу.

Народження дитини – це не лише медичний факт, але й значуща соціальна та психологічна подія для розвитку родини. Фаза «вона чекає дитину» означає, що майбутня мати вносить зміни у своє життя, пов'язані з новими ролями та стосунками. Ці важливі зміни часто супроводжуються стресом і потребують ефективної комунікації для спільного вирішення проблем.

Було виявлено, що основними формами взаємодії психолога з вагітними є психологічне консультування (як індивідуальне, так і групове), психологічний супровід і соціально-психологічний тренінг. Психологічна підтримка у формуванні гестаційної домінанти має здійснюватися в напрямках, таких як підвищення особистісної зрілості жінки, формування батьківських установок та способів взаємодії з дитиною, оптимізація мотивів, пов'язаних із материнством, зниження рівнів особистісної і ситуативної тривожності, а також корекція можливих відхилень у становленні материнської сфери.

Програма психологічної допомоги, спрямована на формування гестаційної домінанти у вагітних, була націлена на покращення емоційного стану жінок під час вагітності. Результати впровадження програми підтвердили її ефективність як одного з дієвих засобів роботи з вагітними жінками в медичних закладах, що дозволяє стабілізувати психічний і фізичний стан вагітної та сприяти формуванню більш тісного емоційного зв’язку між матір'ю і дитиною ще під час вагітності. Психологічні рекомендації з оптимізації процесу формування гестаційної домінанти ґрунтуються на використанні психотерапевтичних парадигм та активних методів корекції емоційного стану вагітних.

ВИСНОВКИ

Проведений теоретичний аналіз засвідчив, що проблема формування гестаційної домінанти у вагітних жінок, незважаючи на її значення, ще не отримала належного висвітлення у медичній психології. Аналіз наукових досліджень показав, що сучасна перинатальна психологія приділяє велику увагу вивченню емоційної сфери вагітних жінок. Під емоційною сферою психологи мають на увазі важливі особистісні якості, які сприяють нормальному перебігу вагітності та ефективному вирішенню особистісних і соціальних проблем. Дослідження доводять, що психологічні особливості переживання вагітності у жінок залежать від різних стилів ідентифікації цього стану, серед яких: оптимальний (адекватний), тривожний, ейфоричний, ігноруючий, амбівалентний та змішаний.

Виявлено, що у вагітних жінок зростає почуття обов'язку та відповідальності за результати вагітності, а також формується їх індивідуальність і готовність до майбутнього материнства. Гестаційна домінанта, як складова емоційної сфери, відображає особливості фізіологічних і нервово-психічних процесів в організмі вагітної жінки. Ця домінанта має як психологічний, так і фізіологічний компоненти.

Визначено роль психологічного компонента в структурі гестаційної домінанти вагітних жінок: материнська рольова ідентичність є індивідуальною категорією, що залежить від соціального оточення вагітної, а також від її мотивів і цінностей. З позицій комплексного підходу, враховуючи багатогранність аспектів здоров'я вагітної жінки, визначено ряд факторів, що впливають на розвиток гестаційної домінанти: біологічні, психологічні, соціально-психологічні та соціальні.

Дослідження психологічних особливостей формування гестаційної домінанти у вагітних жінок було проведено всебічно. Клінічний аналіз включав вивчення медичного анамнезу, спостереження за пацієнтками, а

також оцінку їх соматичного і психічного стану. Психічний стан вагітних жінок оцінювався у співпраці з лікарем-гінекологом; структура емоційних розладів і психологічний компонент гестаційної домінанти досліджувалися за допомогою методики «Тест відношень вагітної до свого стану». Мотиви підтримки вагітності визначалися через експериментальну методику «Методика дослідження мотивів збереження вагітності», а готовність до розвитку невротичної симптоматики встановлювали шляхом об’єктивізації рівня особистісної і реактивної тривожності за методикою «Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна».

Було встановлено, що зміни в емоційних станах вагітних жінок у першому триместрі не пов'язані з психологічним компонентом гестаційної домінанти. Результати діагностики ситуативної та особистісної тривожності показали, що в різні триместри вагітності жінки, як із без ускладнень, так і з ускладненнями в діагнозі, демонструють різні рівні тривожності. Кореляційний аналіз виявив слабку зворотну залежність між триместрами вагітності і відповідними рівнями ситуативної тривожності, а також слабкий прямий зв’язок між триместрами і рівнями особистісної тривожності. Це свідчить про те, що з кожним тижнем вагітності особистісна тривожність жінок зростає, що пов'язано з формуванням почуття відповідальності за народження дитини. Діагностика психологічного компонента гестаційної домінанти виявила, що більшість вагітних жінок мають оптимальний тип ПКГД, хоча виявлено також тривожний тип (44,83%) і депресивний тип (10,00%). Найвищий середній показник мотивів збереження вагітності був у блоку тверджень, що відображає щире бажання жінки стати матір'ю, що свідчить про психофізіологічну готовність до материнства. Це підтверджує наявність конструктивних мотивів збереження вагітності у вагітних жінок. Таким чином, результати діагностики частково підтвердили гіпотезу дослідження.

Особливість роботи психолога з вагітними жінками полягає в реалізації комплексних програм психологічної підтримки під час вагітності.

Встановлено, що основними формами взаємодії психолога з вагітними є індивідуальне та групове психологічне консультування, психологічний супровід і соціально-психологічні тренінги. Програма психологічної допомоги для формування гестаційної домінанти у вагітних жінок у медичних закладах (у рамках короткочасної експрес-підготовки) була спрямована на досягнення кількох цілей: підвищення особистісної зрілості жінки, формування батьківських установок та стилів взаємодії з дитиною, оптимізацію мотивів, пов'язаних із дитиною та материнством, зменшення особистісної та ситуативної тривожності, а також корекцію можливих відхилень у розвитку материнської сфери.

Для оцінки ефективності розробленої програми була створена експериментальна група (ЕГ) вагітних, до якої увійшли 17 жінок з II-III триместру, як з ускладненнями, так і без них. Виявлено, що після проведення комплексу спеціальних занять у 94,1% учасниць спостерігалася позитивна динаміка психоемоційного стану, що проявлялася у зниженні рівня тривожності та психоемоційного напруження, а також страхів і побоювань, пов'язаних із пологами та післяпологовим періодом. У більшості учасниць було помічено якісні позитивні зміни в стилі переживання вагітності та майбутнього материнства, що свідчить про їхню здатність адекватно приймати нову соціальну роль і реалізовувати відповідні моделі поведінки.

Дослідження підтвердило доцільність і важливість впровадження комплексних програм психологічної допомоги для формування гестаційної домінанти у вагітних жінок у медичних закладах. Отже, мета та завдання дослідження були виконані.

У подальшому ми вважаємо важливим вивчення питання вікових аспектів у процесі формування гестаційної домінанти у вагітних жінок. Урахування вікових та індивідуально-психологічних особливостей залишається малодослідженим як у контексті психологічної підготовки жінок до пологів, так і в дослідженні адаптації жінки до вагітності та материнства, а також особливостей формування і змісту її материнської ідентичності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Астахов В. М., Пузь І. В. Пренатальна і перинатальна психологія як складові частини психології розвитку. Проблема девіантного материнства: стан і шляхи вирішення. *Жіночий лікар*. 2011. № 1. С. 41–45.

2. Астахов В. М., Бацилєва О. В. Медико-психологічні та соціальні аспекти формування репродуктивної поведінки у сучасних умовах. *Здоров'я жінки*. 2011. № 5. С. 170–173.

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

4. Астахов В. М., Бацилєва О. В., Пузь І. В. Девіантне материнство як клініко-психологічна проблема. *Здоров'я жінки*. 2009. №7 (43). С. 197-200.

5. Байгузіна І. Ч. Психоаналітично орієнтована діагностика та терапія в перінатальній психології. *Медична психологія*. 2010. № 10. С. 10-14.

6. Бондарчук О. І. Психологія сім'ї: Курс лекцій. Київ: МАУП, 2001. 560 с.

7. Борисюк А. С. Психологічні особливості комунікативної взаємодії лікаря-психолога і пацієнта. *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія*. Івано-Франківськ : Плай, 2002. Вип. 7. Ч.1. С. 267–275.

8. Бацилєва О. В. Психоемоційний стрес та його роль у виникненні порушень репродуктивного здоров'я жінки. *Актуальні проблеми психології :* Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. Київ, 2010. Том 10. Вип. 16. С. 52–61.

9. Бацилєва О. В. Репродуктивне здоров'я молоді: особливості та шляхи покращення. *Право і безпека*. 2010. № 3(35). С. 235–243.

10. Бацилєва О. В. Девіантне материнство як варіант порушення репродуктивної поведінки. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені І. Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України*. 2010. Ч. 4. С.48–58.

11. Бацилєва О. В., Пузь І. В. Вагітність як етап формування материнської сфери жінки. *Науковий вісник Миколаївського держ. ун-ту ім. В. О. Сухомлинського :* Збірник наук. праць. Т.2. Вип.5. Миколаїв : МДУ, 2010. С. 32–37.

12. Баришнікова В. В. Особливості формування материнської домінанти. *Габітус*. 2021. Вип. 25. С. 64–69.

13. Варій М. Й. Основи психології і педагогіки: навч. пос. для студ. вищ. навч. закл. 2-ге вид. Київ : Центр учбової літератури, 2009. 112 с.

14. Венцівська І.Б. Гінекологія: підручник. Київ: Медицина, 2010. 160с. Библиогр.: С. 92-95.

15. Воробйов В. В. Функціонування сім'ї та його порушення як фактор ризику мастопатії у жінок. *Вестник психиатрии и психофармакотерапии*. 2008. № 2 (14). С. 77 – 81.

16. Гасюк М. Б. Психологічні особливості емоційного стану жінки у першому триместрі вагітності (виношування першої дитини. *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія*. ІваноФранківськ : ВДВ ЦІТ, 2006. Вип. 11. Ч. 2. С. 118 – 124.

17. Гасюк М.Б. Психологічні особливості емоційного стану жінки у першому триместрі вагітності (виношування першої дитини). *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія*. Івано-Франківськ: ВДВ ЦІТ, 2006. Вип.17. Ч.1. С.81-87.

18. Грищенко В. І. Акушерство і гінекологія: підручник. Київ : ВСВ «Медицина», 2011. 376 с.

19. Громова А. М. Акушерство і гінекологія: підручник. Полтава, 2000. 608 с.

20. Жабченко І. А. Порушення психічної адаптації та нейроендокринної регуляції у вагітних з лейоміомою матки. *Медико-соціальні проблеми сім'ї*. 2006. Т. 11. № 2. С. 115–118.

21. Жилка Н. Я. Психологічне оточення вагітної жінки. *Для дому та сім'ї*. 2006. № 9-10. С. 24-28.

22. Заброцький М. М. Вікова психологія. Київ : ОЛМА-ПРЕСС, 2008. С. 45-57.

23. Запорожан В. М. Акушерство і гінекологія: пдручник т. 2. Одеса: Одес. держ. мед. Ун-т, 2015. 420 с.

24. Запорожан В. М. Акушерська патологія: атлас, навчальний посібник. Одеса: Одес. держ. мед. ун_т, 2005. 292 с.

25. Іщук О. Ю. Розвиток системи психологічної підготовки вагітних жінок до пологів: історичний аспект. *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія*. Івано-Франківськ: ВДВ ЦІТ Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника, 2008. Вип..13. Ч.2. С.217–224.

26. Іщук О. Ю. Психологічна експрес-підготовка вагітних до пологів: особливості групової роботи з використанням методів арт-терапі. *Актуальні проблеми практичної психології :* Збірник наукових праць. Херсон : ПП. Вишемирський В.С., 2007. С.231–236.

27. Климчик В. О. Клінічна (медична) психологія: навчальна робоча програма. Житомир, 2004. 41с.

28. Климчук В. Р, Мойсієнко Я. К. Життєвий шлях особистості: принципи біографічного дослідження. *Практична психологія та соціальна робота.* 2007. № 6. С. 32–44.

29. Левицька А. В. Аналіз стресогенних факторів та роль стрес-реактивності у вагітних після ДРТ. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. 2008. Т. 2. С. 122–125.

30. Левицька А. В. Вплив стресу на перебіг вагітності у жінок після ЕКЗ. *Збірник наукових праць співробітників Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика*. Вип. 18, Кн. 2, 2009. С.701–707.

31. Лукашевич Н. М. Досвід виявлення депресивних станів на етапі підготовки вагітних до пологів. *Медицина залізничного транспорту України*. 2004. № 4. С. 35–37.

32. Назаренко Т. А. Безплідний шлюб. Що може і повинен зробити лікар жіночої консультації (клінічна лекція). *Вісник акушера-гінеколога*. 2015. № 3. С. 81–85.

33. Перун М. Діагностичні можливості методики «Я і моя дитина» у роботі з породіллями та матерями передчасно народжених дітей. *Психологічні перспективи*. 2009. Вип. 14. С. 107–114.

34. Психодіагностика і корекція. Навчально-методичний посібник з практичної психології / За ред. О. М. Олейника. Миколаїв: ПП «Принт-Експрес», 2010. 218 с.

35. Психологічна та фізична підготовка сім'ї до пологів: історичний аспект і сучасні тенденції / за ред. В. Г. Сюсюка, І. М. Волошина. *Здоров'я жінки*. 2020. № 4. С. 7–12.

36. Пузь І. В. Особливості психологічного супроводу жінок під час вагітності. *Актуальні проблеми психології: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості* / За ред. С. Д. Максименка, М. В. Папучі. К., 2011. Т.11, Вип. 4. С. 178–185.

37. Пузь І. В. Індивідуально-психологічні особливості жінок з медичним абортом в анамнезі. *Вісник Одеського національного університету*. Серія «Психологія». 2013. Т.18, Вип.22 (3). С. 58–68.

38. Пузь І. В. Психогенні розлади у жінок під час вагітності як чинник виникнення порушень при формуванні материнської поведінки. *Актуальні проблеми психологічної теорії та практики:* матеріали Міжнародної науково-практичної конференції студентів, аспірантів і молодих вчених (м. Вінниця, 3 квітня 2015 р.) : тези доповідей / за заг. ред. проф. О.В. Бацилєвої. Вінниця : Scientific Publisher ПП «ТД «Едельвейс и К», 2015. С. 117–121.

39. Пузь І. В. Особливості використання психологічних технологій у роботі з вагітними жінками. *Актуальні проблеми психологічної теорії та практики :* матеріали Міжнародної науково-практичної конференції студентів, аспірантів і молодих вчених (м. Вінниця, 8 квітня 2016 р.) : тези доповідей / за заг. ред. проф. О. В. Бацилєвої. Вінниця : Scientific Publisher ПП «ТД «Едельвейс и К», 2015. С. 117–121.

40. Пузь І. В. Особливості формування материнської поведінки у жінок різного репродуктивного віку. *Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців :* тези доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції (Хмельницький, 20-21 квітня 2016 р.) / голов. редактор Є. М. Потапчук / М-во освіти і науки України, Хмельницький нац. ун-т, каф. практ. психол. та педагог. (та ін.). Хмельницький : ХНУ, 2016. С. 126–128.

41. Пузь І. В. Психологічні особливості материнства у жінок в ранньому репродуктивному віці. *Науковий вісних Херсонського державного університету.* Серія: «Психологічні науки». 2016. Вип. 4. С. 194-199.

42. Пузь І. В. Психологічні аспекти репродуктивних дисфункцій у жінок. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я :* матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Вінниця, 22 листопада 2019 р.) : матеріали і тези доповідей / за заг. ред. проф.О. В. Бацилєвої. Вінниця, 2019. С.175–179.

43. Психодіагностика в репродуктивній медицині / за ред. В.М. Астахов, О. В. Бацилева, І.В. Пузь. Винница: ООО «Нилан – ЛТД», 2016. 380 с.

44. Рівень гормонів стрес-лімітуючої системи у вагітних із психоемоційними порушеннями, зумовленими тривожністю / за ред. В. Г. Сюсюка, О. В. Комарова, О. В. Пейчева. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології :* науково-практичний журнал. 2018. №1 (21). С. 112–117.

45. Степанківська Г. К. Акушерство. Київ. : Здоров’я. 2010. 307 с.

46. Сюсюка В. Г. Оцінка впливу програми медико-психологічної корекції психоемойційної дезадаптації у вагітних на перинатальні наслідки їх розродження. *Перинатологія та педіатрія*. 2016. № 3. С.47–48.

47. Сюсюка В. Г. Мотиваційні аспекти психоемоційного стану жінок під час вагітності. Аналіз характеристик гестаційної домінанти у контексті тривожності. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології :* науково-практичний журнал. 2017. № 1 (19). С. 115–119.

48. Сюсюка В. Г. Оцінка параметрів вегетативного балансу та активності регуляторних систем у вагітних з урахуванням їх психоемоційного стану. *Перинатологія та педіатрія*. 2017. № 2. С. 64–68.

49. Сюсюка В. Г. Перебіг вагітності, пологів та перинатальні наслідки розродження жінок з психоемоційними порушеннями, обумовленими тривожністю. *Сучасна педіатрія*. 2016. № 6. С. 115–119.

50. Сюсюка В. Г. Стан регуляторних та адаптаційних процесів системи мати-плацентаплід. Оцінка параметрів кардіоритму плода. *Сучасна педіатрія*. 2017. № 3. С. 128–131.

51. Сюсюка В. Г., Котлова Ю. В. Характеристика перинатальних наслідків розродження жінок з екстрагенітальною патологією, які пройшли етап санаторної реабілітації. *Перинатология и педиатрия*. 2015. № 1. С. 24–27.

52. Татенко Н. О. Психологічні передумови репродуктивного вибору у житті жінки: можливості трансценденції. *Практична психологія та соціальна робота.* № 7. 2004. С. 74–77.

53. Татенко Н. О. Психологічні передумови репродуктивного вибору в житті жінки: можливості трансценденції. *Практична психологія та соціальна робота.* № 7. 2004. С. 74–77.

54. Терлецька Л. Г. Психокорекція засобами малюнку. Київ : Главник, 2007. 144 с.

55. Швець О. А. Вагітність та пологи як чинники зміни смисложиттєвих орієнтацій жінки: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04. Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка. Київ, 2011. 16 с.

56. Шевчук Г. С. Історичний аспект становлення досліджень у галузі психологічної допомоги жінці під час вагітності та народження дитини. *Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка*. Чернігів, 2006. Випуск 41 (Серія: психологічні науки). Том ІІ. С. 181–184.

57. Шелестова Л. П., Аллахвердієв Р. С., Сюсюка В. Г. Комплексна прегравідарна підготовка жінок із дефіцитом маси тіл. *Запорізький медичний журнал*. 2016. № 6. С. 51–56.

58. Яремко Г. Є, Жабченко І. А, Коваленко Т. М. Ретроспективна оцінка факторів ризику розвитку переношеної вагітності. *Жіночий лікар*. 2014. № 51. С. 40–41.

59. Arfaie K, Nahidi F, Simbar M, Bakhtiari M. The role of fear of childbirth in pregnancy related anxiety in Iranian women: a qualitative research. *Electron Physician*. 2017. Feb 25. № 9(2). P. 37–40.

60. Baker B. C. Placental dysfunction is associated with altered microRNA expression in pregnant women with low folate status. *Mol Nutr Food Res*. 2017. Vol. 61 (8). P. 160–164.

61. Billert H. Tokophobia – a multidisciplinary problem. Ginekol Pol. 2007. Oct. № 78(10). P. 71–80.

62. Blankley G. Borderline personality disorder in the perinatal period: early infant and maternal outcomes. *Australas Psychiatry*. 2015. Vol. 23. P. 688–692.

63. Coussons-Read M. E., Okun M. L., Nettles C. D. Psychosocial stress increases inflammatory markers and alters cytokine production across pregnancy. *Brain Behav Immun*. 2007. Vol. 21 (3). P. 343–350.

64. Demšar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I, Globevnik Velikonja V. Tokophobia (fearofchildbirth): prevalence and riskfactors. *J Perinat Med*. 2018. Feb 23. № 46(2). P. 14–15.

65. DiPietro J. A, Irizarry R. A, Costigan K. A, Gurewitsch E. D. The psychophysiology of the maternal-fetal relationship. *Psychophysiology*. 2004. № 41. P. 510–520.

66. Hernandes-Martines C. Relation between positive and negative maternal emotional states and obstetrical outcomes. *Women Health*. 2011. Vol. 51 (2). P. 124–135.

67. Jensen H. M. Maternal depression, antidepressant use in pregnancy and Apgar scores in infants. *Br J Psychiatry*. 2013. Vol. 202 (5). P. 34–35.

68. Kumar R., Brockington I. F. Motherhood and mental illness. London : Academic Press ; New-York. : Grune and Stratton, 2002. 265 p.

69. Kuminskaya E. A. Psychological characteristics of women at riskmiscarriage: a review of current research. *Perinatal and reproductive psychology*. 2013. № 3. P. 56–66.

70. Li D., Liu L., Odouli R. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Human Reproduction*. 2009. Vol. 24 (l). P. 14–18.

71. Mamelle N., Bertucat I., Munoz F. Pregnant women at work: rest periods to prevent preterm birth? *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1989. Vol. 3(1). P. 19–28.

72. McDonald S. W. Cumulative psychosocial stress, coping resources, and preterm birth. Arch Womens Ment Health. 2014. Vol. 17(6). P. 559–568.

73. Molgora S, Fenaroli V, Prino L. E, Rollè L, Sechi C. Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety, depression, and couple adjustment. *Women Birth*. 2018. Apr. № 31(2). P. 17-23.

74. Nuckolls K.B., Cassel J., Kaplan B.G. Psychosocial Assets, Life crisis and the prognosis of pregnancy. Amer. J. Epidem. 2002. Vol. 5. P. 431–441.

75. Pluess M. Maternal trait anxiety, emotional distress, and salivary Cortisol in pregnancy. *Biol Psychol*. 2010. Vol. 83 (3). P. 169–175.

76. Randy A., Sansone M.D., Lori A. Panic Disorder: The Pinnacle of Anxiety. *Primary Care Reports*. 2009. December. URL : https://www.reliasmedia.com/ articles/44391-panic-disorder-the-pinnacle-of-anxiety (дата звернення 12 жовтня 2024).

77. Voegtline K. M. Concurrent levels of maternal salivary cortisol are unrelated to self-reported psychological measures in low-risk pregnant women. *Arch Womens Ment Health*. 2013.Vol. 16 (2). P. 101–108.

ДОДАТКИ

Додаток А

Тест «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна (ШРОТ)

Група особистісних опитувальників, розроблена Ч.Д. Спілбергера в 1966-1973 рр. Являє собою широко поширену шкалу STAI (State-TrateAnxiety-Inventory). Отримав широке поширення російськомовний варіант STAI, який відомий як шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна.

Бланк шкал самооцінки включає інструкцію і 40 питаньсуджень, 20 з яких призначені для оцінки рівня ситуативної тривожності (СТ) і 20 - для оцінки рівня особистісної тривожності (ЛТ). Ю.Л. Ханін адаптував, модифікував і стандартизував методику, а також отримав орієнтовні нормативи рівневої вираженості тривожності: від 20 до 34 балів - низький рівень тривожності; від 35 до 44 балів - середній рівень тривожності; вище 46 балів - високий рівень тривожності.

Опитувальник допускає індивідуальне та групове використання.

Текст методики ШРОТ.

Інструкція до першої групи суджень про самопочуття.

Залежно від самопочуття в момент закресліть найвдалішу вам цифру: «1» – немає, це не так так; «2» – мабуть, так; «3» – вірно; «4» –цілком правильно.

1. Ви спокійні 1 2 3 4
2. Вам ніщо не загрожує 1 2 3 4
3. Ви перебуваєте у напрузі 1 2 3 4
4. Ви відчуваєте жаль 1 2 3 4
5. Ви почуваєтеся вільно 1 2 3 4
6. Ви засмучені 1 2 3 4

7. Вас хвилюють можливі невдачі 1 2 3 4

8. Ви почуваєтеся відпочилим людиною 1 2 3 4

9. Ви стурбовані 1 2 3 4

10. Ви відчуваєте почуття внутрішнього задоволення 1 2 3 4

11. Ви абсолютно впевнені у собі 1 2 3 4

12. Ви нервуєте 1 2 3 4

13. Ви вважаєте собі місця 1 2 3 4

14. Ви роздуті 1 2 3 4

15. Ви відчуваєте скутості і напруження 1 2 3 4

16. Ви задоволені 1 2 3 4 17. Ви стурбовані 1 2 3 4

18. Ви занадто порушено і вас на собі 1 2 3 4

19. Вам радісно 1 2 3 4

20. Вам приємно 1 2 3 4

Ситуативная тривожність (СТ) визначається за ключем: (СТ) = (3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18) – (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) + 50

Інструкція до другої групи суджень про самопочуття. Прочитайте (прослухайте) уважно кожна з наведених нижче пропозицій і закресліть (запишіть) підходящу вам цифру справа залежно від цього, як ви себе відчуваєте зазвичай. Цифри справа означають: «1» – що ніколи; «2» – іноді; «3» – часто; «4» –майже завжди.

1. Ви відчуваєте задоволення 1 2 3 4

2. Ви швидко втомлюєтеся 1 2 3 4

3. Ви легко можете заплакати 1 2 3 4

4. Ви хотіли бути настільки ж щасливим людиною, як та інші 1 2 3 4

5. Буває, що програєте тому, що недостатньо швидко приймаєте рішення 1 2 3 4

6. Ви почуваєтеся бадьорим людиною 1 2 3 4

7. Ви спокійні і зібрані 1 2 3 4

8. Чекання труднощів дуже турбує вас 1 2 3 4

9. Ви занадто переживаєте через дрібниці 1 2 3 4

10. Ви буваєте цілком щасливі 1 2 3 4

11. Ви приймаєте обходиться без близько до серця 1 2 3 4

12. Вам бракує впевненості у собі 1 2 3 4

13. Ви почуваєтеся безпечно 1 2 3 4

14. Ви намагаєтеся уникати критичних ситуацій і труднощів 1 2 3 4

15. Вам буває хандра, туга 1 2 3 4

16. Ви буваєте задоволені 1 2 3 4

17. всякі дрібниці відволікають вас 1 2 3 4

18. Ви так переживаєте розчарування, що потім він довго не можете про неї забути 1 2 3 4

19. Ви урівноважений людина 1 2 3 4

20. Вас охоплює сильне занепокоєння, як ви думки про свої добрі справи і турботах 1 2 3 4

Особистісна тривожність (ОТ) визначається по ключу: (ОТ) = (2, 3, 4, 5, 8, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20) – (1, 6, 7, 10, 13, 16, 19) + 35

Результати оцінюються зазвичай, у градаціях:

До 30 балів – низька; 31 – 45 балів – середня; 46 балів і більше – висока тривожність.

Додаток Б

Тест відносин вагітної

Тест містить три блоки тверджень, що відбивають:

А. Ставлення жінки до себе вагітною.

Б. Ставлення жінки до формується системі «мати - дитя».

В.Ставлення вагітної жінки до стосунків до неї оточуючих.

У кожному блоці є три розділи, в яких вимірюються різні поняття. Вони представлені п'ятьма твердженнями, що відбивають п'ять різних типів ПКГД.

Пропонується вибрати один з них, найбільш відповідний її станом. Блок А (відношення жінки до себе вагітної) представлений наступними розділами:

І.Ставлення до вагітності.

ІІ.Ставлення до способу життя під час вагітності.

ІІІ.Ставлення під час вагітності до майбутніх пологів.

Блок Б (відношення жінки до формується протягом вагітності системі «мати - дитя») представлений наступними розділами:

І.Ставлення до себе як до матері.

ІІ.Ставлення до своєї дитини.

ІІІ.Ставлення до вигодовування дитини грудьми.

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

І.Ставлення до мене вагітної чоловіка.

ІІ.Ставлення до мене вагітної родичів і близьких.

ІІІ.Ставлення до мене вагітної сторонніх людей.

Інструкція: «Просимо Вас з п'яти тверджень, представлених в блоках, вибрати одне, найбільш повно відображає Ваш стан».

А І

1 Ніщо не приносить мені такого щастя, як усвідомлення, що я вагітна

2 Я не відчуваю жодних особливих емоцій, пов'язаних з тим, що я вагітна

3 З тих пір, як я дізналася, що вагітна, я перебуваю в нервовій напрузі

4 В основному мені приємно усвідомлювати, що я вагітна

5 Я дуже засмучена тим, що вагітна

II

1 Вагітність змусила мене повністю змінити спосіб життя

2 Вагітність не змусила мене суттєво змінити спосіб життя, але я стала де в чому себе обмежувати

3 Вагітність я не вважаю приводом для того, щоб змінювати спосіб життя

4 Вагітність так змінила мій спосіб життя, що вона стала прекрасною

5 Вагітність змусила мене відмовитися від багатьох планів, тепер багатьом моїм планам не судилося збутися

III

1 Я намагаюся взагалі не думати ні про вагітність, ні про майбутні пологи

2 Я постійно думаю про пологи, дуже їх боюся

3 Я думаю, що під час пологів все зможу зробити правильно, і не відчуваю особливого страху перед ними

4 Ніколи не замислююся про майбутні пологи, настрій у мене погіршується, тому що я майже не сумніваюся в їх поганому кінець

5 Я думаю про пологи, як про майбутнє свято

Б I

1 Я сумніваюся в тому, що зможу впоратися з обов'язками матері

2 Я вважаю, що не зможу стати хорошою матір'ю

3 Я не замислююся про майбутнє материнство

4 Я впевнена, що стану прекрасною матір'ю

5 Я вважаю, що якщо постараюся, то зможу стати хорошою матір'ю

II

1 Я часто з задоволенням уявляю собі дитину, яку виношую, розмовляю з ним

2 Я розумію дитини, якого виношую, захоплююся ним і вважаю, що він знає і розуміє все, про що я думаю

3 Я постійно турбуюся про стан здоров'я дитини, якого виношую, намагаюся його відчути

4 Я не думаю про те, яким буде дитина, якого виношую

5 Я часто думаю про те, що дитина, яку виношую, буде яким-небудь неповноцінним і дуже боюся цього I

II

1 Я не думаю про те, як буду годувати дитину грудьми

2 Я із захопленням уявляю собі, як буду годувати дитину грудьми

3 Я думаю, що буду годувати дитину грудьми

4 Я турбуюся про те, що у мене будуть проблеми з годуванням дитини грудьми

5 Я майже впевнена, що навряд чи зможу годувати дитину грудьми

У I

1 Я вважаю, що вагітність зробила мене ще прекрасніше в очах батька моєї дитини

2 Моя вагітність ніяк не змінила ставлення до мене батька моєї дитини

3 Через вагітність батько моєї дитини став уважніше і тепліше ставитися до мене

4 Через вагітність я стала негарною, і батько моєї дитини став холодніше ставитися до мене

5 Боюся, що зміни, пов'язані з вагітністю, можуть погіршити ставлення до мене батька моєї дитини

II

1 Більшість близьких мені людей розділяють мою радість з приводу вагітності, і мені добре з ними

2 Не всі близькі мені люди раді тому, що я вагітна, не всі розуміють, що я тепер потребую особливе ставлення

3 Більшість близьких мені людей не схвалюють те, що я вагітна, відносини з ними погіршилися

4 Мене мало цікавить ставлення до моєї вагітності навіть близьких мені людей

5 Деякі близькі мені люди ставляться до моєї вагітності неоднозначно, і це мене турбує

III

1 Мені завжди болісно соромно, коли оточуючі помічають, що я «в положенні»

2 Мені трохи не по собі, коли оточуючі помічають, що я «в положенні»

3 Мені приємно, коли оточуючі помічають, що я «в положенні»

4 Мені наплювати, помічають оточуючі чи ні, що я «в положенні»

5 Я не відчуваю особливої незручності, якщо оточуючі помічають, що я «в положенні»

Таблиця для внесення результатів обстеження

Блоки	Розділи	Про	Г	Е	Е	Д
А	I		2	1	3	5
	II	2	3	4	1	5
	III	3	1	5	2	4
Б	I	5	3	4	1	2
	II	1	4	2	3	5
	III	3	1	2	5	4
У	I	3	2	1	5	4
	II	1	4	2	5	3
	III	5	4	3	2	1
	Всього					

У нижньому рядку таблиці («Усього») виставляється результат підрахунку кількості (!) Відмічених цифр (але не суми цифр!) У кожному стовпці. Стовпець «О» відображає твердження, що характеризують переважно 102 оптимальний тип ПКГД, «Г» – гіпогестогнозичний, «Е» – ейфорійний, «Т» – тривожний, «Д» – депресивний.