МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: ОСОБЛИВОСТІ Я-КОНЦЕПЦІЇ ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0534-1-з
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Вовік Галина Вадимівна
Керівник: к. психол. н., доцент
кафедри психології Грандт В.В.
Рецензент:к. пед. наук., доцент кафедри
педагогіки та психології Козич І.В.

Запоріжжя - 2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

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

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри

_____

к. психол. н., доцент Н.О.Губа
«_____»_____2025 року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Вовік Галині Вадимівні

Тема роботи Особливості Я-концепції жінок з порушеннями репродуктивної функції

керівник роботи Грандт В. В., к. психол. наук, доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «02»10 2025 року № 1393-с

2 Термін подання студентом роботи _____

3 Вихідні дані до роботи аналіз психо-педагогічної літератури.

4 Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) здійснити теоретичний аналіз літератури, що зачіпає проблеми порушень репродуктивної функції та самооцінку; дослідити психологічні особливості самооцінки жінок з порушеннями репродуктивної функції;емпірично дослідити вплив порушень репродуктивної функції на психологічні особливості самооцінки жінок.

5 Перелік графічного матеріалу: 5 таблиць, 6 рисунків.

6 Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Грандт В.В., доцент		
Розділ 1	Грандт В.В., доцент		
Розділ 2	Грандт В.В., доцент		
Висновки	Грандт В.В., доцент		

7. Дата видачі завдання_____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-лютий 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень–травень 2025 р.	Виконано
5	Написання висновків	вересень 2025 р.	Виконано
6	Предзахист	жовтень 2025 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	листопад 2025 р.	Виконано

Студент _____ Г. В. Вовік

Керівник роботи _____ В. В. Грандт

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Г. В. Коваль

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 56 сторінок, 5 таблиць, 6 рисунків, 104 джерела.

Об’єкт дослідження – психологічні особливості жінок з порушеннями репродуктивної функції.

Предмет дослідження – психологічні особливості Я-концепції жінок з порушеннями репродуктивної функції.

Мета роботи – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості психологічні особливості Я-концепції жінок з порушеннями репродуктивної функції.

Гіпотеза дослідження: передбачається, що самооцінка жінок з порушеннями репродуктивної функції значно знижена, що проявляється в низькому рівні самоприйняття, зміненні образу свого фізичного Я, відчутті себе менш значущими. Для них характериний зовнішній локус контролю, високий ступінь залежності, конформність, несамостійність, низький ступінь гнучкості поведінки та ригідність у взаєминах з близьким оточенням.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз, синтез, узагальнення наукових джерел, моделювання; емпіричні – спостереження, анкетування, психодіагностичне тестування (проективна методика Р. Бернса "Автопортрет", методика вивчення самооцінки за С. Будассі), напівструктуроване інтерв’ю, статистичний аналіз отриманих даних.

Наукова новизна дослідження полягає у психологічному аналізі взаємозв'язку психологічних особливостей Я-концепції жінок та порушеннями репродуктивної функції.

Галузь використання: заклади психологічної допомоги, жіночі консультації, центри планування сім’ї та репродукції, освітні заклади, громадські організації підтримки жінок.

Я-КОНЦЕПЦІЯ, ПОРУШЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ, САМООЦІНКА, Я ОБРАЗ, ПСИХОГЕННІ ЧИННИКИ, ОСОБИСТІСТЬ ЖІНКИ.

SUMMARY

Vovik G. V. Peculiarities of the self-concept of women with reproductive disorders.

Master's qualification work: 56 pages, 5 tables, 6 figures, 104 sources,

Object of the study – psychological features of women with reproductive disorders.

Subject of the study – psychological features of the self-concept of women with reproductive disorders.

The purpose of the work is to theoretically substantiate and empirically investigate the features of the psychological features of the self-concept of women with reproductive disorders.

Research hypothesis: it is assumed that the self-esteem of women with reproductive disorders is significantly reduced, which is manifested in a low level of self-acceptance, a change in the image of their physical self, a feeling of being less significant. They are characterized by an external locus of control, a high degree of dependence, conformity, lack of independence, a low degree of flexibility of behavior and rigidity in relationships with close people.

Research methods: theoretical – analysis, synthesis, generalization of scientific sources, modeling; empirical – observations, questionnaires, psychodiagnostic testing (projective technique of R. Burns "Self-portrait", method of studying self-esteem according to S. Budassi), semi-structured interview, statistical analysis of the obtained data.

The scientific novelty of the study lies in the psychological analysis of the relationship between the psychological features of the self-concept of women and disorders of the reproductive function.

Field of use: psychological assistance institutions, women's consultations, family planning and reproduction centers, educational institutions, public organizations supporting women.

Key words: Self-concept, reproductive function impairment, self-esteem, self-image, psychogenic factors, female personality.

ЗМІСТ

ВСТУП 7

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ 11

1.1. Клініко-психологічна характеристика жінок з порушеннями репродуктивної функції 11

1.2. Психологічні механізми взаємодії психіки і безпліддя 17

1.3. Психологічні особливості взаємозвязку Я-концекції і репродуктивного здоров'я жінок 28

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ Я-КОНЦЕПЦІЇ ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ 37

2.1. Методика та організація дослідження особливостей Я-концепції жінок з порушеннями репродуктивної функціїї 37

2.2. Психологічний аналіз результатів дослідження самооцінки та самоставлення жінок з порушеннями репродуктивної функції 43

2.3. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження Я образу жінок з порушеннями репродуктивної функції за проективною методикою "Автопортрет" 49

ВИСНОВКИ 55

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 57

ВСТУП

Проблема безпліддя є однією з найактуальніших проблем сучасних наук про людину. На даному етапі розвитку громадської думки безпліддя вже не тільки медична, але і соціально-психологічна проблема.

Результати аналізу динаміки населення нашої країни за останні десять років свідчать про те, що Україна зараз перебуває у стані глибокої демографічної кризи, зумовленої депопуляцією, зменшенням народжуваності та збільшенням питомої ваги осіб похилого віку, що негативно впливає на розвиток продуктивних сил і економічну ситуацію в державі. Занепокоєння викликає стан репродуктивного здоров'я жінок, яке є невід'ємною складовою частиною здоров'я нації загалом і має стратегічне значення для виходу з демографічної кризи та забезпечення сталого розвитку суспільства.

Проблема фертильності вивчається психологами і соціологами не випадково. Жінки, які страждають безпліддям, не можуть не усвідомлювати своєї відмінності від якогось середнього порівняння себе з "нормальними" жінками активізує соціальне порівняння і робить "образ Я" більш проблематичним, селективним і внутрішньо суперечливим, що позначається на самооцінці особистості в цілому, її самоповаги. Знижена самооцінка веде до підвищення конфліктності особистості. Поєднуючись з безпліддям, неадекватна оцінка жінки позначається на взаєминах із чоловіком, сексуальності, почутті задоволеності. Жінка перебуває в стані хронічної фрустрації, внаслідок чого можуть виникати різні психологічні захворювання і невроз.

Кількість безплідних жінок наразі становить 46,6 % і ця цифра постійно зростає. Тому актуальність поставленої проблеми також зростає. Враховуючи, що 4-40% від усіх випадків жіночого безпліддя становить безпліддя неясного генезу, однією з причин якої деякі автори вважають психогенні фактори: стреси, емоційні дії , а так само різні підсвідомі

конфлікти, залучення психологів до проблеми безпліддя доцільно і є суттєвим чинником, що підвищує результативність лікування.

На жаль, останні роки в Україні показують негативну динаміку: погіршується стан здоров'я молодого покоління, зростає кількість хронічних хвороб, випадків безпліддя, а також зростання дитячої смертності. Війна в Україні також значно вплинула на всі аспекти ментального і репродуктивного здоров'я жінок.

Проблема Я-концепції безплідної жінки розглядалася спеціалістами, психологами, гінекологами і психіатрами. У психологічній літературі здебільшого висвітлюється проблема усвідомленого та відповідального ставлення до батьківства (Є.О. Брага, В.П Думанська, О.І. Онипченко, Н.О. Островська). Окремі психологічні аспекти репродуктивного здоров'я розкриваються у працях Н.О. Белік, В.П. Кравець, Н.В. Дармостук, О.А. Невоєнної, Л.Н. Смалиус, В.В. Сторож, Н.В. Шавровської. На важливість і необхідність психологічного супроводу вказують М.І. Мушкевич, О.Л. Нагул та інші. У працях О.В. Королович висвітлюється проблема психогенного безпліддя жінки з погляду її психологічної зрілості. Але результати досліджень розрізнені і неповні і потребують подальшої розробки та уточнення.

Об'єктом даного дослідження є психологічні особливості жінок з порушеннями репродуктивної функції.

Предмет: психологічні особливості Я-концепції жінок з порушеннями репродуктивної функції.

Мета дослідження - теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості психологічні особливості Я-концепції жінок з порушеннями репродуктивної функції.

Гіпотеза дослідження: передбачається, що самооцінка жінок з порушеннями репродуктивної функції значно знижена, що проявляється в низькому рівні самоприйняття, зміненні образу свого фізичного Я, відчутті себе менш значущими. Для них характериний зовнішній локус контролю,

високий ступінь залежності, конформність, несамостійність, низький ступінь гнучкості поведінки та ригідність у взаєминах з близьким оточенням.

Виходячи з мети роботи, ми поставили перед собою наступні завдання:

- здійснити теоретичний аналіз літератури, що зачіпає проблеми порушень репродуктивної функції та самооцінку;

- дослідити психологічні особливості самооцінки жінок з порушеннями репродуктивної функції;

- емпірично дослідити вплив порушень репродуктивної функції на психологічні особливості самооцінки жінок.

Гіпотеза дослідження: передбачається, що самооцінка жінок з порушеннями репродуктивної функції значно знижена, що проявляється в низькому рівні самоприйняття, зміненні образу свого фізичного Я, відчутті себе менш значущими. Для них характериний зовнішній локус контролю, високий ступінь залежності, конформність, несамостійність, низький ступінь гнучкості поведінки та ригідність у взаєминах з близьким оточенням.

Методи дослідження. У роботі застосовувались теоретичні методи (теоретико-порівняльний аналіз соціально - психологічної літератури з досліджуваної проблеми, вивчення монографічних публікацій та статей), та емпіричні (проективна методика Р. Бернса "Автопортрет", методика вивчення самооцінки за С. Будассі), напівструктуроване інтерв'ю, статистичний аналіз отриманих даних.

Наукова новизна дослідження полягає у психологічному аналізі взаємозв'язку психологічних особливостей Я-концепції жінок та порушеннями репродуктивної функції.

Галузь використання: заклади психологічної допомоги, жіночі консультації, центри планування сім'ї та репродукції, освітні заклади, громадські організації підтримки жінок.

Практична значимість роботи. Отримані нами висновки можуть бути використані в практичній діяльності. Знання психологічних особливостей жінок з порушеннями репродуктивних функцій може бути використане для

створення тренінгів спрямованих на адаптацію цих жінок до свого стану, підвищення рівня самоповаги і самоприйняття, а також корекції Я-концепції.

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечувалися різнобічним теоретичним аналізом проблеми; комплексним використанням методик, що відповідають предмету й завданням дослідження; проведенням змістовного якісного й кількісного аналізу даних; коректним використанням методів їх математико-статистичної обробки; репрезентативною вибіркою респондентів.

Апробація результатів дослідження. Основні результати дослідження доповідалися на наукових конференціях з психології, були представлені на семінарах.

Структура та обсяг роботи. Магістерська кваліфікаційна робота складається із вступу, двох розділів (теоретичного та емпіричного), висновків, списку використаних джерел (105 найменувань). Загальний обсяг основного тексту становить 56 сторінок.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ

1.1. Клініко-психологічна характеристика жінок з порушеннями репродуктивної функції

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, здоров'я - це стан повного фізичного, розумового і соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороби репродуктивної системи або порушення її функцій. Таким чином, репродуктивне здоров'я означає можливість задовільного та безпечного сексуального життя, здатність до відтворення та можливості вирішувати, коли і як часто це робити.

Це, вочевидь, передбачає право чоловіків та жінок на інформацію та доступ до безпечних, ефективних, доступних за ціною та прийнятних методів планування сім'ї та інших обраних ними методів регулювання народжуваності, які не суперечать закону, а також право доступу до відповідних послуг з охорони здоров'я, які дають змогу жінці безпечно перенести вагітність, пологи і дають батькам найкращу можливість народити здорову дитину.

Відповідно до визначення репродуктивного здоров'я охорона репродуктивного здоров'я розглядається як сукупність методів, прийомів і послуг, які впливають на репродуктивне здоров'я та благополуччя шляхом запобігання та розв'язання проблем, що стосуються репродуктивного здоров'я. Основними проблемами репродуктивного здоров'я, розв'язання яких сприятиме його поліпшенню, є зниження соматичної, психічної та гінекологічної захворюваності, зокрема онкологічної захворюваності репродуктивної сфери, захворюваності на інфекції, які передаються статевим шляхом (ІПСШ), включаючи ВІЛ/СНІД, зменшення випадків безплідності,

сприяння поширенню безпечного материнства, розвиток планування сім'ї насамперед як дієвої альтернативи абортам. Здоров'я жінки значною мірою визначається умовами її розвитку в утробі матері, в періоді новонародженості, дитинстві та у підлітковому віці. За статистичними даними, лише 6% дітей народжується практично здоровими. До того часу, коли дівчинка вступає в репродуктивний період, вона вже має низку захворювань. Підстави для прогнозів щодо здоров'я майбутніх поколінь дає аналіз стану здоров'я вагітних, умов виношування плоду та результатів їх впливу на здоров'я майбутньої дитини. Негативні явища у відтворенні населення відбуваються на тлі погіршення здоров'я вагітних.

Упродовж останніх десяти років частота анемій серед вагітних збільшилась майже в 2,3 рази, хвороби сечостатевої системи - в 2,7 рази та хвороби системи кровообігу - в 1,6 рази (табл. 1). Захворюваність щитовидної залози у вагітних жінок у 1992-2002 рр. збільшилась у 8,8 рази (2002 р.- 9,4), що значно підвищує ризик материнської та дитячої патології. Рівень соматичного і репродуктивного здоров'я до вагітності й ускладнення протягом вагітності зумовлюють високу частоту ускладнених пологів і зростання кількості оперативних втручань. Нормальні пологи становлять у середньому 32,4% випадків.

Частка ускладнених пологів серед їх загальної кількості підвищилась з 58,3% у 1992 р. до 68% у 2002 р. Одним із найважливіших показників репродуктивного здоров'я, що впливає на демографічну ситуацію в країні, є невиношуваність вагітності, що стало актуальною проблемою вже протягом багатьох десятиліть, здебільшого як результат значного поширення абортів, захворювань, що передаються статевим шляхом, ендокринної патології та ін.

Порушення репродуктивної функції (безпліддя) за визначенням ВООЗ - безплідним вважається шлюб, в якому, незважаючи на регулярне статеве життя, без застосування протизаплідних засобів, у дружини не виникає вагітності протягом одного року за умови, що подружжя знаходиться в дітородному віці

Безплідні шлюби складають 16% від загальної кількості шлюбів в Україні і 30% від загальної кількості шлюбів у всьому світі, причому їх кількість постійно збільшується (ВООЗ). Жіноче безпліддя складає 46,6% від усієї кількості безплідних шлюбів. Вивчено та описано більше двадцяти причин безпліддя у жінок, серед яких виділяють гінекологічну патологію, ендокринне захворювання, психосексуальні та ятрогенні причини.

Безпліддя неясного генезу, або так зване психологічне безпліддя становить, за різними даними від 4 до 40% від загального числа випадків безпліддя у жінок.

В даний час виділяють наступні види жіночого безпліддя:

- первинне безпліддя – жінка ніколи не булла вагітна;

- вторинне безпліддя - вагітність наступала раніше, але надалі, з огляду різних причин вагітність не наступає.

Крім того, виділяють:

- абсолютне безпліддя - вагітність виключається самим категоричним чином;

- відносне безпліддя - можливість завагітніти і народити дитину існує, але значно знижена.

Особливе місце серед них займає безпліддя неясного генезу, коли жінка не може завагітніти, незважаючи на відсутність на те будь-яких органічних і функціональних причин.

Також зустрічається психологічне безпліддя. Подібна форма викликана порушеннями в роботі нервової системи і відзначається в 30% бездітних сімей. Готовність жінки до зачаття визначається діяльністю мозку, який регулює кожен процес, що відбувається в нашому організмі. При виникненні будь-якої негативної установки організму наноситься серйозна шкода. Жінка може підсвідомо сприймати вагітність як потенційну небезпеку. Основою такого стану могла стати психологічна травма, витиснута зі свідомості. Один з прикладів: від її матері пішов батько, і жінка підсвідомо побоюється, що її також може кинути чоловік. Крім того, серед поширених страхів - страх

втратити роботу, гарну фігуру, можливість жити повним життям. Деякі жінки панічно бояться народжувати. У цих випадках жінці потрібна консультація кваліфікованого психолога. Пацієнтці необхідно зрозуміти, що хотіти дитину заради когось не можна, потрібно безкорисливо бажати її заради неї самої. Головне, у жодному разі не зациклюватися на процесі зачаття. Страх того, що може не вийти, заважає здійснитися бажаному. Зазвичай психолог радить жінці абстрагуватися, поглянути на ситуацію з боку. Не потрібно боятися свого страху, з ним можна і потрібно справлятися. Можна перерахувати на аркуші паперу всі свої тривоги, а потім спробувати відшукати способи вирішення проблеми. Наприклад, якщо вас мучить страх втрати хорошого робочого місця, можна поспілкуватися з керівником, пояснивши йому, що ви плануєте завести дитину. Якщо ви побоюєтеся браку грошей, почніть їх заздалегідь відкладати. Можна спробувати знайти додатковий підробіток. Дуже важливо намагатися мислити позитивно, налаштовуючи себе тільки на позитивні емоції. Якщо корекція здійснювалася фахово, то вагітність була успішною.

Безпліддя має набагато більші соціальні і психологічні наслідки, ніж інші захворювання. Безпліддя - серйозна перешкода щасливого сімейного життя і дана проблема завжди розглядається у ракурсі соціальних аспектів цього стану на рівні окремого індивідуума (психологічні, релігійні), сім'ї (міжособистісні стосунки) або суспільства в цілому (демографічні показники, екологічні втрати, юридичні проблеми). Однак увага до них залишається недостатньою. В умовах економічної нестабільності, зниження рівня народжуваності та високого рівня загальної смертності, проблема охорони репродуктивного здоров'я населення набуває особливої соціальної значущості.

Науковцями проблема збереження та відновлення репродуктивної функції розглядається через призму медичних, соціальних, психологічних і фізіологічних факторів. Дослідники, зокрема В. Астахов, О. Бацилева, І. Пузь вивчають різні аспекти самого поняття репродуктивного здоров'я, шукають

способи його збереження і покращення. Науковці наголошують, репродуктивне здоров'я, відповідно до визначення ВООЗ, розуміється як стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя в усіх аспектах, що стосуються репродуктивної системи, її функцій і процесів, а не лише відсутність захворювань чи порушень. Також воно включає задоволеність та безпеку статевого життя [1, 6]. І. Щербак і Д. Кічка відмічають, що в умовах глибокої демографічної кризи питання збереження й покращення репродуктивного здоров'я молоді набуває особливої актуальності.

В Україні спостерігається зниження народжуваності до рівня, що не забезпечує навіть простого відтворення поколінь. Також турбує низький рівень культури планування сім'ї, обмежений доступ до інформації про контрацепцію, що спричиняє небажані вагітності й зростання кількості абортів [10, 238]. На думку В. Пирогова та О. Цьолко, сьогодні в Україні спостерігається глибоке порушення механізмів самовідтворення населення, що виявляється не лише у зменшенні кількості населення, а й у погіршенні якості його здоров'я. Така ситуація, на їхню думку, зумовлена особливостями репродуктивної поведінки та мотивації особистості, яка, своєю чергою, тісно пов'язана з економічним і соціально-психологічним станом суспільства.

Науковці наголошують про необхідність зміни форми та стилю подачі інформації щодо статевого життя, пошук більш ефективних засобів впливу на молодь. Інформаційно-просвітницька робота потребує залучення батьків, педагогів, лікарів та всебічної підтримки держави [9]. Як зазначає С. Курбатов, у сучасних умовах молодь стикається із психофізіологічними викликами, що впливають на збереження здоров'я: хронічне емоційне навантаження, порушення сну, низька рухова активність, стресові фактори здатні призводити до зниження життєвих ресурсів та погіршення потенціалу репродуктивної функції [7]. І. Романенко зазначає, до вагомих факторів, які впливають на стан репродуктивного здоров'я молоді, слід віднести й такі психосоціальні чинники, як вільне ставлення до шлюбу; недостатній рівень загальної та репродуктивної культури населення; високий рівень штучного

переривання вагітності, що (особливо у ранньому репродуктивному віці) ставить під загрозу репродуктивні можливості жінки у майбутньому; трансформацію репродуктивної поведінки, що призводить до збільшення частоти захворювань, які передаються статевим шляхом, та непланованої вагітності, що супроводжується великою кількістю ускладнень і недостатньою психологічною й соціально-економічною підготовленістю молодих жінок до материнства і створення сім'ї [6]. Т. Бойчук розглядає формування здорового способу життя в молодому віці ключовим етапом у запобіганні безпліддя та розлад репродуктивної функції в майбутньому [4, 56]. Н. Лісовська, Ю. Савчук підкреслюють, що порушення харчування (нестача поживних речовин, незбалансовані раціони) та недостатній рівень фізичної активності ведуть до зниження репродуктивного потенціалу серед молоді [8, 24].

Проаналізувавши стан репродуктивного здоров'я молоді в умовах поточної війни в Україні, Н.М. Атаманчук наступні ризики його суттєвого погіршення:

1. Хронічний стрес і перевтома, які порушують гормональний баланс і можуть викликати розлади менструального циклу або еректильну дисфункцію.

2. Недостатнє/незбалансоване харчування, що впливає на статеве дозрівання, загальний стан організму.

3. Обмежений доступ до медичної допомоги, зокрема гінекологічної та урологічної. Інфекції, що передаються статевим шляхом через недостатню інформованість, відсутність контрацептивів і збільшення ризикованої поведінки.

4. Посттравматичний стресовий розлад, що може призводити до сексуальних дисфункцій або психосоматичних порушень.

5. Тривога, депресія, ізоляція, які знижують мотивацію до здорової поведінки й турботи про себе.

6. Втрата почуття безпеки, що змінює ставлення до планування майбутнього, сім'ї, батьківства.

7. Міграція, розлука з родиною, руйнування соціальних зв'язків і нестабільність життєвих умов.

8. Низький рівень сексуальної освіти у кризових умовах, відсутність профілактичної інформації.

9. Ризик сексуального насильства.

10. Зниження народжуваності через страхи, економічну нестабільність та втрату репродуктивного потенціалу.

11. Поширення негативних моделей репродуктивної поведінки (відмова від батьківства/материнства, відкладене народження дітей).

Зростання кількості хронічних захворювань, які впливають на здатність до зачаття й виношування. Таким чином, війна створює комплексну загрозу для репродуктивного здоров'я молоді – не лише через фізичні й медичні чинники, а й через глибокі психосоціальні наслідки

Отже, сучасні дослідження репродуктивного здоров'я підкреслюють міждисциплінарний характер даної проблеми, що зумовлює необхідність інтегрованого підходу її вирішення, обов'язково враховуючи її психологічні аспекти.

1.2. Психологічні механізми взаємодії психіки і безпліддя

Головним аспектом реалізації репродуктивної функції жінки є процес народження та виховання дітей, що включає три основні компоненти: психічний (мотивації, цінності, настанови, емоції), фізіологічний (морфо-функціональна організація та нейро-гуморальна регуляція репродуктивної функції), тілесний, жіноче тіло, з відповідною поведінкою, яке виконує функції запліднення, виношування, пологів, грудного вигодовування дитини. В.М. Астахов зазначає, що взаємодія цих компонентів для виконання репродуктивної функції являє собою репродуктивну сферу особистості

жінки, у межах якої фізіологічні та психологічні механізми поєднані для реалізації завдань репродукції. Повноцінне функціонування репродуктивної сфери жінки включає фізіологічні механізми, мотиваційні та ціннісно-смислові утворення, що забезпечують виконання репродуктивної поведінки, яка передбачає якісну перебудову життєдіяльності жінки. Становлення репродуктивної поведінки як системи дій, що впливають на народження або відмову від народження дитини, здійснюється через формування адекватної репродуктивної мотивації та репродуктивної настанови [2, 7].

І.В. Пузь зауважує, що в більшості жінок з різними формами порушення репродуктивної сфери спостерігаються специфічне викривлення тілесного компоненту образу «Я» та неадекватна самооцінка. У деяких жінок є побоювань стосовно того, що реалізація репродуктивної функції може негативно вплинути на фігуру, що пов’язано з надцінним сприйняттям власного тіла та наявністю ірраціональних уявлень щодо вагітності, пологів, сексуального життя. Також ризик виникнення різного роду репродуктивних дисфункцій може збільшуватися в ситуації, коли жінка не приймає власне тіло, що детерміновано багатьма чинниками, одним із яких є деструктивні стосунки із власною матір’ю, яка неналежно сприймала тілесність власної доньки, не сприяла її адекватній статево-рольовій ідентифікації [2, 81].

О.Б. Сіраковська також зазначає, що основою появи репродуктивної дисфункції в жінок є взаємодія складних чинників, серед яких одне із провідних значень мають психологічні чинники. Жінкам із порушенням репродуктивної функції притаманні такі психологічні властивості: загальна інфантильність, що проявляється в незрілості особистісної сфери; викривлена або незріла статево-рольова ідентифікація; неадекватні форми реагування на стресові ситуації (інфантильні чи дезадаптивні стилі поведінки); емоційна нестабільність; підвищений рівень особистісної та реактивної тривожності; пригнічена агресія різної спрямованості. Зазначені особливості ускладнюють партнерські стосунки, функціонування сім’ї та є наслідком деструктивного досвіду взаємин із власною матір’ю [8, 192].

Дослідження психологічної готовності жінок до реалізації репродуктивної функції пов'язано із проблемою формування готовності до материнства.

Як зазначають науковці, психологічна готовність до материнства охоплює п'ять складових частин, як-от:

1) особистісна готовність (загальна особистісна зрілість);

2) адекватна модель батьківства (сприятливий особистий досвід);

3) мотиваційна готовність;

4) сформованість материнської компетентності;

5) сформованість материнської ідентичності.

О.П. Таран визначено провідні чинники, що зумовлюють ставлення сучасних жінок до материнства, як-от:

1) базова безпека, яка заснована на відносній задоволеності жінок власним дитинством;

2) відносини з партнером;

3) стан здоров'я;

4) фінансовий стан.

Загалом суб'єктивне благополуччя є основою, яка формує готовність жінок до майбутнього материнства. Найвагомішим чинником під час ухвалення рішення щодо материнства є задоволеність жінки власними відносинами з партнером і відчуття фінансової та психологічної безпеки у стосунках [9, 96].

Аналогічну думку висловлюють австрійські вчені C. Lee, H. Gramotnev, які розглядають прагнення жінок мати дітей як елемент їхнього психологічного благополуччя. За результатами дослідження автори допустили, що небажання мати дітей є індикатором психологічного неблагополуччя жінок і наслідком впливу несприятливих соціальних чинників, а прагнення до багатодітності насамперед визначається прихильністю до традиційних цінностей [12, 14].

Г.С. Шевчук розглядає феномен материнства з позиції формування материнської ідентичності як психологічного конструкту, що виражає цілісне

прийняття, усвідомлення та переживання жінкою себе як матері та своєї особистісної самореалізації в материнстві. Вирішальну роль у формуванні материнської ідентичності відіграють когнітивний і емоційний компоненти ідентифікації. Чим більш чітко й емоційно позитивно представлена в самосвідомості жінки система знань, пов'язаних із функціями матері, її поведінкою й іншими психологічними характеристиками, тим гармонійніше проходить процес самоідентифікації жінки як матері, тим більш збалансоване входження образу матері до загальної структури Я-концепції жінки та її готовності до материнства.

Як зауважує Г.С. Шевчук, материнська ідентичність динамічна та розвивається протягом усього життя жінки, може бути гармонійною та гнучкою або дифузною та суперечливою, це залежить від характеру дитячо-материнських взаємин, наявності в жінки в дитинстві стійкого позитивного емоційного зв'язку із власною мамою [10, 774].

О.В. Івачевська досліджує материнство в контексті репродуктивної мотивації та репродуктивної поведінки жінок, що дозволяє розглядати мотиваційний аспект не лише власне народження дитини, а й феномен відмови жінки від народження в майбутньому (тенденція «чайлдфрі»). Репродуктивна мотивація як складний багаторівневий регулятор життєдіяльності жінок часто має неусвідомлений, латентний характер, а неузгодженість прихованих мотивів щодо народження чи відмови від народження дитини з декларованими мотивами призводить до внутрішнього конфлікту, що перешкоджає здійсненню жінкою свідомого репродуктивного вчинку [3, 251].

За результатами дослідження О.В. Івачевська визначає найбільш значущі репродуктивні мотиви молодих жінок: соціокультурні, соціально-економічні, соціально-психологічні й індивідуально-психологічні. Біологічні мотиви (бажання мати дітей зумовлене переважно інстинктом, призначенням жінки народжувати) та фізіологічні мотиви (зумовлені загальним і репродуктивним здоров'ям жінок), як зазначає дослідниця, не відіграють особливої ролі в мотивації народження чи відмови від народження дитини [3, 253].

Психологічні мотиви О.В. Івачевська умовно розділила на егоїстичні й альтруїстичні. Основою егоїстичних мотивів переважно є бажання задовольнити власні інтереси, потреби через дитину (дитина – засіб). Це мотиви самоствердження, самореалізації через дитину, опора на дитину в майбутньому, продовження молодості, підвищення самооцінки, долання почуття самотності, зміцнення сім'ї, маніпуляція родиною за допомогою дитини тощо. Альтруїстичні психологічні мотиви зумовлені цінністю самої дитини та передбачають задоволення потреби в народженні дитини (дитина – ціль). Народження дитини сприймається молодими жінками як можливість отримати новий життєвий досвід і передати їй частину власного, можливість реалізувати себе в материнстві, дбати про дитину та віддати їй усю накопичену любов.

Сьогодні існує багато суперечливих даних щодо зв'язку безпліддя з різними психічними функціями. На початку 60-х років з'являються статті, що описують випадки вдалого лікування психотерапевтичними методами окремих індивідуумів і подружніх пар, які страждають безпліддям (Benedik). Ще до цього таких хворих лікували за допомогою методів психоаналізу і були описані певні типи жінок, схильних до безпліддя:

— незрілі, чутливі, розбірливі жінки;

— агресивно-домінантні, не визнають свою жіночність;

— матіреподібні жінки;

— жінки, що присвятили своє життя ідейним або іншим емоційним інтересам.

Представники різних психоаналітичних течій причини безпліддя бачать в витіснених психотравмах раннього дитинства і підсвідомих конфліктах, особливо це стосується психосоматичного безпліддя (E. Lux; Mc Leod;). Про підсвідомий конфлікт, пов'язаний з бажанням мати дитину і його витіснення, як причини безпліддя говорить К. Хорні. Вона припустила, що на ментальну установку на вагітність, так само як і на фізіологічний процес, може вплинути страх, пов'язаний з мастурбацією. Однак дуже сильне раннє

бажання мати багато дітей і вищезгаданий страх призводить до заперечення цього бажання і його витіснення. У зв'язку з бажанням мати дитину може виникнути безліч конфліктних підсвідомих тенденцій. Природний материнський інстинкт може бути нейтралізовано деякими несвідомими мотивами. Для жінок, які дуже хочуть бути чоловіками, але це не завжди усвідомлюють, вагітність і материнство, як жіночий еквівалент чоловічої кар'єри, нерідко набуває перебільшене значення.

Інший фактор, іноді грає особливу роль - сильний страх померти під час пологів сам по собі може і не бути усвідомлений. Джерело ж цього страху практично ніколи не є свідомим. З іншого боку, материнському інстинкту можуть протидіяти несвідомі ворожі імпульси, спрямовані безпосередньо проти дитини. Насправді практично всі безплідні жінки хочуть мати дитину, але в той же час остерігаються всіх фаз реалізації цього бажання, від статевого акту до догляду за дитиною.[47, 48]

Медико-соціологічні дослідження низки країн свідчать, що у 93 % жінок неплідність призводить до психічного, соціального і фізичного дискомфорту, знижує соціальну адаптацію, професійну активність і підвищує число розлучень. Усі ці чинники взаємопов’язані. Психічні негаразди проявляються підвищенням стабільності нервових процесів або загальмованістю, зниженням інтересу до оточуючого середовища і роботи, виникненням “комплексів неповноцінності”, психосексуальними розладами і нестійкістю сімейних відносин. Відомі порушення міжособистісних стосунків при чоловічій неплідності в 13 % випадків, при жіночій неплідності — в 76 %, а при неплідності в обох членів подружжя — у 8 % випадків (Е. Ф. Кира, 1995). При чоловічій неплідності 77 % жінок психічно підтримують чоловіків, а при жіночій неплідності 12 % чоловіків вимагають розлучення. Аналіз літератури, присвяченої вивченню психології і психопатології жіночої неплідності, свідчить, що взаємовплив психіки і неплідності носить комплексний характер і залежить від різних чинників.

Так, молоді жінки, які визнають релігію, трактують неплідність як гріх, інші не мають нормальних стосунків з чоловіками. Є жінки, які протягом всього життя мають стресові ситуації, або жінки, для яких діагноз неплідність є несподіванкою, оскільки будь-які соматичні скарги у них відсутні.

Одним із важливих моментів при оцінці психічного стану пацієнток, які страждають на неплідність, є мотиви їх бажання мати дитину. Ці мотиви відрізняються від традиційних. Основні з них — турбота про дитину і відповідальність за її виховання. Серед інших причин виділяють: “утримати чоловіка”, “заповнити пустоту”, “підтримати сімейні традиції” та інші.

Отже, комплекс негативних почуттів, таких як пригніченість, відчуження, гнів, страх, у підсвідомості опосередковано впливають на репродуктивну систему, провокуючи розвиток неплідності. З іншого боку, психічний стан пацієнтів є вкрай важливим для успішної терапії даної патології. Збереження та відновлення репродуктивного здоров’я на сьогодні є актуальним питанням не лише у медичному, медико-генетичному аспекті, але і соціальною, біологічною та психологічною проблемою.

Р.Дж. Пепперел зі співавторами вважає, що у безплідних пар, мотив мати дитину дещо інший, ніж у пар, які мають дітей. Безплідні жінки часто вказують на причину мати дітину як на бажання "утримати чоловіка, заповнити порожнечу, підтримати сімейні традиції" і т.д. H. Bernt зі співавторами вважають, що для багатьох пацієнток питання про мотив мати дитину залишався неясним і неусвідомленим. У 77 р. Poston, а потім Р. Дж. Пепперел зі співавторами в 86 р. провели дослідження серед добровільно бездітних і безплідних подружніх пар. Було виявлено, що вони схожі по більшості характеристик, у зв'язку з чим, робиться висновок про негативне ставлення до дітородіння в цих парах. Причому 10% з них страждали ідеопатичним безпліддям. Жінок, страждаючих психосоматичним безпліддям можна розділити на три основні групи:

- У першу групу включені жінки, у яких безпліддя може припинитися спонтанно, а інтенсивне обстеження легко "може зламати бар'єр, що перешкоджає зачаття".

- У 2-групу увійшли жінки з більш стійким "блокуванням" зачаття, що відбувається, можливо, в результаті деякої зовнішньої стресової ситуації.

- Третю групу склали жінки, у яких безпліддя виникло в результаті "глибокої і тривалої психосоматичної напруги, пов'язаної з наявністю психогенних страхів" (Р. Дж. Пепперел зі співавторами). P. Knorre зі співавторами спостерігали кілька безплідних жінок, у яких в ході лікування змінювалися діагностовані причини. У зв'язку з цим, автори стверджують, що бажання мати дитину у цих жінок є амбівалентним і супроводжується значними сумнівами [33].

Практично всі дослідники визнають, що безпліддя - серйозний стресор. Стан хронічної фрустрації і внаслідок цього дистрес, призводить безплідних жінок до депресій. Багато авторів відзначають, що жінки набагато сильніше реагують на стрес, пов'язаний з безпліддям, ніж чоловіки. Вплив психологічного стану, тобто вираженість стресу, обумовленого безпліддям, на результат лікування визнають всі вчені. Наслідком цього стресу є депресія, ізоляція, невпевненість у собі, дратівливість, сором.

Безпліддя неясного генезу займає особливе місце. Нез'ясоване безпліддя діагностується за умови фертильності партнера, позитивно посткоітальному тесті, прохідних маткових трубах у жінок з регулярними овуляторными циклами. За результатами обстежень у 71,4% пацієнток з нез'ясовним безпліддям виявлені різні психоемоційні відхилення, почуття неповноцінності і самотності, наявність істеричних станів у дні овуляцій або менструацій. Крім того, у них були виявлені тривожність і емоційна нестійкість поєднанні зі змінами ЕЕГ, що характерно для неврозів. Існує припущення про те, що всі ці жінки перебувають у стані постійного стресу, який і тягне за собою різні психоемоційні й ендокринні зміни.

У преморбіді у жінок з нез'ясовним безпліддям поширені особливості психічного інфантилізму. 89,5% досліджених мають слабку статеву конституцію. Дані MMPI, говорять про їх схильності до депресивних реакцій, підвищеної тривожності з вираженим прагненням подобаться всім оточуючим, з деякою невпевненістю в собі, нестійкою самооцінкою, залежність від думки оточуючих. Автори наводять такі дані - 1/3 хворих, страждаючих безпліддям неясного генезу, мають особливості психічного інфантилізму [27, 28].

P. Knorre із співавторами припускає, що безпліддя, особливо гормонального походження, може бути однією з причин розвитку неврозів. За його даними, 87,3 % безплідних жінок, мають порушення з боку психоемоційної сфери і величезну кількість страхів.

Ф. В. Дахно зі співавторами аналізує безпліддя з точки зору емоційного стресу, вони виявили інтровертированну спрямованість, підвищений ступінь нейротизації, тривожність. У 80% пацієнток було виявлено зниження загальної активності і працездатності, 40% скаржилися на страх перед майбутнім. Безплідні жінки частіше скаржаться на поганий настрій, у них часто виявляються психосоматичні порушення. Наводяться дані про наявність психосоматичної симптоматики у безплідних пацієнток (P.Knorre) [47].

Patt зі співавторами в своїх дослідженнях показали, що межові психічні розлади у пацієнток, які страждають безпліддям, мають свої структурно-динамічні особливості, мають зовнішній локус контролю та ті чи інші акцентуації особистості з перевагою психастенічної [27].

M.Stauber переконаний, що порушення фертильності і сексуальності перебувають у тісній взаємодії. Одні автори вважають, що порушення в пісіхосексуальній сфері і викликають безпліддя. Інші автори вважають, що безпліддя, будучи стресом, викликає і підсилює психосексуальні порушення. (D.l.Rosenfeld і E.Mitchell). Безпліддя укладає в собі порушення почуття самостійності, тілесного образу, втрати сексуальної привабливості. Eisner

відзначає, що у жінок, страждаючих безпліддям, порушена статева ідентифікація. Крім того, був виявлений певний особистий профіль безплідних жінок. Так, за даними С.С. Ніколаєнко ці жінки мають схильність до депресивних реакцій, конфліктні, емоційно нестійкі, вони не впевнені в собі, їх самооцінка нестійка і залежить від думки оточуючих. Незадоволеність собою, знижену самооцінку відзначає в безплідних жінок Patt зі співавторами, що виявили у безплідних жінок протиріччя між самооцінкою і своїми ідеалами [92].

В перинатальній психології прийнято виділяти дві групи жінок (А та Б), які мають різні особливості репродуктивного статусу [54, 185]. До групи А входять жінки, які мають порушення репродуктивної функції до вагітності в основному гормонального походження, безпліддя або труднощі зачаття, загрозу переривання вагітності та невиношування, порушення внутрішньоутробного розвитку дитини з мінімальним ризиком для здоров'я жінки. Їм властиві такі психологічні особливості: емоційна нестійкість, схильність до гіперстенічного реагування; схильність до перепадів настрою; болюче ставлення до невдач з накопиченням негативних емоцій та їх вибуховим виплеском; схильність до формування надцінних ідей, що проявляється у надцінності вагітності, своєї репродуктивної функції; спотворення жіночої ідентичності, посилення маскулінних якостей та ослаблення жіночності, відкидання власної жіночності; зниження рівня соціальної адаптації, відсутність гнучкості у взаємодії; конфліктні відносини з матір'ю, що іноді виражаються в некритичній ідеалізації та недиференційованому уявленні про відносини з нею; незадоволеність собою, підвищена самооцінка та ін.

До групи Б входять жінки, які мають гінекологічні захворювання соматичного характеру та негінекологічні соматичні проблеми, що впливають на успішність репродуктивної функції та одночасно загрожують здоров'ю жінки. Для жінок із цієї групи характерні наступні психологічні особливості: емоційна нестійкість, схильність до гіпостенічного реагування; схильність до

зниженого настрою, дратівливість; зниження загальної активності; схильність до стресів, схильність до депресій; залежність від оточуючих, пошук зовнішньої допомоги; нормальна жіноча ідентичність, посилення жіночності; тривожні, залежні, симбіотичні стосунки з матір'ю; невпевненість у собі, занижена самооцінка, почуття провини; довіра, некритичність стосовно інших; невпевненість у своїй материнській компетентності; підвищена цінність дитини, але можлива та знижена; – підвищена тривожність з переважно вираженою соматичною (функціональною) складовою невротизація на кшталт «втеча у хворобу»; аутоагресія, найчастіше пригнічена, ризик суїциду [54, 192–193].

Таким чином, для жінок із порушеннями репродуктивної функції на відміну здорових жінок властиві такі особливості: загальна інфантильність, що проявляється у незрілості особистісної сфери; спотворена або незріла статеворольова ідентифікація; неадекватні форми реагування на стресові ситуації, наприклад, інфантильні або дезадаптивні стилі поведінки; емоційна нестійкість; підвищений рівень особистісної та реактивної тривожності; пригнічена агресія різної спрямованості; ускладнені відносини з іншими людьми, насамперед із близькими; –деструктивний досвід відносин з своєю матір'ю [7].

Також безпліддя може супроводжуватись зміною самооцінки, образу «Я», соціального становища, «тілесного образу», порушенням «почуття самостійності», викликає почуття «особистісної дефектності», «соціальної незакінченості», призводить до втрати сексуальної привабливості.

Таким чином, особливості психологічного стану, зумовленого безпліддям, вважаються важливими практично всіма дослідниками при діагностиці та лікуванні порушеної репродуктивної функції.

1.3. Психологічні особливості взаємозв'язку Я-концепції і репродуктивного здоров’я жінок

Особливості внутрішньої динаміки самосвідомості, структура і специфіка ставлення особистості до власного "Я" надають регулюючі впливає практично на всі аспекти поведінки людини. У зв'язку з тим, що проблема самооцінки є одним з ключових питань дослідження особистості, велике значення має вивчення її властивостей у взаємозв'язку з іншими сторонами особистості, оскільки таке вивчення дасть можливість досліджувати особистість як цілісність.

При аналізі різних підходів до будови самовідношення і самооцінки можна відзначити, що існує велика кількість понять, в яких фіксується зміст цього феномену. Самоповага, симпатія, самоприняття, самооцінка, любов до себе і розташування, самовпевненість - ось далеко не повний набір термінів, що використовуються для позначення цілісного самовідношення. Причому одні автори за основу самооцінки і самовідношення беруть симпатію, інші - в першу чергу переживання власної цінності, що виражається в почутті самоповаги, треті намагаються узгодити ці подання шляхом виділення в цьому феномені того чи іншого фіксованого набору аспектів або структурних елементів, однак ці набори часто теж виявляються різними і їх важко зіставити.

Самооцінка як одна з форм прояву самосвідомості висловлює фундаментальні властивості особистості і разом з іншими факторами відображає її спрямованість, активність. Крім того, самооцінка є показником певного рівня психічного розвитку особистості, виступає як рівень самовизначення, як дзеркало особистісних якостей людини. Низька оцінка себе і оточуючих джерело тривожності і заниженої самооцінки. Складову, пов'язану зі ставленням до себе в цілому чи окремих своєю якістю називають самооцінкою. Сукупність приватних самооцінок визначається як прийняття себе і самовідношення (Р.Уайли, М.Розенберг) [36].

У вітчизняній літературі до недавнього часу був прийнятий термін самосвідомість, яку розглядають як складну динамічну єдність знання про себе і ставлення до себе, інтелектуального і афективного. Підсумковим вимірюванням самосвідомості є міра самоприйняття, позитивне або негативне ставлення до себе.

Аналіз літератури показує, що визначення самосвідомості, складові, особливості динаміки можуть трохи відрізнятися у різних авторів, але самооцінка, як один з провідних компонентів, присутній обов'язково. Проблема самооцінки - одного з важливих особистісних утворень - в даний час стає однією з найпопулярніших в психології особистості. Особлива увага приділяється вивченню механізмів формування і функціонування неадекватної самооцінки. Однак при аналізі порушеної самооцінки дослідники зазвичай концентрують увагу на вивченні її рівня (неадекватна, завищена або занижена).

Згідно з сучасним уявленням самооцінка – це динамічна система. Самооцінка виступає як відносно стійке структурне утворення, самопізнання і як процес самооцінювання. Підкреслюється двокомпонентна структура організації самооцінки [37].

Перший компонент - когнітивний, що включає знання про себе, аналіз, синтез, судження, умовивід про себе. Другий компонент - емоційний, він включає ставлення до себе, задоволеність, каяття, схвалення.

Самооцінка розглядають і як когнітивну, або емоційну складові Я-концепції. Дж. Г .Мід вважає, що самооцінка - це своєрідні когнітивні схеми, які узагальнюють минулий досвід особистості і організують, структурують нову інформацію. Пріоритет когнітивних складових при визначенні самооцінки віддають так само А. Бек. Останній, у концепції самоефективності говорить, що важливо для людини усвідомлювати і реально оцінювати свої можливості щодо даної ситуації. Самооцінка впливає на форми поведінки, мотивацію і виникнення емоцій.

Теорія об'єктивної самосвідомості Р .Віткунда і С. Дьювала, а так само виконані в її руслі експериментальні роботи також залучаються для ілюстрації провідної ролі когнітивних процесів в походженні самооцінки, зокрема негативної [43].

Р. Бернс виділяє самооцінку або прийняття себе як одну зі складових Я-концепції і відносить її до афектного компоненту. На його думку, оцінка присутня з огляду на те, що когнітивна складова не сприймається людиною байдуже, а спонукає оцінки і емоції. У спробі себе охарактеризувати зазвичай присутній сильний особистісний оцінний момент. Цей оціночний компонент пов'язаний як з явними, так і з несвідомими для людини переживаннями. Оціночні складові можуть бути обумовлені морально, стереотипами, ідеалами тог чи іншого соціального середовища. Навіть емоційно нейтральні на перший погляд характеристики власної особистості зазвичай містять в собі приховану оцінку, тому що людині властиво екстраполювати навіть зовнішні дефекти власного Я на всю особистість в цілому.

Емоційно-ціннісне ставлення до себе містить 3 осі:

1) симпатія - антипатія;

2) повага - неповага;

3) близькість - віддаленість образів Я.

Рівні самооцінки - це послідовно висхідні, безперервно пов'язані між собою ступені її генезісу. Вони якісно специфічні. Кожен генетично пізніший рівень самооцінки виникає не через знищення раніше існуючого, а на основі попереднього перетворення. Генетично більш ранні рівні самооцінки в процесі її становлення в перетвореному вигляді входять в структуру більш пізніх рівнів, і ця багатоступінчастість високих рівнів самооцінки обумовлює складний характер їх функціонування.

Самооцінка - результат складного і тривалого процесу, в якому взаємодіють різні фактори її формування оцінки оточуючих, аналіз самою людиною своїх успіхів і невдач, результатів діяльності, в яких виявляються якості його особистості. Основними засобами і прийомами самооцінки є: самоспостереження , самоаналіз, самозвіт, самоконтроль, порівняння:

Самоспостереження - це спостереження людини за своїми вчинками, поведінкою, діяльністю, а також за своїми переживаннями. Існує два види самоспостереження: безпосереднє і ретроспективне (тобто самоспостереження за тим, як поводилася людина колись в минулому, що він переживала). Важливо звернути увагу на те, що самоспостереження не повинно перетворюватися в безплідне самозамилування, а повинно служити розвитку процесів самосвідомості і самовдосконалення особистості. Слід аналізувати не тільки внутрішні переживання, попередні дії або вчинки, але і результати діяльності, власну поведінку. Практична діяльність одночасно і перевіряє, і формує якості особистості.

Самоаналіз припускає самоспостереження, використовує матеріал, отриманий в результаті його. Самоаналіз в тій чи іншій мірі здійснюється в різних видах повсякденної діяльності людей, а так само в їх роздумах про себе. Якщо ж самоаналіз супроводжується свідомою установкою людини аналізувати свої певні вчинки, що характеризують ті або інші властивості власної особистості, психічні процеси, що має місце при самовихованні, це підвищує систематичність і цілеспрямованість самоаналізу [14, 19]

Різні люди в залежності від умінь і навичок можуть здійснювати самоаналіз з різною ефективністю. Важливо підкреслити небезпека однобічності висновків самоаналізу, можливість суб'єктивізму в інтерпретації людиною тих або інших своїх вчинків, поведінки, досягнень і невдач.

У процесі і на основі логічного самоаналізу зароджується і формується самозвіт.

Самозвіт - це звіт людини перед самим собою про процес і результати власної діяльності, власні вчинки та що вилилися у них якості особистості. Самозвіт може здійснюватися у формі усного мовлення, спеціальних щоденників.

Можна виділити два види самозвітування: підсумковий і поточний. Підсумковий самозвіт - самозвіт за досить тривалий період часу, коли на

певному життєвому етапі виявляється ступінь відповідності між зобов'язаннями, які людина вважала для себе посильними і добровільно взяла, і об'єктивними результатами діяльності. Самозвіт, якому передує детальне систематичне фіксування своїх вчинків, досягнутих результатів діяльності, глибокий і всебічний аналіз, що характеризується встановленням причинної залежності між вчинками і властивостями власної особистості, сприяє підвищенню об'єктивності результатів самопізнання. Основний підсумковий самозвіт, як правило, є самоаналіз значного фактичного матеріалу, що характеризує поведінку людини в різних ситуаціях і обставинах протягом досить тривалого періоду часу. Зіставлення отриманих даних дозволяє краще обґрунтувати свої думки і зробити об'єктивні висновки про себе, якостях власної особистості.

Поточний самозвіт - самозвіт людини за короткий проміжок часу - день, кілька днів тиждень. Такий вид самозвіта характерний для процесу самовиховання: людина, ставлячи завдання викорінити свої недоліки і розвинути позитивні якості особистості, систематично фіксує дані самоаналізу, що свідчать про ступінь реалізації розробленої програми самовиховання.

Здатність людини відзначати навіть незначні зрушення в роботі над собою має виняткове значення для розвитку процесу самовиховання.

Правильне використання самоаналізу і самозвіту сприяє тому, що самооцінка стає більш самостійною і об'єктивною, досить незалежною і стійкою до впливів випадкових оцінок інших. Один із способів самооцінки - це соціальне порівняння, зіставлення думок про себе навколишніх.

Самоконтроль - це здатність людини встановлювати відхилення програми діяльності від заданої і вносити корективи в план діяльності. Отже, наявність програми практичної поведінки, програми власної діяльності - неодмінна умова здійснення самоконтролю. Особливе значення має довільний самоконтроль для стабілізації, підвищення стійкості діяльності з самовиховання.

Порівняння постійно використовується людьми в їх роздумах про себе, про оцінки вчинків і проявлення в них якостей особистості. А. Арет виділяє наступні види порівняння: " тотальний, глобальний, або повний (коли порівнюємо себе з будь-ким в цілому, в усьому), і парціальний, або частковий (коли порівнюємо себе в окремій області), презентний (порівняння себе з будь-ким в сучасності, в даний момент) і ретроспективний (порівняння себе з будь-ким в минулому, або порівняння "сьогоднішнього Я" з тим, яким ми були в минулому, рік, п'ять, і т.д. років тому)".

Самооцінка - результат постійного зіставлення того, що людина спостерігає в собі, з тим, що вона бачить в інших людях, і в той же час з тим, що, як вона припускає, бачать у ній інші [43].

Аналіз літератури показав, що соціального походження феномена самооцінки дотримуються практично всі автори. Представники психоаналітичних течій, розглядаючи розвиток особистості, вказують на виникнення самооцінки саме в процесі соціалізації.

Самооцінка, як більш складний процес, ніж оцінка інших, розвивається з запізненням. Гуманістична психологія говорить про важливість - усвідомлення своєї індивідуальності, цінності, прийняття себе для нормальної життєдіяльності. Представники цього підходу основний акцент роблять на ціннісно-мотиваційній і потрібністній сферах і бачать їх тісний взаємозв'язок з самооцінкою (Маслоу). К.Роджерс, Маслоу та ін. вважають, що людина, яка не приймає себе, не може прийняти іншої людини, тобто самоповага є базою для поваги інших.

У Біхевіоральній школі самооцінка розглядається як процес виховання (Э. Торндайк), або як оцінку пристосованості або непристосованості навички (Б. Уотсон).

Оскільки самооцінка соціальна за своїм походженням та формується в процесі спілкування, входження людини в соціум, то вона відображає безпосередні відносини з іншими людьми і їх думки. На початку 20 ст. Ч. Кулі сформував теорію "дзеркального Я", згідно з якою уявлення людини про

себе складається під впливом думок оточуючих і включає 3 компонента: то яким я здаюсь іншим, то, як ці інші мене оцінюють і пов'язану з ними самооцінку. В 40-50 рр. теорія "дзеркального Я" стала базою для багатьох досліджень, в яких було показано, що під впливом сприятливих суджень оточуючих підвищується самооцінка і навпаки. Причому нерідко змінюється оцінка тих якостей, які не піддавалися оцінці зі сторони. Дж. Г. Мід стверджує, що самооцінка формується у людини при взаємодії з іншими людьми, при освоєнні ним нових ролей і того наскільки він відповідає експектаціям цієї ролі.

Л. Фестингер вважає, що для підтримки самооцінки людина спотворює думку інших про себе, тлумачить її у вигідному для себе дусі. Крім того людина спробує підвищити свою самоповагу за допомогою схвалюємої поведінки. З. Фрейд, розглядаючи захисні механізми вважає,що всі вони покликані підтримати цілісність самосвідомості, а, отже, і стійку самооцінку.

До кінця XX сторіччя було прийнято розділяти загальну і особисту самооцінку, але зараз загальну самооцінку прийнято називати самоповагою. Самооцінка показує, як індивід оцінює себе по відношенню до якоїсь конкретної цінності. Приватних самооцінок нескінченно багато. Судити по ним про людину не знаючи системи її особистісних цінностей неможливо. Найчастіше Я описується тільки в термінах, що відносяться до духовної сфери.

"Тілесний досвід" досить рідко розглядається як компонент образу я і залишається практично за межами психологічних теорії особистості. Проте неможливо ігнорувати той факт, що простір, в якому існує Я, є людське тіло (У. Джемс.). Так, існує тісний зв'язок між змінними Я-концепції та формами тілесного досвіду.

Багато дослідників збігаються в думці, що уявлення про своє фізичне тіло є однією з головних складових Я-концепції. Це напрямок досліджень вивчає образ тіла і його зв'язок з Я-концепцією, виходячи з подання про тіло як своєрідне сховище Я, що володіє більш або менш визначеними межами.

Другий напрямок пов'язано з іншою характеристикою тіла - зовнішністю. У цих дослідженнях тіло розглядається, з одного боку, як носій особистих і соціальних значень, цінностей і т.п., а з іншого - як об'єкт, що володіє певною формою і розмірами.

Відповідно виділяють 2 підходи. Представники першого роблять акцент на емоційному ставленні до власної зовнішності. Другий спирається на дослідження когнітивного компонента і відповідає на питання: "Наскільки точно суб'єкт сприймає своє тіло?". У першому випадку використовуються такі поняття, як "значущість" і "цінність" тіла "задоволеність" їм, у другому - мова йде про "точності", "переоцінки", "спотворення" у сприйнятті тіла.

У межах першого підходу частина робіт спрямована на аналіз зв'язку між емоційно- цінносним ставленням до своєї зовнішності і різними перемінними Я-концепції. Бернс прийшов до висновку, що розитивна оцінка свого зовнішнього вигляду в свідомості людини, а також у судженнях навколишніх може істотно вплинути на позитивність його Я-концепції в цілому, і навпаки, негативна оцінка тягне за собою істотне зниження загальної самооцінки.

В окремих дослідженнях було виявлено,що тільки певні зони тіла надають вплив на самооцінку і ступінь поваги особистості. Крім того, виявлено, що існує висока залежність між рівнем особистісної депресії і ступенем незадоволеності тілом (А. Марселло).

Висока кореляція виявлена між задоволеністю тілом і відчуттям особистісної захищеності (Уейнберг), а також між успішністю самореалізації та оцінкою власного тіла (Л. Сион).

Найбільш розроблена проблема самооцінки фізичних данних. Незадоволеність, якимись своїми фізичними даними підвищує значимість певних частин тіла або тілесного вигляду в цілому, неминуче впливає на подання про своє фізичне Я, на загальний рівень самоприняття. Результати дослідження С. Журарда і Р. Секорда показали, що існує висока позитивна кореляція між задоволеністю тілом і задоволеністю в цілому.

Получек зазначив, що жінки більш "дешево" оцінюють своє тіло, їх самооцінки зазвичай більш скромні і реалістичні ніж чоловічі. К. Хорні підкреслює, що в сучасному суспільстві визнається чоловіча перевага і, тому жінка відчуває себе неповноцінною, її самооцінка нижче, ніж у чоловіків. Спотворена самооцінка веде до конфліктності особистості, фрустраціям і неврозу. Завищена або занижена самооцінка порушує процеси самоврядування, самоконтролю. Особливо це помітно в спілкуванні, де такі особи виступають причиною конфліктів (R. Berns).

На думку А. Бандури, люди з високою самооцінкою, усвідомлюючі самоефективність, докладають більше зусиль ніж люди, що сумніваються у своїх можливостях. У свою чергу, висока самоефективність, пов'язана з очікуванням успіху, звичайно веде до хороших результатів та навпаки.

Таким чином, підсумовуючи теоретичний аналіз проблеми, ми можемо зробити наступні висновки: рольові очікування відносно жінок тісно пов'язані з необхідністю успішної реалізації репродуктивної функції, а уявлення про жіночність інтуїтивно зв'язується з наявністю нормативних материнських якостей, таких як ніжність, м'якість, доброта, турбота про близьких, любов до дітей. Засвоєні в процесі соціалізації пронатальні цінності, специфічні рольові приписи сприяють тому, що жінка з порушеннями репродуктивної функції буде гостро відчувати свою обділеність, збитковість, соціальну неповноцінність.

Ситуація безпліддя впливає на Я-концепцію, негативно впливає на самооцінку. Також практично всі дослідники визнають, що порушення репродуктивної функції - серйозний стресор. Стан хронічногї фрустрації і внаслідок цього дістрес, призводить жінок з данними порушеннями до депресій.

Багато авторів відзначають, що жінки набагато сильніше реагують на стрес, пов'язаний з безпліддям, ніж чоловіки. Вплив психологічного стану, тобто вираженість стресу, обумовленого безпліддям, безпосередньо впливає на репродуктивне здоров’я жінки. Наслідком цього стресу стає депресія, ізоляція, невпевненість у собі, дратівливість і сором.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ Я-КОНЦЕПЦІЇ ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ

2.1. Методика та організація дослідження особливостей Я-концепції жінок з порушеннями репродуктивної функції

Рольові очікування відносно жінок міцно пов'язані з необхідністю успішної реалізації репродуктивної функції, а уявлення про жіночність інтуїтивно зв'язується з наявністю нормативних материнських якостей, таких як ніжність, м'якість, доброта, турбота про близьких, любов до дітей. Засвоєні в процесі соціалізації пронатальні цінності, специфічні рольові приписи сприяють тому, що жінка з порушеннями репродуктивної функції буде гостро відчувати свою знедоленість, збитковість, соціальну неповноцінність. Ситуація безпліддя впливає на Я-концепцію, негативно впливає на самооцінку.

Зазначені особливості й зумовили вибір нами теми представленого дослідження.

Об’єкт дослідження – психологічні особливості жінок з порушеннями репродуктивної функції.

Предмет дослідження – психологічні особливості Я-концепції жінок з порушеннями репродуктивної функції.

Мета роботи – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості психологічні особливості Я-концепції жінок з порушеннями репродуктивної функції.

Гіпотеза дослідження: передбачається, що самооцінка жінок з порушеннями репродуктивної функції значно знижена, що проявляється в низькому рівні самоприйняття, зміненні образу свого фізичного Я, відчутті

себе менш значущими. Для них характериний зовнішній локус контролю, високий ступінь залежності, конформність, несамостійність, низький ступінь гнучкості поведінки та ригідність у взаєминах з близьким оточенням.

Нами було виділено наступні завдання дослідження:

- здійснити теоретичний аналіз літератури, що зачіпає проблеми порушень репродуктивної функції та самооцінку, з тим, щоб розкрити основну проблему дослідження;

- дослідити психологічні особливості взаємозв'язку самооцінки жінок з порушеннями репродуктивної функці;

- емпірично дослідити вплив порушень репродуктивної функції на психологічні особливості самооцінки жінок.

Дослідження проводилося у жіночій консультації при пологовому будинку №2 м. Вінниця, в першій половині дня, в спеціально виділеному для дослідження приміщенні.

Для реалізації дослідження були взяті 2 групи жінок. В першу вибірку увійшли 35 жінок з порушенням репродуктивних функцій. У другу вибірку увійшли 35 жінок, які перебувають на першому триместрі вагітності. Вік випробуваних першої і другої групи склав від 18 до 40 років.

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечувалися різнобічним теоретичним аналізом проблеми; комплексним використанням нейропсихологічних та патопсихологічних методик, що відповідають предмету й завданням дослідження; проведенням змістовного якісного й кількісного аналізу даних; коректним використанням методів їх математико-статистичної обробки; репрезентативною вибіркою обстежених.

При проведенні психологічного дослідження нами був складений комплекс психологічних методик, спрямованих на визначення особливостей Я-концепції досліджуваних жінок - проективна методика Р. Бернса "Автопортрет", методика вивчення самооцінки за С. Будассі, напівструктуроване інтерв’ю.

Емпіричніметоди дослідження також включали спостереження, анкетування, статистичний аналіз отриманих даних.

Експеримент проводиться у вигляді вільної бесіди. для визначення рівня самооцінки було використано методику С. Будассі. Ця методика може бути використана для дослідження ставлення людей до себе. Методика складається з 50 слів, що характеризують особистісні якості людини; список якостей було складено С. А. Будассі на основі добору слів із найрізноманітнішими значеннями. Нагорі таблиці треба розмістити позитивні властивості, а знизу – непривабливі риси. Потім відбувається подібне ранжування 20 якостей, притаманних самого респондента.

Запропонований спосіб виявляє реальне уявлення індивіда про себе і бажання, яким хотілося б стати. Методика дозволяє виміряти величину розриву між рівнями претензії та оцінювання самого себе. Крім того, було запропоновано сім вертикальних ліній намальованих на аркуші паперу, позначені як: доброта, розум, здоров'я, воля, краса, щастя, товариськість. Ці лінії містять поділ від 0 до 10 кожна.

Потім експериментатор пропонує визначити свій стан за даними параметрами за 10-бальною шкалою. Верхній край відповідає стану, де, на вашу думку знаходиться найщасливіша людина, яку можна уявити, а нижньому відповідає стан самої нещасної людини. Тобто внизу знаходяться негативні цінності, яких людина намагається уникнути, а вгорі навпаки позитивні, до яких людина прагне. На кожній лінії опитувані рискою (-) відзначають, як вони оцінють розвиток у себе цієї якості, сторони своєї особи в даний момент часу. Після цього хрестиком (х) відзначають, при якому рівні розвитку цих якостей, сторін вони були б задоволені собою або відчули гордість за себе ".

Респонденту видавався бланк, на якому зображено сім ліній, висота кожної - 100 мм, із зазначенням верхніх, нижніх точок і середини шкали. При цьому верхня і нижня точки відзначаються помітними рисами, середина - ледь помітною точкою.

Час, відведений на заповнення шкали разом з читанням інструкції, 10-12 хв.

Обробка проводиться за сімома шкалами. Кожна відповідь виражається в балах. Як вже зазначалося раніше, довжина кожної шкали 100мм, відповідно до цього відповіді отримують кількісну характеристику.

1. По кожній з семи шкал визначаємо:

- рівень домагань - відстань в мм від нижньої точки шкали («0») до знаку «х»;

- висоту самооцінки - від «о» до знаку «-»; значення розбіжності між рівнем домагань і самооцінкою - відстань від знаку «х» до знаку «-», якщо рівень домагань нижче самооцінки, він виражається від'ємним числом.

2. Рахуємо середню величину кожного показника рівня домагань і самооцінки по всіх семи шкалам.

1. Рівень домагань.

Норму, реалістичний рівень домагань, характеризує результат від 60 до 89 балів. Оптимальний - порівняно високий рівень - від 75 до 89 балів, що підтверджує оптимальне представлення про свої можливості, що є важливим чинником особистісного розвитку. Результат від 90 до 100 балів зазвичай засвідчує нереалістичне, некритичне ставлення дітей до власних можливостей. Результат менше 60 балів свідчить про занижений рівень домагань, він - індикатор несприятливого розвитку особистості.

2. Висота самооцінки.

Кількість балів від 45 до 74 («середня» і «висока» самооцінка) засвідчують реалістичну (адекватну) самооцінку.

Кількість балів від 75 до 100 і вище свідчить про завищену самооцінку і вказує на певні відхилення у формуванні особистості. Завищена самооцінка може підтверджувати особистісну незрілість, невміння правильно оцінити результати своєї діяльності, порівнювати себе з іншими; така самооцінка може вказувати на суттєві викривлення у формуванні особистості - «закритості для досвіду», нечутливості до своїх помилок, невдач, зауважень

та оцінок оточуючих. Кількість балів нижче 45 вказує на занижену самооцінку (недооцінку себе) і свідчить про крайній неблагополуччя у розвитку особистості. Ці люди складають «групу ризику», їх, як правило, мало. За низькою самооцінкою можуть ховатися два абсолютно різних психологічних явища: справжня невпевненість в собі і «захисна», коли декларування (самому собі) власного невміння, відсутність здатності і тому подібного дозволяє не докладати жодних зусиль.

Таблиця 2.1 – Показники рівня домагань та самооцінки

	Низький	Середній	Високий
Рівень домагань	до 60	60-74	75-100
Рівень самооцінки	до 45	45-59	60-100

Наступна методика тест "Автопортрет" розроблена Р. Бернсом (США) і призначений для виявлення індивідуально-типологічних особливостей людини, її уявлень про себе, своєї особистості і ставлення до неї.

Інструкція містила наступну настанову - "Намалюйте на даному аркуші паперу, будь ласка, по мірі своїх можливостей, або як Вам буде зручно, свій портрет".

При аналізі малюнків виділяються ознаки зображення на основі яких всі малюнки можна об'єднати наступним чином:

— Схематичне зображення - у вигляді особи, схеми тіла, бюста, намальованих у профіль і анфас;

— Реалістичне зображення - виконане з більш досконалою подробицями, тобто промальовуванням обличчя, волосся, вух, шиї, одягу. Зазвичай так малюють люди, що відрізняються великою педантичністю, схильні до деталізації.

— Метафоричне зображення - людина зображає себе у вигляді будь-якого предмета, наприклад, чайника або хімічної пробірки, спортивний снаряд, тварини, рослини, літературного персонажа і т.д.

— "Автопортрет в інтер'єрі" - зображення людини в оточенні будь-

яких предметів, на тлі пейзажу, кімнати і т. д.

— Емоційний автопортрет - людина зображує себе в будь-якому емоційному стані, часто є шаржем або нагадує його. Вочевидь, особи, що володіють більш високою емоційністю, рефлексуючіе власний стан, схильні до такого роду малюнка. Причому пережита емоція може бути часто протилежна тій, яка зображується. Наприклад, сумна людина часто малює усміхнене обличчя і т.п.

— Зображення пози або руху - людина зображає себе в період здійснення якої-небудь дії.

Обробка тесту здійснювалася за допомогою спеціальної схеми, згідно з якою виділені 18 ознак-показників для подальшого аналізу.

Шкали методики "Автопортрет":

1. Зображення однієї особи.
2. Зображення у вигляді бюста.
3. Зображення в повний зріст.
4. Зображення в анфас.
5. Схематичне зображення.
6. Реалістичне зображення.
7. Метафоричне зображення.
8. Автопортрет в інтер'єрі.
9. Більше одного зображення.
10. Автопортрет на тлі пейзажу.
11. Розмір зображення в кв.см.
12. Ступінь натиску товщини ліній 1,2,3.
13. Наявність штрихування 1, 2, 3.
14. Наявність очей.
15. Наявність носа.
16. Наявність рота.
17. Наявність брів.
18. Наявність вій.

Дана методика дозволить нам виявити індивідуально-типологічні особливості жінок, їх уявлення про себе, свою особистість та визначити особливості емоційно-ціннісного ставлення до себе.

2.2. Психологічний аналіз результатів дослідження самооцінки та самоставлення жінок з порушеннями репродуктивної функції

Аналіз результатів дослідження самооцінки отриманних за допомогою методики С. Будассі зображені в нижче наведених таблицях.

Жінкам роздали бланки, на яких вже були окреслені лінії, кожна з яких вже була підписана. Досліджувані відзначали відповідними значками :

1) При якому рівні розвитку цих якостей сторін, вони були б задоволені собою або відчули гордість за себе(х); 2) Як вони оцінюють розвиток у себе цієї якості, сторони в даний момент (-).

Дослідження проводилося в спокійній обстановці. Час, відведений на заповнення шкали разом з читанням інструкції, 10-12 хв.

При аналізі враховувалися показники рівня самооцінки.Отримані результати представлені в таблиці 2.2:

Таблиця 2.2 - Результати дослідження рівня самооцінки у експериментальної групи за методикою С. Будассі

№ досліджуваного	Доброта	Розум	Здоров'я	Воля	Краса	Щастя	Товариськість	Загальний показник	Кількісний показник	Рівень самооцінки
1	64	57	58	50	51	51	62	393	56	Сер.
2	94	82	60	78	77	80	81	552	79	Вис.
3	92	87	90	90	88	89	80	616	88	Вис.
4	91	85	81	100	100	100	100	657	94	Вис.
5	76	77	93	61	70	67	54	498	71	Сер.
6	75	90	70	29	67	89	100	520	74	Сер.

Продовження таблиці 2.2

7	90	96	76	99	94	71	88	614	88	Вис.
8	77	78	63	75	75	41	75	484	69	Сер.
9	60	82	59	59	58	50	58	426	61	Сер.
10	71	72	72	71	71	48	75	480	69	Сер.
11	48	63	63	48	58	56	59	395	56	Сер.
12	92	79	97	90	80	80	97	615	88	Вис.
13	93	62	72	75	60	56	92	510	73	Сер.
14	62	60	95	69	70	67	69	492	70	Сер.
15	72	74	97	60	71	70	70	514	74	Сер.
16	90	85	95	78	89	94	98	629	90	Вис.
17	72	95	95	95	95	63	62	557	82	Вис.
18	57	75	60	65	56	56	81	450	64	Сер.
19	72	60	60	60	57	55	57	421	60	Сер.
20	56	63	65	50	61	60	61	416	59	Сер.
21	58	58	58	74	62	47	72	429	61	Сер.
22	59	92	50	52	51	48	50	402	57	Сер.
23	63	92	94	92	92	94	94	621	89	Вис.
24	57	58	50	70	58	57	48	398	57	Сер.
25	94	92	75	77	83	95	96	612	87	Вис.
26	92	93	30	75	85	97	100	572	82	Вис.
27	60	70	70	58	70	67	70	465	66	Сер.
28	96	96	96	70	94	58	94	604	86	Вис.
29	73	73	59	62	60	60	63	450	64	Сер.
30	72	83	83	60	77	77	90	542	77	Вис.
31	75	65	72	64	72	90	92	530	76	Вис.
32	70	68	75	74	76	95	77	535	76	Вис.
33	58	68	85	80	48	50	48	437	62	Сер.
34	84	75	60	60	70	79	79	507	72	Сер.
35	87	82	60	65	64	89	97	544	78	Вис.

За підсумками данної методики ми виявили такі результати:

Рівень самооцінки: у 15 осіб завищена самооцінка, що становить 42%, у 20 осіб - середня (58%). Жінок з низькою самооцінкою не виявлено.

Рівень домагань: у 10 осіб високий рівень домагань (29%), у 25 осіб середній рівень домагань (71%). Жінок з низьким рівнем домагань не виявлено.

Отримані нами дані можна зобразити графічно наступним чином.



Рисунок 2.1 - Відсотковий розподіл рівня домагань експериментальної групи за методикою С. Будассі



Рисунок 2.2 - Відсотковий розподіл рівня самооцінки експериментальної групи за методикою С. Будассі

Таблиця 2.3 - Результати дослідження рівня самооцінки контрольної групи за методикою С. Будассі

№ досліджуваного	Доброта	Розум	Здоров'я	Воля	Краса	Щастя	Товариськість	Загальний показник	Кількісний показник	Рівень самооцінки
1	83	78	74	72	68	77	82	534	76	Вис.
2	87	80	69	75	77	68	75	461	66	Сер.
3	90	75	91	87	84	94	85	436	62	Сер.
4	78	73	68	71	90	68	90	538	77	Вис.
5	92	96	94	92	86	82	90	632	90	Вис.
6	75	76	77	76	85	65	78	456	66	Сер.
7	92	95	95	95	85	72	87	621	89	Вис.
8	78	74	69	70	77	55	63	486	69	Сер.
9	93	95	70	68	81	75	75	557	80	Вис.
10	81	92	94	63	77	55	77	539	77	Вис.
11	68	76	66	70	86	65	92	523	75	Вис.
12	95	85	90	96	84	84	85	619	88	Вис.
13	74	76	75	65	78	95	58	521	74	Сер.
14	72	83	83	60	77	77	88	540	77	Вис.
15	84	75	60	60	70	79	79	507	72	Сер.
16	96	70	94	58	84	55	78	535	76	Вис.
17	68	84	74	75	75	80	90	546	78	Вис.
18	71	87	87	88	78	61	84	556	79	Вис.
19	65	88	77	45	80	47	45	447	64	Сер.
20	68	71	70	77	84	97	77	544	78	Вис.
21	88	77	65	65	77	87	84	543	78	Вис.
22	74	75	98	65	74	70	65	521	74	Сер.
23	66	68	68	76	68	57	85	488	70	Сер.
24	90	95	97	82	81	88	94	627	90	Вис.

Продовження таблиці 2.3

25	77	78	95	70	74	77	76	547	78	Вис.
26	88	84	66	68	68	89	78	541	77	Вис.
27	91	85	81	98	90	88	98	631	90	Вис.
28	91	85	96	78	96	94	98	638	91	Вис.
29	98	96	94	92	96	95	94	665	95	Вис.
30	79	72	77	74	88	78	84	552	79	Вис.
31	65	69	78	65	68	60	79	484	69	Сер.
32	95	95	90	94	97	96	99	666	95	Вис.
33	94	94	84	75	90	98	98	633	90	Вис.
34	67	74	75	75	68	68	94	521	74	Сер.
35	99	87	85	87	94	92	84	628	90	Вис.

За підсумками данної методики ми виявили такі результати:

Рівень самооцінки: у 24 осіб завищена самооцінка, що становить 69%, у 11 осіб - середня (31%). Жінок з низькою самооцінкою не виявлено.

Рівень домагань: у 23 осіб високий рівень домагань (67%), у 12 осіб-середній рівень (33%). Жінок з низьким рівнем домагань не виявлено.

Отримані нами дані можна зобразити графічно наступним чином.

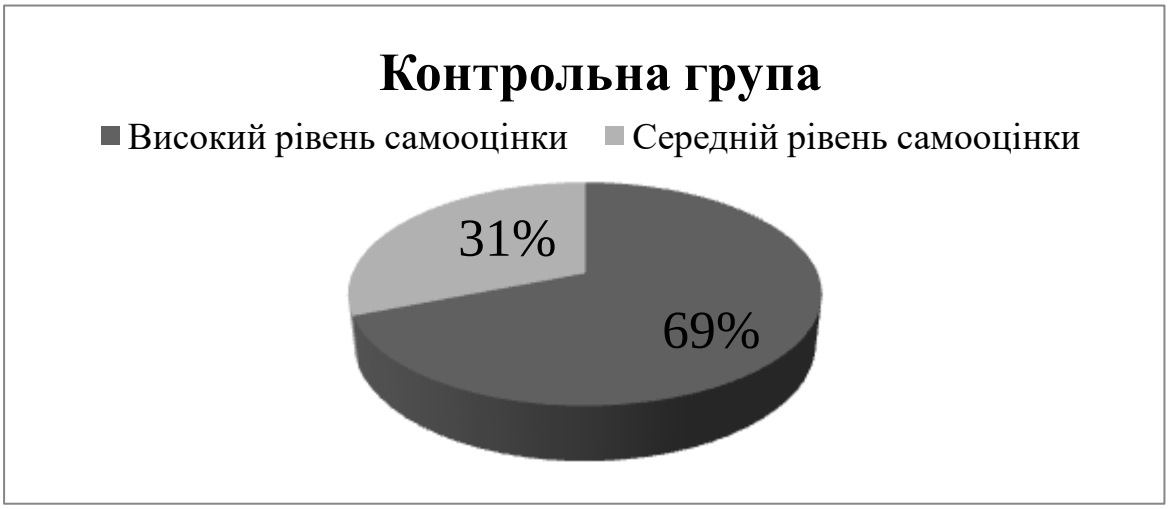


Рисунок 2.3 - Відсотковий розподіл рівня домагань контрольної групи за методикою С. Будассі

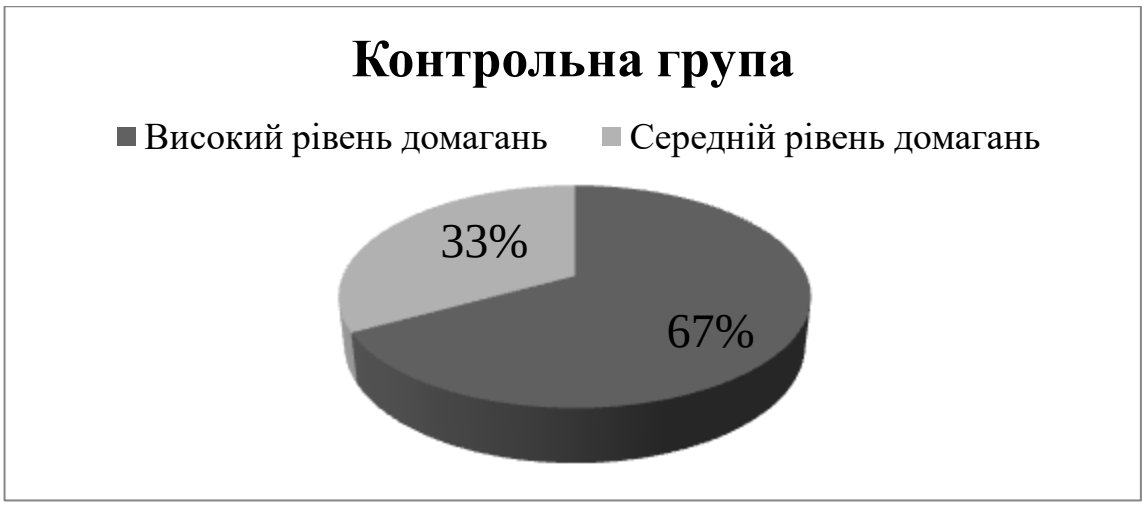


Рисунок 2.4 - Відсотковий розподіл рівня самооцінки контрольної групи за методикою С. Будассі

Таблиця 2.4 - Середнє значення показників за методиклю С.Будассі

Назва шкали	х-середнє	х-середнє
	Експериментальна група	Контрольна група
1.Доброта	74,3	82,05
2.Розум	76,7	81,8
3.Здоров'я	72,5	80,7
4.Воля	69,5	75,05
6.Краса	71,7	78,5
7.Щастя	69,8	76,8
8.Товарискість	76,8	82,5

Отримані нами дані можна зобразити графічно наступним чином.

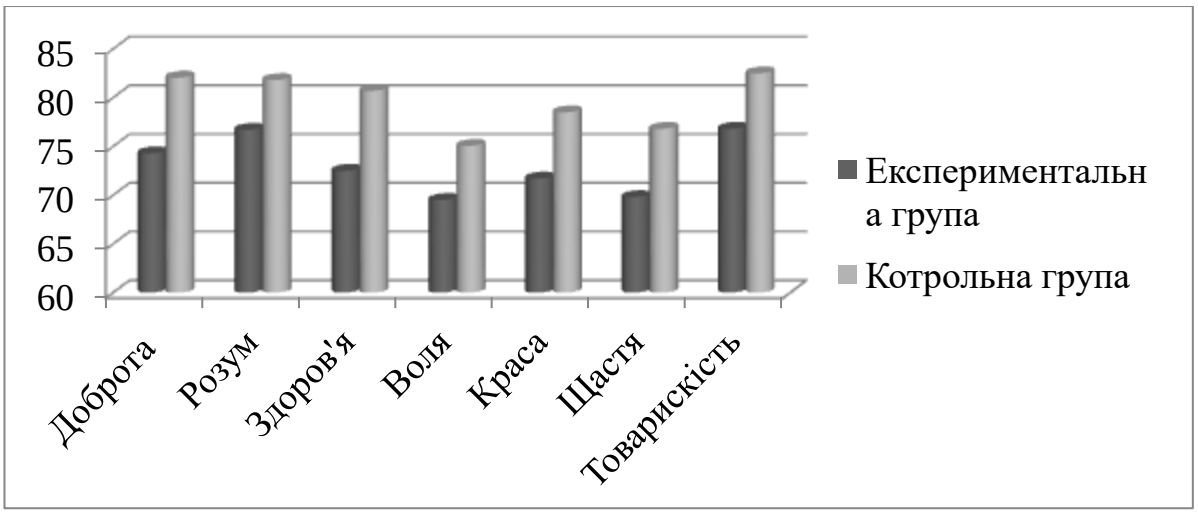


Рисунок 2.5 Графічне зображення середніх значень експериментальної та контрольної груп за методикою самооцінки С. Будассі

Аналізуючи середні показники методики С. Будассі можна сказати, що жінки з порушеннями репродуктивної функції оцінюють себе нижче, ніж жінки контрольної групи по всім показникам: як менш здорові (експериментальна група -72,5%, а контрольна група - 80,7%), розумні (Експ. - 76,7%; Контр. - 81,8%), нижче оцінюють якості свого характеру. Недостатня повага себе і своїх достоїнств не дозволяє жінкам з експериментальної вибірки відчувати себе щасливими (69,8%), на відміну від представниць контрольної вибірки (76,8%). Для жінок, які мають порушення репродуктивної функції, характерний низький рівень самоприйняття, зміна образу свого фізичного Я, відчуття себе менш значущими, занижена самооцінка, бажання залишатися в тіні, бути непомітними. Вони невисоко оцінюють свої розумові здатності і якості характеру. Можна сказати, що жінки, які страждають безпліддям, зосереджені на своїй зовнішності, тілесне, фізичне Я займає важливе місце в їх Я- концепції. Крім того, безплідні жінки вважають себе менш жіночними, що мабуть, також можна пов'язати зі стереотипом материнства як показником жіночності. Показник шкали "краса" у жінок експериментальної групи скадає 71,7%, а у жінок контрольної групи- 78,5%.

2.3. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження Я образу жінок з порушеннями репродуктивної функції за проективною методикою "Автопортрет"

Статистична обробка тесту "Автопортрет" здійснювалася за схемою, відповідно до якої виділено 18 ознак(показників) для аналізу і обчислювався відсоток випробуваних кожної групи, що відобразили в малюнку кожен з цих показників:

Шкали методики "Автопортрет":

1. Зображення однієї особи.
2. Зображення у вигляді бюста.
3. Зображення в повний зріст.

4. Зображення в анфас.

5. Схематичне зображення.

6. Реалістичне зображення.

7. Метафоричне зображення.

8. Автопортрет в інтер'єрі.

9. Більше одного зображення.

10. Автопортрет на тлі пейзажу.

11. Розмір зображення в кв.см.

12. Ступінь натиску товщини ліній 1,2,3.

13. Наявність штрихування 1, 2, 3.

14. Наявність очей.

15. Наявність носа.

16. Наявність рота.

17. Наявність брів.

18. Наявність вій.

Випробуваним пропонувався чистий аркуш паперу, олівець та інструкція: "Намалюйте на даному аркуші паперу, будь ласка,по мірі своїх можливостей, або як Вам буде зручно, свій портрет".

Дослідження проводилося в спокійній обстановці, в спеціально відведеному приміщенні.Час, відведенний на виконання методики склав 10-15 хв.

Отримані результати випробуваних кожної групи, що відобразили в малюнку кожен з 18 показників, обчислювалися відсотки , які потім ми занесли в таблицю.

Таблиця 2.5 - Результати дослідження експериментальної та контрольної групп проективної методики «Автопортрет»

Показники	**Експериментальна група**	**Контрольна група**
1.Зображення у вигляді однієї особи	26,67%	16,60%
2.Зображення у вигляді бюста	16,67%	10,00%

Продовження таблиці 2.5

3.Зображення в повний зріст	56,70%	76,70%
4.Зображення анфас	76,60%	46,70%
5.Схематичне зображення	10,00%	23,30%
6.Реалістичне зображення	36,70%	70,00%
7.Метафоричне зображення	3,30%	20,00%
8.Автопортрет в інтер'єрі	10,00%	3,30%
9.Більше одного зображення - 2,3 і т.д	30,00%	3,30%
10.Автопортрет на тлі пейзажу	3,30%	30,00%
11.Розмір зображення в кв.см	26,30%	58,60%
12.Ступінь натиску, товщини ліній 1,2,3	13,60%	31,30%
13.Наявність штрихування 1,2,3	26,00%	83,00%
14.Наявність очей	90,00%	93,30%
15.Наявність носа	56,70%	76,70%
16.Наявність рота	86,70%	93,30%
17.Наявність брів	16,70%	70,00%
18.Наявність вій і т.д.	30,00%	60,00%

Як ми бачимо з таблиці 2.5, виявлено відмінності між образами Я здорових жінок та жінок з порушеннями репродуктивної функціїї. Так, 26 % жінок першої вибірки малюють свій автопортрет у вигляді лише одного обличчя, і лише 16% жінок другої вибірки малюють себе подібним чином.76% здорових жінок намалювали себе в повний зріст, серед жінок з порушеннями репродуктивної функції цей процент складає 56%. Жінки другої вибірки малюють себе більш реалістично (70%), на відміну від жінок першої вибірки (36,7%). Лише 3,3% представниць експериментальної групи використовують метафори у своєму автопортреті, в контрольній групі ця кількість складає 20%.

Також цікаві відмінності ми можемо спостерігати по 11 показнику (Розмір зображення в кв.см). Жінки, які входять до першої вибірки, малюють

себе більш дрібно, що може свідчити про відчуття себе менш значущими, занижену самооцінку, бажання залишатися в тіні, бути непомітними. Більш низькі дані за шкалою "наявність брів", можуть свідчити про бажання сховатися від громадської думки, через усвідомлення своєї відмінності від загальноприйнятих норм.

Крім того, порівняння показників за методикою "Автопортрет" показало, що безплідні жінки малюють себе менш реалістично (6), часто малюють більше одного зображення (9) і практично не малюють себе на тлі пейзажу (10). З чого ми робимо висновки, що представниці даної вибірки мають змінене сприйняття власного тіла, їх ставлення до себе більш емоційно, залежно від оцінок оточуючих. Множинні зображення можуть свідчити, на наш погляд, як бажання мати дитину, продовження, примноження себе.

Аналізуючи відмінності по 7-му параметру (метафоричне зображення) можна зробити висновки про те, що безплідні жінки бачать у власному автопортреті тільки один аспект - свою зовнішність. Жінки з контрольної групи в цьому сенсі як би більш гнучкі, розуміючи свій "автопортрет" більш багатозначно, зображуючи себе як свій настрій, характер, своє місце в житті або свою улюблену справу, відбивши таким чином свій внутрішній світ. Можна сказати, що жінки, які мають порушення репродуктивної функціїї, зосереджені на своїй зовнішності, тобто тілесне, фізичне Я займає важливе місце в їх Я-концепції. Крім того, безплідні вважають себе менш жіночними ("наявність вій"), що, також можна пов'язати зі стереотипом материнства як показником жіночності.

Отримані нами дані можна зобразити графічно наступним чином.



Рисунок 2.6 - Відсотковий розподіл результатів проективної методики «Автопортрет»

За аналізами результатів нашого дослідження можна зробити висновки, що жінки з першої вибірки мають нижчу самооцінку, ніж жінки з контрольної групи. Для жінок, які мають порушення репродуктивної функції, характерний низький рівень само прийняття, вони невисоко оцінюють свої розумові здібності та якості характеру, відчувають себе менш щасливими, на відміну від групи здорових жінок.

Основною гіпотезою нашого дослідження було припущення про те, що самооцінка жінок з порушеннями репродуктивної функції суттєво знижена.

Нами було прораховано коефіцієнт кореляції Пірсона між показниками рівня самооцінки жінок експериментальної групи та контрольної групи за наступною формулою:

$$r_{XY} = \frac{\mathrm{cov}_{XY}}{\sigma_X \sigma_Y} = \frac{\sum(X - \bar{X})(Y - \bar{Y})}{\sqrt{\sum(X - \bar{X})^2 \sum(Y - \bar{Y})^2}},$$

Таблиця 2.6 – Результати коефіцієнта кореляції Пірсона між показниками рівня самооцінки жінок експериментальної групи та контрольної групи

Експериментальна група	Контрольна група	Коефіцієнт кореляції
Рівень самооцінки	Рівень саооцінки	-0,054

Отримане значення кореляційного зв’язку - 0,054.

Данні змінні кореляційного аналізу негативно кореговані. Данний взаємозв’язок двох показників змінюється у протилежному напрямку. Це може свічити про те, що висунута нами гіпотеза може бути підтверджена.

ВИСНОВКИ

Порушення репродуктивного здоров’я є не тільки фізичним, але й соціально-психологічним неблагополуччям, що особливо гостро відбтваються на психоемоційному стані і особистісних змінах жінок. Практично всі автори відзначають порушення психоемоційної сфери у жінок з порушеннями репродуктивної функції. Ці порушення зачіпають Я-концепцію і самооціночний гештальт. Причому ці феномени взаємопов’язані - і безпліддя руйнує самооціночний гештальт і змінює Я- концепцію жінки з порушеннями репродуктивної функції, так і викривленість Я-концепції і самооцінки в деяких випадках може призвести до ідеопатичного безпліддя.

Емпіричні результати дослідження підтвердили припущення про те, що самооцінка жінок з порушеннями репродуктивної функції знижена. Вони менш здорових цінують свої переваги, красу і успіхи, позитивні сторони характеру, менш поважають себе за них, невисоко оцінюють свої розумові здібності, якості характеру, рівень здоров'я і щастя.

Для жінок, які мають порушення репродуктивних функцій, характерний низький рівень самоприйняття, змінення образу свого фізичного Я, відчуття себе менш значущими. Самоповага і самоприйняття жінок, які мають порушення репродуктивної функції, залежить від внутрішньої свободи, гнучкості відносно спілкування з іншими людьми, вміння встановлювати і підтримувати глибокі і тісні емоційні контакти, безпосередньо виражати себе і свої почуття.

Жінки, які мають порушення репродуктивної функції, зосереджені на своїй зовнішності, і перш за все тілесне, фізичне Я займає важливе місце в структурі їх Я-концепції. Крім того, вони вважають себе менш жіночними, що напевно, можна пов'язати із стереотипом материнства як показником жіночності.

Для них характерний зовнішній локус контролю і високі показники емоційної залежності, конформність, несамостійність, низький ступінь гнучкості поведінки, ригідність у взаєминах з оточенням, низький адаптивний потенціал.

Жінки з порушенням репродуктивного здоров’я загалом менш здатні спонтанно і безпосередньо виражати свої почуття, поводитися природньо і розкуто, демонструвати оточуючим свої емоції. Вони гірше усвідомлюють свої потреби і почуття, гірше рефлектують їх і відчувають, не усвідомлюють свого зв'язку з природою і навколишнім світом у цілому, відчувають себе ізольовано, відірвано від того, що відбувається навколо, а цілком зосереджені на проблемах здоров’я і своїх внутрішніх переживаннях. Зосередженість на собі і своїх переживаннях, не дозволяють їм адекватно відстежувати ті зв'язки і відносини, в які вони включені.

Отримані нами результати можуть бути використані в практичній діяльності психологів і психотерапевтів жіночих консультацій і центрів репродуктивного здоров’я в процесі психологічного супроводу лікування і корекції Я-концепції.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

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

2. Бацилева О.В. Медико-психологічні особливості репродуктивного здоров'я молоді у сучасних умовах. *Збірник наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України* / за ред. С.Д. Максименка. Т. X, Ч. 9. К., 2008. С.63-72.

3. Бацилєва О. В. Індивідуально-психологічні особливості жінок із порушенням репродуктивного здоров’я. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія «Психологічні науки». 2014. Вип.2, Том 2. С. 90-94.

4. Бацилєва О. В. Клініко-психологічні механізми болю у жінок з порушенням репродуктивної функції. *Збірник наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України* / за ред. С.Д. Максименка. Т. XI, Вип. 3. К., 2009. С. 62-71.

5. Бацилєва О. В. Психоемоційний стрес та його роль у виникненні порушень репродуктивного здоров'я жінки. *Актуальні проблеми психології:* Серія : Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія / за ред. С. Д. Максименка. Київ, 2010. Том 10, Вип. 16. С. 52-61.

6. Бацилєва О. В. Репродуктивне здоров’я : медико-психологічні та соціальні аспекти : монографія. Донецьк : Донбас, 2011. 236 с.

7. Бацилєва О. В., Астахов В. М., Пузь І. В. Психологічний супровід вагітних в умовах військового стану. *Особистість та суспільство в цифрову еру: психологічний вимір (до 25-річчя Національного університету «Одеська юридична академія» та 175-річчя Одеської школи права)* : матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 24 черв. 2022 р.). Нац. ун-т «Одес. юрид. акад.», каф-ра психології. Одеса: Національний університет «Одеська юридична академія», 2022. С. 8-12. URL : https://hdl.handle.net/11300/18037

8. 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 / За ред. С. Д. Максименка, Н. О. Євдокимової. Т.2. Вип.5. Миколаїв: МДУ, 2010. С. 32-37.

9. Бендас В. В. Міхєєв А. О. Вплив психосоматичних розладів на розвиток психологічного безпліддя (огляд літератури). *Клінічна та експериментальна патологія.* 2018. Т.17, № 1. С.122-126. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/kep_2018_17_1_25.

10. Бойчук Т. М. Репродуктивне здоров'я молоді: медико-соціальні аспекти. Київ : Центр учбової літератури, 2021. 256 с.

11. Боришевський М. Й. Особистість у вимірах самосвідомості: монографія. Суми : Еллада, 2012. 608 с.

12. Боришевський М. Й. Психологічні механізми розвитку особистості. *Актуальні проблеми психології. Т. 1.* Серія : Соціальна психологія. Психологія управління. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка, 2001. С. 26–33.

13. Васильченко О.М. Діагностика та корекція репродуктивної поведінки особистості : навчально-методичне видання. Київ : 2012. 96 с.

14. Ващук М. Дослідження ролі психологічних факторів жіночого безпліддя. *Актуальні проблеми психології* : збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Том 7. Серія : Екологічна психологія, Вип. 26. Київ, 2011. С. 56–64.

15. Грушевська В. О. Шкідливі звички як фактор ризику порушення репродуктивного здоров'я. *Медичні перспективи.* 2020. Т. 25, №4. С. 115–119.

16. Дзісь Н. П. Роль центральної та вегетативної нервової системи в забезпеченні репродуктивної функції жінки. *Вісн. Вінниц. нац. мед. фак-ту.* 2019. Т. 18, Ч. 1, № 1. С. 302–305.

17. Загальна психологія з практикумом : лабораторний практикум : для студентів денної та заочної форм навчання спеціальності 053 Психологія / Частина 2. укладач Б.В. Барчі. Мукачево: МДУ, 2017. 51 с.

18. Зливков В. Л. Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.

19. Івачевська О.В. Основні репродуктивні мотиви молодих жінок в Україні. *Молодий вчений*. 2017.

20. Ігнатенко О.В. Психологічні особливості прояву репродуктивної установки в юнацькому віці : автореф. дис. … канд. психол. наук. Київ, 2012. 16 с.

21. Існюк Н. О., Бойчук А. В., Бегош Б. М. Характеристика психоемоційного статусу та показників якості життя в жінок із фіброміомою матки та поєднаною ендокринною патологією. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. 2018. № 1. С. 76–79.

22. Камінський А. В. Безпліддя у жінок в стані психоемоційнох дезадаптації: концепція, патогенез і корекція 14.01.01 – акушерство та гінекологія : автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук Київ. 2019. 21 с.

23. Кирилова Д.С. Психологічна готовність до материнтсва у структурі життєвих смислів жінки: теоретико-методологічний аналіз. *Психологія: реальність і перспективи : збірник наукових праць Рівненського державного гуманітарного університету.* 2017. Вип. 8. С. 101–104.

24. Королович О.В. Детермінанти психогенного безпліддя: глибинний погляд на проблему. *Psychological journal*. 2018. № 8 (18). С. 86–75.

25. Королович О.В. Симптомокомплекс психогенного безпліддя: напрями діагностики та терапії. *Теорія і практика сучасної психології*. 2020. № 2. С. 79–82. URL: DOI : https://doi.org/10.32840/2663-6026.2020.2.13

26. Кочарян О.С. Психологічні аспекти поняття репродуктивної установки та його розуміння у зарубіжних дослідженнях. *Вісник Харківського національного університету.* Серія «Психологія». 2014. № 11 (21). С. 124–127.

27. Курбатов С. В. Здоров’я молоді в умовах сучасних викликів: психофізіологічний аспект. Харків : НТМТ, 2019. 32 с.

28. Лісовська Н. М., Савчук Ю. В. Харчування, фізична активність та репродуктивне здоров’я: оцінка зв’язку серед студентської молоді. *Наукові записки НаУКМА. Медицина*. 2022. Т. 10, № 1. С. 22–28.

29. Лук’яненко І. М. Психологічна готовність до материнства. *Проблеми освіти* : наук.-метод. зб. / редкол.: В. І. Кремень [та ін.]. Київ, 2003. Вип. 30. С. 292-301.

30. Магдисюк Л.І., Демчук В.Б. Психологічна готовність української молоді до материнства. *Science, Research, Development.* № 50. С. 67–70.

31. Максименко О. Б. Методичні підходи до розробки інтегративного показника оцінки репродуктивного здоров’я. *Вісн. соціал. гігієни та охорони здоров’я.* 2000. № 1. С. 96-99.

32. Максименко С. Д. Особистість: прогноз розвитку і життєвий шлях *Психолог.* 2006. № 7. С. 5-10

33. Максименко С. Д Психологічна сутність змістовних характеристик особистості в розрізі генетичної концепції особистості. *Вісник Національної Академії оборони України.* 2006. № 1.

34. Максименко С. Д. Розвиток психіки в онтогенезі. Т. 1: Теоретико-методологічні проблеми генетичної психології. Київ : Форум, 2002. 319 с.

35. Максименко С. Д. Цілеспрямований розвиток нужди як генетично-вихідної одиниці репродуктивного здоров'я. *Психологічні проблеми збереження репродуктивного здоров'я :* матеріали міжнародної науково-практичної конференції. Київ : Міленіум, 2005. С 7-15.

36. Мітіна О. Л. Психологічні аспекти готовності жінок до реалізації репродуктивної функції. *Наукові записки.* Серія: Психологія. Вип 1, С. 102-107.

37. Могілевкіна І. О. Психологічні особливості ставлення жінок до свого стану в разі непланованої вагітності. *Проблеми медичної науки та освіти.* 2002. № 3. С. 51-53.

38. Москаленко В. Ф. Нормативно-правові засади збереження репродуктивного здоров'я. *Охорона здоров'я України*. 2003. № 3. С. 5-8.

39. Мурашко О. О. Психологічні особливості переживання жінкою безплідності та її подолання з використанням допоміжних репродуктивних технологій. *Наукові студії із соціальної та політичної психології :* зб. ст. Київ, 2005. Вип. 11 (14). С. 129-136

40. Нагорна А. М. Репродуктивне здоров'я та статеве виховання молоді : монографія Київ : Видавництво Європ. ун-ту, 2004. 407 с.

41. Невзгляденко І. О. Сім'я як соціально-психологічний феномен. *Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН* України / за ред. С. Д. Максименка. Київ. 2003. Т. 5, Вип. 3. С. 218-224.

42. Папуча М. В. Самосприйняття як кризова ситуація у жінок з порушенням репродуктивної сфери. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*, 2023.

43. Пасічник І. П. Усвідомлене материнство – гарантія безпечного середовища для розвитку дитини. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина.* 2011. Т.1, №2. С. 12-15.

44. Пастух О. Психологічне безпліддя. URL : https://svitmam.ua/themes/psiholog-chne-bezpl-ddja.

45. Пирогов В.І., Цьолко О. Р. Вивчення соціально-медичних аспектів репродуктивного здоров'я підлітків. Репродуктивне здоров'я жінки. 2020. 2(2), 40–44. DOI : https://doi.org/10.30841/2708-8731.2.2020.21096

46. Потапов В.О, Чугунов В.В, Сюсюка В.Г, Губа Н.О, Котлова Ю.В. Дослідження психологічного стану вагітних з урахуванням психосоматичного компоненту : навчальний посібник. Дніпро; Запоріжжя: ТОВ «Карат». 2017, С. 126.

47. Проект розпорядження Кабінету Міністрів України Концепція Загальнодержавної програми «Репродуктивне та статеве здоров'я нації на період до 2021 року». URL : https://www.apteka.ua/article/404360

48. Психологічний супровід у репродуктивній медицині : монографія / В. М. Астахов та ін. *Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка*. Київ, 2023. 125 с.

49. Психологічні та психофізіологічні аспекти репродуктивного здоров'я : навчально-методичний посібник / М.-Л. А. Чепа, Н. В. Слободяник, Н. Д. Володарська, О. Я. Слободяник. Передмова акад. С. Д. Максименка. Київ. Міленіум, 2005. 174 с.

50. 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. Київ, 2011. Т.11, Вип. 4. С. 178-185.

51. Пузь, І. В. "Особливості психологічного супроводу жінок з порушеннями репродуктивної сфери." *Інтеграційний розвиток особистості та суспільства: психологічний і соціологічний виміри*. С. 231-235.

52. Рибалка О. Я. Здоровий спосіб життя як складова репродуктивого здоров’я. *Стратегічні орієнтири освіти та реабілітації в умовах воєнного стану та повоєнного часу: проблеми, рішення, перспективи* : збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 26–27 жовтня 2023 р.) / за заг. ред. В. В. Нечипоренко. Запоріжжя : Вид-во Хортицької національної академії, 2023. С. 589–591.

53. Романенко І. М. Соціальні чинники формування репродуктивного здоров’я студентської молоді. *Демографія та соціальна економіка*. 2021. №3(45). С. 98–104.

54. Сексуальне і репродуктивне здоров’я. URL : http://www.who.int/reproductivehealth/ua

55. Сіраковська О. Б. Психологічні аспекти репродуктивного здоров’я жінок. *Психологічний часопис*. Київ, 2018, № 4 (14). С. 185–205.

56. Слободяник Н. В. Вікова динаміка розвитку людської психіки та репродуктивне здоров'я. *Психологічні проблеми збереження репродуктивного здоров'я* : матеріали міжнародної науково-практичної конференції. Київ : Міленіум, 2005. С.30-42.

57. Слюсаревський М. М. Деякі особливості сучасних уявлень молоді про шлюб: аналіз символічної репрезентації. *Практ. психологія та соц. робота.* 2004. № 6. С. 30-32.

58. Таран О.П., Гаража Н.Д. Соціально-психологічні чинники ставлення сучасних жінок до материнства. *Габітус.* Серія «Психологія особистості». 2021. Вип. 30. С. 91–96.

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

60. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості у межах і за межами буденності. Київ : Либідь, 2003. 376 с.

61. Тищенко С. П. Психічне здоров'я: ціннісно-смисловий аналіз. *Актуальні проблеми сучасної української психології :* наукові записки Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. академіка С. Д. Максименка. Київ. Нора-Друк, 2003. Вип. 23. С. 344-366.

62. Чаркіна, О. А. Реконструктивна психотерапія як засіб подолання репродуктивних дисфункцій у жінок. *Науковий вісник Херсонського державного університету.* Серія: Психологічні науки. Вип. 1 (2). 2014. С. 173-181.

63. Чепа М.-Л.А. Етнопсихологічний контекст збереження репродуктивного здоров'я. *Психологічні проблеми збереження репродуктивного здоров'я :* матеріали міжнародної науково-практичної конференції. Київ. Міленіум, 2005. С. 22-29.

64. Шевчук Г.С. Материнська ідентичність у структурі Я-концепції жінки. *Проблеми сучасної психології.* 2010. Вип. 9. С. 765–777.

65. Atkinson M. Characterising quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. Am. J. Psychiatry. 1997. Vol. 154. P. 99-105.

66. Barrett-Connor E. Estrogen replacement therapy and cognitive function in older women / E. Barrett-Connor, D. S. Kritz. J. Am. Med. Assoc. 1993. Vol. 260. P. 2637-2641.

67. Benedect T. F. Psychosexual function in women. New York, 2022. 435 p.

68. Benson H. Timeless healing. The power and biology of belief / H. Benson, M. Stark. N.Y., 1996. 352 p.

69. Bernstein P. S. A life course perspective on women's reproductive health and the outcome of pregnancy / P. S. Bernstein, I. R. Merkatz. *J. Women's Health*. 2010. Vol. 19. P. 555-560.

70. Beter M. Implementing ICPD: what's happening in countries. *Reproductive health matters*. 2005. Vol. 13. P. 6-10.

71. Burton A. Preterm birnth in twin gestations: Contributions of ischemic placental disease / A/ Burton, C. Ananth. *Am. J. Obstet.Gynecol*. 2008. Vol. 199. Supp. A. P. 231.

72. Cannarella R, Bertelli M, Condorelli R. A, Vilaj M, La Vignera S, Jezek D, et al. Analysis of 29 targeted genes for non-obstructive azoospermia: The relationship between genetic testing and testicular histology. *World J Mens Health*. 2022. 40:e51. DOI : 10.5534/wjmh.220009

73. Chen M. J The use of psychosocial stress scales in preterm birth research / M. J. Chen, A. G. William, K. G. Jackie. *Am. J. Obstet. Gynecol*. November, 2011. Vol. 205. P. 402-434.

74. Chen TH., Chang SP., Tsai CF., Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod.* 2017; Vol. 19(10). P. 2313–2318

75. Cooper R. L. The preterm prediction study: Maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation / R. L. Cooper, R. I. Goldenberg, N. Elder [et al.]. *Am. J. Obstet. Gynecol*. Nov. 1996. Vol. 175. P. 1286-1292.

76. Craveiro I. Representations of fertile aged women and health professionals about reproductive healthcare use / I. Craveiro, P. Ferrinho. *Rev. Salud. Publical (Fogota).* 2011. Vol. 13, № 2. P. 239-252.

77. Domar AD., Zuttermeister PC., Friedman R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical condition. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2023

78. Eagly A. Chaiken S. The Psycholigy of Attitudes / A. Eagly, S. Chaiken. San Diego 2003. 234p.

79. Effect of estrogen and testosterone implants on psychological disorders in the climacteric / J. S. Montgomery, LO. Appleby, M. Brincat [et al.]. *Lancet*. 1997. Vol. 352. P. 297-299.

80. Elenkov I. J. Stress hormones, proinflammatory and antiinflammatory cytokines, and autoimmunity / I.J. Elenkov, G.P. Chrouros. *Ann N.Y. Acad Sci*. 2002. № 966. P. 290-303.

81. Ellestad S. Assotiation of interleukin-1 receptor antagonist gene expression and preterm birth / S. Ellestad, B. Yonish, P. Heine, A. Murtha. *Am. J. Obstet. Gynecol*.2005. Vol. 193. P. S49.

82. Fast Facts About Infertility. Available at: http://www.resolve.org/about/fast-facts-about-fertility.html. Resolve: The National Fertility Association. Accessed July 26, 2017.

83. Gameiro S., Boivin J., Dancet E., et al. ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction-a guide for fertility staff. *Hum Reprod*. 2015. Vol. 30(11). P. 2476–2485.

84. Grenman S. Promoting female reproductive and sexual health: the importance of attitude. *Int. J. Gynecol. Obstet*. 2010. Vol. 109. P. 183-184.

85. King C. Homeostatic expansion of T cells during immune insufficiency generates autoimmunity / C. King, A. Ilic, K. Koelsch [et al.]. *Cell*. 2004. №117. P. 265-77.

86. Klonoff-Cohen H., Natarajan L. The concerns during assisted reproductive technologies (CART) scale and pregnancy outcomes. *Fertil Steril*. 2004. P. 982–988.

87. Lee C., Gramotnev H. Motherhood Plans among Young Australian Women: Who Wants Children These Days? *Journal of Health Psychology*. 2006. Vol. 11. P. 5–20

88. Leon I. G. Understanding and treating infertility: psychoanalytic considerations. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2020. Vol. 38(1). P. 47- 75. DOI : 10.1521/jaap.2010.38.1.47

89. Martins, M.V., Peterson, B.D., Almeida, V.M., Costa, M.E., 2011. Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction.* Vol. 26. P. 2113–2121.

90. Menninger W. C. The emotional factors in pregnancy. Bull Menninger *Clin*. 2023. Vol.7. P. 15-24.

91. Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature by WHO. *World Health Organization*, 2008. 170 p.

92. Michelson D. Bone Mineral Density in Women with Depression / D. Michelson, C. Stratakis, L. Hill [et al.]. *Biochem. Soc. Trans*. 2000. №26. P. 26-31.

93. Nakamura K., Sheps S., Arck P. Stress and reproductive failure: past notions, present insights and future directions. *J Assist Reprod Genet*. 2008. P. 47–62.

94. Olivius C., Friden B., Borg G., Bergh C. Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? a cohort study. Fertil Steril 2004. P. 258–261.

95. Precursors of Young Women's Family Formation Pathways / P.R. Amato et al. *Journal of Marriage and Family*. 2008. Vol. 70. P. 1271–1286.

96. Reproductive health characteristics of urban South Korean women / D. Y. Lee, Y. A. Koo, B. K. Yoon, D. Choi. *Gynecol. Obstet. Invest*. 2010. Vol. 70. P. 154-159.

97. Rich CW., Domar AD. Addressing the emotional barriers to access to reproductive care.Fertil Steril. 2019. Vol. 105(5). P. 1124–1127.

98. Ross. L.E. Anxiety Disorder during pregnancy and postpartum period: A systematic review / L.E. Ross, L.M. McLean. *Clin Psychiatry*. 2006. Vol.67. #8. P.1285-1298.

99. Sable M. R. Prevention and women's reproductive health: a matter of concern / M. R. Sable, C. M. Galambos. *Health Social Work*. 2006. Vol. 31. P. 163-166.

100. Shani C., Yelena S., Reut BK., Adrian S., Sami H. Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors. *Psychiatry Res*. 2021. 240. P. 53–59

101. Smeenk J.M., Verhaak C.M., Vingerhoets A.J., Sweep C.G., Merkus J.M., et al.Stress and outcome success in IVF: the role of self-reports and endocrine variables. *Hum Reprod*. 2005. P 991–996.

102. Ulrich-Lai Y. M, Herman J. P. Neural Regulation of Endocrine and Autonomic Stress Responses. *Nat Rev Neurosci*. 2019. Vol. 10(6). P. 397–409.

103. Volgsten H., Skoog Svanberg A., Ekselius L., Lundkvist O., Sundström Poromaa I. Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Hum Reprod*. 2020. Vol. 23(9). P. 2056–2063

104. White A. C. Reproductive health: the missing millennium development goal: poverty, health and development in a changing world / A. C. White, Th. W. Merrick, A. S. Yazbeck. World Bank, 2006. 208 p.