

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НІЖИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ МИКОЛИ ГОГОЛЯ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

КАРТУШИНСЬКА АНТОНІНА ВОЛОДИМИРІВНА

УДК 159.9-055.26

ДИСЕРТАЦІЯ
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК
РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

053 Психологія

05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ А. В. Картушинська

Науковий керівник: Михайлова Оксана Іванівна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри загальної та практичної психології

Ніжин – 2023

АНОТАЦІЯ

Картушинська А. В. Особливості психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії у галузі знань 05 – соціальні та поведінкові науки, спеціальність 053 – психологія. – Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя, Україна, Ніжин, 2023.

Дисертаційна робота присвячена вивченню особливостей психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку.

У дисертації здійснено теоретичний аналіз та емпіричне дослідження особливостей психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку. Теоретично обґрунтовано та експериментально апробовано програму психологічного супроводу при репродуктивних порушеннях у жінок.

Теоретично обґрунтовано психологічні аспекти здоров'я жінок репродуктивного віку, зокрема проблеми материнства та психосоматичні порушення репродуктивної сфери жінок. Здійснено дотичний аналіз дефініцій кола досліджуваної проблеми: «здоров'я», «репродуктивне здоров'я», «фертильність», «жінки репродуктивного віку», «соматичне (фізичне) здоров'я», «безпліддя», «психічне здоров'я», «психологічне здоров'я», «психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку» тощо. Зазначено, що на противагу фертильності (репродуктивності), постає проблема безпліддя – нездатність навіть здорового чи відносно здорового / нездорового фізично жіночого організму давати потомство. Психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку визначено як стан їхнього душевного благополуччя на засадах сформованості інтелектуальних, емоційних та соціальних складників структури особистості, що конкретизуються адекватністю саморегулятивної поведінки та діяльності у контексті продовження потомства.

Узагальнено соціальні та структурні чинники специфіки репродуктивної поведінки сучасних жінок. Обґрунтовано, що психологічні аспекти здоров'я

жінок репродуктивного віку передбачають їхнє усвідомлення значущості та сутності психологічного здоров'я у контексті продовження роду, що детерміновано об'єктивними та суб'єктивними чинниками репродуктивної поведінки. Узагальнено аспекти материнства, представлені у наукових дослідженнях як елементи емоційних та фізичних характеристик матері. Доведено, що поведінкові аспекти материнства суголосні емоційному станові матері, детерміновані її ставленням до дитини. Здійснена психологічна характеристика жінок із порушенням репродуктивної сфери. Схарактеризовані психосоматичні та медико-біологічні аспекти порушень репродуктивної сфери жінок.

Емпірично досліджено психологічні, фізіологічні та поведінкові механізми безпліддя у жінок репродуктивного віку. Метою констатувального етапу експериментального дослідження стало визначення взаємозв'язку емоційних станів жінок із депресивністю та тривожністю, які мають патології репродуктивної системи, та жінок, у яких таких патологій не виявлено, з метою визначення особливостей та шляхів поліпшення їхнього психологічного здоров'я. Зокрема з'ясовано, що: а) у жінок репродуктивного віку, які мають дітей, не спостерігається депресивних симптомів; особистісна тривожність виражена на низькому рівні, а реактивна тривожність має помірний рівень із тенденцією до низьких значень; б) у жінок репродуктивного віку, яким встановлено діагноз «безпліддя», є легка депресія; особистісна тривожність має помірний рівень, а реактивна тривожність має помірний рівень із тенденцією до високих значень; в) у жінок із діагнозом «безпліддя» переважає комплекс депресивно-тривожних емоцій, таких як страх, сором та провина; жінки, які зіткнулися з цим діагнозом, схильні до занепокоєння і тривоги, страху за себе і близьких, іпохондричних ідей; вони можуть перебувати в пригніченому стані та поганому настрої частіше, ніж жінки без цього діагнозу; г) жінкам репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя», на відміну від жінок без діагнозу «безпліддя», властиво «зациклення» на своїх бажаннях чи думках, фіксація на почуттях, докори на

свою адресу; г) домінівні емоції жінок із діагнозом «безпліддя» мають взаємозв'язок із самооцінкою їхнього емоційного стану.

Розроблено та апробовано програму «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок», що передбачала чотири основних напрями експериментальної роботи: 1) подолання депресії у жінок репродуктивного віку, зокрема з діагнозом «безпліддя» (техніки психодрами для подолання депресії); 2) психологічна допомога у подоланні тривожності указаної категорії жінок (тренінги «Малюнок мосту», «П'ять сфер, які я хотіла би, щоб вони були в моєму житті»; сесії когнітивно-поведінкової терапії для управління стресом; онлайн-втручання з надання психоедукаційної інформації, вправ та домашніх завдань для набуття жінками репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» відповідних знань та стратегій; техніки транзактного аналізу, казкотерапії, арт-терапії, робота з метафорою, техніки візуалізації тощо); 3) поліпшення емоційної сфери жінок із безпліддям (тренінг «Поліпшення емоційної сфери жінок із безпліддям»); 4) розвиток психологічних детермінант (особливості самоствалення, особистісна зрілість, ціннісні орієнтації, уявлення про материнство), що сприяють формуванню репродуктивних установок у жінок із зазначеними проблемами (техніки гештальт-терапії та психодрами; авторська програма тренінгу з розвитку психологічних детермінант репродуктивних установок, що мала чотири блоки, кожен з яких спрямований на формування відповідних детермінант).

Результати формувального експерименту підтвердили гіпотезу дослідження: застосування спеціально розробленої експериментальної методики, зокрема авторської програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок», позитивно впливає на психологічне здоров'я жінок, які мають проблеми репродуктивного здоров'я за усіма його показниками: реактивна та особистісна тривожність; депресивний, емоційний та домінівний емоційний стани; смисложиттєві орієнтації.

Обґрунтовано науково-практичні рекомендації щодо подолання репродуктивної неповноцінності у жінок. Розроблено та застосовано: основні

напрями психотерапевтичних, психокорекційних заходів щодо поліпшення психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку (1) корекція емоційного стану: психологічні тренінги; 2) підвищення мотивації до лікування у пацієнок із позитивним прогнозом лікування; 3) адаптація до діагнозу «безпліддя» у пацієнок із негативним прогнозом лікування); організаційні заходи для поліпшення психологічного здоров'я жінок із безпліддям для жіночих консультацій та медичних центрів із допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Сформульовано завдання реалізації програми організаційних заходів для поліпшення психологічного здоров'я жінок із безпліддям: стабілізувати психоемоційний стан; сформувати навички саморегуляції; стабілізувати психологічну рівновагу та підвищити емоційну стійкість; виявити проблемні та тривожні ситуації та навчити жінок репродуктивного віку впоратися з цими ситуаціями; сприяти розкриттю особистісних ресурсів жінок репродуктивного віку, їхнього потенціалу поведінки, почуттів, думок. Визначено психологічні детермінанти, що сприяють формуванню репродуктивних установок та поліпшують психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку із безпліддям.

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що: уперше здійснено теоретичний аналіз та емпіричне дослідження особливостей психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку; уточнено сутність понять «здоров'я», «репродуктивне здоров'я», «фертильність», «жінки репродуктивного віку», «соматичне (фізичне) здоров'я», «безпліддя», «психічне здоров'я», «психологічне здоров'я», «психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку» тощо; визначено психологічну характеристику жінок із порушенням репродуктивної сфери та психосоматичні, медико-біологічні аспекти порушень репродуктивної сфери жінок; виокремлено психологічні детермінанти, що сприяють формуванню репродуктивних установок та поліпшують психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку із безпліддям; удосконалено визначення соціальних, структурних чинників специфіки репродуктивної поведінки сучасних жінок та аспектів материнства;

подальшого розвитку набуло обґрунтування об'єктивних та суб'єктивних чинників репродуктивної поведінки жінок репродуктивного віку.

Практичне значення дослідження полягає у розробці програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок», що передбачала чотири основних напрями роботи: подолання депресії у жінок репродуктивного віку, зокрема з діагнозом «безпліддя»; психологічна допомога у подоланні тривожності указаної категорії жінок; поліпшення емоційної сфери жінок із безпліддям; розвиток психологічних детермінант. Обґрунтовано науково-практичні рекомендації щодо подолання репродуктивної неповноцінності у жінок. Розроблено та застосовано основні напрями психотерапевтичних, психокорекційних заходів щодо поліпшення психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку; організаційні заходи для поліпшення психологічного здоров'я жінок із безпліддям для жіночих консультацій та медичних центрів із ДРТ. Сформульовано завдання реалізації програми організаційних заходів для поліпшення психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку із безпліддям.

Водночас дослідження не претендує на повне висвітлення представленої проблеми. Подальших досліджень потребують питання психологічного супроводу родин, у яких перебувають жінки із діагнозом «безпліддя», зокрема жінок із фізичною неможливістю виконати репродуктивну роль та ін.

Ключові слова: психологічне здоров'я, репродуктивне здоров'я, жінки репродуктивного віку, фертильність, безпліддя, психологічний супровід, психоемоційний стан.

ANNOTATION

Kartushynska A. V. Peculiarities of the psychological health of women of reproductive age. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 05 - social and behavioral sciences, specialty 053 - psychology. – Mykola Gogol Nizhyn State University, Ukraine, Nizhyn, 2023.

The dissertation is devoted to the study of the psychological health of women of reproductive age.

The dissertation includes a theoretical analysis and an empirical study of the psychological health of women of reproductive age. The program of psychological support for reproductive disorders in women has been theoretically substantiated and experimentally tested.

The psychological aspects of the health of women of reproductive age are theoretically substantiated, in particular the problems of motherhood and psychosomatic disorders of the reproductive sphere of women. A tangential analysis of the definitions of the scope of the investigated problem was carried out: "health", "reproductive health", "fertility", "women of reproductive age", "somatic (physical) health", "infertility", "mental health", "psychological health" ", "psychological health of women of reproductive age", etc. It is noted that in contrast to fertility (reproducibility), the problem of infertility arises - the inability of even a healthy or relatively healthy / physically unhealthy female organism to give birth. The psychological health of women of reproductive age is defined as the state of their mental well-being based on the formation of intellectual, emotional and social components of the personality structure, which are specified by the adequacy of self-regulatory behavior and activities in the context of procreation.

The social and structural factors of the specificity of the reproductive behavior of modern women are summarized. It is substantiated that the psychological aspects of the health of women of reproductive age predict their awareness of the

significance and essence of psychological health in the context of procreation, which is determined by objective and subjective factors of reproductive behavior. Aspects of motherhood, presented in scientific research as elements of the mother's emotional and physical characteristics, are summarized. It has been proven that the behavioral aspects of motherhood are consonant with the emotional state of the mother, determined by her attitude towards the child. A psychological characterization of women with reproductive disorders was carried out. Characterized psychosomatic and medico-biological aspects of disorders of the reproductive sphere of women.

Psychological, physiological and behavioral mechanisms of infertility in women of reproductive age were empirically investigated. The purpose of the ascertainment stage of the experimental study was to determine the relationship between the emotional states of women with depression and anxiety, who have pathologies of the reproductive system, and women in whom such pathologies were not detected, in order to determine the features and ways of improving their psychological health. In particular, it was found that: a) women of reproductive age who have children do not have depressive symptoms; personal anxiety is expressed at a low level, and reactive anxiety has a moderate level with a tendency to low values; b) women of reproductive age diagnosed with infertility have mild depression; personality anxiety has a moderate level and reactive anxiety has a moderate level with a tendency to high values; c) women with a diagnosis of "infertility" are dominated by a complex of depressive-anxious emotions, such as fear, shame and guilt; women faced with this diagnosis are prone to worry and anxiety, fear for themselves and loved ones, hypochondriacal ideas; they may be depressed and in a bad mood more often than women without this diagnosis; d) women of reproductive age with a diagnosis of "infertility", in contrast to women without a diagnosis of "infertility", are characterized by "fixation" on their desires or thoughts, fixation on feelings, self-reproach; e) dominant emotions of women with a diagnosis of "infertility" have a relationship with the self-assessment of their emotional state.

The program "Psychological support for reproductive disorders in women" was developed and tested, which provided for four main areas of experimental work: 1) overcoming depression in women of reproductive age, in particular with a diagnosis of "infertility" (psychodrama techniques to overcome depression); 2) psychological help in overcoming the anxiety of the specified category of women (trainings "Drawing of the bridge", "Five spheres that I would like them to be in my life"; sessions of cognitive-behavioral therapy for stress management; online intervention to provide psychoeducational information, exercises and homework for women of reproductive age with a diagnosis of "infertility" to acquire relevant knowledge and strategies; techniques of transactional analysis, fairy-tale therapy, art therapy, work with metaphor, visualization techniques, etc.); 3) improvement of the emotional sphere of women with infertility (training "Improving the emotional sphere of women with infertility"); 4) the development of psychological determinants (particularities of self-attitude, personal maturity, value orientations, ideas about motherhood), which contribute to the formation of reproductive attitudes in women with the specified problems (techniques of Gestalt therapy and psychodrama; the author's training program on the development of psychological determinants of reproductive attitudes, which had four blocks, each of which is aimed at the formation of relevant determinants).

The results of the formative experiment confirmed the research hypothesis: the use of a specially developed experimental technique, in particular the author's program "Psychological support for reproductive disorders in women", has a positive effect on the psychological health of women who have reproductive health problems according to all its indicators: reactive and personal anxiety; depressive, emotional and dominant emotional states; meaningful orientations.

Scientific and practical recommendations for overcoming reproductive inferiority in women are substantiated. Developed and applied: main directions of psychotherapeutic, psychocorrective measures to improve psychological health of women of reproductive age (1) correction of emotional state: psychological

trainings; 2) increasing motivation for treatment in patients with a positive treatment prognosis; 3) adaptation to the diagnosis of "infertility" in patients with a negative treatment prognosis); organizational measures to improve the psychological health of women with infertility for women's counseling and medical centers for assisted reproductive technologies (ART). The task of implementing a program of organizational measures to improve the psychological health of women with infertility is formulated: to stabilize the psycho-emotional state; to form self-regulation skills; stabilize psychological balance and increase emotional stability; identify problematic and disturbing situations and teach women of reproductive age to cope with these situations; to contribute to the disclosure of the personal resources of women of reproductive age, their potential for behavior, feelings, and thoughts. Psychological determinants that contribute to the formation of reproductive attitudes and improve the psychological health of women of reproductive age with infertility have been determined.

The scientific novelty of the study is that: for the first time, a theoretical analysis and empirical study of the psychological health of women of reproductive age has been carried out; the essence of the concepts "health", "reproductive health", "fertility", "women of reproductive age", "somatic (physical) health", "infertility", "mental health", "psychological health", "I am a woman of reproductive age", etc.; the psychological characteristics of women with disorders of the reproductive sphere and psychosomatic, medical and biological aspects of disorders of the reproductive sphere of women are defined; psychological determinants that contribute to the formation of reproductive attitudes and improve the psychological health of women of reproductive age with infertility are singled out; the definition of social, structural factors specific to the reproductive behavior of modern women and aspects of motherhood has been improved; the substantiation of objective and subjective factors of reproductive behavior of women of reproductive age gained further development.

The practical significance of the research lies in the development of the program "Psychological support for reproductive disorders in women", which provided for four main areas of work: overcoming depression in women of reproductive age, in particular with a diagnosis of "infertility"; psychological assistance in overcoming the anxiety of the specified category of women; improvement of the emotional sphere of women with infertility; development of psychological determinants. Scientific and practical recommendations for overcoming reproductive inferiority in women are substantiated. The main directions of psychotherapeutic and psychocorrective measures to improve the psychological health of women of reproductive age have been developed and applied; organizational measures to improve the psychological health of women with infertility for women's consultations and medical centers with ART. The task of implementing a program of organizational measures to improve the psychological health of women of reproductive age with infertility is formulated.

At the same time, the study does not pretend to fully cover the presented problem. The issue of psychological support for families in which there are women with a diagnosis of "infertility", in particular women with the physical inability to perform a reproductive role, etc., requires further research.

Key words: psychological health, reproductive health, women of reproductive age, fertility, infertility, psychological support, psycho-emotional state.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях, затверджених МОН України, що входять до міжнародних наукометричних баз даних:

1. Наконечна А. В. Стан емоційної сфери жінок із безпліддям при повторному застосуванні протоколу екстракорпорального запліднення. *Науково-практичний загальномедичний журнал «Український медичний часопис»*. 2018. 6 (2) (128) – XI/XII. URL: https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2018/12/4720_02.pdf
2. Наконечна А. В. Материнство та культурно-історичні традиції. *Науковий журнал «Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія»*. 2021. Т. 12. № 4. С.83-88. URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/15740>
3. Наконечна А. В. Перинатальна психологія: емоційне вигорання матері. *Науковий журнал «Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія»*. 2022. Т. 13. № 1. С. 109-116. URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/hspedagog13%281%29.2022.109-116>
4. Картушинська А. В. Демографічні тенденції в Україні – оцінка материнства. *Науковий журнал «Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія»*. 2022. Т. 13. № 3. URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/16728>
5. Картушинська А. В. Психологічні складові фертильності у жінок. *Науковий журнал «Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія»*. 2022. Т. 13. № 4 (2022). URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/16800>
6. Картушинська А. В. Дослідження психологічних станів жінок при порушеннях репродуктивної сфери - програма щодо подолання репродуктивної неповноцінності. *Гуманітарні студії: педагогіка,*

Публікації в інших наукових виданнях і збірниках матеріалів наукових конференцій та конгресів:

7. Наконечна А. В. Ефективність когнітивно-поведінкової терапії та психокорекції у жінок. *Міжнародний журнал загальної та медичної психології «Медична психологія»*. 2018. Т. 1. №1. С.123-124. URL: https://medpsyrehab.com.ua/wp-content/uploads/journal_10_2018_1.pdf
8. Nakonechna A. V. MOTHERHOOD AND CULTURAL AND HISTORICAL TRADITIONS. *International Scientific Periodical Journal "Modern Scientific Researches"*. 2020. Issue No13/Part 6. P. 24-29. URL: <file:///C:/Users/nakon/Downloads/49-69-PB.pdf>
9. Соціальна робота засобами природотерапії із постраждалими внаслідок надзвичайних ситуацій. *Колективна монографія*. Автори: д-р пед.наук, проф. Сопівник І. В., Будегай В. А., канд.пед.наук Альтанова О. Б., Демченко І. І., Драчук О. В., **Наконечна А. В.**, Мацола В. А., канд.пед.наук, доц. Міхеєва О. Ю., Федченко К. О., Витриховська О. П. – Київ. 2021. 556 с.// С. 319-419. ISBN 978-617-7986-37-8. URL: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u188/kolektivna_monografiya_2021.pdf
10. Картушинська А. В. Здоров'я жінок і війна: проблеми захисту та відновлення. *Науковий журнал «Психологічні проблеми»*. Вірменський державний педагогічний університет ім.Х.Абовяна, факультет психології освіти та соціології, кафедра психології ім. акад. Мртіча Мазманяна: матеріали міжнародної конференції «Соціально-психологічні наслідки війни». (Єреван, 21-22 жовт. 2022р.). Єреван, 2022. №1 (1). С. 39-43. ISSN 2953-7924. URL:

<https://aspu.am/website/images/files/PSYCHOLOGICAL-PROBLEMS-N11-ASPU.pdf>

11. Картушинська А. В. Проблеми ускладненої реалізації репродуктивного потенціалу в сучасній психологічній науці - подолання репродуктивної неповноцінності у жінок. *Теорія та практика репродукції людини: матеріали міжнародного симпозіуму* (Львів, 26-27 травня 2023р.). Львів, 2023. URL:

https://uarm.org.ua/images/download/Programma_A5_preview.pdf

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	2
ANNOTATION	7
СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ ...	12
ВСТУП	18
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ФЕРТИЛЬНОСТІ ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ.....	26
1.1. Психологічні аспекти здоров'я жінок репродуктивного віку	26
1.2. Материнство та культурно-історичні традиції	36
1.3. Психологічна характеристика жінок з порушенням репродуктивної сфери	44
1.4. Демографічна оцінка материнства в Україні	50
1.5. Психосоматичні аспекти порушень репродуктивної сфери жінок	59
1.6. Медико-біологічні аспекти фертильності у жінок	63
Висновки до першого розділу	75
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ЖІНОК ПРИ ПОРУШЕННЯХ РЕПРОДУКТИВНОЇ СФЕРИ	80
2.1. Загальна характеристика методів дослідження	80
2.2. Дослідження психологічних механізмів фертильності у жінок...92	
2.3. Дослідження фізіологічних компонентів фертильності у жінок..99	
Висновки до другого розділу	110
РОЗДІЛ 3. НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОДОЛАННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ НЕПОВНОЦІННОСТІ У ЖІНОК	114
3.1. Моделювання процесу подолання репродуктивної неповноцінності у жінок	114

3.2. Програма подолання репродуктивної неповноцінності у жінок	132
3.3. Психологічна ефективність програми подолання репродуктивної неповноцінності у жінок	156
Висновки до третього розділу	168
ВИСНОВКИ	172
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	176
ДОДАТКИ	209

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- BDI** – Шкала депресії Бека
- ICH** – міжнародна конференція з гармонізації
- STAI** – Тест Спілбергера-Ханіна
- АТ** – аутогенне тренування
- ВООЗ** – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ДРТ** – допоміжні репродуктивні технології
- ЕГ** – експериментальна група
- ЕКЗ** – екстракорпоральне запліднення
- ІПСШ** – інфекції, що передаються статевим шляхом
- КГ** – контрольна група
- КПТ** – когнітивно-поведінкова терапія
- МКХ-10** – Міжнародний класифікатор хвороб 10-го перегляду
- МОЗ України** – Міністерство охорони здоров'я України
- МПП** – медико-психологічна підтримка
- ОМАЕР** – всесвітня організація національних асоціацій перинатального виховання
- ПГТ** – передімплантаційне генетичне тестування
- ПМСД** – первинна медико-санітарна допомога
- РЗ** – репродуктивне здоров'я
- СПС** – служба планування сім'ї
- ФС** – фізичний стан
- ФСГ** – фолікулостимулюючий гормон
- ШДЕ** – Шкала диференціальних емоцій
- ШЕ** – Шкала екзистенції

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасний світ характеризується як перенаселенням одних територій планети, так і критичними демографічними спадами на інших. Загострення глобальних проблем, природні катаклізми, воєнні дії погіршують кількість та якість народжуваності дітей у окремих країнах. Так, у нашій державі, унаслідок повномасштабного вторгнення, вкрай загострилася демографічна ситуація, що й так була останні десятиріччя на незадовільному рівні. Лише продовж 2022 р. з України до інших держав виїхали мільйони українських жінок репродуктивного – дітонароджуваного, фертильного – віку, разом зі своїми дітьми. Значна їхня частина наразі не бажає чи не має можливості повернутися на батьківщину, що лише погіршує означену проблему.

Водночас на демографічну ситуацію суттєво впливає, зокрема, й інша проблема – зростання кількості бездітних та безплідних шлюбів, що не має тенденції до зменшення в усіх країнах світу. За різними даними, поширеність безпліддя в європейських країнах становить близько 14 %; згідно із даними МОЗ України рівень безпліддя сягає 20 %, тобто, жінка репродуктивного віку у кожній п'ятій парі не може завагітніти природним шляхом, а ефективність лікування цієї патології очевидно недостатня. Тривале безрезультатне лікування безпліддя супроводжується спектром психоемоційних реакцій жінок – від невротичних до важких депресивних розладів. Це спричинює порушення партнерських та сімейних стосунків, призводить до особистих та сімейних криз. Неможливість мати дитину – одна з найважчих, психологічно травмувальних та емоційно складних сімейних ситуацій. Отож, безпліддя має не тільки медичне, а й психологічне та соціальне значення.

Згідно з визначенням ВООЗ, шлюб вважається безплідним, якщо вагітність у жінки не настає протягом одного року активного статевого життя без використання контрацептивів з урахуванням, що причиною безплідного шлюбу можуть бути як чоловічі, так і жіночі чинники. Серед різних форм

жіночого безпліддя особливу групу становлять пацієнтки з так званим безпліддям «невизначеної етіології». За різними даними, кількість жінок із таким діагнозом становить 4–40 % від загальної кількості жінок, які не можуть завагітніти.

На репродуктивне здоров'я жінок суттєво впливає не лише медичний та фізіологічний чинник, а й стресові фактори. Результати пілотного дослідження психологічних особливостей жінок із безпліддям констатували не лише підвищений рівень тривожності, а й порушення статевої ролі, самоідентифікації, емоційну незрілість, порушення їхньої материнської сфери тощо. Надмірне психологічне концентрування на власному безплідді, часом одержимість ідеєю материнства формують так званий «синдром репродуктивної неповноцінності». Синдром «очікування вагітності» характеризується значущим прагненням жінки завагітніти, що спричинює психосоматичні розлади (захворювання шлунково-кишкового тракту, ожиріння, артеріальна гіпертензія) та депресії. У окремих жінок на тлі такого прагнення спостерігається синдром помилкової вагітності – анембріонія. На фізіологічному рівні тривалий стрес порушує діяльність усіх органів і систем, зокрема зміни в яєчниках, маткових трубах і шийці матки, послаблює імунну систему. Постійний стрес також викликає гормональні зміни, які можуть знизити ймовірність зачаття.

Тому в останні десятиліття популярності набуло вивчення психологічних особливостей жінок із збереженою (А. Александер, М. Даймонд, Р. Легро, Р. Усаді та ін.) та порушеною репродуктивною функцією (О. Бацилева, О. Васильченко, А. Камінський, Ю. Капустіна, О. Сіраковська, О. Чаркіної, Л. Ширяєва, та ін.). У сучасній зарубіжній та вітчизняній науці психологічне здоров'я є однією з найважливіших складових здоров'я людини (І. Горбаль, Т. Дзюба, Т. Дуткевич, М. Нероба, Л. Сердюк, Т. Титаренко, Д. Хритинін, та ін.), зокрема проблема материнства, яку досліджували В. Астахов, І. Пузь, та ін., індивідуально-психологічні особливості жінок із порушенням репродуктивного здоров'я (Н. Бігун,

О. Берестовий, В. Вінс, І. Галецька та ін.), аспекти демографічної проблеми як наслідок незначної народжуваності дітей (О. Бацилева, О. Сіраковська та ін.).

Дослідники (В. Астахов, Ж. Гарданова, М. Нероба, М. Папуча, Д. Хритинін та ін.) одностайні у висновках щодо необхідності розробки на державно-соціальному рівні оновлених різнопрофільних програм підтримки материнства, на медичному – пошуків сучасних форм та засобів лікування безпліддя (М. Адамов, В. Астахов, О. Бакун, Ж. Гарданова, Д. Хритинін та ін.), на психологічному – розробки системи та програм психологічної підтримки жінок із порушеннями репродуктивної функції (В. Астахов, О. Бацилева, О. Васильченко, І. Пузь та ін.). Однак на теоретико-практичному рівні досі бракує цілеспрямованих досліджень конкретних аспектів означеної проблеми.

Зважаючи на актуальність проблеми пошуку причин поліпшення демографічної ситуації у нашій країні, зумовленої зокрема підвищеним рівнем безпліддя жінок невизначеної етіології, браком системи корекції психологічного стану жінок із порушенням фертильності, недостатність розробленості вказаного питання як на теоретичному, так і на практичному рівнях, темою нашого дослідження обрано **«Особливості психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку»**.

Зв'язок дослідження з науковими програмами, темами, планами. Дослідження виконано у відповідності до тематичного плану науково-дослідної роботи кафедри загальної та практичної психології Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя у рамках науково-дослідницької теми кафедри «Психологічні основи здоров'я» (реєстраційний номер 0123U102293). Тему затверджено на засіданні Вченої ради Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя (протокол № 4 від 24.10.2019 р.), узгоджено у бюро Міжвідомчої ради з координації наукових досліджень у галузі педагогіки і психології в Україні (протокол № 6 від 26.11.2019 р.).

Об'єкт дослідження – психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку.

Предмет дослідження – особливості психологічної підтримки жінок із діагнозом «безпліддя».

Мета дослідження – здійснити теоретичний аналіз та емпіричне дослідження особливостей психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку; теоретично обґрунтувати та експериментально апробувати програму психологічного супроводу при репродуктивних порушеннях у жінок.

Для досягнення мети передбачено виконання таких **завдань дослідження**:

1. Теоретично обґрунтувати психологічні аспекти здоров'я жінок репродуктивного віку, зокрема проблеми материнства та психосоматичні порушення репродуктивної сфери жінок.

2. Емпірично дослідити психологічні, фізіологічні та поведінкові механізми безпліддя у жінок репродуктивного віку.

3. Розробити та апробувати програму психологічної підтримки подолання репродуктивної неповноцінності у жінок.

4. Обґрунтувати науково-практичні рекомендації щодо подолання репродуктивної неповноцінності у жінок.

Гіпотеза дослідження полягає у тому, що застосування спеціально розробленої експериментальної методики, зокрема авторської програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок», позитивно впливатиме на психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку, які мають проблеми репродуктивного здоров'я, зокрема діагноз «безпліддя», за усіма його показниками: реактивна та особистісна тривожність; депресивний, емоційний та домінівний емоційний стани.

З метою досягнення мети дослідження, виконання сформульованих завдань та підтвердження гіпотези нами обрано такі **методи дослідження**:

- *теоретичні*: аналіз наукових джерел кола досліджуваної проблеми; категоріальний та порівняльний аналіз дефініцій та теоретичних концепцій; порівняння, систематизація та узагальнення даних, отриманих у результаті аналізу наукових джерел, зокрема щодо дослідження особливостей

психоемоційного стану жінок із діагнозом безпліддя, виявлення факторів ускладнення при проведенні протоколу екстракорпорального запліднення (далі - ЕКЗ), результатів проведення психофізичної реабілітації жінок у період підготовки до проходження наступного протоколу ЕКЗ тощо;

- *емпіричні*: психологічний експеримент; спостереження; самоспостереження; контент-аналіз історій попередніх протоколів ЕКЗ (виявлення факторів ускладнення при проведенні протоколу ЕКЗ, результатів проведення психофізичної реабілітації жінок у період підготовки до проходження наступного протоколу ЕКЗ тощо); тестування (психодіагностичні методики: шкала депресії Бека, тест на тривожність Спілбергера-Ханіна, методика «Самооцінка емоційних станів» А. Уесмана та Д. Рікса, шкала диференціальних емоцій (ШДЕ) К. Ізарда, шкала екзистенції (ШЕ) А. Ленглі та К. Орглер; з метою виявлення актуального психоемоційного стану та самопочуття, механізмів психологічного захисту, рівня ситуативної тривожності у досліджуваних жінок, які повторно проходили протокол ЕКЗ; методи діагностичного інтерв'ю, клінічного інтерв'ю, терапевтичної та емпіричної бесіди; моделювання процесу подолання репродуктивної неповноцінності у жінок;

- *методи математичної статистики* з метою аналізу, порівняння, систематизації та узагальнення даних, отриманих у результаті експериментального дослідження, виявлення статистично достовірних відмінностей між психологічними показниками (непараметричний U-критерій Манна-Уїтні); виявлення статистично достовірних взаємозв'язків між психологічними показниками (непараметричний коефіцієнт рангової кореляції Спірмена).

Теоретико-методологічну основу дослідження склали:

- концептуальні ідеї психосоматичної медицини та соматичної психології (В. Бендас, А. Міхєєв, М. Даймонд, Р. Легро, Р. Усаді, Т. Перепелюк, В. Вінс, І. Горбенко та ін.);

- психологічні дослідження у сфері жіночої репродукції (А. Камінський, М. Маркова, О. Сіраковська О. Бацилева, Л. Калугіна та ін.);
- теоретичні та експериментальні розробки в психоемоційній сфері (К. Ізард, С. Томчук та ін.);
- психологічні теорії особистісного стресу (Д. Кравцов, В. Бендас, О. Кокун, А. Міхєєв та ін.);
- дослідження у сфері поведінкової адаптації та захисних механізмів (Т. Єльчанінова, Т. Жванія, Д. Бабкіна та ін.);
- загальні принципи психотерапії та психоаналізу (Е. Берн, В. Райх, К. Роджерс, З. Фрейд, Е. Фромм та ін.).

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що:

- *уперше* здійснено теоретичний аналіз та емпіричне дослідження особливостей психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку; уточнено сутність понять «здоров'я», «репродуктивне здоров'я», «фертильність», «жінки репродуктивного віку», «соматичне (фізичне) здоров'я», «безпліддя», «психічне здоров'я», «психологічне здоров'я», «психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку» тощо; визначено психологічну характеристику жінок із порушенням репродуктивної сфери та психосоматичні, медико-біологічні аспекти порушень репродуктивної сфери жінок; виокремлено психологічні детермінанти, що сприяють формуванню репродуктивних установок та поліпшують психологічне здоров'я жінок із безпліддям;
- *удосконалено* визначення соціальних, структурних чинників специфіки репродуктивної поведінки сучасних жінок та аспектів материнства;
- *подальшого розвитку* набуло обґрунтування об'єктивних та суб'єктивних чинників репродуктивної поведінки жінок репродуктивного віку.

Теоретичне значення дослідження полягає у тому, що теоретично обґрунтовано психологічні аспекти здоров'я жінок репродуктивного віку, зокрема проблеми материнства та психосоматичні порушення репродуктивної

сфери жінок; програму психологічного супроводу при репродуктивних порушеннях у жінок.

Практичне значення дослідження полягає у розробці програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок», що передбачала чотири основних напрями роботи: подолання депресії у жінок репродуктивного віку, зокрема з діагнозом «безпліддя»; психологічна допомога у подоланні тривожності указаної категорії жінок; поліпшення емоційної сфери жінок із безпліддям; розвиток психологічних детермінант. Обґрунтовано науково-практичні рекомендації щодо подолання репродуктивної неповноцінності у жінок. Розроблено та застосовано основні напрями психотерапевтичних, психокорекційних заходів щодо поліпшення психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку; організаційні заходи для поліпшення психологічного здоров'я жінок із безпліддям для жіночих консультацій та медичних центрів із допоміжних репродуктивних технологій (далі – ДРТ). Сформульовано завдання реалізації програми організаційних заходів для поліпшення психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку із безпліддям.

Експериментальна база дослідження. Експериментальне дослідження проводилося на базі Інституту репродуктивної медицини клініки професора Ф. Дахно. У дослідженні брали участь 60 жінок, віком 26–43 роки. З них 57 % (34 жінки) із встановленим діагнозом «безпліддя».

Для застосування розробленої програми психологічного супроводу жінки з діагнозом «безпліддя» із загальної кількості 34 особи були розподілені на експериментальну групу (ЕГ) – 17 осіб та контрольну групу (КГ) – 17 осіб.

Достовірність і надійність результатів забезпечувалася теоретичною обґрунтованістю вихідних даних; вибором методів, дотичних предмету, меті та завданням дослідження; репрезентативністю вибірки даних; поєднанням кількісного і якісного аналізів результатів емпіричного дослідження; застосуванням методів математичної статистики.

Апробація результатів дисертаційної роботи. Основні результати роботи доповідалися, обговорювалися та отримали схвалення на науково-практичних конференціях різного рівня: міжнародних – 2; всеукраїнських – 2.

Впровадження результатів дослідження здійснювалося в Інституті репродуктивної медицини клініки професора Ф. В. Дахно (Акт впровадження Додаток Ж від 10.01.2023 р.).

Публікації. Зміст дисертаційної роботи відображено у 10 одноосібних наукових працях і 1 колективній монографії, а саме: 6 статей – у наукових фахових виданнях, затверджених МОН України, що входять до міжнародних наукометричних баз даних; 4 публікацій – в інших збірниках матеріалів міжнародних наукових конференцій.

Структура та обсяг роботи. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (241 найменувань, серед яких 93 – іноземною мовою), 7 додатків на 29 сторінках. Загальний обсяг дисертації складає 239 сторінок, основний зміст викладено на 152 сторінках. Робота містить 12 таблиць та 22 рисунка.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ФЕРТИЛЬНОСТІ ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

1.1. Психологічні аспекти здоров'я жінок репродуктивного віку

На сучасному етапі життя і розвитку людини особливо гостро стоїть проблема її здоров'я, а точніше, збереження здорового стану організму і народження здорового потомства. Останні десятиліття наука стала приділяти значну увагу не тільки здоров'ю біологічному, фізичному, але і дослідженню факторів, передусім – психологічних, що можуть вплинути на зміну фізичного стану організму, зокрема, жінок як майбутніх матерів (жінок репродуктивного, тобто фертильного, віку – життєвого періоду, протягом якого жінки здатні до вагітності та пологів [113]). Численні дослідження вчених [4, с. 177; 6, с. 74; 10, с. 92; 25, с. 236] підтвердили, що на всіх етапах онтогенезу необхідно підтримувати не тільки фізичне, але і психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку.

Для з'ясування психологічних аспектів здоров'я жінок репродуктивного віку здійснимо дотичний аналіз дефініцій кола досліджуваної проблеми: «здоров'я», «репродуктивне здоров'я», «фертильність», «жінки репродуктивного віку», «соматичне (фізичне) здоров'я», «безпліддя», «психічне здоров'я», «психологічне здоров'я», «психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку» та ін.

Так, зважаючи на результати аналізу наукових джерел [10; 33–34; 38; 134], можна зробити висновок, що загалом поняття «здоров'я» є міждисциплінарним предметом досліджень. Феномен «здоров'я» вивчається з давніх часів. Сучасні психологічні дослідження людини слід розглядати як складну багаторівневу систему: на біологічному, психологічному, соціальному рівнях. У психології «здоров'я» має вивчатися комплексно. Однак, незважаючи на довгу історію вивчення цього поняття, воно досі є суперечливим для дослідження. Це дозволяє розглянути у цьому дослідженні

особу жінки репродуктивного віку з точки зору міждисциплінарного підходу і оцінити рівень її здоров'я комплексно.

Відповідно до рекомендацій Міжнародної конференції з питань народонаселення та розвитку (International Conference on Population and Development), що відбулася в Каїрі у 1994 р., репродуктивне здоров'я (далі – РЗ) визначено як стан повного фізичного, психічного та соціального добробуту, а не тільки лише як брак захворювань із боку репродуктивної системи [153, с. 16]. Як констатують останні дослідження (В. Астахов [4]; О. Васильченко [25]; І. Жаровська [52], А. Ковтун [68]; О. Сіраковська [129]), зниження народжуваності в сучасній Україні суголосне відтермінуванням усіх етапів дорослішання: молоде покоління довше навчається, порівняно зі своїми батьками; вони пізніше знаходять стабільну роботу і пізніше створюють сім'ї. Натомість успішне планування репродуктивних рішень залишається недостатнім.

Репродуктивне здоров'я означає позитивне і безпечне статеве життя, фертильність (здатність здорового жіночого організму давати потомство [10; 33]) і можливість вирішувати, коли і як часто це робити. Чоловіки та жінки мають право на інформацію та доступ до безпечних, ефективних і доступних продуктів контрацепції, про витрати та прийнятні методи планування, сімейні та інші обрані ними засоби контрацепції, що не суперечать законодавству; право на доступ до відповідних послуг [19, с. 200]. На противагу фертильності (репродуктивності), постає проблема безпліддя – нездатності навіть здорового чи відносно здорового / нездорового фізично жіночого організму давати потомство [1; 15; 17]. Також це передбачає охорону здоров'я, яка дозволяє жінці безпечно пережити вагітність і пологи, дає батькам найкращі шанси народити здорову дитину. У контексті первинної медико-санітарної допомоги (далі – ПМСД) за розвитком дитини, підлітка, дорослої жінки в сім'ї стежить сімейний лікар. Йому відомо про особливості поведінки, соціальний та матеріальний статус жінки, яка планує вагітність [16, с. 58].

Соматичне (фізичне) здоров'я – найважливіший компонент у складній структурі стану здоров'я людини. Цей стан організму, характеризується адаптаційними можливостями пристосування до різних факторів довкілля, рівнем фізичного розвитку, функціональною та фізичною підготовленістю організму до виконання фізичних навантажень. Воно обумовлюється здатністю організму до саморегулювання [108].

Як зазначають Н. Тверезовська та І. Сопівник зміст фізичного здоров'я часто пов'язують із поняттям віку людини. Біологічний вік характеризує як функціональну зрілість організму, його окремих тканин, органів, систем, а й організму загалом [133, с. 78]. Рівень фізичного здоров'я достовірно встановлює медицина, використовуючи різні диференціально-діагностичні методи. У медико-санітарній статистиці, за визначенням ВООЗ, під здоров'ям на індивідуальному рівні розуміється брак виявлених захворювань та розладів, а на популяційному – процес зниження рівня смертності, захворюваності та інвалідності [208].

Отже, репродуктивне здоров'я жінок розглядаємо як ознаку та складник фізичного (соматичного) їхнього здоров'я, що виявляється у бракові захворювань, зокрема репродуктивної системи, у вияві здатності ефективно пристосовуватися до змінних обставин довкілля завдяки певному рівню фізичного розвитку, що передбачає також фізичні навантаження. Протилежним поняттям до поняття «репродуктивність жінки» є поняття «безпліддя», як нездатність з різних причин до продовження роду.

Останнім часом найважливішою темою серед дослідників є психологічне здоров'я. До ХХ ст. це поняття розглядалося лише з точки зору медицини як частина або результат фізичних відхилень від норми. Початок нового підходу у вивченні психологічного стану людини заклав З. Фройд [137], який припустив, що переважно психічні розлади є результатом внутрішньоособистісних конфліктів, що турбують здорових людей. Пізніше зарубіжні дослідники стали активніше розглядати проблему психології

здоров'я як окремої галузі психології (А. Маслоу, Г. Олпорт, К. Роджерс, В. Франкл, Е. Фромм та ін.) [204; 153–154; 222; 177; 176; 178].

Перша теорія – соціоцентрична, яку обґрунтовували Б. Братусь, В. Франкл, Е. Фромм та ін. [176; 178]. У цій теорії фахівці називають людську природу вищим рівнем, на відміну від тварин, вся природа яких ґрунтується на вроджених інстинктах. Людина – це особистість, яка розвивається, бо нею не народжується, а стає.

Наступну концепцію аналізу психологічного здоров'я підтримували А. Маслоу, Г. Олпорт, К. Роджерс та ін. [204; 153–154; 222]: стан стабільного психологічного стану проявляється тоді, коли людина усвідомлює себе і виявляє себе в існуванні. Вчені зосередили увагу на психологічних якостях, притаманних здоровій людині. Незважаючи на відмінність у поняттях, ідеї так чи інакше узгоджуються в описі цілісності особистості, яка характеризується високим рівнем психологічного здоров'я.

У психології на проблемі здоров'я акцентовано увагу значної верстви дослідників [14; 33; 38; 134], чії дослідження спрямовані на вивчення характеристик цієї проблеми. Психологи (І. Галецька [33]; І. Горбаль [38]) виокремлюють такі поняття, як «психічне здоров'я» та «психологічне здоров'я». Перше пов'язане з індивідуальними психічними процесами і механізмами, а друге з індивідом загалом і у тісному зв'язку з найвищими проявами людського духу. На думку багатьох авторів, показано тісний зв'язок цих понять, наприклад, на трьох рівнях здоров'я: психофізіологічному, індивідуально-психологічному та особистісному.

Термін «психічне здоров'я» запроваджено Всесвітньою організацією охорони здоров'я (далі – ВООЗ). Фахівці Всесвітньої організації охорони здоров'я розглядають психічне здоров'я, як стан, що характеризується відсутністю хворобливих психічних явищ і відповідним пристосуванням поведінки та діяльності до навколишніх умов реального життя. Порушення психічного здоров'я можуть бути обумовлені як соматичними захворюваннями або дефектами фізичного розвитку, так і різними

несприятливими факторами і стресами, котрі впливають на дитячу психіку і пов'язані з соціальними умовами життя дитини. Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я особливо звертають увагу на прямий зв'язок між проблемами психічного здоров'я та середовищем в дитинстві [208]. Основу психічного здоров'я становить особливість психічного розвитку людини на всіх етапах її онтогенезу. Саме розвиток вищих психічних функцій забезпечує ефективний стан психічного здоров'я.

У кожному віковому періоді виникають певні потреби в діяльності, пізнанні, розумінні та емоційному прийнятті світу. Нерозвинені психічні функції не дозволяють дитині повноправно взаємодіяти зі світом людей, культури, природи, пізнавати; відчувати і розуміти цей світ. У результаті фрустрації (переживання і поведінка, викликана об'єктивними життєвими труднощами [17]) потреб дитини виникає психологічний дискомфорт, який створює деприваційну ситуацію і, як наслідок цього, порушення психічного здоров'я (страхи, тривожність, психічна напруга, комплекси, негативні переживання, неадекватні реакції тощо) [15]. Фрустрація однієї або кількох дитячих потреб лежить і в основі так званих «шкільних неврозів», що виявляються у вигляді різних захворювань психосоматичного генезу (бронхіальні астми, напади блювоти, головні болі і тощо). Все це гальмує, заперечує позитивний шлях психічного розвитку і становлення особистості.

На нашу думку, умови для здорового психічного розвитку – це цілісна медико-психолого-педагогічна система, включена в освітній, соціальний і культурний контекст епохи. Основною характеристикою такої системи є поняття соціальної ситуації розвитку. Її основу становить переживання дитиною середовища свого існування і себе в цьому середовищі. Якщо ці переживання позитивні, середовище володіє розвивальним ефектом і в ньому можливі реалізація і зміцнення потенційного психічного здоров'я.

Психофізіологічне здоров'я належить до психічного здоров'я, тоді як індивідуальне психологічне та особисте здоров'я становить психологічне благополуччя або психологічний стан [20, с. 99–102].

Беручи до уваги погляди дослідників (В. Астахов [14]; О. Бацилєва [14]; І. Галецька [33], І. Горбаль [38], І. Пузь [14]) на проблему психологічного здоров'я, можна дійти висновку, що це поняття є характеристикою загального особистісного добробуту, що охоплює низку компонентів: інтелектуальні, емоційні та соціальні аспекти формування особистості жінки репродуктивного віку.

Розмежовуючи дефініції «психічне» та «психологічне» здоров'я, варто застосувати низку відповідних критеріїв. Так, оцінюючи рівень психічного здоров'я жінок репродуктивного віку найінформативнішими критеріями дослідники визначають:

1. Відповідність суб'єктивних образів відображеним об'єктам дійсності та характеру реакцій – подразникам зовнішнього значення подій життя.

2. За віковим рівнем зрілості особистості: сфери емоційно-вольова та пізнавальна [4, с. 177; 25, с. 227].

3. Адаптивність у мікросоціальних відносинах. Уміння компетентно планувати життєві цілі та залишатися активним у їх досягненні. Психологічні аспекти репродуктивного здоров'я дуже тісно пов'язані з наявністю гінекологічних захворювань та порушень. Наприклад, якщо низька самооцінка та почуття провини у зв'язку із затримкою статевого розвитку, пізнім формуванням вторинних статевих ознак, косметичними дефектами, раннім пубархе (передчасне статеве дозрівання у дівчаток [4; 26; 51]), то в репродуктивному періоді частіше виявляється почуття провини через безпліддя у шлюбі, невиношування вагітності. Після народження дитини ці явища зникають, змінюючись почуттям переваги перед жінками з безпліддям [25, с. 227–229].

Таким чином, психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку – це стан їхнього душевного благополуччя на засадах сформованості інтелектуальних, емоційних та соціальних складників структури особистості, що конкретизуються адекватністю саморегулятивної поведінки та діяльності у контексті продовження потомства.

Цей феномен репродуктивної поведінки жінок Н. Бігун аналізував у контексті теорії демографічних переходів та зводив сутність репродуктивної поведінки до внутрішньосімейного регулювання народжуваності [18, с. 22]. Аналіз вітчизняної наукової літератури (Ж. Вірна [30, с. 23], Т. Дуткевич [47, с. 129], Е. Князева [67]) показав, що феномен репродуктивної поведінки розглядається у тісному взаємозв'язку з багатьма аспектами людського життя. Так, Т. Дуткевич виявив, що важливим елементом репродуктивної поведінки є потреба у дітях [47, с. 112]. Про що в окремій нашій роботі зазначено: «одним з покликань жінки на цій землі є репродуктивна функція, тобто народження дітей, а особливості жіночого організму полягають у тому, що всі рефлекторні механізми, механізми нервової та гормональної регуляції побудовані на збереженні цієї функції» [54]. Отож, проблема аналізу репродуктивної поведінки жінок розглядається з позиції гендерного та феміністського підходів у дослідженнях [3; 25; 67; 68, 181].

Значущою з науково-практичної точки зору є проблема загалом ставлення сучасної молоді до понять «шлюб», «діти». Нинішні дослідження вказують на акценті важливості сексуальних стосунків у подружньому житті (О. Бацилева, В. Астахов, І Пузь [6]).

У нашому емпіричному дослідженні надалі дотримуватимемося вектору залежності репродуктивної поведінки сучасних жінок репродуктивного віку від комплексу факторів, що стимулюють чи гальмують процеси народжуваності.

Основні чинники репродуктивної поведінки – це комплекс соціально-психологічних умов та установок, що визначають специфіку репродуктивної поведінки жінок як у індивідуальному, так і загальносоціальному рівнях. Доцільно поділяти ці фактори на об'єктивні (їх характеристики та специфіка впливу визначається зовнішніми умовами соціального середовища) та суб'єктивні, що характеризуються специфічними соціально-психологічними характеристиками жінок, що формують їхні репродуктивні установки. Методологічно репродуктивні установки визначаються як психічні стани

особистості, що зумовлюють взаємну узгодженість різноманітних дій, що характеризуються позитивним чи негативним ставленням до народження певної кількості дітей [6, с. 703–704].

Дослідження [11, с. 17] констатують значну індивідуальну мінливість, причому переважно жінки добре адаптуються до змін у репродуктивному здоров'ї. Хоча методологічні та концептуальні результати досліджень цього напрямку питань обмежують чіткість висновків, у роботах [6; 9; 13; 80–81] акцентовано на розумінні багатофакторного психологічного та соціального впливу на репродуктивне здоров'я жінок. Вважаємо, що сприяння зміцненню репродуктивного здоров'я жінок протягом усього життя вимагає біопсихосоціальних підходів до досліджень.

Вказане вище підтверджено і вітчизняними дослідженнями, у яких проаналізовано широке коло питань, висвітлюючи різноманітні психологічні аспекти репродуктивного здоров'я, можливості застосування та специфіку здійснення психологічної підтримки при вирішенні багатьох проблем, що виникають у практиці репродуктології (В. Астахов, О. Бацилева, І. Пузь [5, с. 703]).

У дослідженнях [5–7] описані докази того, що вибір способу життя впливає на загальну якість здоров'я та життя, що відображає потенційні ризики зазначеного, пов'язані зі змінами репродуктивної функції жінок аж до безпліддя. Поточний огляд наукових джерел [5–6; 46; 142] підтверджує зв'язок у жінок між стресом, якістю життя та репродуктивною функцією. Цей зв'язок частіше спостерігається у жінок із безпліддям, ніж у фертильних жінок. Проте точний причинно-наслідковий зв'язок досі складно продемонструвати через суперечливі результати та брак об'єктивних заходів / інструментів оцінки.

Репродуктивні установки є структурою, що складається з трьох взаємопов'язаних компонентів: когнітивного, афективного та поведінкового. Когнітивний аспект репродуктивної установки – це набір думок, переконань та аргументів, які допускаються при оцінці бажаної кількості дітей та віку їхнього народження. Афективний компонент репродуктивної установки

пов'язаний зі ступенем вираженості емоцій, приязні та схвалення до процесу народження. Поведінкова сторона репродуктивної установки – це фактична кількість народжених дітей [3, с. 94; 4, с. 177; 25, с. 229].

На основі аналізу наукових джерел (В. Астахов [5], О. Бацилева [5], О. Васильченко [25], І. Пузь [5] та ін.) нами визначено, що об'єктивні чинники репродуктивної поведінки сучасних жінок мають регіональні особливості економічного, соціально-демографічного, екологічного, політико-інституційного, культурного, релігійного характеру. Суб'єктивні фактори репродуктивної поведінки складаються із залежності таких показників, як: потреба у дітях, традиції багатодітності, соціально-відповідального материнства, обумовлених рівнем матеріальних вимог, соціально-побутовими умовами, впевненістю у завтрашньому дні, задоволеністю допомоги від держави (рис. 1.1).

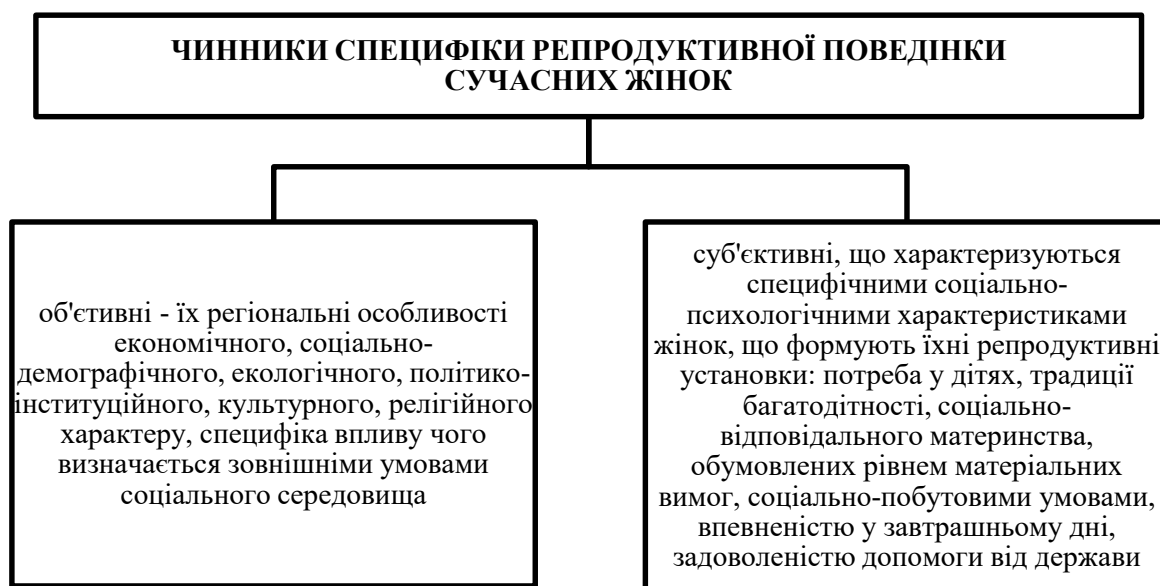


Рисунок 1.1. Чинники специфіки репродуктивної поведінки сучасних жінок

Особливості об'єктивних та суб'єктивних факторів репродуктивної поведінки сучасних жінок потребують специфічної методики їх аналізу. Так, об'єктивні чинники народжуваності можна описати за допомогою аналізу статистичних даних економічної, екологічної соціально-демографічної

ситуації регіону. Вимірювання суб'єктивного елемента у репродуктивній поведінці вимагає проведення масових опитувань громадської думки щодо виявлення особистісних установок жінок на дітонародження [25; 109; 161]. Дані свідчать про непропорційний ризик для жінок, насамперед, для репродуктивної функції. Доступ до охорони здоров'я та результати виходять за рамки індивідуальних ризиків і включають, на наш погляд, базований на результатах наукових праць авторів, вказаних вище, соціальні та структурні фактори, такі як: зменшення кількості місцевих медичних послуг та страхового захисту; обмежений доступ до освітніх та економічних досягнень і навіть фактори на рівні поведінкових характеристик лікаря, таких, як упередження та стереотипи (рис. 1.2).



Рисунок 1.2. Соціальні та структурні чинники специфіки репродуктивної поведінки жінок

Закон про захист пацієнтів і доступне лікування (далі – АСА) є прикладом втручання на рівні соціальної та структурної політики, що сприяє досягненню національних профілактичних цілей шляхом розширення доступу до медичної допомоги для мільйонів раніше незастрахованих і недостатньо застрахованих осіб [186].

Отже, репродуктивне здоров'я є одним з найважливіших компонентів загального здоров'я та особистих аспектів життя. Це означає, що жінки

повинні мати право на інформацію та доступ до безпечних, ефективних, доступних і прийнятних методів планування сім'ї, та на відповідні медичні послуги, права, які дозволяють жінкам пережити період вагітності і пологи. Турбота про репродуктивне здоров'я жінок повинна бути обов'язком держави і необхідністю визначення комплексу методів, способів, технологій і послуг, що сприятимуть репродуктивному здоров'ю та добробуту шляхом запобігання та вирішення репродуктивних проблем.

Психологічні аспекти здоров'я жінок репродуктивного віку, на наше переконання, передбачають їхнє усвідомлення значущості та сутності психологічного здоров'я у контексті продовження роду, що детерміновано об'єктивними та суб'єктивними чинниками репродуктивної поведінки.

Подальшого дослідження потребує проблема материнства у сучасному світі, проаналізована на засадах різних методологічних підходів.

1.2. Материнство та культурно-історичні традиції

Людина як особистість розпочинає формуватися ще ранньому віці під впливом різних чинників, основним з яких є сім'я, що закладає в особистості, яка формується, моральні «ази». Роль сім'ї у становленні особистості людини підкреслює швейцарський мислитель Й. Песталоцці (1746–1827 рр.), який писав про те, що ідеал виховання та навчання – виховання та навчання в сім'ї, де «мати повинна давати дитині моральну їжу для її фізичного розвитку; око матері повинен постійно стежити за всіма душевними змінами, що відбуваються з дитиною» [74].

Становище жінки в соціумі, її місце та роль в різноманітній системі суспільних відносин, завжди були пов'язані з материнством. Про це засвідчують багаточисельні образи жінок, зафіксовані і збережені у різноманітних формах матеріальної та духовної культури [74]. Сучасна концепція пренатального виховання розпочала розвиватися з утворенням «Всесвітньої організації національних асоціацій пренатального виховання»

(далі – ОМАЕР) та активності її президента А. Бертіна [214]. Однією з головних цілей ОМАЕР є просвіта і навчання подружніх пар здоровому материнству та батьківству заради гармонійного розвитку майбутньої дитини, що має народитись.

Аналіз наукових джерел [3; 93; 98; 104] показує, що немає консенсусу щодо практичного визначення поняття «досягнення материнської ролі» у сфері догляду за новонародженими. Початкова взаємодія між матір'ю та новонародженим найчастіше розпочинається в лікарні, і на неї може впливати медичний персонал, тому варто уточнити це поняття. Перехід до материнства можна розглядати як важливу подію розвитку в житті жінок репродуктивного віку [104]. Процес досягнення материнської ролі повинен розпочинатися під час вагітності та тривати протягом перехідного періоду. Дослідники стверджують [98], що жодна інша подія в житті не передбачає такої різноманітності досвіду, охоплюючи біль, емоційний стрес, вразливість, фізичні травми, зміну ролі та прийняття нових обов'язків.

Схему для вивчення змінних, які впливатимуть на досягнення материнської ролі представила Т. Мерсер (1981) [205]. Компетентність у виконанні материнської ролі має значний вплив на якість батьківської поведінки та, зрештою, на соціальний розвиток дитини. Якість взаємодії між матір'ю та дитиною перших років життя дитини виявляється у тісному зв'язку з її когнітивними та мовними здібностями нині та у наступні роки.

Встановлення материнської ідентичності сприяє психосоціальному розвитку жінки. Культура є однією з найважливіших змінних, що впливають на розвиток материнської ролі [9]. Приміром, в іранській культурі дітонародження є соціальним і культурним зобов'язанням для жінок, і очікується, що жінки будуть мати дітей незабаром після шлюбу, що зміцнює інститут сім'ї [10]. На основі дослідження Ahmadifaraz et al. (2014), іранські жінки емоційні та зосереджені на дитині, і вони завжди відчувають стурбованість належним виконанням материнської ролі [151]. Медичні працівники, як фасилітатори цього процесу, повинні знати про психологічну

адаптацію, яка полегшує процес досягнення материнської ролі в культурних групах, щоб забезпечити відповідну культурно-дружню допомогу [31, с. 13].

Аналіз наукових джерел показав складність і брак ясності у використанні термінів для понять і змінних досягнення материнської ролі [62; 93; 104]. Концептуалізація досягнення материнської ролі не тільки покращує розуміння цієї концепції та визначає, як медсестри можуть допомогти матерям, але також забезпечує основу для інструментів вимірювання, а також проектування та розробки моделей догляду шляхом визначення розмірів і характеристик концепції. Визначення досягнення материнської ролі, термін «материнський» означає ставлення до матері, особливо під час вагітності або незабаром після пологів [3]. Термін «роль» визначається як функція, яку виконує особа або предмет у конкретній ситуації [93], а поняття «досягнення» визначається як дія або факт досягнення мети, над якою людина працювала, особливо навички або освітні досягнення [93].

Досягнення материнської ролі Т. Мерсер визначає: «Процес, у якому мати набуває компетентності в цій ролі та інтегрує материнську поведінку в свій встановлений набір ролей, щоб вона ідентифікувала себе як мати» [205]. Відповідно до переконань Е. Фаулза, досягнення материнської ролі як передбачувана компетентність матері описується її здатністю доглядати за дитиною та її харчуванням, а також суб'єктивною оцінкою дитини та себе як матері [176]. За визначенням К. Бібрінга, досягнення материнської ролі стосується змін, викликаних вагітністю та народженням дитини, і це набір завдань розвитку, у яких жінка повинна бути експертом [161]. Перехід до материнства – це, як правило, глибока зміна власних почуттів і методів спілкування зі світом.

Таким чином, поняття «материнство» визначається певними культурно-історичними традиціями (конкретним історичним періодом; особливими традиціями релігії та окремої країни тощо). Проте в усі історичні часи роль жінок репродуктивного віку однозначно ототожнювалася із материнством – тобто виконанням материнської ролі, що виявлялося не лише у зачатті,

виношуванні та народженні дитини, а системної та систематичної опіки-відповідальності за загальне формування та розвиток дитини.

У результаті аналізу наукових джерел [161; 176; 196; 205] нами виокремлено такі ключові слова / словосполучення, що визначають сутність поняття «материнство»: «процес у природі», «складний і багатовимірний», «розвивальний», «інтерактивний і взаємний», «адаптивний і відданий», «психодинамічний», «безперервний процес», «індивідуальний процес», «поєднання соціальних, політичних, культурних і екологічних факторів» тощо.

Узагальнимо аспекти материнства, представлені у наукових дослідженнях:

- когнітивний, соціальний, психологічний, поведінковий та емоційний аспекти [176; 197];

- переважно соціальний, когнітивний процес, який пов'язаний з культурним і сімейним контекстом і характеристиками матері та дитини, і відгуки однолітків важливі для підтвердження належного функціонування [205];

- не тільки важкий емоційний і фізичний досвід, але й супроводжується коригуванням поведінки [141, с. 274], адже мати потребує реструктуризації цілей, поведінки та обов'язків [56];

- «материнські когнітивні поведінкові навички» як компетентність вирішення проблем [92], навички матері, чутливість, емпатична реакція та виховання [92–93; 95]; когнітивні здібності, а також емоційна та поведінкова регуляція [32];

- розвиток [95];

- стресовий процес, особливо для молодих матерів [20]; головний життєвий стрес, адже супроводжується значущими фізичними, когнітивними та психосоціальними змінами, що відбуваються під час вагітності та раннього материнства [20; 94];

- інтерактивність і взаємність – взаємодія між матір'ю та новонародженими, що розпочинається з прихильності до дитини [5; 32; 104]; мати стає прив'язаною до свого немовляти і набуває повноважень у своїй ролі матері, формується емоційний зв'язок між матір'ю та її дитиною (Т. Мерсер [205]);

- соціальна підтримка [1; 9; 23; 28; 37];
- професійна підтримка [19; 27; 38; 39];
- підтримка членів сім'ї [9; 18; 27];
- підтримка подружжя [9; 18; 22; 25].

Іншим складником концепції материнства, з точки зору культурно-історичних традицій, дослідники визначають «емоційні та фізичні характеристики матері» [93]. Елементи емоційних та фізичних характеристик матері, узагальнено нами на підставі аналізу наукових праць, як:

- фізична близькість матері до немовляти [9; 27; 34; 35];
- особистість і риси характеру матері (темперамент, емпатія та ригідність) [1; 9; 26; 31];
- стан здоров'я матері [1; 27];
- емоційне та фізичне благополуччя матері [25; 43].

Висновки цієї концепції були класифіковані нами на такі категорії:

- «формування материнської ідентичності», тобто як прийняття жінки репродуктивного віку себе як матері [1; 2; 44];
- адаптація до материнської ролі [22; 28; 42];
- набуття впевненості [2; 18; 23; 24; 32] і компетентності у своїх рішеннях [1; 9; 18; 22; 34; 44; 45];
- «формування материнських навичок», як материнська компетенція в ролі та продуктивності [30; 31; 35; 36; 43];
- розвиток матір'ю власного унікального набору материнської поведінки [25; 39];
- «підвищення материнського благополуччя», як посиленого материнського емоційного здоров'я [2; 25; 27];

- задоволення від ролі матері [9; 22; 25; 26; 29; 39];
- «неонатальний розвиток» (новонароджений розвиток [3–4]), як когнітивний, поведінковий, фізичний, соціальний розвиток новонародженого [23; 27; 29];
- «сприяння взаємодії мати-дитина» [27; 32; 44];
- відчуття задоволення та любові [1; 2; 25; 35; 36; 46], усвідомлення поведінки дитини [24; 31].

Отже, поведінкові аспекти материнства суголосні емоційному станові матері, детерміновані її ставленням до дитини.

Кілька інструментів було використано в численних дослідженнях для вимірювання цієї концепції, включаючи шкалу «Яка я мати», розроблену Вейкером (1980) [236], шкалу «Моя дитина», розроблену Ю. Вейкером (1980) [236], і шкалу сприйманої компетентності, розроблену Р. Ратледжем і П. Прідхемом (1987) [219]. Оцінка понад 45 балів за шкалою «Яка я мати» та оцінка понад 30 балів за шкалою «Моя дитина» та оцінка понад 4 за шкалою сприйманої компетентності означає успіх у досягненні ролі матері [236].

Цікавий погляд на материнство описав К. Юнг, запропонувавши низку архетипів материнства: від жінки, яка повністю втрачає себе і розчиняється в материнстві, проживаючи тим самим не своє життя, а життя своїх дітей, заважаючи при цьому їхньої власної самоідентичності, до жінки, холодної до материнства. К. Юнг вважав, що «мати – перший світ дитини і останній світ дорослого» [188].

В одній із наших окремих публікацій ми зазначаємо, що «материнство, поряд з традицією і за допомогою неї, виступає одним з механізмів трансляції культурних цінностей. З материнством пов'язані багато культових обрядів і ритуалів, що зустрічаються практично у всіх народів світу, які знайшли своє відображення у фольклорі, міфологічних і релігійних уявленнях» [93, с. 88]. О. Духнович ставив акцент на тому, що, передусім, «батьки повинні дітей... здоровими народити» [48], а здоров'я дитини, як відомо, бере початок у психічному та фізичному здоров'ї батьків. Тому закликав батьків уникати

будь-яких негативних емоційних впливів, адже процвітання нації залежить від міцної і здорової родини. Вимагав від усіх дорослих людей з великою осторогою ставитися до одруження, у результаті якого вони мають брати на себе повну відповідальність за здоров'я нової генерації людського покоління. Закликав уникати розбещеності в особистому житті, адже okazionale знайомство і несерйозне одруження, на думку педагога, може принести чималу шкоду дітям, їхньому майбутньому розвитку. Формально не визначаючи материнську любов як найважливішу складову освітнього середовища, швейцарський педагог І. Песталоцці (1746–1827) вважав її найважливішим засобом морального ставлення до світу та людей: «Впливаючи таким шляхом, материнська сила та материнська відданість природно розвивають у немовляти паростки любові та віри. Ця сила і ця відданість покликані підготувати та закласти основи благодіючого впливу батьківської сили, братерського та сестринського почуття і таким чином поступово поширити дух любові та довіри на коло сімейного життя» [74]. Материнська любов, на переконання Й. Песталоцці, сприяє розширенню «кола людського кохання та людської віри» дитини [74].

Не без уваги до питання про матерів, як про перших педагогів, писав у своїх працях Ж. -Ж. Руссо. У 1762 р. Ж. -Ж. Руссо оприлюднив роман-трактат «Еміль, або про виховання». У першій книзі «Еміля...» автор дав низку конкретних вказівок про виховання у ранньому дитинстві (до двох років), що стосуються переважно догляду за дитиною: її харчування, гігієни, загартовування тощо. Ж. -Ж. Руссо вважав, що першочергова турбота про дитину повинна належати матері, яка вигодувала його своїм молоком. «Немає матері, немає і дитини!» – вважав він. Найважливіше завдання виховання – створити гармонійно розвинену людину, яка повинна взяти в майбутньому корисну участь у житті соціуму. Моральність формується в дитині завдяки постійним вправам у справах, які приносять користь іншим, безкорисливу допомогу, повагу до старших. Найпростішим елементом морального виховання є любов дитини до матері. У ранньому віці таке кохання будується

лише на задоволенні потреб дитини. З віком дитина розуміє, що мама віддає всю себе, щоб добре її виховати. І тільки до двадцяти п'яти років у неї формується повне уявлення про те, як важко було батькам виховати його. Саме в цей момент у дитини складається почуття поваги до батьків, що старіють, і тут виявляються ті моральні якості, які були у нього закладені ще у школі, але які розкриваються лише у сім'ї. Саме у сім'ї закладаються основи моральної поведінки дитини. «Отчий дім, – наголошує Й. Песталоцці, – ти школа вдач» [74].

Таким чином, якісне материнство, виконання жінками репродуктивного віку материнської ролі передбачає багатоаспектну відповідальність передусім жінки-матері за гармонійний розвиток та виховання дитини як особистості.

Отже, на підставі аналізу наукових джерел досягнення материнської ролі жінками репродуктивного віку визначається нами як багатовимірний, комплексний, інтерактивний, адаптивний і цілеспрямований процес, що передбачає виявлення вагітності, когнітивно-поведінкові материнські характеристики, формуючи материнську ідентичність та материнські навички. Конструктивне виконання материнської ролі потребує соціальної підтримки, зокрема у період неонатального розвитку, що має виявлятися у сприянні взаємодії матері та дитини та підвищенні добробуту матері. Таким чином, нам вдалось уточнити характеристики концепції досягнення материнської ролі, а також показали, що ця концепція є широким процесом, багатовимірним і на нього впливають різні фактори, такі як материнська підтримка та стійкість. Розуміння факторів, що впливають на досягнення материнської ролі, може стати першим кроком у покращенні якості догляду за новонародженими та їхніми батьками, зокрема матерями як жінками репродуктивного віку. Очевидно, значущим є окреслення психологічної характеристики жінок репродуктивного віку, зокрема із порушенням зазначеної функції.

1.3. Психологічна характеристика жінок із порушенням репродуктивної сфери

Народження та виховання дітей є надзвичайно важливими подіями в житті жінки і тісно пов'язані з кінцевими цілями повноти, щастя та сімейної інтеграції. Визнано [10], що людське існування досягає повноти та задовольняє потребу індивіда у відтворенні через власну дитину. Народжуваність людини, порівняно з іншими видами тваринного світу, на жаль, низька.

Репродуктивна система, як будь-яка ендокринна система є саморегулювальною і працює за принципом позитивного та негативного зворотного зв'язку, підпорядкованого певним циклічним ритмам [127].

У зарубіжних дослідженнях починаючи з 90-х рр. ХХ ст. інтенсивно вивчаються психосоматичні та психотерапевтичні аспекти порушеної репродуктивної функції, зокрема зачаття та вагітності жінок репродуктивного віку [6; 9; 11]. Водночас проаналізовані дослідження [10; 68; 105] дозволяють узагальнити серед пацієнток виявлені психологічні особливості із різними формами репродуктивної дисфункції (порушення менструального циклу, гінекологічними захворюваннями, невиношуванням, затримкою внутрішньоутробного розвитку дитини, гестозами, ускладненнями менопаузи тощо). Зокрема, визначено, що до конкретних психосоматичних причин безпліддя у жінок зараховують: страх втрати професійних досягнень, страх зіпсувати фігуру, страх за власне здоров'я після пологів, страх відсутності материнського інстинкту, страх перед виношуванням дитини і страх самих пологів, страх відсутності особистого життя після пологів, власне пологи (В. Вінс, І. Горбенко, Т. Кузьменко [29]).

Тривале безпліддя, за браком результату лікування призводить до психоемоційних розладів особистості, а тривожні та депресивні розлади знижують ймовірність подальшого зачаття. Коли жінка репродуктивного віку тривалий час не може завагітніти, і причини не встановлені, у неї виникає

особливий психологічний стан, що породжує кризові переживання. Водночас у сучасному світі жінка схильна планувати народження дитини у певний момент свого життя [70].

Батьківство є головним перехідним моментом у доросле життя як для чоловіків, так і для жінок репродуктивного віку. За ступенем яскравості прояву (вираження) стрес через неспроможність мати дитину можна порівняти з сильними переживаннями, почуттям агресії, переживанням депресії, тривожності, почуттям нікчемності (Nachtigall at al. 1992) [182]. Діагноз «безпліддя» може призвести до надруйнівних психоемоційних наслідків. Більш ніж у 40 % жінок, які не можуть завагітніти та народити дитину, спостерігаються ознаки депресії, що за ступенем вираження можна порівняти з поведінкою пацієнтів, які мають серцеві захворювання або онкологію [5; 12]. Психіатричні відхилення виявлені у 44 % жінок репродуктивного віку з безпліддям, що на 15,3 % вище, ніж у здорових жінок [14]. У низці випадків, у пар з безпліддям встановлена психологічна патологія, що і є основною причиною, що перешкоджає настанню вагітності. У жінок репродуктивного віку, які не можуть зачати дитину, також констатують психосексуальні розлади [65].

Інститут шлюбу нині проходить серйозні випробування на збереження своєї цілісності. Саме сім'я є невичерпним джерелом любові, вірності та підтримки для кожної людини, де закладаються основи моральності, духовності та толерантності. Здорова, міцна сім'я – запорука стабільності та розвитку будь-якого суспільства. Основною метою, якої завжди прагнули всі подружні пари – це продовження свого роду. Для багатьох ця мета є найважливішою в житті, заради якої люди йдуть на найнепередбачуваніші вчинки, що можуть суперечити моральним, етичним та правовим нормам, адже, за статистикою, близько 20% подружніх пар не мають змоги народити власних дітей [62, с. 144; 90]. У рамках означеного виник комплекс медичних послуг у сфері допоміжних репродуктивних технологій.

Як не дивно, але негативний досвід зачаття безпосередньо у сім'ях іноді, а побічно завжди, позначається на зниженні народжуваності, а точніше на небажанні надалі мати дітей. Приміром, молода дівчина, спостерігаючи проблеми в сім'ях своїх рідних, знайомих чи просто близьких їй людей – навряд чи намагатиметься зазнати радості материнства. Щоб пара могла зачати дитину, у суворій послідовності має відбутися низка процесів, якщо хоча б одного з них не було чи відбувся запізно, здійснився не повною мірою, вагітність не настає. На наш погляд, чим вищий рівень особистісної тривожності, депресивного компонента жінки та незадоволеність відносинами з партнером, тим вища ймовірність неможливості завагітніти, виносити та народити дитину навіть за умови повноцінного, здорового соматичного стану жінки.

Непрямим, інколи прямим наслідком кризової дезорганізації сім'ї є психологічне насильство. Душевна (психологічна) травма не менш небезпечна для людини і може вплинути на її здоров'я набагато сильніше і глибше, ніж фізична недуга. Соціальна ситуація і система відносин у кризовій сім'ї також визначає індивідуальний життєвий уклад та у ставленні до різних «табу» [105].

Переважно для жінок репродуктивного віку діагноз «безпліддя», усвідомлення власної бездітності є найсильнішим стресом. Найчастішими емоціями, що переживають при постановці діагнозу «безпліддя» є невпевненість у майбутньому, розчарування, тривога, страх, гнів, напруга. Нині немає сумнівів, що з ефективної допомоги жінкам з безпліддям необхідна робота фахівців різного профілю, зокрема і психологів. Пацієнтки із встановленими причинами безпліддя використовують можливості адаптації до нових реалій життя, що включають професійні досягнення, соціальну та інтелектуальну активність для вирішення цієї ситуації та зниження нервово-психічної напруги. Жінки з ідіопатичним безпліддям (безпліддям неясного генезу [68]) характеризуються вираженою нервово-психічною напругою, невротичними реакціями, розвитком інфантильних якостей, регресивних форм

поведінки, незрілих видів психологічного захисту, зниженням активності, зміною мотиваційних установок [52; 68; 173].

Якщо говорити про індивідуально-особистісні особливості жінок із безпліддям неясної етіології (причини виникнення хвороби [174]), Fischer і Goldschmidt характеризують їх відповідно до двох стилів поведінки, не сумісних із материнством. З одного боку, це слабкі, психічно незрілі, інфантильні жінки; залежність їхнього становища виступає яскравою ознакою такої характеристики. З іншого боку – амбітні, агресивні кар'єристки, що позиціонують себе в чоловічій ролі з вираженим прагненням до домінування [179].

Найчастіше у жінок із порушеннями у репродуктивному здоров'ї спостерігається негативно забарвлене уявлення про майбутнє материнство та взаємодію з дитиною, що негативно позначається на самопочутті та психологічному фоні жінки ще на стадіях планування та підготовки до вагітності та пологів. У жінок репродуктивного віку можуть з'являтися різні страхи майбутніх змін як у своєму тілі, так і в їхньому житті; неприйняття себе та своєї майбутньої ролі матері; негативний образ власного материнства. Тому значущість має психокорекційна робота та психологічна допомога жінкам репродуктивного віку з безпліддям. Ці психологічні заходи повинні мати цілісний і мультимодальний характер, мають бути орієнтовані на психологічні особливості жінок, спрямовані на корекцію дезадаптивних особистісних, емоційних, мотиваційно-вольових характеристик, враховувати характерологічну та соціальну специфіку. Емоційна сфера у жінок з невстановленою формою безпліддя, має негативний характер із глибокими переживаннями і тенденцією до депресії. Їхня поведінка характеризується односпрямованістю. Відмінною особливістю їх особистісного профілю виступає несвідоме почуття провини та агресія, підозрілість і ворожість стосовно оточуючих [5; 9; 15; 27].

У пацієнток із безпліддям неясної етіології знецінюються соціальні контакти, можуть втрачатись професійні інтереси та навички. Основними

завданнями психологічної допомоги жінкам із порушеннями репродуктивного здоров'я має бути всебічна підтримка, максимальний ступінь відкритості та поінформованості про те, що, як, чому з ними відбувається і що з цим робити; залучення до роботи рідних, близьких та інших фахівців з метою формування позитивного досвіду материнства, значущості дитини як життєвої цінності, вирішення внутрішньоособистісних конфліктів та гармонізації стосунків як із самою собою, так і зі значущими людьми в житті жінки.

Отже, враховуючи вказане вище, до психологічної характеристики жінок із порушенням репродуктивної сфери зараховуємо:

1. Несформоване почуття материнства, тобто, негативний досвід у стосунках із власною матір'ю та сім'єю (порушення в онтогенезі материнства), коли формується афективна (поведінка незадоволеності певних потреб [93]) та девіантна (поведінка, що не відповідає загальним стандартам [98]) материнська поведінка. Найчастіше на несформованість почуття материнства впливають невключеність і емоційна холодність матері в процесі догляду, турботи та розвитку дитини як на стадії внутрішньо-утробного розвитку, так і в післяпологовому періоді (зокрема, післяпологова депресія); жорстка, авторитарна поведінка матері; материнські фрустрації (характерні переживання та відповідна поведінка, зумовлені об'єктивними життєвими труднощами [93; 104]); депривації (брак можливості задовольняти необхідні психічні потреби [109]); емоційне неприйняття; неучасть матері в емоційному житті (немає почуття близькості з дитиною); несформована прихильність у діаді «мати-дитя»; незадоволеність матері своєю материнською роллю; конфліктні та важкі взаємини всередині сімейної системи; психотравмівні фактори та стресові ситуації всередині батьківської сім'ї тощо.

2. Базова недовіра до навколишнього світу (А. Кім, Д. Рікс зазначали, що почуття довіри до оточуючих і до світу залежить від якості отриманої материнської турботи) і як наслідок – підвищене бажання контролювати все навколо; надмірне планування; неприйняття нового; психологічна негнучкість; ворожість; негативні емоційні оцінки; напруженість;

тривожність; відчуття небезпеки від світу та контактів з іншими людьми; складнощі у комунікації [190; 192].

3. Спотворена і незріла статево-рольова і вікова ідентичність; психологічний інфантилізм і як наслідок невпевненість у собі; нестійка самооцінка; «застрягання» на негативних емоціях і переживаннях; спотворений образ власного «Я» і тілесності.

4. Деадаптивні способи вирішення внутрішніх та зовнішніх конфліктів, зокрема шляхом соматизації («отілеснення» негативних емоцій, що призводить до хвороб [12; 29]) та відходу в хворобу, через руйнування (деструкція та самодеструкція – відторгнення загальноприйнятних цінностей [29; 108]) себе, своєї особистості та свого тіла.

5. Неконструктивний психологічний захист та їх незрілість; низька стресостійкість; високий ступінь тривожності; схильність до агресивних; депресивних реакцій та відігравання (рис. 1.3).

Психологічна характеристика жінок із порушенням репродуктивної сфери				
Несформоване почуття материнства, тобто, негативний досвід у стосунках із власною матір'ю та сім'єю	Базова недовіра до навколишнього світу	Спотворена і незріла статево-рольова і вікова ідентичність; психологічний інфантилізм	Деадаптивні способи вирішення внутрішніх та зовнішніх конфліктів, зокрема шляхом соматизації	Неконструктивний психологічний захист та їх незрілість; низька стресостійкість; високий ступінь тривожності; схильність до агресивних; депресивних реакцій та відігравання

Рисунок 1.3. Психологічна характеристика жінок із порушенням репродуктивної сфери

Таким чином, результати нашого пілотного дослідження засвідчили як небажання надалі мати дітей унаслідок тривалого негативного досвіду зачаття, так і залежність ймовірності неможливості завагітніти, виносити та народити дитину навіть за умови здорового соматичного стану жінки від рівня особистісної тривожності жінок репродуктивного віку, їхнього депресивного компонента та незадоволеності стосунками з партнером. До психологічної характеристики жінок із порушенням репродуктивної сфери зараховуємо: несформоване почуття материнства, тобто, негативний досвід у стосунках із власною матір'ю та сім'єю; базову недовіру до навколишнього світу; спотворену і незрілу статево-рольову і вікову ідентичність; психологічний інфантилізм; дезадаптивні способи вирішення внутрішніх та зовнішніх конфліктів, зокрема шляхом соматизації; неконструктивний психологічний захист та їх незрілість; низьку стресостійкість; високий ступінь тривожності; схильність до агресивних; депресивних реакцій та відігравання.

Соціальне нехтування означеного призводить на державному рівні до погіршення демографічної ситуації.

1.4. Демографічна оцінка материнства в Україні

Демографічна ситуація в Україні є найважливішою складовою економічної, військової, соціальної безпеки у країні. Згідно із даними Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птахи чисельність населення України, може скоротитися більш ніж на 12 млн. осіб та депопуляція стала характерною особливістю для України, коли тенденцію скорочення населення здолати вже практично неможливо.

На момент здобуття Україною незалежності у 1991 р. чисельність населення складала 51,9 млн. осіб і за цим показником вона входила у шестірку найбільших країн Європи [131]. Однак, за 30 років незалежності населення країни скоротилося на 10 млн. осіб, а коефіцієнт народжуваності на одну українку у 2020 р. становив 1,22 % [143]. Це один з найнижчих показників у

світі. Нині Україна належить до демографічно проблемних країн світу. За даними Держстату станом на 1 грудня 2021 р., чисельність населення України визначалася у 41,2 млн. осіб (без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя) [84; 143].

Ще раніше в ООН заявляли, що Україна опинилася серед лідерів за темпами скорочення населення в світі і до 2050 р. кількість українців може зменшитись до 35 млн. осіб [131]. Згідно із прогнозом Національної академії наук України до кінця XXI ст. населення України може скоротитися навіть до 22 млн. осіб [90; 132]. Загалом такий процес характерний для більшості європейських країн, де проблема зростання населення вирішується за рахунок імміграції [37; 44]. Цією проблемою займається низка науковців [37; 62; 68; 78], але вирішити цю проблему складно, оскільки в країні немає достатніх фінансових ресурсів, а держава не може фінансувати всі програми. Особливості демографічної ситуації в Україні формуються під впливом зовнішніх і внутрішніх факторів, зокрема природних умов, основного генофонду, правових, моральних і релігійних норм, адміністративно-нормативних актів, екологічних умов проживання тощо.

До основних демографічних показників згідно із науковими джерелами [62; 68] належать: народжуваність; смертність; природний рух населення; одруження; статево-вікова структура. Сучасна демографічна ситуація негативно позначиться на майбутніх поколіннях з причини зниження добробуту українців, що спричинило спад народжуваності. Соціальні катаклізми в демографічній історії України були настільки «закономірними» та значними, що призводили до значного зменшення чисельності її населення, що негативно вплинуло на природний процес самовідтворення сім'ї та спричинило глибокі наслідки в економіці, інтелектуальному та соціальному розвитку України загалом.

Отже, серед причин демографічної кризи важливе місце посідають економічні проблеми, нестабільність, розчарування населення в політиці керівництва країни. Нині навіть державні виплати молодим батькам не

допомагають подолати демографічну кризу. Не можна забувати і про такий фактор, як міграція населення. Значна кількість українців, які працюють за кордоном, не тільки заробляють гроші, а й шукають можливість залишитися там жити назавжди. Якщо брати до уваги всі чинники, які впливають на можливість стабільного демографічного зростання, можна констатувати надзвичайну актуальність проблеми.

Демографи стурбовані насамперед довгостроковими тенденціями, оскільки це може спричинити скорочення працездатного населення України. Окремі фахівці стверджують, що помітним стало зменшення працездатного населення вже з 2012 р. [37; 59, 101]. Останні кілька років в Україні чітко простежується тенденція до поступового зменшення числа шлюбів (2020 р. зареєстровано 167,9 тис. шлюбів, тоді як у 1991 р. цей показник відповідав 493 тис.) та стабілізації кількості розлучень. У суспільстві посилюється неформальні шлюбно-сімейні стосунки. Зростає кількість дітей, які народжуються поза шлюбом; збільшується кількість одиноких матерів (серед усіх розлучених жінок понад 90% становлять жінки фертильного віку).

Динаміка загального коефіцієнта смертності в Україні має хвилеподібний характер. У 2021 р. на 1000 осіб наявного населення припало 18,5 смертей. За роки незалежності українська система охорони здоров'я досягла певних успіхів у захисті життя новонароджених, зокрема за рахунок дотримання санітарно-гігієнічного режиму і виконання протиепідемічних заходів, виділення державних коштів на забезпечення неонатальних відділень необхідним медичним обладнанням, а також завдяки активному впровадженню профілактичних заходів із покращення репродуктивного здоров'я жінок [68]. У 2021 р. коефіцієнт смертності немовлят знизився до рівня 7,2 померлих на 1000 живонароджених, що відповідно до міжнародної оціночної шкали є гранично надзвичайно низьким рівнем. В Україні сформувалася консервативна структура причин смерті, за якої високий рівень смертності від ендогенних причин поєднується зі значною часткою смертей, спричинених зовнішніми факторами. За 2005–2021 рр. в середньому 78,8 %

усіх летальних випадків були зумовлені трьома класами причин смерті: хвороби системи кровообігу (61,3%), пухлини (11,1%), смерть від зовнішніх причин (6,5 %). Варто також зазначити, що в 2021 р. 12,3 % усіх смертей було спричинено COVID-19. Крім того, за роки незалежності в Україні спостерігаються зміни в структурі смертей за класами її причин. Загальна частка смертей від хвороб системи кровообігу в період 2005-2021 рр. (передусім ішемічної хвороби серця) зменшилась на 2,4 п.п., питома вага смертей від новоутворень – на 1,3 п.п., а частка зовнішніх причин смерті, зокрема, транспортні нещасні випадки, навмисне самоушкодження та інші зовнішні причини, скоротилася на 4,9 п.п [68; 70].

Також варто звернути увагу на суттєві відмінності у структурі померлих за класами причин у розрізі статі (табл. 1.1). У 2021 р. в Україні майже 65 % усіх летальних випадків серед жіночого населення сталися через хвороби системи кровообігу. Для чоловіків цей показник є значно нижчим (55 %), оскільки питомішу вагу становлять смерті від новоутворень (12,3 %), зовнішніх причин (6,7 %), хвороб органів травлення (4,5 %) та дихання (4,4 %), деяких інфекційних і паразитарних хвороб (1,3 %).

Таблиця 1.1

**Розподіл померлих за статтю та класами причин смерті
в Україні в 2005 та 2021 рр.**

Класи причин смерті	рік, %		рік, %		Структурні порушення, п.п.	
	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чоловіки	Жінки
Хвороби системи кровообігу I00-I99						-6,8
Новоутворення C00-D48					-0,6	-1,6
Зовнішні причини смерті V01-Y98					-7,0	-2,3
Хвороби органів травлення K00-K93					-0,6	-0,4
Хвороби органів дихання J00-J99					-0,7	
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби					-2,1	-0,4

A00-B99						
Інші хвороби, зокрема:						
вірус ідентифікований	—	—			—	—
вірус неідентифікований	—	—			—	—
Разом					X	X

Зокрема, за даними таблиці 1.2, можна спостерігати, що за всіма віковими групами смертність чоловіків вища, ніж жіноча. Особливо збільшення рівня чоловічої смертності спостерігається у віці 35 років і старше. Звичайний індекс надсмертності у 2021 р. становив 1,104 (1). Тобто смертність чоловіків переважає жіночу смертність на 10,4 %, навіть при тому, що вікова структура жіночого населення значно старіше за чоловічу [132].

Таблиця 1.2

**Розподіл вікових коефіцієнтів смертності за статтю
в Україні, 2021 р.**

Вікова група, років	Структура середньорічної чисельності наявного населення у 2021 році, %		Вікові коефіцієнти смертності, ‰		Вікова структура стандартного європейського населення, %
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	
0–4					
5–9					
10–14					
15–19					
20–24					
25–29					
30–34					
35–39					
40–44					
45–49					

50–54					
55–59					
60–64					
65–69					
70 і старше					
Разом					

Пріоритетні заходи, спрямовані на вирішення цих проблем, реалізуються у Національних програмах «Планування сім'ї» [115] і «Діти України» [114], а також у Довгостроковій програмі покращення становища жінок, сім'ї, охорони материнства та дитинства [111]. Однак зусилля, що додаються, на жаль, не дали поки можливості зупинити негативні процеси у відтворенні населення України. Як показують прогнози розрахунки, ці тенденції, незважаючи на їхню крайню небажаність, матимуть місце і надалі.

Особливу тривогу викликає висока смертність населення у працездатному віці, при цьому як суттєву особливість слід відзначити таку статеву-вікову диференціацію: в усіх вікових групах населення від 20 до 50 років смертність чоловіків утричі більше, ніж у жінок. Таким чином, прогресувальна загальна тенденція старіння населення України, що супроводжується зниженням народжуваності при відносній стабілізації високого рівня смертності, загострення проблем сім'ї, наявність значного міграційного відтоку населення, причому переважно у працездатному віці, обумовлюють дуже складну ситуацію у сфері відтворення населення [132].

Кризові тенденції у демографічному стані за останні 2 роки найбільш концентровано виявляються у таких, визначених нами, показниках:

- природний приріст населення, став негативним і неухильно продовжує зменшуватися, рівень загальної смертності населення є одним із найвищих серед країн Європи; за 2021 р. померло 714 263 громадян, народилося 271 984 дітей;
- середня очікувана тривалість життя зменшилась на 3,5 роки;

- основною причиною скорочення тривалості життя є високий рівень передчасної смертності чоловіків працездатного віку;
- чисельність дитячого населення стрімко скорочується.

Тому всі сфери суспільства мають активно діяти у напрямі оптимізації демографічної ситуації, розробляти програми, щоб зміцнити у країні людський потенціал [111; 131; 132].

Як зазначаємо у окремій публікації: «прогресуюча загальна тенденція старіння населення України, що супроводжується зниженням народжуваності при відносній стабілізації високого рівня смертності, загострення проблем сім'ї, наявність значного міграційного відтоку населення, причому переважно у працездатному віці, обумовлюють складну ситуацію у сфері відтворення населення» [51, с.]. Спеціально розроблена відповідно до світової моделі національна система планування сім'ї в Україні, діяльність якої спрямована на формування у населення безпечної статевої поведінки, зацікавленість у збереженні та вдосконаленні особистого здоров'я та основи відповідального батьківства стало основою виховання репродуктивної функції молодого покоління та підтримання в подальшому. До недавнього часу Служба планування сім'ї (далі – СПС) мала понад 500 установ [116].

На нашу думку, сьогодні недооцінюються послуги Служби планування сім'ї, як на національному, так і на регіональному рівні, оскільки в умовах реформування штат СПС буде скорочено, і центри СПС закриваються, що потребує негайного організаційного втручання. Основним напрямом діяльності СПС є цілеспрямована робота з підготовки молоді зі статевої культури та підготовки до створення сім'ї [116]. Службою охорони материнства в Україні, вирішуючи проблеми здоров'я підлітків, продемонстровано ефективність профілактичних заходів на цьому етапі безпосередньо перед початком вагітності, що важливо на сьогодні для модернізації ролей лікарів загальної практики. За десять років роботи в Україні СПС довела свою ефективність у подоланні основних причин збоїв в галузі репродуктивного здоров'я: запобігання незапланованій вагітності, яка

зазвичай у 90% випадків закінчується штучним перериванням вагітності, і падінням рівня захворюваності, що передається статевим шляхом [116].

Нині до вказаних вище причин зниження темпів демографічного відтворення населення додалися пандемія Covid-19 та війна в Україні. При цьому слід зазначити, що всі перераховані пункти є, на нашу думку, спільними для регіонів України:

- високий рівень вимушеної міграції населення в районах, підконтрольних Україні та європейським країнам;
- зниження економічного рівня забезпечення населення;
- постійний страх за життя і здоров'я близьких;
- зниження рівня постійного доступу до об'єктивної інформації;
- погіршення якості життя;
- погіршення якості середовища проживання (екологічного);
- порушення комфортного способу життя.

Аналіз поданих у таблиці зведених даних про наслідки впливу вказаних вище причин на медико-демографічну ситуацію в Україні свідчить про те, що цей вплив є надзвичайно негативним і складним. Негативні медико-демографічні наслідки відображаються на зростанні захворюваності населення соціально значущими захворюваннями, такими, як: злоякісні захворювання пухлини; захворювання системи кровообігу; цукровий діабет; захворювання органів дихання з підвищенням частоти виявлення захворювань у запущеній стадії або з їх ускладненнями; психічне виснаження населення зі зростаючим ступенем психічних і психологічних проблем, високим є зростання кількості наркотичних, алкогольних та інших залежностей як причина розвитку самодеструктивної поведінки. Виникає ризик підвищеного ризику захворюваності населення на інфекційні та паразитарні хвороб, зокрема: туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гострі сезонні вірусні інфекції тощо, включно з вакцинокерованою вакцинацією (результат зниження, а в деяких регіонах припинення вакцинації населення) та гострих епідемічних спалахів кишкових захворювань тощо [88; 139].

Звертаємо увагу, що не надаємо показники втрат серед військових та мирного населення, збільшення смертності, у тому числі передчасної та насильницької смерті також у частих випадках бракові необхідної медичної допомоги від моменту повномасштабного вторгнення до нашої країни.

Українські демографи дають такі рекомендації щодо покращення демографічної ситуації у країні:

1. Державна підтримка здорового способу життя [83]. Передчасна смертність в Україні часто пов'язана із захворюваннями серцево-судинної системи. Профілактикою таких захворювань є висока фізична активність, здорове харчування, достатній сон і брак шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю і наркотики).

2. Підвищення якості життя та стабільності [132]. Покращити стан за рахунок ґрунтовних економічних та соціальних реформ, що підвищать народжуваність в Україні.

Повністю погоджуючись із вказаним вище, додатково виокремимо такі шляхи покращення демографічної ситуації у країні:

1. Матеріально-правова підтримка батьків, насамперед жінок репродуктивного віку, для чого необхідно передбачити додаткові кошти для утримання та розвитку у сім'ї дитини, а також тривалу відпустку за доглядом дитини.

2. Формування стресостійкості населення, зокрема жінок репродуктивного віку як майбутніх матерів.

Таким чином, із 1990-х рр. Україна пережила демографічну кризу, яка охопила: явища депопуляції, старіння населення, високу еміграцію, передусім, до європейських країн, зменшення тривалості життя, яке погіршилося у 2022 році і спричинило демографічну катастрофу з урахуванням внаслідок військових дій. Натомість є рекомендації щодо внесення зміни до функціонування бізнесу, із внесення змін до чинного законодавства про охорону здоров'я, щоб уможливити вказане вище.

1.5. Психосоматичні аспекти порушень репродуктивної сфери жінок

Напрями психології, що вивчають проблему безпліддя, нині набули динамічного розвитку. Перинатальна психологія та психологія репродуктивної сфери – близькі за змістом поняття, але є деякі відмінності. У контексті перинатальної психології, акцент мимоволі переміщується на вагітність і пологи, а також постнатальний період; коли йдеться про репродуктивну систему загалом, охоплюємо набагато триваліший період нашого життя. Друге із зазначеного видається нам дотичним репродуктивних труднощів.

У сучасній медицині важливим є наукове дослідження зв'язку між фізичним і психічним станом людини [60; 80; 145]. Водночас вплив фізичних факторів на психіку до кінця не вивчено. Ще давньогрецькі філософи Платон і Арістотель описували фізичні наслідки емоцій (протиставляючи два походження людини – диспропорцію та рівновагу між розумом і фізичним тілом, дисбаланс між якими призводив до їх розладів) [80; 146].

У 1818 р. німецький психіатр І. Хайнрот уперше ввів у науковий обіг поняття «психосоматична медицина» [228]. У 1922 р. Б. Барратт ввів термін «соматична психологія», щоб підкреслити домінування фізіологічних факторів у розвитку тих чи інших нервово-психічних розладів. У медицині психосоматична медицина була офіційно встановлена як прикладний психоаналіз. У сучасній медицині та психологічній науці психосоматична медицина є складним і суперечливим явищем, з точки зору розуміння дійсного патогенезу, його прийняття та безпосереднього вивчення. В енциклопедичній літературі психосоматична медицина вважається розділом психосоматичної медицини та психології, що вивчає вплив психологічних факторів на виникнення соматичних захворювань [159].

Можна констатувати, що в медицині симптоми психосоматичних захворювань чітко простежуються і виділяються, але в практичній роботі

фахівці не завжди застосовують їх до проблеми захворювань репродуктивної сфери. На основі аналізу теорії «Розуму та Тіла» [159] можна сказати, що навіть короточасні стресові ситуації можуть мати глибокий вплив на організм, змінюючи фундаментальні біологічні процеси та відіграючи важливу роль разом з іншими факторами. Вважаємо науково актуальним бачення щодо взаємодії між психічним і тілесним, зокрема у жінок репродуктивного віку. Важливим є також вплив власне органічного захворювання на психоемоційний стан хворого.

Встановлено, що соматичне захворювання безпосередньо впливає на психіку при соматопсихічних захворюваннях або серйозна соматична хвороба виступає як психотравма, а психічні порушення мають психогенний характер. Як зазначають Т. Блеквелл та Дж. Резніченко, у випадках соматопсихічних захворювань можна часто спостерігати дію обох механізмів [163].

За наявності органічного захворювання людина може реагувати двояко: по-перше, реагувати на стрес або фрустрацію, демонструючи невротичні розлади (психологічні та психопатологічні прояви), а по-друге, психосоматичними захворюваннями (соматизація психічних проблем). Ці порушення наочно демонструють певні способи переживання внутрішньоособистісних конфліктів – психічного і соматичного. Безпосередньо невротична реакція може проявлятися в умовах гострого чи хронічного стресу, а психосоматичний варіант, найчастіше, під впливом хронічного впливу стресових чинників [29; 117].

У науці є низка теорій виникнення психосоматичних захворювань. У теорії захисних механізмів психосоматичні розлади розглядають як варіант невдалої адаптації до стресової ситуації. Х. Ван зазначив, що хронічний гінекологічний біль у жінок пов'язаний із сексуальним насильством у дитинстві та припускає соматичний прояв пригнічених хворобливих психологічних спогадів [169]. У авторській моделі двошелонної лінії «оборони» здоров'я Ф. Мурру акцентує увагу на тому, що психосоматичний процес складається зі стадій: спроби справитися з проблемою психологічними

засобами, витіснення та соматизації [206]. П. Куттер вказує на початок психосоматичного процесу за пошкодження тканин внутрішніх органів і вважає, що психосоматичні проблеми викликані беззахисністю людини та виникають зокрема за браком підтримки значущих осіб [196]. Г. Аммон ставить акцент на тому, що захисний психосоматичний механізм сприяє уникненню людиною усвідомлення важких життєвих проблем чи відмежуванню від руйнівної поведінки значущих близьких [156].

Особливої уваги заслуговує «теорія емоційної специфічності» Ф. Александера як модель патогенезу психосоматичних захворювань. Вчений у середині XIX-го ст. довів роль впливу емоцій на розвиток психосоматичних розладів та захворювань. Автор звертає увагу на те, що до тілесних порушень призводять не тільки фіксовані емоції, але й безпосередньо процес їх витіснення. Він також наголошує на специфічності психологічних чинників, що спричинюють захворювання, які виражаються фізіологічною реакцією на адекватні та патогенні емоційні стимули, й впливають на якість прояву емоцій. Це вказує на те, що саме специфічні емоційні конфлікти співвідносяться зі специфічною соматичною симптоматикою. Ф. Александер зазначає, що стресогенна життєва ситуація здатна активізувати специфічний емоційний конфлікт і сприяти появі захворювання. Отже, психосоматичні порушення пов'язані з психологічною специфічністю, тобто з особистісним шаблоном емоційних реакцій та з психофізіологічною вибірковістю – вибірковим впливом емоцій [179]. Водночас це засвідчує, що особливості виявлення психосоматичних порушень мають у своїй основі психологічну складову, адже пов'язані з індивідуальним стереотипом емоційного реагування людини та психофізіологічними аспектами вибіркового впливу емоцій – симпатикотонією або ваготонією. Крім того, Ф. Александер окремо вказував на «вегетативний невроз» - психосоматичне захворювання, викликане хронічним вегетативним супроводом тривалих (фіксованих) емоцій, яке не має виходу і вивільнення, і відрізняється від «хвороби вираження» (конверсії) [179]. Слабкою та уразливою ділянкою, що найчастіше зазнає змін через

негативні емоційні вияви, є певна вразливість певних органів. За словами Ф. Александера, безпосередньо дисменорея у жінок є наслідком послаблення контролю «Его» над психосексуальними конфліктами, що повертаються через механізми психологічного захисту, сприяють підвищенню тривожності та змінам реакцій вегетативної нервової системи і призводять до її гіпертонусу. Саме вияви аменореї він вбачає у неспецифічному емоційному конфлікті неприйняття власної сексуальності жінкою [11; 179].

Відповідно до «теорії специфічності» встановлено, що на виникнення психосоматичного захворювання впливає органічний, соціальний і ситуативний чинники. Водночас вони були доповнені Ф. Александером такими, як: спадковість, родові травми, фізичні травми, хвороби раннього віку, індивідуальні особливості батьків, емоційний клімат у сім'ї, емоційні переживання у дорослому віці [179].

Отже, є тісний взаємозв'язок між психосоматичним захворюванням та емоційною сферою особистості, сформованою у ранньому дитинстві, а у дорослому житті вони актуалізуються і повторюються.

Слід виокремити також «адаптаційну теорію» К. Фук'є. Він вважає емоцію специфічною соматичною реакцією, що має тісний взаємозв'язок із конкретним адаптивним біологічним процесом [175]. Неадаптивність поведінкових дій у жінок з безпліддям, зазначає М. Адамов, спричинює внутрішню напруженість і порушує діяльність вегетативної нервової системи та в підсумку призводить до хронічних соматичних захворювань [1]. К. Хорні вважає основною причиною безпліддя витіснену психологічну травму в дитинстві та прямий підсвідомий конфлікт [183].

Отже, проведений нами теоретичний аналіз вказаних вище сучасних досліджень психосоматичної складової порушень репродуктивної сфери у жінок дозволив встановити, що ця проблема є недостатньо вивченою як у світі, так і в Україні. Установлено, що немає єдиної загальноприйнятої теорії щодо пояснення психосоматичних захворювань, але чинні – взаємодоповнюють одна одну. Серед чинних концепцій пояснення психосоматичних захворювань

виокремлюємо «теорію емоційної специфічності», «теорію специфічності», «адаптаційну теорію». Вбачаємо, що порушення фізичної та психічної єдності жінки, порушення репродуктивної сфери свідчать про зміни гомеостазу та дисгармонію в особистості. Низка гінекологічних захворювань жінки є наслідком вияву на тілесному рівні компенсації емоційних реакцій щодо актуалізації її природних інстинктів: материнство, жіночність та сексуальність. Також вважаємо, що захисну функцію щодо будь-якого негативного впливу може виконувати безпліддя психологічного характеру у жінок. Зазначене твердження будемо перевіряти надалі у нашому дослідженні експериментальним шляхом.

1.6. Медико-біологічні аспекти фертильності у жінок

Нині частіше зустрічаються порушення жіночої репродуктивної системи, що зумовлює загальний напрям медицини – репродуктивну медицину. Значуща кількість сімей має ті чи інші проблеми щодо зачаття, виношування і пологів. За даними Держстату, у 2017 році в Україні зареєстровано 38 168 випадків жіночого безпліддя (77,72% від усіх випадків жіночого та чоловічого безпліддя) та 10 945 випадків чоловічого безпліддя (22,23% у структурі). З 2018 року у зв'язку зі скасуванням форми звітності (наказ МОЗ України від 04.11.2018 р. № 1802) моніторинг поширеності жіночого та чоловічого безпліддя не проводиться [112]. У 2020 р. було розпочато 32 664 циклів лікування (стимульованих і нестимульованих), під час яких планувалося лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій та моніторинг росту фолікулів. Кількість початих лікувальних циклів методів допоміжних репродуктивних технологій, порівняно з 1999 р., у 2020 р. зросла у 26,6 разів. Серед причин безпліддя в період, починаючи з 2020 р., частіше зустрічається комплексний фактор (30,59 %), жіночий фактор (23,46 %), чоловічий фактор (12,65 %), фактор маткових труб (12,55 %), ідіопатичне безпліддя (6,00 %). З вікових

особливостей пацієнтів слід зазначити, що в циклах, розпочатих у 2021 р., найбільшу частку становила вікова група 35–39 років (26,41 %), група 30–34 роки (24,34 %), старші від 20 років (99 %). Пацієнтки 25–29 років становили 11,66 %, а пацієнтки до 25 років – 2,38 % (ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», Київ 2022) [39; 43; 103; 131].

Останні десятиліття характеризуються досягненнями щодо з'ясування причин зниження репродуктивного потенціалу жінки з віком, однак єдиної думки про першорядність яєчникового або гіпоталамо-гіпофізарного фактора не досягнуто. З одного боку, численними клінічними спостереженнями встановлено, що в пізньому репродуктивному періоді інволютивні процеси у вищих регулювальних центрах репродуктивної системи та в периферичних ендокринних залозах виникають одночасно [17; 123]. З іншого боку, поширена думка, що інволюція репродуктивної системи розпочинається з яєчкової ланки.

Зменшення кількості фолікулів супроводжується погіршенням їх якості, вважає Ф. Зімбардо [54]. Це призводить до неправильних гаметогенезу та запліднення, раннього розвитку ембріона та аномальної імплантації. Зі збільшенням віку у жінок у яєчниках діагностовано аномальну васкуляризацію. Зменшення перфузії крові в мікрооточенні ооцитів, що дозрівають, призводить до гіпоксії і тим самим до окислювального стресу.

За даними американських дослідників, за першого статистично значущого підвищення базального рівня фолікулостимулюючого гормону (далі – ФСГ), який припадає в середньому на кінець третього десятиліття життя жінок репродуктивного віку, відбувається зменшення загальної кількості фолікулів. Це призводить до того, що зменшується кількість антральних фолікулів, які продукують гормон інгібін В, який визначає базальний рівень ФСГ. Із віком рівень інгібіну В знижується, що призводить не тільки до підвищення базального рівня ФСГ, але й до швидшої селекції домінантного фолікула і відповідно до ранньої овуляції. Усе це зумовлює

скорочення фолікулярної фази циклу. При цьому тривалість та інші показники лютеїнової фази не зазнають істотних змін [75].

Поряд із викладеним вище слід зазначити, що жінки пізнього репродуктивного віку частіше мають обтяжений гінекологічний анамнез, що відбивається у зниженні їхнього репродуктивного потенціалу [17]. Наявність тривалих запальних процесів в органах малого тазу, що супроводжуються склерозом тканин з порушенням живлення яєчникового фолікулярного апарату, хірургічне втручання в області малого тазу, генітальний ендометріоз суттєво зменшують оваріальний резерв [23].

Крім того, з віком прогресивне зниження фертильності спостерігається не лише через зменшення числа яйцеклітин [28], але й збільшення кількості дегенеративних ооцитів, анеуплоїдії та зниження частоти запліднення [28; 66].

Резюмуючи викладене вище, можна зробити висновок, що процеси «в'янення» репродуктивної системи обумовлені десинхронизацією гіпоталамо-гіпофізарно-гонадних відносин. Екстракорпоральне запліднення (далі – ЕКЗ) та перенесення ембріонів у матку визнані економічнішим та ефективнішим методом лікування безпліддя, проте, незважаючи на сучасні технології, його ефективність становить близько 33,1% на спробу, а у жінок пізнього репродуктивного віку не перевищує 15% [95; 138].

Серйозною проблемою ЕКЗ є повторні невдачі імплантацій – у досягненні вагітності після пересадки як мінімум 10 високоякісних ембріонів за кілька спроб. Причинами таких невдач є генетичні аномалії, порушення імунної системи, захворювання матки (синехії, міома, поліпи), патологічний стан маткових труб (гідросальпінкс, порушення моторики), тромбофілія, чоловічий фактор тощо [8].

Згідно з останніми дослідженнями Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ), приблизно 8–10 % пар стикаються з певною проблемою безпліддя. Загалом у світі це означає, що 50–80 млн. людей мають проблеми створення цілісної сім'ї. У США приблизно 5 млн. людей мають

проблеми з безпліддям, тоді як у Європі захворюваність оцінюється приблизно в 14 % [218].

Безпліддя визначається як неможливість завагітніти після спроб принаймні 6 місяців або одного року для жінок старше 35 років без використання засобів контролю за народжуваністю та при регулярних статевих актах. Допоміжна репродукція включає всі методи, які використовуються для запліднення, яке не досягається шляхом статевого акту [208].

На нашу думку, у минулому люди мало контролювали свою фертильність, і пари, які не могли народити дитину, не мали іншого вибору, як прийняти цей факт. Навпаки, незважаючи на те, що нині безпліддя є відносно поширеною проблемою, що суттєво впливає на психічний стан подружніх пар, медична наука збільшила шанси вирішення проблеми з допоміжною репродукцією. Відповідно до результатів проаналізованої літератури [28; 66] робимо висновки, що безпліддя є багатовимірною проблемою здоров'я, яка виникає не лише через проблеми зі здоров'ям, пов'язані з матковими трубами, яєчниками та ендометрієм, але також може бути результатом вибору, який нав'язує сучасний спосіб життя, як-от вищий середній вік людей, які одружуються; стрес; несприятлива правова база для допоміжної репродукції тощо.

Результати досліджень [60; 66] показали, що переважно жінки у віці 20–40 років брала участь у програмі допоміжної репродукції, можливо тому, що це період репродуктивного віку жінок. Загальновизнано, що за останні двадцять років середній вік народження дітей зріс, і це є ключовим фактором безпліддя. Зі збільшенням віку пологів репродуктивна здатність знижується, яєчники стають менш ефективними, частота статевих актів зменшується, підвищується ймовірність хромосомних аномалій і викидня. Також констатовано, що переважно жінки, які брали участь у дослідженнях були працівники державного чи приватного секторів. Одна з можливих інтерпретацій цього висновку полягає в тому, що жінки, які працюють, щодня

контактують з іншими людьми, обмінюються ідеями, добре поінформовані та отримують різні стимули в робочому середовищі, що спонукає їх сприймати допоміжну репродукцію позитивніше. Власне, загальні зміни у переконаннях і уявленнях жінок про свою роль у сучасному суспільстві полегшують звернення за допомогою до центрів допоміжних репродуктивних технологій (далі – ДРТ) [17; 23; 66].

Крім того, вихід жінок на професійну арену, висока професійна конкуренція, намагання отримати комфортне життя та фінансову безпеку є важливими факторами, які призводять до затримки народження дитини. Зокрема, жінки, які мають високі кар'єрні цілі, часто намагаються відкласти вагітність, використовуючи контрацептиви протягом тривалого часу, що, на жаль, негативно впливає на фертильність пари. Нарешті, щоденний стрес і новий спосіб життя негативно впливають на репродуктивну здатність [80; 81].

Американські дослідження [220; 227] підтверджують, що проживання на фермі може захищати загальне психічне здоров'я жінок репродуктивного віку, а проживання в ізольованих сільських районах може зменшити доступ до обстеження психічного здоров'я та лікування, що призведе до меншої кількості діагнозів депресії чи тривоги. Дослідження психічного здоров'я сільських жінок у Сполучених Штатах є рідкісними. Хоча деякі аспекти сільського життя, такі як повільніший темп і менші, згуртованіші громади, вважаються сприятливими для психічного здоров'я, інші аспекти сільського життя повні стресу, особливо для жінок. Наприклад, жінки репродуктивного віку в сільській місцевості можуть мати менше можливостей брати участь в оплачуваній роботі, можуть мати обмежені соціальні контакти або можуть мати менший доступ до соціальних послуг і медичної допомоги, порівняно з жінками в урбанізованіших районах [220; 237].

Незважаючи на те, що сільські території відрізняються за чисельністю населення, соціально-демографічним складом, культурним контекстом і соціально-економічними факторами, можна зробити кілька узагальнень. По-перше, оскільки сільські жителі є непропорційно бідними, сільські жінки,

ймовірно, зазнають численних стресових факторів, пов'язаних із проблемами психічного здоров'я. Ці фактори стресу включають економічну депривацію, брак пілг на роботі, зокрема медичного страхування, натомість – соціальну ізоляцію в найменших сільських громадах. Інші аспекти невеликих сільських громад, які можуть вплинути на психічне здоров'я жінок, включають посилення традиційних гендерних ролей, що може призвести до обмеження участі жінок у працевлаштуванні чи вищій освіті та до створення бар'єрів для доступу жінок до притулків чи інших соціальних послуг [7; 27; 84]. Хоча деякі дослідження показали, що сільське проживання загалом не пов'язане з вищим рівнем проблем психічного здоров'я, порівняно з міським проживанням, за винятком самогубств серед чоловіків, було виявлено, що поширеність депресії дещо вища серед жителів сільської місцевості, порівняно з мешканцями міст. Дослідження [27; 53; 60] також показали, що жінки постійно повідомляють про вищий рівень психічних розладів, порівняно з чоловіками, незалежно від місця проживання. Крім того, оскільки сільські жінки, порівняно з міськими, мають більший рівень деяких хронічних захворювань, таких як ожиріння, і більше обмежень у активності, спричинених хронічними захворюваннями, можна очікувати, що вони відчуватимуть більший рівень коморбідної депресії. Краще розуміння детермінант проблем психічного здоров'я сільських жінок необхідне для визначення відповідних цілей для заходів [59–60; 84].

Отже, безпліддя є наслідком різних патологічних процесів у жінок репродуктивного віку. Етіологію та патогенез безпліддя слід розглядати в поєднанні з його різними формами, з точки зору медичної, статевої та репродуктивної історії, віку, даних фізичного обстеження, діагностичних тестів [8; 15; 17]. Жіноче безпліддя ділиться на первинне і вторинне. Первинне безпліддя – це коли жінка протягом року мала регулярне статеве життя без використання контрацептивів і вагітність не настала. Вторинне безпліддя – це коли жінка в минулому мала самостійну вагітність, але протягом року нормального статевого життя без профілактики більше не завагітніла [17; 28].

Класифікація безпліддя відповідає кодам Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (далі – МКХ–10):

№ 97. Жіноче безпліддя (включені: нездатність завагітніти, стерильність жіноча; виключені: відносне безпліддя).

№ 97.0. Жіноче безпліддя, пов'язане з відсутністю овуляції.

№ 97.1. Жіноче безпліддя трубного походження (пов'язане з уродженою аномалією маткових труб або трубною непрохідністю).

№ 97.2. Жіноче безпліддя маткового походження (пов'язане з уродженою аномалією матки, дефектами імплантації яйцеклітини).

№ 97.3. Жіноче безпліддя цервікального походження.

№ 97.4 Жіноче безпліддя, пов'язане з чоловічим фактором.

№ 97.8. Інші форми жіночого безпліддя.

№ 97.9 Жіноче безпліддя неуточнене (ідеопатичне, психологічне) [76; 95; 103].

Коротко схарактеризуємо кожен із видів жіночого безпліддя.

Безпліддя вважається абсолютним, коли у жінки з будь-якої причини немає маткових труб або матки. Жінки з таким захворюванням не можуть самостійно виносити дітей, але з розвитком допоміжних репродуктивних технологій, таких як ЕКЗ або сурогатне материнство, у цих жінок з'явилася можливість мати біологічно рідну дитину. Відносне або тимчасове безпліддя часто є результатом неможливості завагітніти в теперішній час. Наприклад, ановуляція – це монофазний менструальний цикл, що характеризується відсутністю овуляції при збереженні регулярних маткових кровотеч. Ановуляція може статися з різних причин: зміна клімату, статеве дозрівання або менопауза. При правильному підході і своєчасному лікуванні відносне безпліддя можна подолати [76; 108].

Ендокринне безпліддя може бути наслідком ураження яєчників (їх виснаження, полікістоз тощо) та інших ендокринних (гіпоталамус, гіпофіз, наднирники, щитоподібна залоза) і неендокринних органів (печінка, нирки

тощо). До ендокринного безпліддя може призвести порушення обмінних процесів, психічне перенапруження тощо [108; 120].

Трубно-перитонеальне безпліддя характеризується закупоркою і непрохідністю маткових труб або атрофією війок під час запального процесу, які забезпечують рух яйцеклітини в матковій трубі [17]. Маткове безпліддя – це патологія або відсутність матки – органу, де відбувається прикріплення зародка і виношування, народження плоду. Патологія матки може бути вродженою (перегородка матки, двоорога матка, подвійна матка тощо) і набутою (гістеректомія або післяопераційний рубець, міома матки, ендометрит, поліпоз, гіперплазія ендометрія тощо) [17; 103; 107; 117].

Безпліддя при ендометріозі – патологічному розростанні ендометрію (внутрішнього шару стінок матки) за межами матки. Імунологічне безпліддя характеризується виробленням антитіл до чоловічих статевих клітин. Хромосомна патологія може спричиняти стерильність жінки [8; 32].

Результати аналізу наукових джерел [6; 10; 14; 27; 76] дозволили нам розглядати психологічне (психогенне) безпліддя розглядається, як результат усвідомленого чи неусвідомлюваного небажання жінки мати дитину. Іноді це страх перед вагітністю та пологами, іноді небажання мати дитини від конкретного чоловіка, а інколи – опір змінам власної зовнішності, до яких може призвести вагітність тощо. Під лікуванням безпліддя йтиметься про застосування всіх можливих методів, що призведе до його подолання, тобто настання вагітності та народження дитини. Лікування безпліддя розпочинається лише після отримання результатів обстежень та аналізів, котрі дозволять встановити, яка саме з причин його викликала. Після цього лікарі складають лікувальну методичку, яка може бути спрямована на медикаментозне, фізіотерапевтичне чи хірургічне відновлення функціонування репродуктивної системи пацієнтки. У разі, якщо природне зачаття все ще неможливе, буде правильним застосування допоміжних репродуктивних технологій (далі – ДРТ), серед яких – екстракорпоральне запліднення (далі – ЕКЗ); інтрацитоплазматична ін'єкція сперматозоїдів (далі

– ІКСІ); дозрівання яйцеклітин за межами організму (далі – ІVM); донорство ембріонів, сперми та яйцеклітин; штучна внутрішньоматкова інсемінація спермою; сурогатне материнство; кріоконсервація яйцеклітин, сперматозоїдів та ембріонів; передімплантаційна генетична діагностика (далі – ПГД).

Основними показаннями до ДРТ нині визначають [113]:

- відсутність або непрохідність маткових труб (при неможливості застосування хірургічної корекції);
- ендокринне безпліддя за відсутності результату від консервативної терапії;
- маткова форма патології (при неефективності чи неможливості хірургічної корекції), патологія ендометрію, пухлинні новоутворення;
- чоловіче безпліддя, яке не піддається консервативної терапії;
- ендометріоз (якщо вагітність не настає після лікарської терапії чи лапароскопії протягом 1,5–2 років);
- безпліддя неясного генезу;
- виснаження оваріального резерву яєчників;
- імунологічне безпліддя, зумовлене утворенням антитіл до статевих клітин, ендометрію, тканин яєчника та іншими причинами;
- генетична патологія в сім'ї за наявності показань для проведення преімплантаційного генетичного тестування (далі – ПГТ) незалежно від статусу фертильності.

Всі протипоказання до допоміжних репродуктивних технологій умовно поділяють на відносні та абсолютні [1; 36; 39]. Перші є тимчасовими. Вони обмежують проведення певних методик ДРТ, які можуть використовуватись після проведеного лікування. Абсолютні протипоказання є незмінними. Вони непереборні, застосування ДРТ при них є неможливим.

До відносних протипоказань зараховують [39]:

1. Інфекційно-запальні процеси у гострій формі та при загостренні. Не проводяться ДРТ при пневмонії, грипі, вірусних гепатитах та інших захворюваннях.

2. Доброякісні новоутворення органів жіночої репродуктивної системи. Допоміжні технології можуть бути використані після проведення оперативного лікування. У низці випадків консиліумом лікарів може бути ухвалено рішення про проведення програм допоміжних репродуктивних технологій до оперативного лікування.

3. Хронічні соматичні патології у стадії загострення.

4. Гонорея, сифіліс та інші венеричні хвороби, що передаються статевим шляхом (у гострій фазі).

В індивідуальному порядку рішення про ДРТ ухвалюють при деяких невиліковних або важковиліковних патологіях, до яких зараховують: гепатит, ВІЛ, муковісцидоз, туберкульоз тощо [8].

До абсолютних протипоказань зараховують:

1. Злоякісні новоутворення (незалежно від розташування пухлини та стадії захворювання). Однак пацієнтам репродуктивного віку можливе проведення програм ДРТ за рішенням консиліуму лікарів (репродуктологів спільно з онкологами) з метою збереження біологічного матеріалу (ооцитів та/або ембріонів). Ці програми проводяться до початку лікування основного захворювання та дозволяють у майбутньому реалізувати репродуктивну функцію.

2. Хронічно важкі форми екстрагенітальних патологій: ускладнений цукровий діабет, печінкова та ниркова недостатність, вроджені та набуті вади серця. При вагітності вони можуть спровокувати погіршення стану пацієнтки та створити високі ризики для здоров'я та життя як жінки, так і дитини. Однак у таких ситуаціях можливе проведення програм сурогатного материнства. У цьому випадку сурогатна мати виношує ембріон, культивований із статевих клітин потенційних батьків.

3. Вроджений аномальний розвиток репродуктивних органів, які не піддаються корекції із застосуванням сучасних хірургічних методик. Ця патологія також є показанням для програм сурогатного материнства.

4. Психічні захворювання із стійкими розладами особистості, що характеризуються неадекватними поведінковими реакціями.

Отже, перелік абсолютних протипоказань щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) значно менший, ніж список рекомендацій умовних протипоказань. Це значно підвищує шанси жінок репродуктивного віку виконати свою материнську роль.

Репродуктивне здоров'я жінки багато в чому визначається загальним станом здоров'я. В Україні на 100 тис. жінок працездатного віку реєструється приблизно 130 тис. захворювань на рік. На переважну думку науковців [8; 29; 108], причиною безпліддя є запальне захворювання репродуктивних органів. Це поширена патологія з тенденцією до зростання. Тільки за останні 5 років їх кількість зросла з 1,01 до 1,32 випадків на 100 жінок репродуктивного віку. Однією з важливих причин безпліддя є гормональний дисбаланс, частота якого за останні 5 років зросла з 0,92 до 1,29 випадків на 100 жінок репродуктивного віку. Рівень репродуктивного здоров'я жінок до вагітності слабкий, що проявляється у підвищенні частоти ускладнених пологів під час пологів. Така ситуація щодо охорони та зміцнення репродуктивного здоров'я зумовлює актуальність цього питання [6; 10; 39].

Турбота про здоров'я матері і дитини, про те, що дитина «отримає» від батьків у спадок, вимагає планування вагітності. Близько 360 тис. дівчат щорічно досягають репродуктивного віку. Гармонійний розвиток організму дівчинки-підлітка визначає подальше життя жінки і визначає стан її репродуктивного потенціалу. Основний тягар проблем фертильності – жіноча, а не чоловіча відповідальність. Репродуктивний ризик проявляється на сімейно-популяційному рівні, поєднуючи всі соціальні та медичні чинники, що призводять до зниження народжуваності та погіршення здоров'я нових поколінь дітей [4].

Нині відома значна група захворювань, що передаються статевим шляхом, зауважує О. Бацилєва [3, с. 95]. Вони негативно впливають на розвиток вагітності і можуть викликати захворювання плода (гонорея, сифіліс,

хламідіоз, герпес тощо). Діагностика резус-сумісності у молодій парі значуща при плануванні вагітності. Резус-конфлікт плода може виникнути у ситуації, якщо у майбутнього батька резус-фактор позитивний, а у матері негативний, дитина успадковує резус від батька. При цьому перша дитина у Rh⁺ батька і Rh⁻ матері може народитися здоровою, оскільки конфліктна ситуація не встигає досягти критичних масштабів. Під час другої та наступних вагітностей титри резус-антитіл у крові матері підвищуються, надходять у кров плода і зв'язуються з Rh⁺ еритроцитами, викликаючи їх склеювання та руйнування. Це може призвести до гемолітичної анемії плода (жовтяниці) або спонтанного абортів та мертвонародження [3, с. 96].

Щоб запобігти негативним наслідкам резус-несумісності, необхідно спочатку виявити жінок з негативним резус-фактором. Після цього визначають «резус-людину». Якщо він негативний, то проблеми з резус-конфліктом у плода немає. Якщо у людини позитивний резус-фактор, необхідно визначити групу крові, тому що залежно від системи АВО можуть бути несумісності. Введення препарату матері запобігає утворенню антитіл і значно знижує ймовірність більшості ускладнень, пов'язаних із резус-несумісністю.

Науковці [6; 10; 14] радять майбутнім мамам при плануванні вагітності:

- а) пройти ретельне медичне обстеження;
- б) звернутися до стоматолога (зуби повинні бути здоровими);
- в) спостерігати за своїм менструальним циклом (визначати день овуляції);
- г) зробити щеплення від правця, профілактичні щеплення від дифтерії, краснухи та гепатиту В;
- д) припинити за 3 місяці до зачаття використання гормональних контрацептивів, за умови їх попереднього застосування;
- е) скласти відповідну дієту відповідно до стану здоров'я (профілактика ожиріння, дефіциту ваги);
- е) позбавитися шкідливих звичок, якщо вони є.

У пар, які планують завагітніти, чоловіки повинні знати, що банк сперми бажано оновити протягом 2–3 місяців. Для цього необхідно позбавитися поганих звичок, якщо вони є, більше дихати свіжим повітрям, вживати більше продуктів, багатих білком і кальцієм, вітамінами, захищатися від простудних та інфекційних захворювань, дотримуватись правил особистої гігієни і гігієни статевого життя [13; 70].

Отже, народження дітей і сім'я вважаються правом кожної людини. Безпліддя – це проблема здоров'я, яка вимагає відповідної тактики лікування. За останні 20 років сучасна медична наука розробила передові методи лікування для сприяння відтворенню. Основними причинами жіночого безпліддя є проблеми з матковими трубами, порушення менструального циклу, маткові захворювання, сексуальні розлади, вік, виснаження яєчників та інші невідомі причини, зокрема психологічного характеру.

Висновки до першого розділу

У результаті аналізу теоретичних основ фертильності жінок репродуктивного віку здійснено дотичний аналіз дефініцій кола досліджуваної проблеми: «здоров'я», «репродуктивне здоров'я», «фертильність», «жінки репродуктивного віку», «соматичне (фізичне) здоров'я», «безпліддя» «психічне здоров'я», «психологічне здоров'я», «психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку» та ін.

Репродуктивне (фертильне) здоров'я жінок розглядаємо як ознаку та складник фізичного (соматичного) їхнього здоров'я, що виявляється у бракові захворювань, зокрема репродуктивної системи, у вияві здатності ефективно пристосовуватися до змінних обставин довкілля завдяки певному рівню фізичного розвитку, що передбачає також фізичні навантаження. Протилежним поняттям до поняття «репродуктивність жінки» є поняття «безпліддя», як нездатність з різних причин до продовження роду. На противагу фертильності (репродуктивності), постає проблема безпліддя –

нездатності навіть здорового чи відносно здорового / нездорового фізично жіночого організму давати потомство. Психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку – це стан їхнього душевного благополуччя на засадах сформованості інтелектуальних, емоційних та соціальних складників структури особистості, що конкретизуються адекватністю саморегулятивної поведінки та діяльності у контексті продовження потомства.

Узагальнено соціальні та структурні чинники специфіки репродуктивної поведінки сучасних жінок: зменшення кількості місцевих медичних послуг та страхового захисту; обмежений доступ до освітніх та економічних досягнень; фактори на рівні поведінкових характеристик лікаря, таких, як упередження та стереотипи. Зазначено, що психологічні аспекти здоров'я жінок репродуктивного віку передбачають їхнє усвідомлення значущості та сутності психологічного здоров'я у контексті продовження роду, що детерміновано об'єктивними та суб'єктивними чинниками репродуктивної поведінки.

Обґрунтовано, що поняття «материнство» визначається певними культурно-історичними традиціями (конкретним історичним періодом; особливими традиціями релігії та окремої країни тощо). Проте в усі історичні часи роль жінок репродуктивного віку однозначно ототожнювалася із материнством – тобто виконанням материнської ролі, що виявлялося не лише у зачатті, виношуванні та народженні дитини, а системної та систематичної опіки-відповідальності за загальне формування та розвиток дитини.

Узагальнено аспекти материнства, представлені у наукових дослідженнях (когнітивний, соціальний, психологічний, поведінковий та емоційний аспекти; переважно соціальний, когнітивний процес; важкий емоційний і фізичний досвід, що супроводжується коригуванням поведінки; «материнські когнітивні поведінкові навички»; розвиток; стресовий процес; інтерактивність і взаємність; соціальна, професійна підтримка; підтримка членів сім'ї та подружжя) та елементи емоційних та фізичних характеристик матері (фізична близькість матері до немовляти; особистість і риси характеру матері (темперамент, емпатія та ригідність); стан здоров'я матері; емоційне та

фізичне благополуччя матері. Обґрунтовано, що поведінкові аспекти материнства суголосні емоційному стану матері, детерміновані її ставленням до дитини. Таким чином, якісне материнство, виконання жінками репродуктивного віку материнської ролі передбачає багатоаспектну відповідальність передусім жінки-матері за гармонійний розвиток та виховання дитини як особистості.

Досягнення материнської ролі жінками репродуктивного віку визначається як багатовимірний, комплексний, інтерактивний, адаптивний і цілеспрямований процес, що передбачає виявлення вагітності, когнітивно-поведінкові материнські характеристики, формуючи материнську ідентичність та материнські навички. Конструктивне виконання материнської ролі потребує соціальної підтримки, зокрема у період неонатального розвитку, що має виявлятися у сприянні взаємодії матері та дитини та підвищенні добробуту матері. Як не дивно, але негативний досвід зачаття безпосередньо у сім'ях іноді, а побічно завжди, позначається на зниженні народжуваності, а точніше на небажанні надалі мати дітей, про що свідчать результати нашого пілотного дослідження: чим вищий рівень особистісної тривожності, депресивного компонента жінки та незадоволеність відносинами з партнером, тим вища ймовірність неможливості завагітніти, виносити та народити дитину навіть за умови повноцінного, здорового соматичного стану жінки.

Психологічна характеристика жінок із порушенням репродуктивної сфери виявляється у несформованому почутті материнства, тобто, негативному досвіді у стосунках із власною матір'ю та сім'єю; базовій недовірі до навколишнього світу; спотвореній і незрілій статево-рольовою і віковою ідентичністю; психологічний інфантилізм; дезадаптивних способах вирішення внутрішніх та зовнішніх конфліктів, зокрема шляхом соматизації; неконструктивному психологічному захистові та їх незрілість; низькій стресостійкості; високому ступені тривожності; схильності до агресивних; депресивних реакцій та відігравання.

Докладно проаналізовано демографічну оцінку материнства в Україні, серед порад підвищення якої визначено матеріально-правову підтримку батьків, насамперед жінок репродуктивного віку, для чого необхідно передбачити додаткові кошти для утримання та розвитку у сім'ї дитини, а також тривалу відпустку за доглядом дитини; формування стресостійкості населення, зокрема жінок репродуктивного віку як майбутніх матерів.

Схарактеризовано психосоматичні та медико-біологічні аспекти порушень репродуктивної сфери жінок. Зазначено, що порушення єдності фізичного і психічного у жінок із порушенням репродуктивної сфери свідчить про зміни гомеостазу та негармонійність особистості. Низка гінекологічних захворювань жінки є наслідком вияву на тілесному рівні компенсації емоційних реакцій щодо актуалізації її природних інстинктів: материнство, жіночність та сексуальність. Вважаємо, що психологічне безпліддя у жінок може відігравати захисну роль від будь-яких негативних наслідків пов'язаних з народженням дитини.

Зазначені висновки становитимуть теоретичну основу подальшого експериментального дослідження особливостей психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку.

Результати, викладені у першому розділі, опубліковані у таких публікаціях автора:

1. Наконечна А. В. Ефективність когнітивно-поведінкової терапії та психокорекції у жінок. *Міжнародний журнал загальної та медичної психології «Медична психологія»*. 2018. Т. 1. №1. С.123-124. URL: https://medpsyrehab.com.ua/wp-content/uploads/journal_10_2018_1.pdf
2. Наконечна А. В. Материнство та культурно-історичні традиції. *Науковий журнал «Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія»*. 2021. Т. 12. № 4. С.83-88. URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/15740>

3. Картушинська А. В. Демографічні тенденції в Україні – оцінка материнства. *Науковий журнал «Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія»*. 2022. Т. 13. № 3. URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/16728>
4. Наконечна А. В. Перинатальна психологія: емоційне вигорання матері. *Науковий журнал «Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія»*. 2022. Т. 13. № 1. С. 109-116. URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/hspedagog13%281%29.2022.109-116>
5. Картушинська А. В. Психологічні складові фертильності у жінок. *Науковий журнал «Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія»*. 2022. Т. 13. № 4 (2022). URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/16800>
6. Картушинська А. В. Здоров'я жінок і війна: проблеми захисту та відновлення. *Науковий журнал «Психологічні проблеми»*. Вірменський державний педагогічний університет ім.Х.Абовяна, факультет психології освіти та соціології, кафедра психології ім. акад. Мртича Мазманяна: матеріали міжнародної конференції «Соціально-психологічні наслідки війни». (Єреван, 21-22 жовт. 2022р.). Єреван, 2022. №1 (1). С. 39-43. ISSN 2953-7924. URL: <https://aspu.am/website/images/files/PSYCHOLOGICAL-PROBLEMS-N11-ASPU.pdf>

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ЖІНОК ПРИ ПОРУШЕННЯХ РЕПРОДУКТИВНОЇ СФЕРИ

2.1. Загальна характеристика методів дослідження

З метою уточнення, доведення чи перевірки вказаних у попередньому розділі теоретичних положень у цьому розділі опишемо порядок дослідження психологічного стану жінок з порушеннями репродуктивної функції, які повторно вступили на протокол екстракорпорального запліднення (далі – ЕКЗ). Для цього необхідно представити організаційні аспекти та окреслити методичну основу експерименту; обґрунтувати відповідний психодіагностичний інструментарій; схарактеризувати репрезентативні вибірки та розкрити деталі дослідження.

Основними базовими спеціальними принципами експериментального дослідження визначені [95]:

- валідності (від англ. validity – дійсний, такий, що має силу [63]) – обґрунтування ступеня співвідношення отриманих процедур експерименту з основними теоретичними поняттями та предметом нашого дослідження, з даними і результатами експериментального дослідження інших науковців, що є припустимо достовірними;

- принцип репрезентативності досліджуваного об'єкта з метою подальшого узагальнення результатів експерименту на ширшу групу жінок з порушенням репродуктивного здоров'я;

- принцип інваріантності результату експериментального дослідження психіки, що зумовлює сталий взаємозв'язок між експериментальним впливом і певною реакцією об'єкта дослідження та сприяє принциповій відтворюваності результатів експерименту;

- принцип єдності теорії, практики і експерименту, що визнає необхідність забезпечення тісного взаємного зв'язку між практикою, яка окреслює проблеми психології й методи дослідження, з теорією, що інтенсивно розвивається шляхом накопичення бази даних, які слугують джерелом інформації та засобом перевірки її істинності;

- принцип ізоморфізму, що визначає існування взаємозв'язку між зовнішньою, предметно-практичною, і внутрішньою психічною діяльністю й сприяє отриманню об'єктивної інформації про внутрішні властивості психіки суб'єкта [49].

Ґрунтуючись на наукових традиціях досліджень у сфері психології [81], нами обрано такі методи експериментального дослідження (на констатувальному та формувальному його етапах):

- емпіричні: психологічний експеримент; спостереження; самоспостереження; контент-аналіз історій попередніх протоколів ЕКЗ (виявлення факторів ускладнення при проведенні протоколу ЕКЗ, результатів проведення психофізичної реабілітації жінок у період підготовки до проходження наступного протоколу ЕКЗ тощо); тестування (психодіагностичні методики: шкала депресії Бека, тест на тривожність Спілбергера-Ханіна, методика «Самооцінка емоційних станів» А. Уесмана та Д. Рікса, шкала диференціальних емоцій (ШДЕ) К. Ізарда, шкала екзистенції (ШЕ) А. Ленглі та К. Орглер) з метою виявлення актуального психоемоційного стану та самопочуття, механізмів психологічного захисту, рівня ситуативної тривожності у досліджуваних жінок, які повторно проходили протокол ЕКЗ; методи діагностичного інтерв'ю, клінічного інтерв'ю, терапевтичної та емпіричної бесіди;

- методи математичної статистики з метою аналізу, порівняння, систематизації та узагальнення даних, отриманих у результаті експериментального дослідження, виявлення статистично достовірних відмінностей між психологічними показниками (непараметричний U-критерій Манна-Уїтні); виявлення статистично достовірних взаємозв'язків між

психологічними показниками (непараметричний коефіцієнт рангової кореляції Спірмена).

Експериментальне дослідження проводилося на базі інституту репродуктивної медицини клініки професора Ф. Дахно. Діагностичні онлайн-тести були надіслані пацієнткам на електронну пошту. Респонденти були проінформовані про те, як пройти тести. Було гарантовано анонімність дослідження та використання його результатів лише в дослідницьких цілях.

У дослідженні брали участь 60 жінок, віком від 26 до 43 років. Із них 57% (34 жінки) – із встановленим діагнозом безпліддя, які лікувались від безпліддя, повторно виконували протокол ЕКЗ; у віці 32–38 років (середній вік – $34,2 \pm 2,2$ року), що відповідає репродуктивному віку жінок, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 09.09.2013 р. № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» [113]; віком від 27 до 43 років, а 43% (26 жінок) без діагнозу безпліддя, які мають дітей.

Під час дослідження 80,2 % пацієнток було в зареєстрованому офіційно шлюбі, 10,4 % – у цивільному шлюбі, 7,3 % не перебували у стосунках, 2,1 % перебували в одностатевих стосунках. Часовий проміжок між попереднім та наступним протоколом ЕКЗ складав 3–24 міс (середнє – $12,4 \pm 2,2$ міс).

У рамках вирішення поставлених наукових завдань дисертаційної роботи розроблено програму експериментального дослідження та передбачено проведення трьох базових етапів експериментальної роботи.

1. На першому етапі визначено тему, сформульовано мету, гіпотезу, предмет і завдання експериментальної частини дослідження.

2. На другому етапі – обрано та уточнено методичне забезпечення експерименту.

3. Третій етап – безпосередньо констатувальний та формувальний експерименти – котрі організаційно передбачали такі підетапи: 1) проведення психодіагностичного дослідження констатувального етапу; 2) розробку та впровадження програми «Психологічний супровід при репродуктивних

порушеннях у жінок» на формувальному етапі дослідження; 3) перевірку ефективності авторської програми шляхом повторного тестування; 4) порівняльний аналіз показників психоемоційного стану жінок репродуктивного віку до та після використання програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок». Результати третього етапу експериментального дослідження передбачають висновок про ефективність розробленої програми.

При розробці та плануванні експериментального дослідження ми спиралися на гіпотезу про те, що застосування спеціально розробленої експериментальної методики, зокрема авторської програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок», позитивно впливатиме на психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку, які мають проблеми репродуктивного здоров'я, зокрема діагноз «безпліддя», за усіма його показниками: реактивна та особистісна тривожність; депресивний, емоційний та домінівний емоційний стани; смисложиттєві орієнтації. Зазначене суттєво поліпшить психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку.

Водночас слід підкреслити, що психологічна діагностика та психологічна корекційна робота з жінками, які мають проблеми репродуктивного здоров'я, згідно з авторською програмою, має певні особливості. З кожною досліджуваною експериментатор з метою налагодження ефективної взаємодії особисто проводив відповідні бесіди щодо необхідності здійснення психокорекційної роботи задля покращення стану психічного і соматичного здоров'я. Переважно, жінки з порушенням репродуктивної сфери прагнули вирішувати власні питання зі здоров'ям, звертаючись до лікаря й уникаючи допомоги психолога, що було певною перешкодою у процесі лікування. Тому щодо лікування жінок лікар і психолог здійснювали комплексний підхід. Лікар обов'язково радив пацієнтам отримати консультацію психолога. Адже ігнорування власних психологічних проблем, особливо пов'язаних зі статевим життям та репродуктивною

функцією, часто стає причиною розладів фізичного та психічного здоров'я та призводить до незворотних наслідків.

Для забезпечення якості дослідження нами було враховано вікові, фізичні, соціальні, психологічні та психосоматичні особливості жінок з репродуктивними розладами, аргументованих нами в першому розділі дослідження. Обов'язковим для якості виконання дослідження було, врахування вікових, фізіологічних, соціальних, психологічних та психосоматичних особливостей жінок із порушенням репродуктивної сфери, обґрунтованих нами у попередньому розділі дослідження. Констатовано: у кожної жінки склалася індивідуальна соціально-психологічна ситуація чи кризовий період у житті, що впливають чи погіршують її переживання щодо попереднього невдалого протоколу ЕКЗ.

Перераховані вище особливості висували певні вимоги до психолога, адже професійно неграмотні його дії можуть у подальшому спричинити негативне ставлення як до психолога особисто, його рівня компетентності, так і до колег, а також нашкодити стану здоров'я самих пацієнток. Вимоги повинні базуватись на високому професіоналізмі психолога, від якого залежить ефективність виконання безпосередніх функціональних обов'язків. На основі аналізу наукових джерел [1; 2; 5–5; 10], нами узагальнено, що психолог повинен глибоко розуміти: психологічні та вікові особливості особистості жінки; специфіку захворювань та психологічні характеристики хворого, особистісні реакції, переживання, ставлення до хвороби пацієнта, ставлення до нього рідних; безпосередньо розуміти мету своєї діяльності та вибирати індивідуальний метод психологічної корекції для кожного пацієнта; досконало володіти психодіагностичним інструментарієм та якісно інтерпретувати результати дослідження; знати основні галузі психології, психокорекції й психотерапії та можливості застосування психологічних знань у клінічній діяльності; враховувати знання мотиваційної сфери, пізнавальних процесів, процесів регуляції вольової сфери та психоемоційного стану особистості,

комунікації та конфліктології у міжособистісної взаємодії, включно й у регуляції сімейних відносин.

У результаті теоретико-практичного аналізу наукових джерел обрано такі психодіагностичні методики (тестівники) у контексті дослідження особливостей психічного здоров'я жінок репродуктивного віку:

1. «Шкала депресії Бека».
2. «Тест на тривожність Спілбергера-Ханіна».
3. Методика «Самооцінка емоційних станів» А. Уесмана та Д. Рікса.
4. «Шкала диференціальних емоцій» (ШДЕ) К. Ізарда.
5. «Шкала екзистенції» (ШЕ) А. Ленглі та К. Орглер.

Схарактеризуємо обрані нами методики визначення особливостей психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку.

Контент-аналіз історій попереднього протоколу ЕКЗ. У дослідженні застосовано емпіричний метод контент-аналізу медичних історій пацієнток, що дав змогу отримати необхідні біографічні дані, інформацію про загальний стан здоров'я, захворювання жінки та його перебіг, що є вагомими у процесі здійснення експерименту. Водночас вивчення даних жіночого гінекологічного анамнезу ґрунтується на широкому ракурсі проблеми, що сприятиме покращенню психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку. Контент-аналіз передбачав ознайомлення та аналіз історій попередніх протоколів ЕКЗ у жінок, які завершилися ненастанням вагітності. Проаналізована інформація про вік, соціальне положення, професію, наявність гінекологічних та екстрагенітальних захворювань, кількість протоколів ЕКЗ і вагітностей в анамнезі. Також аналіз дозволив розподілити жінок на групи в залежності від психологічної реабілітації, вивчити стан психоемоційної сфери, та визначити особливості методичного підходу при розробці комплексної програми психологічної реабілітації з метою покращення психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку.

Дослідження проводились із забезпеченням прав та свобод пацієнтів, що передбачені Гельсінською декларацією («Declaration of Helsinki» [240])

міжнародної конференції з гармонізації (International Conference on Harmonisation», ICH [186]) та з дотриманням стандартів належної клінічної практики (GCP [87]).

Пацієнткам була надана інформація щодо фахівця, який проводить це дослідження, про мету, завдання та строки дослідження. Жінки мали можливість задати фахівцю запитання за всіма аспектами дослідження; були проінформовані про те, що мають можливість вийти з дослідження на будь-якому з його етапів, і це не впливатиме на подальше отримання ними медичної допомоги.

Особливо наголошувалось на тому, що інформація про участь жінок у дослідженні залишиться суворо конфіденційною. Жінки погоджувались з тим, що узагальнені результати дослідження можуть бути опубліковані, обговорюватися дослідниками, а також представниками уповноважених державних структур із збереженням конфіденційності щодо особистих даних.

Метою вивчення нами психоемоційного стану жінок із діагнозом безпліддя при повторному проходженні протоколу ЕКЗ є оцінка ефективності когнітивно-поведінкової терапії (далі – КПТ) та психокорекції у подальшому використанні під час застосування ДРТ для таких жінок. У нашій роботі ми розглядаємо психологічний стан жінок із порушенням репродуктивної сфери як складне та багатогранне явище, динамічний та масштабний процес у суспільстві, що потребує як медичного, так і психологічного впливу [92]. Для обґрунтування теоретико-методологічної основи нашого дослідження застосовано теоретичні методи, що сприяли визначенню власне методичного забезпечення експерименту.

Метод спостереження застосований нами задля отримання цілеспрямованих, послідовних і фіксованих отриманих даних [63; 65; 92]. Основним предметом нашого спостереження виступали поведінка, комунікативна та емоційна вольова сфера жінок із порушенням репродуктивної сфери, що допомагали з'ясувати суть та психологічну причину захворювання, розкрити його психосоматичну, соціальну й

індивідуально-психологічну складову, а також сприяли у виборі й застосуванні індивідуальних методів психокорекційного впливу.

Також у ході під час експерименту використовувався й *метод самоспостереження*, що комплексно дав змогу відслідковувати й аналізувати психоемоційні стани у жінок репродуктивного віку [63; 65]. Для уникнення суб'єктивності в оцінюванні результатів, самоспостереження порівнювалися нами з результатами психодіагностичних тестувань. З метою отримання інформації про індивідуальні особливості, властивості особистості нами використовувався *метод діагностичного інтерв'ю*. Він сприяв встановленню тісного особистісного контакту між експериментатором та пацієнтом, допомагав зрозуміти внутрішній стан досліджуваного і його проблеми.

У процесі апробації програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» досить ефективним емпіричним *методом терапевтичної бесіди* виявився *метод клінічного інтерв'ю*. Цей метод застосовувався задля надання допомоги жінці в усвідомленні власних внутрішньоособистісних проблем, конфліктів, нереалізованих мотивів поведінки та визначенні шляхів їх вирішення.

Емпіричний метод бесіди застосовувався нами як допоміжний засіб збору значущих біографічних та психологічних даних. За його використання враховували такі вимоги як: ретельність планування, цілеспрямованість та поєднання прийомів вивчення і впливу на досліджувану особу.

Детальніше опишемо *психодіагностичні методики*, що використані нами у процесі дослідження. Наш вибір методик базується на тому, що вони допоможуть у повному обсязі реалізовувати завдання експерименту. Використані психодіагностичні методики допомогли виявити: актуальний психоемоційний стан та самопочуття; механізми психологічного захисту; рівень ситуативної тривожності у досліджуваних жінок репродуктивного віку, які повторно проходили протокол ЕКЗ.

Для оцінювання ситуативних тривожностей жінок репродуктивного віку використано *методику «Тест Спілбергера-Ханіна» (STAI)*, який дозволяє

диференційовано вимірювати тривожність і як особистісну властивість і як стан, пов'язаний із поточною ситуацією, визначає рівень тривожності жінок репродуктивного віку, виходячи із шкали самооцінки (висока, середня, низька тривожність). Цей тест допомагав визначити виразність тривожності у структурі особи. Тривога як особистісна риса жінок репродуктивного віку означає мотив або набуту поведінкову позицію, яка змушує жінку сприймати різні об'єктивно безпечні ситуації як екзистенціальну загрозу, спонукаючи її реагувати станом тривоги, інтенсивність якого відповідає ступеню реальної небезпеки.

Застосований тест має дві шкали, де кожна містить по 20 висловлювань. Перша шкала складається з 20 тверджень, що стосуються тривожних станів (стан тривожності, реактивної тривоги або ситуативної тривоги), а друга шкала складається з 20 тверджень, які визначають тривожність як схильність, особистісну характеристику (властивість тривожності).

Перша, шкала тривоги (ситуативної тривоги), оцінює поточну тривожність шляхом вимірювання того, як жінки почуваються «в даний момент», використовуючи суб'єктивні відчуття страху, напруги, нервозності, хвилювання та збудження вегетативної нервової системи (додаток Б). Ситуативна або реактивна тривога характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, страхом, занепокоєнням, нервозністю. Стан є емоційною реакцією на стресові ситуації у жінок репродуктивного віку і може змінюватися за інтенсивністю та динамікою з часом.

Друга шкала, «Шкала особистісної тривожності», оцінює відносно стабільні аспекти особистості, схильність до хвилювання та відчуття / стани спокою, впевненості та безпеки (додаток Б). Під особистим страхом розуміється стійка індивідуальна характеристика, яка відображає схильність жінок репродуктивного віку до страху і передбачає, що він схильний сприймати досить широкий набір ситуацій як загрозові і реагувати на кожную з них специфічною реакцією. Особистий страх є конституційною межею, яка визначає схильність до сприйняття жінками репродуктивного віку загрози в

різноманітних ситуаціях. Коли особиста тривожність висока, кожна з цих ситуацій є стресовою для жінок репродуктивного віку та викликає сильні страхи. Особистісний страх активізується як риса, коли певні стимули сприймаються людиною як небезпечні (також для самооцінки, самоповаги). Якщо СТАІ вказує на високий рівень особистісної тривожності респондентки, це дає підстави вважати, що стан тривожності виникає в різних типових ситуаціях. Вважаємо, що високий рівень особистісних страхів безпосередньо пов'язаний з емоційними і невротичними розладами, а також психосоматичними захворюваннями жінок репродуктивного віку.

Аналізуючи результати самооцінки, слід мати на увазі, що загальна підсумкова оцінка за кожною з підшкал може коливатися від 20 до 80 балів. Чим вище кінцеве значення, тим вищий рівень страху (ситуативного чи особистого) жінок репродуктивного віку.

Показники реактивної тривожності (РТ/СТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

$$1. \quad PT = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50, \quad (2.1)$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\Sigma 2$ – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$$2. \quad OT = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35, \quad (2.2)$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\Sigma 2$ – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

При загальній інтерпретації показників ми використовували такі орієнтовні оцінки тривожності: до 30 балів – низька; 31–44 бали – середня;

Для діагностики та оцінки рівня депресивних розладів жінок репродуктивного віку нами була використана «Шкала депресії Бека» (Beck's Depression Inventory, BDI [160]). Це один із перших тестів із високою релевантністю та специфічністю, розроблених для використання в клінічній

практиці для діагностики та оцінки ступеня депресивних розладів. Незважаючи на дату розробки, шкала депресії Бека не застаріла і досі широко використовується в психіатричній та психотерапевтичній практиці. Під час дослідження кожному респондентку просили описати свій поточний стан за допомогою 21 категорії симптомів і скарг. Кожна категорія складалася з 4–5 тверджень, пов'язаних з конкретними проявами/симптомами депресії. Ці твердження розташовані в порядку збільшення конкретного внеску симптому в загальну тяжкість депресії. Залежно від тяжкості симптому кожен елемент отримав значення від 0 (симптомів немає або мінімальна) до 3 (максимальна тяжкість симптомів). Деякі категорії містять альтернативні твердження з однаковою вагою (додаток Д). Показник для кожної категорії розраховували таким чином: кожен бал шкали оцінювався від 0 до 3 відповідно до наростання вираженості симптому. Загальний бал коливається від 0 до 62 і зменшується в міру поліпшення стану.

Обрахунок результатів дослідження проводили за загальноприйнятою схемою:

- 0–9 – немає депресивних симптомів;
- 10–15 – легка депресія (субдепресія);
- 16–19 – помірна депресія;
- 20–29 – виражена депресія (середньої тяжкості);
- 30–63 – важка депресія.

Методика «Самооцінка емоційних станів» А. Уесмана та Д. Рікса [190] використовується для самооцінки емоційного стану та рівня настороженості жінок репродуктивного віку. Ця методика ефективна, коли йдеться про виявлення змін емоційного стану жінок репродуктивного віку протягом певного періоду часу. У загальному вигляді емоційний стан – це характеристика емоцій жінок репродуктивного віку, що відображає її позицію у ставленні до об'єктів навколишнього середовища. Стан може спостерігатися як зовні, так і зсередини. Внутрішній стан емоцій фіксується свідомістю жінок репродуктивного віку в певний момент цих відчуттів благополуччя

(дискомфорту) як в цілому, так і окремих його частинах. Зовні оцінка емоційного стану визначається висловлюваннями випробуваного за певними ознаками. Стан жінок репродуктивного віку виступає як регулятивна функція адаптації до середовища або ситуації (додаток А).

«Шкала диференціальних емоцій» (SDE) К. Ізарда [187]. Ця методика була розроблена у вигляді додатку до його теоретичної концепції К. Ізарда, в якій висунуті твердження про існування 10 основних емоцій, що складають основу всього емоційного життя людини. До них зараховують емоції інтересу, радості, здивування, смутку, гніву, презирства, огиди, страху, сорому і провини. Компактна та зручна у використанні «Шкала диференційованих емоцій» (Додатки В, Г) заповнює наявний брак інструментів у прикладній психодіагностиці, що дозволяє на мить отримати зріз усього спектру поточних емоційних переживань жінок репродуктивного віку. Для оцінки актуального фізичного стану (далі – ФС) людини в конкретній професійній ситуації такий методичний інструментарій є незамінним, оскільки дозволяє проаналізувати афективні компоненти регуляції діяльності, які відображають особливості мотиваційних установок суб'єкта.

«Шкала екзистенції» (далі – ШЕ) А. Ленглі та К. Орглер [198] – це опитувальник, заснований на антропологічній теорії Франкла (Додаток Е). Тест на самооцінку, що оцінює ступінь особистісної самореалізації та базового ставлення до життя жінок репродуктивного віку. Субшкали: самодистанціювання (SD), самотрансценденція (ST), свобода (F), відповідальність (V).

Таким чином, з метою досягнення мети експериментальної частини дослідження особливостей психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку обрано такі методи експериментального дослідження: емпіричні (психологічний експеримент; спостереження; самоспостереження; контент-аналіз історій попередніх протоколів ЕКЗ; психодіагностичні методики – тестівники; методи діагностичного інтерв'ю, клінічного інтерв'ю, терапевтичної та емпіричної бесіди); методи математичної статистики

(непараметричні U-критерій Манна-Уїтні та коефіцієнт рангової кореляції Спірмена).

Зазначені психодіагностичні методики будуть надалі застосовані у процесі констатувального та формувального етапів дослідження різних аспектів психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку.

2.2. Дослідження психологічних механізмів фертильності у жінок

Опишемо докладно процедуру та результати дослідження психологічних механізмів фертильності у жінок репродуктивного віку до моменту впровадження авторської програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» (констатувальний експеримент).

Так, за допомогою «Шкали депресії» А. Бека було досліджено рівень виразності депресії у опитаних жінок. На рис. 2.1 представлені середні значення рівня депресії у групах жінок репродуктивного віку.



Рисунок 2.1. Середні значення рівня депресії у групах жінок репродуктивного віку

Аналіз даних рис. 2.1, дозволяє зробити висновок, що у жінок, які не мають проблем репродуктивної сфери не спостерігається депресивних

симптомів (M=4,7); у жінок із проблемами репродуктивної сфери є легка депресія (M=12,1).

Результат порівняльного статистичного аналізу за критерієм U-критерій Манна-Уїтні дозволив визначити, що між показниками рівня депресії у групах жінок репродуктивного віку є статистично значущі відмінності, відображені у таблиці 2.1.

Аналіз даних, поданих у табл. 2.1, показує: рівень депресії вираженіший у жінок репродуктивного віку, які мають безпліддя, ніж у здорових жінок (U=99, $p \leq 0,05$).

Таким чином, у жінок із безпліддям рівень депресії вищий, ніж у інших жінок репродуктивного віку.

Таблиця 2.1

Результати порівняльного статистичного аналізу за критерієм U-критерій Манна-Уїтні між показниками депресії у групах жінок з різними рівнями репродуктивної функції

Рівень депресії	Група жінок, які мають проблеми репродуктивної системи		Група жінок, які не мають проблем репродуктивної системи		p
	M		M		

Цей результат, ймовірно, пояснюється тим, що вираженіші депресивні прояви у жінок репродуктивного віку є відповіддю на неможливість завагітніти, результатом втоми жінок від постійного і нерезультативного лікування, обумовленого страхом ніколи не мати дітей.

За допомогою «Шкали тривоги Спілбергера-Ханіна» було досліджено показники тривожності у випробуваних жінок репродуктивного віку.

На рис. 2.2 представлені середні значення показників тривожності «Шкали тривоги Спілбергера-Ханіна» у групах жінок репродуктивного віку.

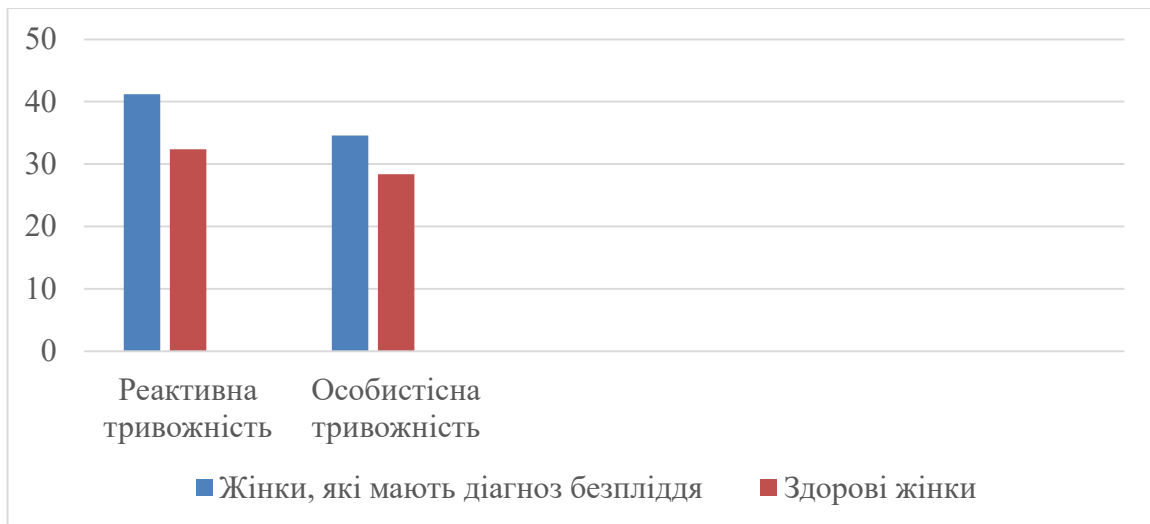


Рисунок 2.2. Розподіл випробуваних жінок репродуктивного віку за вираженістю показників тривожності «Шкали тривоги Спілбергера-Ханіна»

Аналіз даних, відображених на рис. 2.2, дозволяє зробити такі висновки:

- за шкалою реактивної тривожності у жінок репродуктивного віку, які мають дітей, спостерігається помірний рівень із тенденцією до низьких значень ($M = 32,4$), а у жінок із безпліддям виявляється помірний рівень тривожності із тенденцією до високих значень ($M = 41,2$);

- за шкалою особистісної тривожності у жінок репродуктивного віку, які мають дітей, спостерігається низький рівень ($M = 28,4$), а у жінок із безпліддям спостерігається помірний рівень тривожності ($M = 34,6$).

Таким чином, у жінок репродуктивного віку, які не мають діагнозу безпліддя, особиста тривожність виражена на низькому рівні, а реактивна тривожність має помірний рівень із тенденцією до низьких значень. Це свідчить про те, що ці жінки схильні емоційно реагувати на стресову ситуацію, проте вони не мають порушень в емоційній сфері. Водночас, у здорових жінок особистісна тривожність має помірний рівень, а реактивна тривожність має помірний рівень із тенденцією до високих значень. Це виражається у сильній емоційній напрузі, занепокоєнні, нервозності жінок за вагітність, за дітей, а також у схильності сприймати значне коло ситуацій як загрозливі, реагувати на такі ситуації станом тривоги, що, ймовірно, обумовлено страхом пологів.

Результат порівняльного статистичного аналізу за критерієм U-критерій Манна-Уїтні дозволив визначити, що між показниками тривожності в групах жінок репродуктивного віку є статистично значущі відмінності.

Результати відображені у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Результати порівняльного статистичного аналізу за критерієм U-критерій Манна-Уїтні між показниками тривожності у групах жінок із різною репродуктивною сферою

Показники тривожності	Група жінок, які мають дітей		Група жінок із діагнозом безпліддя		p
	M		M		
Реактивна тривожність					
Особистісна тривожність					

Аналіз даних, наведених у табл. 2.2, показує:

- реактивна тривожність вираженіша у жінок, які не мають дітей, ніж в інших жінок репродуктивного віку ($U=97$, $p\leq 0,05$);

- особистісна тривожність вираженіша у жінок із безпліддям, ніж в інших жінок репродуктивного віку ($U=89$, $p\leq 0,05$).

Таким чином, реактивна та особистісна тривожність вираженіша у жінок репродуктивного віку, які мають діагноз безпліддя, ніж у жінок, які мають дітей. Це виявляється у сильній емоційній напрузі, занепокоєнні, нервозності жінок через неможливість продовження роду, а також у сприйнятті більшості ситуацій як загрозованих і реакції на такі ситуації тривожним станом. На нашу думку, це може бути пояснено тим, що підвищена тривожність є не лише психологічною відповіддю на фізіологічні зміни, а й результатом втоми жінок від постійного лікування, а також обумовлено страхом залишитись у старості

самотньою або що її покине чоловік. Таким чином, узагальнюючи результати діагностики показників ставлення до наявності дітей, депресивності та тривожності у групах жінок репродуктивного віку, можна зробити такі висновки:

- загалом для вибірки характерне переважання відповідей оптимального та ейфоричного типу психологічного компонента;

- у жінок репродуктивного віку, які мають дітей, не спостерігається депресивних симптомів; особистісна тривожність виражена на низькому рівні, а реактивна тривожність має помірний рівень із тенденцією до низьких значень, що, ймовірно, обумовлено наявністю дітей та продовження роду;

- у жінок репродуктивного віку, яким встановлено діагноз безпліддя, є легка депресія; особистісна тривожність має помірний рівень, а реактивна тривожність має помірний рівень із тенденцією до високих значень, що може бути пояснено підвищеною депресією та тривожністю, що є не лише психологічною відповіддю на фізіологічні зміни, а й результатом втоми жінок від безрезультатного лікування, а також обумовлено страхом розриву шлюбу, адже немає дітей.

У рамках порівняльного аналізу, проведеного з питання показників емоційного стану жінок репродуктивного віку, на підставі отриманих результатів нами було зроблено висновок про те, що жінкам із діагнозом безпліддя, на відміну від жінок без діагнозу безпліддя, характерні нерішучість, полохливість, невпевненість, напруженість, інертність, пасивність, безініціативність, апатичність, а також пригніченість. Варто зазначити, що їм характерна загальна емоційна пригніченість. Отже, загальний емоційний стан жінок із діагнозом безпліддя, на відміну від жінок без діагнозу безпліддя, був охарактеризований нами як негативний, пригнічений, апатичний (рис. 2.3).

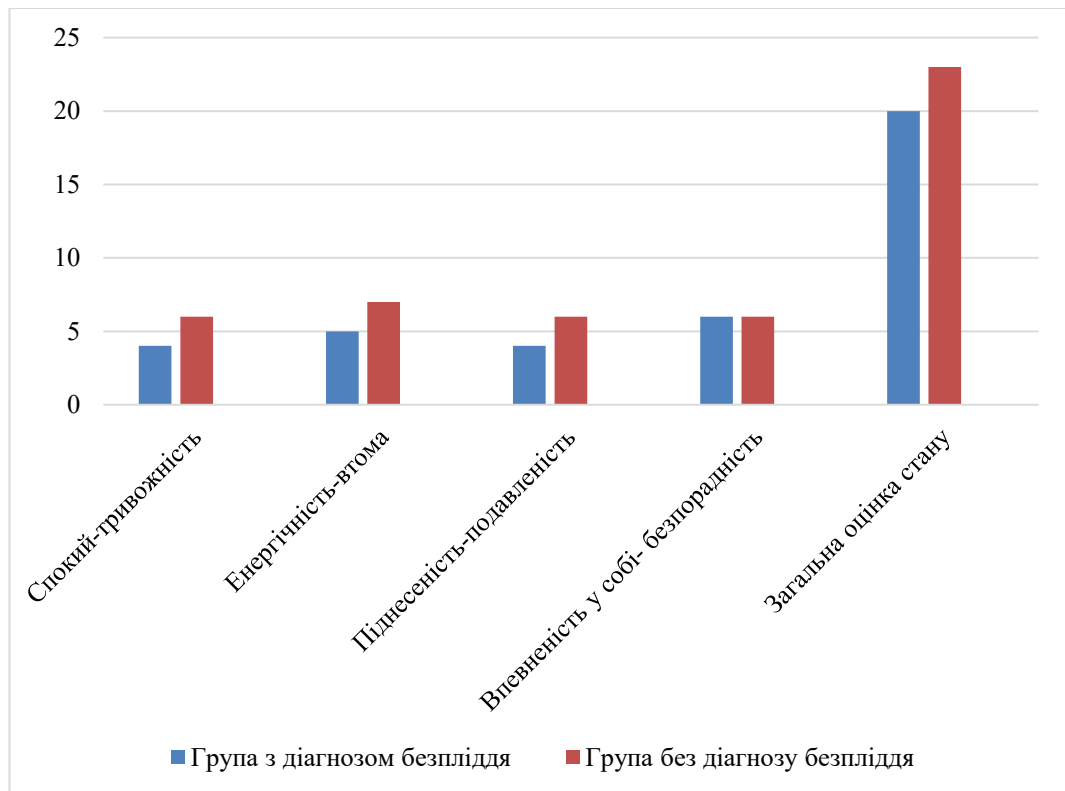


Рисунок 2.3 Результати порівняльного аналізу показників емоційного стану жінок репродуктивного віку (методика «Самооцінка емоційних станів» А. Вессмана та Д. Рікса)

Також за результатами порівняльного аналізу показників домінівного емоційного стану, було зроблено висновок про те, що у жінок із діагнозом безпліддя переважає комплекс депресивно-тривожних емоцій, таких як страх, сором та провина. Жінки, які зіткнулися з цим діагнозом, схильні до занепокоєння і тривоги, страху за себе і близьких, іпохондричних ідей. Вони можуть перебувати в пригніченому стані та поганому настрої частіше, ніж жінки без цього діагнозу (рис. 2.4).

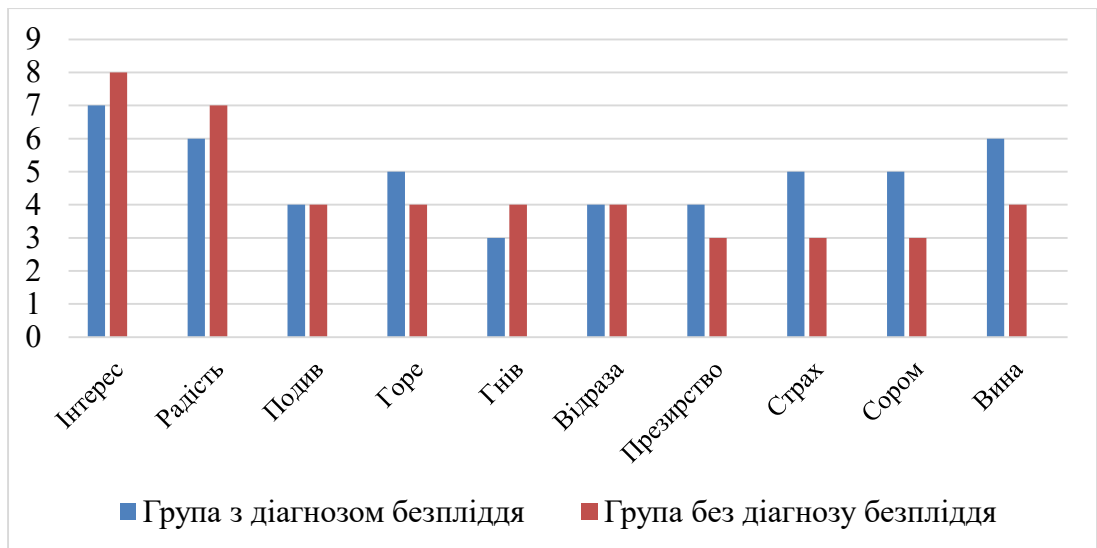


Рисунок 2.4. Результати порівняльного аналізу показників домінівного емоційного стану жінок репродуктивного віку («Шкала диференціальних емоцій» (ШДЕ) К. Ізарда)

Жінки репродуктивного віку з діагнозом безпліддя виявляють необов'язковість, стриманість, незнання того, що потрібно робити; у них спостерігається мала здатність витримувати навантаження, чутливість до перешкод, схильність розпочинати діяти на підставі зовнішніх спонукальних причин без внутрішнього узгодження. Таким чином, зробили висновок про те, що у жінок із діагнозом безпліддя, на відміну від жінок без діагнозу безпліддя, спостерігається нижча екзистенційна виконаність життя (рис. 2.5).

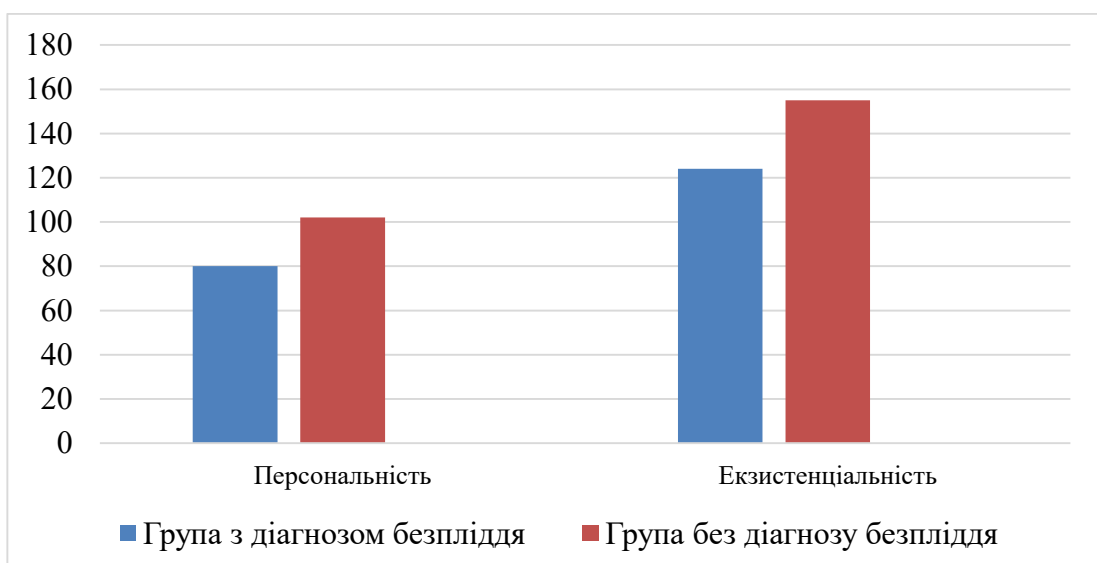


Рисунок 2.5. Результати порівняльного аналізу показників персональності та екзистенційності жінок репродуктивного віку («Шкала екзистенції» (ШЕ) А. Ленглі та К. Орглер)

Таким чином, домінівні емоції жінок із діагнозом безпліддя мають взаємозв'язок із самооцінкою їхнього емоційного стану.

Якщо жінки репродуктивного віку переживають горе, відчувають злість і гнів, огиду, презирство, то швидше за все, вони при цьому будуть в стані тривоги, відчуватимуть втому, спустошеність, пригніченість, безпорадність. За таких емоцій, як страх, сором і провина, жінка може відчути тривогу, слабкість, безсилля та безпорадність. Домінівні емоції жінок із діагнозом безпліддя мають взаємозв'язок із їхніми смисложиттєвими орієнтаціями.

Якщо жінки репродуктивного віку переживатимуть горе, відчуватимуть злість і гнів, огиду, зневагу, страх, сором і провину, то швидше за все, вони при цьому не бачитимуть мети, у них не буде почуття задоволеності від свого минулого, також вони не будуть задоволені своїм теперішнім. Їм здаватиметься, що вони не контролюють своє життя, що від їхнього вибору та рішення нічого не залежить.

Зазначене спонукає до дослідження фізіологічних компонентів фертильності у жінок репродуктивного віку.

2.3. Дослідження фізіологічних компонентів фертильності у жінок

На етапі емпіричного дослідження нами визначено необхідність вивчення на констатувальному етапі фізіологічних показників у жінок з порушеннями репродуктивної сфери.

Результати зазначеного показали індекс маси тіла (ІМТ) варіював у жінок репродуктивного віку від мінімального 15,80 (дефіцит маси) до 41,00 (ожиріння 3 ступеня), у середньому жінка мала нормальну вагу з ІМТ $24,64 \pm$

4,48, яка вкладається у загальноприйняті рамки нормального ІМТ (від 18,5 до 25 кг/м²).

Середній вік менархе у жінок репродуктивного віку дорівнював $13,51 \pm 1,17$ років, при мінімальному віці 9 років (один випадок) та максимальному віці 19 років (один випадок, медикаментозно індукований). Загалом уперше менструація розпочалася у віці 11–15 років – у 94,13 % пацієток. Середній вік статевого дебюту становив $21,4 \pm 2,98$ років, мінімальний вік статевого дебюту 16 років; максимальний вік – 36 років; 4 % жінок репродуктивного віку розпочали статеве життя до повноліття.

Тривалість безпліддя на момент отримання квоти відповідала $7,46 \pm 2,3$ року, при мінімальній тривалості 2 роки та максимальній тривалості 18 років.

Первинне безпліддя спостерігалось у 49,4 %, вторинне – у 50,6 % жінок репродуктивного віку. Пологи в анамнезі були у 28,4 % жінок, аборти та викидні (завмерла вагітність) – у 37,9 % жінок. У середньому, на 1 жінку з вторинним безпліддям припадало 1,3 маткових вагітностей в анамнезі.

У 82,1 % пацієток в анамнезі були різні оперативні лікувально-діагностичні втручання на органи репродуктивної системи (лапаротомії, лапароскопії, зокрема щодо позаматкової вагітності, зовнішнього генітального ендометріозу, гістероскопії, резектоскопії). Різні порушення менструального циклу в анамнезі констатували 28,7 % жінок репродуктивного віку, завдяки отриманій терапії на момент отримання квоти порушений цикл мали лише окремі пацієнтки – 7 %.

Ендокринні захворювання спостерігалися у 35,18 % пацієток, в основному – патологія щитовидної залози та ожиріння. На одну пацієнтку з ендокринною патологією припадало 1,25 ендокринних захворювань.

Серед перенесених гінекологічних захворювань у 69,4 % жінок репродуктивного віку в анамнезі були хронічні запальні процеси з трубно-перитонеальним фактором безпліддя (непрохідність труб). До моменту отримання квоти, завдяки лапароскопічному відновленню прохідності

маткових труб і лізису спайок, трубний фактор безпліддя зустрічався у 47,2 % пацієнток, і ця патологія репродуктивної системи була провідною.

Не мали в анамнезі жодної гінекологічної патології та відхилень у репродуктивній системі 26 жінок репродуктивного віку. На одну жінку з безпліддям на момент консультування припадало 1,4 гінекологічної патології.

Серед базових фізіологічних показників ми оцінювали показники систолічного та діастолічного артеріального тиску, частоту пульсу, дихання у досліджуваних жінок. Вважаємо, що саме діагностичне вивчення фізіологічних показників у поєднанні з психологічними сприятиме віднаходженню найефективніших способів психокорекційних заходів, внутрішніх резервів особистості жінок репродуктивного віку та покращенню й відновленню її репродуктивних функцій.

Задля установлення наявного стану серцево-судинної системи жінок з порушеннями репродуктивної сфери нами здійснено контроль показників систолічного (верхнього) та діастолічного (нижнього) артеріального тиску. За результатами дослідження з'ясовано, що у 92,72 % пацієнток систолічний тиск знаходився за рамками норми і тільки у 5,39 % – відповідав нормі. Діастолічний тиск у 91,67 % жінок репродуктивного віку констатований за рамками норми, у 8,33 % – у рамках норми.

Отже, отримані результати демонструють певні ознаки відхилень артеріального тиску від нормативних показників, де підвищення артеріального тиску може вказувати на артеріальну гіпертензію, а його зниження – на ознаки артеріальної гіпотензії у жінок з гінекологічними захворюваннями.

Нами проведено оцінку можливого впливу різних факторів на настання вагітності при проведенні лікування безпліддя із застосуванням високотехнологічних методів лікування. Результат сполученості та рівня значущості факторів, включених до дослідження, наведено в табл. 2.3.

**Результат сполученості та рівня значимості факторів на
ефективність ЕКО програм**

№	Змінна	Групи		Рівень р
		Вагітність не настала	Вагітність настала	
	Результат ЕКЗ			
	Вікові групи:			
	Вік 20-30			
	Вік 31-40			
	Вік 40+			
	Місце проживання:			
	0 – Село			
	– Місто			
	Фактор безпліддя			
	– №97.8			
	– №97.4			
	– №97.9			
	– №97.0			
	– №97.4+N97.1/ N97.8			
	– №97.1			
	Тривалість безпліддя			
	група (2-3 роки)			
	група (4-6 років)			
	група (7-9 років)			
	група (10-12 років)			
	група (13-15 років)			
	група (16-18 років)			
	Вік менархе			
	– Середній вік менархе (11 - 15 років)			
	– Раннє менархе (9 років)			
	– Пізнє менархе (16-19 років)			
	Менструальний цикл			

	– Нормальний цикл			
	– Порушений цикл			
ІМТ				
	– Нормальна вага			
	– ІМТ нижче норми			
	– Надлишкова вага			
	– Ожиріння 1 ступеню			
	– Ожиріння 2 ступеню			
	– Ожиріння 3 ступеню			
Оперативні втручання в анамнезі				
	– Оперативних втручань не було			
	– Оперативні втручання були			
Захворювання ендокринної системи				
	– Захворювань ендокринної системи немає			
	– Захворювання ендокринної системи є			
Гінекологічна патологія				
	– Безпліддя другого генезу			
	– Маточні аномалії (які не перешкоджають розвитку плоду)			
	– Міома матки			
	– Тубектомія в анамнезі			
	– Ендометріоз яєчників			
Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ)				
	– Нормальний резерв			
	1 – СПКЯ			

За результатами табл. 2.3 варто звернути увагу на такі групи факторів та провести логістичну регресію: «Вікові групи»; «Первинність / Вторинність безпліддя»; «Фактори безпліддя»; «Захворювання ендокринної системи»; «Наявність пологів в анамнезі»; «Результат АМГ».

Зниження ефективності та результативності ЕКЗ залежно від віку є загальновідомим фактом та підтверджується результатами нашого дослідження.

Привертає увагу той факт, що частота настання вагітності при первинному безплідді становила 42,5 %, при вторинному безплідді – 29,2 %. За результатами логістичної регресії фактор «Вторинність безпліддя» (ЗШ = 1,860 (95 % 1,160-2,982)) в 1,86 разів збільшує ризик не завагітніти. З огляду на те, що з матковими вагітностями в анамнезі у жінок з вторинним безпліддям найімовірнішим фактором безпліддя є зміни ендометрію (матковий фактор), матковий фактор можна зарахувати до менш переборних для квотних програм факторів, що потребують додаткового вивчення.

Також, при аналізі ефективності лікування безпліддя залежно від «Фактора безпліддя» найменша ефективність виявляється при «невстановленому факторі безпліддя N 97.9» – 16,6 %, що у 2 і більше разів нижче, за інші фактори. Результати оцінки ефективності ЕКЗ залежно від наявності або відсутності «Захворювання ендокринної системи» та «АМГ < 1» (при ФСГ < 12 та АФ ≥ 6) суперечать логіці: за наявності ендокринних захворювань (усі жінки репродуктивного віку проходили процедури на фоні компенсації) ефективність ЕКЗ виявилася вищою, ніж без них (42,9 % проти 31,9 %); при «АМГ < 1» ефективність лікування безпліддя із застосуванням ВТМУ була найвищою і склала 61,5 % проти 32,2 % при «АМГ від 1 до 3,5» та 40,2 % при «АМГ > 3,5 », що пов'язано з донацією ооцитів. Це ще раз доводить, що застосування донації ооцитів дозволяє нівелювати такі значущі фактори, як низький АМГ при ФСГ менше 12, котрі раніше відігравали ключову роль у низькій ефективності лікування безпліддя.

Отримані результати свідчать про те, що при лікуванні безпліддя високотехнологічними методами лікування, зокрема із застосуванням донації клітин, найзначущішими факторами, що впливають на ефективність, є вік, вторинне безпліддя з матковою вагітністю в анамнезі (матковий фактор), а також «невстановлений фактор безпліддя № 97.9», що побічно вказує на значущість можливих порушень на генному та психологічному рівнях.

За даними опитування, було виявлено, що в основному жінки, які брали участь у дослідженні, не знають про «Репродуктивне здоров'я» (рис. 2.6).

Точно змогли це поняття визначити лише 38,5% жінок репродуктивного віку, тобто ті, які мають із цим проблеми і часто звертались за допомогою. Проте, опитані жінки репродуктивного віку знають причини порушення репродуктивного здоров'я.

Серед причин порушення репродуктивного здоров'я жінки вказали на 1-му місці інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), на 2-му – стрес та депресії, 3-є місце поділили недотримання особистої гігієни та наявність шкідливих звичок. Зі збільшенням віку респондентів виявляється тенденція до підвищення рівня знань на вказану тему, оскільки саме з віком збільшується кількість звернень з цією проблемою.

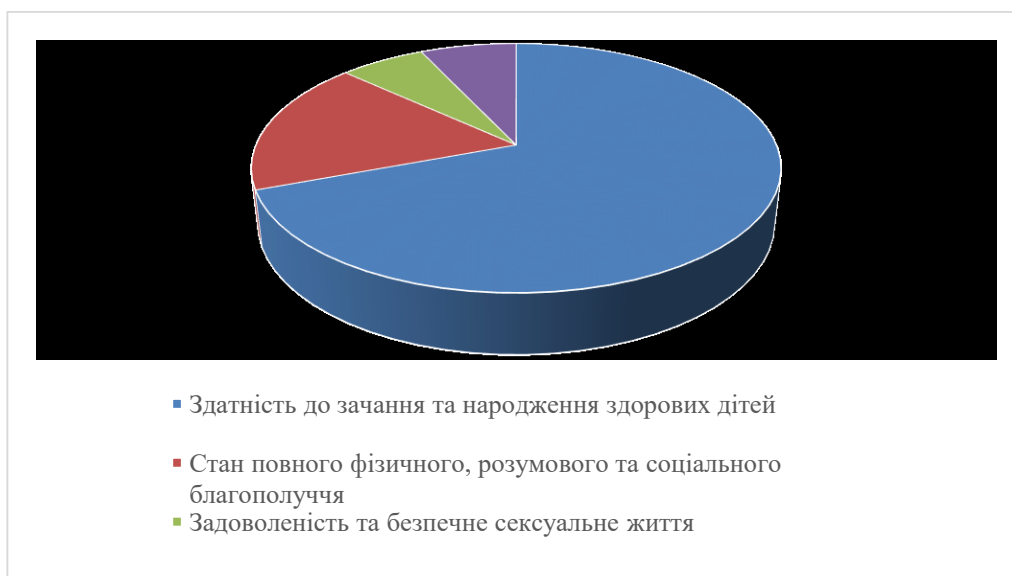


Рисунок 2.6. Розподіл відповідей на питання щодо поняття репродуктивного здоров'я жінками репродуктивного віку

Лише 45,5% жінок репродуктивного віку вивчали питання репродуктивного здоров'я у школі. Це свідчить про недостатню шкільну освіту з питань репродуктивного здоров'я та статевого виховання. Вважаємо, що шкільний курс із статевого виховання може допомогти у вирішенні багатьох глобальних проблем та усунути недоліки сексуальної освіти підлітків. Одна з глобальних проблем, яку може вирішити предмет із статевого виховання, на нашу думку, – це підліткова вагітність. Всесвітня організація

охорони здоров'я повідомляє, що щорічно в країнах, що розвиваються, відбувається приблизно 21 млн випадків вагітності серед дівчат віком 15–19 років і приблизно 12 млн з них закінчуються пологами.

Друга проблема, яку необхідно промовляти та вирішувати – це венеричні захворювання та невміння убезпечувати себе у статевих контактах. Саме ці знання можуть стати важливим аспектом у профілактиці венеричних хвороб серед підлітків, а також проблемі ВІЛ-інфекції, адже найчастіше люди заражаються ВІЛ статевим шляхом. Очевидно, необхідно розповідати дівчатам та юнакам підліткового віку про політику згоди. Вони повинні знати щодо статевого контакту, що, перш ніж вступити у зв'язок, потрібна однозначна згода партнера, а також уміти відстоювати свої кордони та говорити «ні». Крім того, кожна дівчина, жінка репродуктивного віку повинні знати, куди їм звернутися за психологічною, медичною та правовою допомогою у разі небажаних статевих дій щодо них.

ЗМІ та інтернет-ресурси є основним джерелом інформації для всіх груп респондентів (78,9 %); на частку медичних працівників припадає близько 40 % інформації, але на сім'ю та родичів – лише 20 % (рис. 2.7).

Такий розподіл можна пояснити, як закритістю та сором'язливістю самих дітей, так і батьків, та лікарів в інтимних питаннях під час обговорення. На тлі цього, пасивний потік інформації, що надаються ЗМІ та інтернет-ресурсами, не вимагає емоційної відкритості та віддачі від слухача. У студентів спостерігається підвищення відсоток надходження знань від сім'ї та родичів, а також медичних працівників та викладачів. Пов'язувати таку тенденцію слід із процесами дорослішання у питаннях статевих взаємин серед старшого віку.

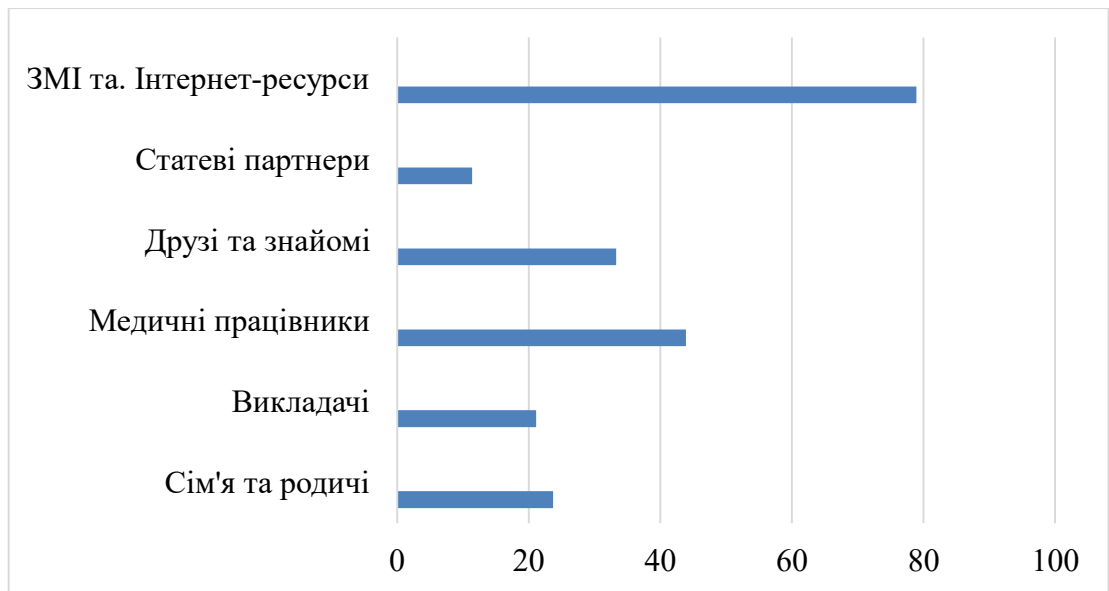


Рисунок 2.7 Розподіл відповідей на питання про основні джерела інформації з питань репродуктивного здоров'я

За даними анкетування з усіх респондентів 58,8 % вживають алкоголь, 93,9 % вживають тютюнові вироби. Це говорить про те, що такий фактор ризику порушень репродуктивної системи, як шкідливі звички, діє на дівчат більшою мірою, ніж на юнаків.

Доведено [29; 85; 100], що у кожного третього чоловіка вживання спиртних напоїв впливає на чоловічі статеві залози: відбувається тромбоз, звужується просвіт насінневих каналців, порушується дозрівання статевих клітин, зменшується кількість сперматозоїдів, знижується їх рухливість, у результаті чого виникає чоловіче безпліддя.

Через високу чутливість до алкоголю будь-яка кількість спиртного може завдати жіночому організму величезної шкоди. Так, регулярне вживання жінками спиртних напоїв є причиною: порушень менструального циклу, змін, виникнення проблем зі щитовидною залозою, поява зайвої ваги, розвиток захворювання молочних залоз, зниження здатності до зачаття [29; 120].

Тривале тютюнопаління різнобічно негативно впливає на роботу жіночої репродуктивної системи, через що настання вагітності стає менш ймовірним: помітно погіршується якість яйцеклітини, через що вона не може нормально ділитися після запліднення; ушкоджується слизова оболонка

матки; надлишок вільних радикалів у жіночому організмі призводить до пошкодження генетичного матеріалу яйцеклітин, погіршення їх якості, порушення овуляції; погіршується засвоєння деяких вітамінів та мінералів, необхідних для нормальної роботи жіночої репродуктивної системи, зокрема фолієвої кислоти. Токсичні речовини в сигаретному димі впливають на чоловічу фертильність та роботу репродуктивної системи в цілому, а саме: руйнуються сперматозоїди, зменшується їхня активність [4; 10; 85].

Кількість сперматозоїдів у чоловіків, що палять тютюн, на 15 % менше, ніж у некурців; розвивається еректильна дисфункція, що теж призводить до труднощів із зачаттям; руйнується генетичний матеріал сперматозоїдів. Сперматозоїди з дефектною ДНК хоч і можуть запліднити яйцеклітину, але не в змозі забезпечити правильний розвиток нового організму [85].

На думку більшості респондентів, оптимальним віком для вступу до сексуальних відносин є віковий період з 16 до 21 року. Вік від 18–25 років вважається найдоречнішим для народження дітей, а значить – це оптимальний вік для вступу в сексуальні стосунки. На той час статеві органи формуються, фізіологічні процеси наближаються до норми, готуючи в такий спосіб організм дівчини як жінки репродуктивного віку до дорослого життя.

Статеве виховання найчастіше передує соціальному, культурному чи медичному. У деяких сім'ях цю тему взагалі не обговорюють. Бажання захистити дитину від «брудних розмов» призводить до того, що підлітки розпочинають інтимне життя зарано, травмуючи свій організм та психічне здоров'я. Опитані жінки репродуктивного віку зазначили, що переважно мали перший сексуальний досвід у віці 16–17 років.

Переважно (93,9 %) респонденток вважають, що вагітність має бути запланованою; планування вагітності – важливий етап і до нього бажано готуватися заздалегідь, адже йдеться про найголовніший проект у житті: триває робота із забезпечення надійності майбутнього життя, його підґрунтя. Тому необхідно планувати вагітність: відмовитись від шкідливих звичок, пройти необхідні обстеження та консультації фахівців.

Ставлення до абортів в опитаних жінок репродуктивного віку різне: 43,9 % вважають, що аборт – це нормальна медична процедура; 14,9 % – загроза здоров'ю дівчини / жінки; 11,4 % вважають аборт убивством людини; 10,5 % – безвихідна ситуація; 8,8 % не замислювалися про своє ставлення до абортів; 3,5 % вважають аборт шляхом контролю народжуваності.

Практично всі респонденти (96,5 %) вважають, що за непередбачену вагітність відповідають обидва партнери і лише 2,6 % вважають, що відповідальна дівчина / жінка. Такий розподіл можна пояснити пріоритетністю поняття у молоді про відповідальність за скоєні вчинки, що спричинили непередбачений результат.

На нашу думку, вивчення питань формування репродуктивного та психологічного здоров'я, статевого виховання у шкільництві не проводиться на належному рівні, тому основним джерелом інформації досі є ЗМІ.

Констатовано шкідливі звички у більшості респонденток, що може згубно впливати на майбутнє репродуктивне та психологічне здоров'я жінок цього віку.

У зв'язку з усім сказаним вище необхідно продовжити роботу у напрямі підвищення поінформованості молоді, зокрема майбутніх жінок репродуктивного віку – дівчат-підлітків, виховувати розуміння соціальної значущості цієї проблеми та правил збереження репродуктивного і психологічного здоров'я.

Отже, отримані результати дослідження фізіологічних компонентів фертильності у жінок констатують певні ознаки їхнього здоров'я, що побічно вказує на значущість можливих порушень на генному та психологічному рівнях. Для докладної характеристики психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку варто здійснити аналіз поведінкових механізмів безпліддя у жінок.

Висновки до другого розділу

Експериментальне дослідження передбачало два основних етапи: констатувальний (збір первинних статистичних даних) та формувальний (застосування експериментальної методики дослідження).

Методами експериментального дослідження (на констатувальному та формуальному його етапах) обрано такі: емпіричні (психологічний експеримент; спостереження; самоспостереження; контент-аналіз історій попередніх протоколів ЕКЗ (виявлення факторів ускладнення при проведенні протоколу ЕКЗ, результатів проведення психофізичної реабілітації жінок у період підготовки до проходження наступного протоколу ЕКЗ тощо); тестування (психодіагностичні методики: шкала депресії Бека, тест на тривожність Спілбергера-Ханіна, методика «Самооцінка емоційних станів» А. Уесмана та Д. Рікса, шкала диференціальних емоцій (ШДЕ) К. Ізарда, шкала екзистенції (ШЕ) А. Ленглі та К. Орглер) з метою виявлення актуального психоемоційного стану та самопочуття, механізмів психологічного захисту, рівня ситуативної тривожності у досліджуваних жінок, які повторно проходили протокол ЕКЗ; методи діагностичного інтерв'ю, клінічного інтерв'ю, терапевтичної та емпіричної бесіди); методи математичної статистики з метою аналізу, порівняння, систематизації та узагальнення даних, отриманих у результаті експериментального дослідження, виявлення статистично достовірних відмінностей між психологічними показниками (непараметричний U-критерій Манна-Уїтні); виявлення статистично достовірних взаємозв'язків між психологічними показниками (непараметричний коефіцієнт рангової кореляції Спірмена).

Експериментальне дослідження загалом проводилося на базі інституту репродуктивної медицини клініки професора Ф. В. Дахно. Діагностичні онлайн-тести були надіслані пацієнткам на електронну пошту. Респонденти були проінформовані про те, як пройти тести. Було гарантовано анонімність дослідження та використання його результатів лише в дослідницьких цілях.

У дослідженні брали участь 60 жінок, віком від 26 до 43 років. Із них 57% (34 жінки) – із встановленим діагнозом безпліддя, які лікувались від безпліддя, повторно виконували протокол ЕКЗ; у віці 32–38 років (середній вік – $34,2 \pm 2,2$ року), що відповідає репродуктивному віку жінок, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 09.09.2013 р. № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» [113]; віком від 27 до 43 років, а 43% (26 жінок) без діагнозу безпліддя, які мають дітей.

При розробці та плануванні експериментального дослідження ми спиралися на гіпотезу про те, що застосування спеціально розробленої експериментальної методики, зокрема авторської програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок», позитивно впливатиме на психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку, які мають проблеми репродуктивного здоров'я, зокрема діагноз «безпліддя», за усіма його показниками: реактивна та особистісна тривожність; депресивний, емоційний та домінівний емоційний стани; смисложиттєві орієнтації. Зазначене суттєво поліпшить психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку.

Таким чином, результати проведення констатувального експерименту контексту дослідження психологічних механізмів фертильності у жінок з'ясовано, що: а) у жінок репродуктивного віку, які мають дітей, не спостерігається депресивних симптомів; особистісна тривожність виражена на низькому рівні, а реактивна тривожність має помірний рівень із тенденцією до низьких значень; б) у жінок репродуктивного віку, яким встановлено діагноз «безпліддя», є легка депресія; особистісна тривожність має помірний рівень, а реактивна тривожність має помірний рівень із тенденцією до високих значень; в) у жінок із діагнозом «безпліддя» переважає комплекс депресивно-тривожних емоцій, таких як страх, сором та провина; жінки, які зіткнулися з цим діагнозом, схильні до занепокоєння і тривоги, страху за себе і близьких, іпохондричних ідей; вони можуть перебувати в пригніченому стані та поганому настрої частіше, ніж жінки без цього діагнозу; г) жінкам

репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя», на відміну від жінок без діагнозу «безпліддя», властиво «зациклення» на своїх бажаннях чи думках, фіксація на почуттях, докори на свою адресу; г) домінівні емоції жінок із діагнозом «безпліддя» мають взаємозв'язок із самооцінкою їхнього емоційного стану.

Отримані результати дослідження фізіологічних компонентів фертильності у жінок констатують: а) певні ознаки відхилень артеріального тиску від нормативних показників, де підвищення артеріального тиску може вказувати на артеріальну гіпертензію, а його зниження – на ознаки артеріальної гіпотензії у жінок з гінекологічними захворюваннями; б) при лікуванні безпліддя високотехнологічними методами лікування, найзначущішими факторами, що впливають на ефективність, є вік, вторинне безпліддя з матковою вагітністю в анамнезі (матковий фактор), а також «невстановлений фактор безпліддя № 97.9», що побічно вказує на значущість можливих порушень на генному та психологічному рівнях.

Отримані результати та сформульовані висновки становитимуть теоретичну основу формувального етапу експериментального дослідження особливостей психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку.

Результати, викладені у другому розділі, опубліковані у таких публікаціях автора:

1. Наконечна А. В. Стан емоційної сфери жінок із безпліддям при повторному застосуванні протоколу екстракорпорального запліднення. *Науково-практичний загальномедичний журнал «Український медичний часопис»*. 2018. 6 (2) (128) – XI/XII. URL: https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2018/12/4720_02.pdf

2. Соціальна робота засобами природотерапії із постраждалими внаслідок надзвичайних ситуацій. *Коллективна монографія*. Автори: д-р пед.наук, проф. Сопівник І. В., Будегай В. А., канд.пед.наук Альтанова О. Б., Демченко І. І., Драчук О. В., **Наконечна А. В.**, Мацола В. А., канд.пед.наук, доц. Міхеєва О.

Ю., Федченко К. О., Витриховська О. П. – Київ. 2021. 556 с.// С. 319-419. ISBN 978-617-7986-37-8. URL:

https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u188/kolektivna_monografiya_2021.pdf

3. Картушинська А. В. Дослідження психологічних станів жінок при порушеннях репродуктивної сфери - програма щодо подолання репродуктивної неповноцінності. *Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія*. 2023. Т. 14. № 2. URL:

<http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/46107>

4. Картушинська А. В. Проблеми ускладненої реалізації репродуктивного потенціалу в сучасній психологічній науці - подолання репродуктивної неповноцінності у жінок. *Теорія та практика репродукції людини: матеріали міжнародного симпозіуму (Львів, 26-27 травня 2023р.)*. Львів, 2023. URL:

https://uarm.org.ua/images/download/Programma_A5_preview.pdf

РОЗДІЛ 3

НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОДОЛАННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ НЕПОВНОЦІННОСТІ У ЖІНОК

3.1. Моделювання процесу подолання репродуктивної неповноцінності у жінок

Перед здійсненням опису формувального етапу нашого дослідження наголосимо на значущій складовій взаємодії психологів із жінками репродуктивного віку в системі подолання психологічних труднощів та негативних емоційних наслідків, спричинених наявністю встановленого діагнозу «безпліддя», довготривалим лікуванням від безпліддя, або невдалих процедур ЕКЗ. Цілеспрямовані програми психологічної допомоги та корекції досить часто реалізуються у сфері підтримки жінок із невдалими спробами завагітніти, або перед черговою процедурою ЕКЗ. Як правило, подібній групі пацієнтів надається медична допомога, рідше психологічна, яка переважно має ситуативний характер, допуск до якої отримують найчастіше за запитом, що є ініціативою самої жінки. Проте аналіз проблеми, актуальної в акушерстві, гінекології, репродуктології показує, що сучасній психологічній практиці необхідна розробка та впровадження як програм психологічної допомоги, так і програм психокорекції для жінок репродуктивного віку, які перебувають у ситуації, коли їм встановлено діагноз «безпліддя».

Формувальний етап експериментального дослідження проводився на базі інституту репродуктивної медицини клініки професора Ф.В. Дахно, як і констатувальний його етап. На формувальному етапі дослідження обрано такі ж методи як і на констатувальному його етапі, що описано у підрозділі 2.1 цієї роботи.

Як і було вказано у описі констатувального етапу дослідження (підрозділ 2.1), у дослідженні брали участь 60 жінок, віком від 26 до 43 років. Із них 57% (34 жінки) – із встановленим діагнозом безпліддя. Для застосування

розробленої нами програми психологічного супроводу жінки з діагнозом безпліддя із загальної кількості – 34 особи були розподілені на експериментальну групу (ЕГ) – 17 осіб та контрольну групу (КГ) – 17 осіб.

Експериментальна група (далі – ЕГ) проходила консультування за новою розробленою програмою; контрольна група (далі – КГ) – лише за онлайн-консультацією. На контрольному та експериментальному етапах дослідження нами було продіагностовано рівень тривожності, рівень депресії, емоційний стан.

Нами була сформульована гіпотеза формувального етапу експериментального дослідження, що застосування спеціально розробленої експериментальної методики, зокрема авторської програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок», позитивно вплине на психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку, які мають проблеми репродуктивного здоров'я, насамперед, у них зменшаться тривожні прояви та інші психоемоційні проблеми, що виникли унаслідок попередніх невдалих спроб завагітніти.

Виявлені у процесі констатувального експерименту нашого дослідження проблеми зумовили вирішення таких завдань цієї частини наукової роботи:

а) вибрати систему вправ, орієнтованих на зниження депресії та тривожності, розвиток позитивного самоствавлення та особистісної зрілості, розширення уявлень про материнство, а також усвідомлення цінностей особистого життя та прийняття інших;

б) апробувати програму тренінгу у жінок експериментальної групи;

в) здійснити повторну діагностику рівня депресії, тривожності, емоційних станів в контрольній та експериментальній групах та порівняти отримані дані формувального експерименту із констатувальним.

Щоб допомогти жінкам впоратися з психосоціальними наслідками безпліддя, кваліфікований лікар репродуктолог має пропонувати консультації психолога тим жінкам репродуктивного віку, хто планує або отримує лікування репродуктивної системи. Консультування може бути надано

індивідуально або в групі. Воно спрямоване на задоволення потреб пацієнтів у надзвичайних ситуаціях (наприклад, у періоди сильного стресу, під час вагітності в період та після періоду безпліддя, у наступних вагітностях, під час завершення лікування, під час участі в донорських програмах ооцитів тощо) і реалізується кількома форматами, зокрема індивідуальний, парний і груповий [1; 3]. Міжнародні рекомендації [168] поширювати консультування з питань безпліддя вважається відмінним від звичайної гінекології, орієнтованої на захворювання, акушерські консультації, оскільки вони зосереджуються на емоційній кризі, пов'язаній із нездійсненим бажанням мати дітей; медичне лікування, необхідне для задоволення цього бажання, зазвичай складається з повторюваних циклів втручання, які мають вузький рівень успіху; тривале очікування породжує розчарування, відчай і додаткові стреси [1; 5; 10].

Вирішальним моментом для психологів є те, що жінки, які проходять лікування безпліддя, будуть відчувати процес загалом. Жінки репродуктивного віку можуть не обговорювати ці почуття з психологом.

Розроблений протокол медичної допомоги [95], яка є обов'язковою та невід'ємною частиною психологічної допомоги, складається з маршрутизації жінок із безпліддям при наданні медичної допомоги і складається з 5 етапів:

1 етап (жіноча консультація). Виконання стандартного обстеження для своєчасної діагностики та лікування причин безпліддя.

2 етап (жіноча консультація). Спрямування жінок до відповідного медичного центру чи поліклініки для розробки індивідуальної програми соціально-психологічної реабілітації, для усунення соціально-гігієнічних факторів ризику, підвищення рівня медичної активності, навчання здоровому способу життя: відмова від куріння, підвищення рівня рухової активності, раціональне харчування, усунення професійних факторів ризику.

3 етап (жіноча консультація). Оцінка репродуктивного здоров'я жінок репродуктивного віку на основі запропонованих оціночних груп здоров'я.

4 етап (жіноча консультація). Направлення на лікування – базову програму допоміжних репродуктивних технологій (далі – ДРТ) жінок

протягом 6–9 місяців з моменту встановлення діагнозу при неефективності консервативного (або хірургічного) лікування.

5 етап (медичний центр, в якому надаються допоміжні репродуктивні технології). Розширення стандарту навчання при підготовці до ЕКЗ для своєчасної діагностики та лікування латентних захворювань крові, ендокринної системи, що впливають на виношування вагітності, залучення лікарів-спеціалістів (гематолога). Застосування персоналізованого підходу до лікування методом ЕКЗ: лікування з використанням базової програми ЕКЗ; лікування жінок із застосуванням нових медичних технологій при позитивному завершенні лікувального консилиуму з участю медичної генетики (преімплантаційний генетичний скринінг) ембріонів, донорські програми яйцеклітин (ооцитів) і ембріонів при зниженому оваріальному резерві, реєстрація донорів, кріобанк гамет і ембріонів для жінок із низьким оваріальним резервом.

Так, результат лікування безпліддя також пов'язаний із психологічними факторами. У низці досліджень стрес і психологічний стан розглядалися як прогнозувальний неблагонадійний фактор результату лікування. Підтверджено, що стрес пов'язаний з низькою ймовірністю вагітності серед жінок, що знаходяться в процесі лікування від безпліддя [1; 27].

Основою формувального етапу дослідження корекції психоемоційного стану жінок із порушеннями репродуктивної сфери з метою поліпшення їхнього психологічного здоров'я постала експериментальна перевірка ефективності впровадження розробленої авторської програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок», що поєднувала методи: психодинамічної психотерапії; когнітивно-поведінкової терапії (далі – КПТ); короткострокової терапії, спрямованої на вибір стратегій, ухвалення рішень та забезпечення соціальної підтримки; методи психотерапії; дихальні вправи та вправи на м'язове розслаблення (рис. 3.1).

Методи авторської програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок»			
психодинамічна психотерапія	когнітивно-поведінкова терапія	короткострокова терапія, спрямована на вибір стратегій, ухвалення рішень та забезпечення соціальної підтримки	дихальні вправи та вправи на м'язове розслаблення

Рисунок 3.1. Методи авторської програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок»

Розроблена програма «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» охоплює теоретичну та практичну частини й має блоки зовнішніх та внутрішніх детермінант, що викликали зміну психофізіологічного стану жінок репродуктивного віку. До зовнішніх детермінант зараховуємо дихальні вправи, методи тілесно-орієнтованої психотерапії та методи психотерапевтичної корекції. Як внутрішні детермінанти визначено психофізіологічні та індивідуальні особливості пацієнтів.

При лікуванні пацієток з указаним вище видом патології жінок репродуктивного віку використовується комплекс психотерапевтичних методик, серед яких найефективнішими є методи раціональної психотерапії, групова психотерапія, елементи гештальттерапії [17; 23; 40] та трансактного аналізу, арттерапевтичні підходи, аутотренінг, сугестивна психотерапія, вербалізація тривожного досвіду, заспокоєння у вигляді повторюваного мовлення та промовляння; переключення уваги на інші важливі цілі та досягнення в житті пацієток [40]; виявлення та коригування автоматичних думок, метод катарсису, метод ідентифікації з позитивним прикладом, метод запису подій дня, метод трьох стовпців: перша колонка – опис ситуації, друга – неадаптивні думки, третя – коригувальні думки та поведінка [2; 6].

Схарактеризуємо кожен з цих методів, обраних нами для поліпшення психічного здоров'я жінок репродуктивного віку.

Психотерапія є важливим втручанням, що має бути рекомендоване жінкам, які страждають будь-якою формою безпліддя. Тому в ідеалі консультування слід починати до того, як пацієнти почнуть будь-яке медичне втручання для лікування безпліддя [128; 138]. Окремим жінками репродуктивного віку може знадобитися терапія для прийняття діагнозу безпліддя, і психолог повинен розповісти їм про всі можливі варіанти лікування та поведінки. Спілкування є центральною точкою в лікуванні, оскільки сприяє кращому розумінню психологічного настрою жінок репродуктивного віку, для встановлення довірчого контакту та допоможе встановити всі психотравматичні фактори, включаючи ті, які походять від різних періодів та обставин особистого життя. Як показали окремі дослідження [25; 128; 142], вирішення психологічних проблем, таких як депресія, тривога і стрес може допомогти збільшити ймовірність зачаття. Також відомо, що психотерапія допомагає розвиватися механізмам подолання та ухвалення рішень під час лікування. Окрім тривоги та депресії, пацієнти, які страждають різними розладами сну та харчування, також можуть отримати користь від цього. Робота лікаря репродуктолога, який володіє інформацією щодо психологічного здоров'я і особливостей пацієнтів ДРТ, буде продуктивнішою, оскільки такий спеціаліст обізнаний не лише в медичних процедурах, але і щодо психологічного настрою пацієнтів. Таким чином, лікарі з необхідними знаннями психології та соціальної роботи мають міцну основу для відновлення психічного здоров'я пацієнтів [4; 10; 25].

Поряд із психологічним втручанням широко продемонстровано, що *методи релаксації* зменшують негативні емоції у низці медичних пацієнтів [11; 142]; конкретніше, було показано, що методи релаксації значно зменшують показники тривоги у жінок, які проходять лікування безпліддя [1]. Зокрема, дослідження показало, що психологічний супровід підвищив якість життя та зменшив негативні почуття та думки, які були пов'язані з діагнозом

«безпліддя» [1; 15]. Рекомендовані фахівцями множинні техніки релаксації – медитація, глибока дихання, керовані образи та йога [15; 29].

Копінг-втручання, що допомагає людям враховувати позитивні аспекти стресових ситуацій [77; 126]. Безпліддя потребує мультидисциплінарного підходу, тож команда з лікування безпліддя повинна знати, що згідно з міжнародними оцінками, лише одна десята пацієнтів, які звертаються за консультаціями або запланованим лікуванням, проходять їх [64]. Можуть бути різні причини, як-от незацікавленість, етична, релігійна, фінансова чи особистісна складова. Інші атрибути лікування та ставлення медичного персоналу, які можуть призвести до байдужості, включають неповагу до пацієнтів, маючи на увазі нечутливість до різних потреб пацієнтів, негативне спілкування персоналу та ухвалення поспішних рішень. На початку лікування команда спеціалістів із лікування безпліддя повинна звернути увагу на переконання пацієнток щодо здоров'я та способу життя. Вони повинні заохочувати їх змінити свою поведінку для покращення свого репродуктивного здоров'я та фертильності.

Під час лікування підвищується психологічний стрес, який можна зарахувати до страху невдачі лікування. Жінки репродуктивного віку, у яких перший цикл ЕКЗ не приніс бажаного результату, можуть припинити лікування через фінансовий тягар, психологічні проблеми, а також фізичні проблеми [126–127]. Однією з критичних фаз під час цього періоду є отримання яйцеклітини, перенесення ембріона та очікування тесту на вагітність, позитивного чи негативного результату. Освітній статус, професійний статус, психологічна підтримка, прийняття, безпорадність і подолання є основними посередниками стресу безпліддя у жінок [27]. Коли лікування неефективне, дві з 10 жінок повідомляють про симптоми депресії [28]. Відповідно до вищезазначених потреб пацієнтам рекомендується проходити регулярні та планові консультації психолога.

Після пройденого лікування потреби жінок репродуктивного віку відрізняються, для тих, які мали успішне лікування та тих, у кого успіху немає.

Потреби жінок із невдалими циклами ЕКЗ: при тривалих невдалих циклах до п'яти років, пацієнтки з безпліддям частіше звертаються до психоактивних речовин, та можуть зловживати ними, що може призвести до залежності (від алкоголю, тютюну та бензодіазепінів), ніж ті, які стали батьками шляхом усиновлення або природнього зачаття [1; 25]. Депресивні розлади часто виникають після неефективного лікування. Іноді це може призвести до розірвання шлюбу. Тому варто заохочувати жінок до *психотерапевтичних сеансів*. Потреби тих, у кого лікування завершилося успіхом: у цій групі жінки мають досвід тривоги через важке зачаття, хвилювання щодо життєздатності плоду, гестації та живонародження дитини [25; 27]. Загальні рекомендації для медичного персоналу, який займається цією групою пацієнтів, складаються з обміну інформацією, підготовки, обговорення та роз'яснення проблем, пов'язаних із результатами їхньої вагітності [27].

Жінки репродуктивного віку загалом у світі страждають від безпліддя, яке є життєвою кризою. Покладатися на те, що пацієнтки самі відзвітують про себе, є однією із значних труднощів у визначенні ступеня страждання, яке відчують жінки. Іноді жінки можуть приховувати свої емоції. Зазвичай на початку ці пацієнтки мають надію та позитивний підхід до лікування, що визначається під час збору даних для оцінки поточного психічного напруження. У міру прогресування лікування рівень стресу зростає. Пацієнтки повинні бути заохоченими, регулярно розмовляти з психологом, що допоможе їм краще справлятися з такою непереборною та емоційно складною ситуацією. У минулому, поширеність психічних проблем серед жінок з безпліддям оцінювалася як 25 %–60 % [29; 53; 76]. Крім того, препарати, які використовуються для лікування безпліддя, мають побічний вплив на психіку жінок. Незнання викликає розчарування у жінки, і вони можуть стати одержимими тим фактом, що «щось не так з їхнім тілом» [53; 76]. Якщо лікування ЕКЗ не вдається в першому протоколі, це призводить до підвищення рівня тривоги та депресії, що є однією з причин для жінок репродуктивного віку, через яку вона може припинити лікування.

Психологічний супровід здійснюється в рамках репродуктивної та перинатальної психології, які пов'язані з використанням допоміжних репродуктивних технологій. Найчастіше виділяється тип підтримки – *емоційна допомога*. Вона передбачає прояв свідомості, розуміння, збереження та підтримання спокою або вираження занепокоєння та залежить від характеру стосунків між жінками репродуктивного віку і їхнім середовищем [1; 4; 6].

Інформаційна (когнітивна) підтримка допомагає пацієнткам розібратися в складній ситуації. Підтримка полягає в наданій інформації або рекомендаціях, які можуть допомогти вирішити проблему, а також інформації про те, як, куди і до кого варто звернутись за допомогою [92].

Вибір саме цих психологічних методик (методи релаксації, психотерапія, копінг-втручання, психотерапевтичні сеанси, емоційна допомога, інформаційна (когнітивна) підтримка тощо) зумовлено таким теоретичним підґрунтям:

1. Ефективність психологічного супроводу для жінок, які мають труднощі із зачаттям, підтверджені багатьма науковими дослідженнями в різних країнах. Важливість даної проблеми підтримується і на наднаціональному рівні [153; 156; 164]. Так, у складі європейського суспільства репродукції людини та ембріології (ESHRE) діє «Секція по психології та консультуванню» [181]. Її основними цілями є підвищення знань спеціалістів про потреби пацієнтів у психологічній допомозі та вирішення їх психосоціальних проблем. У низці європейських країн встановлена система психологічної підтримки пацієнтів в програмах ЕКЗ. Наприклад, у Великобританії частина такої допомоги включена до стандарту лікування, що достовірно покращує його результати [221].

2. На значимість психологічної підтримки під час лікування безпліддя вказує також Дж. Коллінс [164], передбачаючи, що процес лікування безпліддя може стати важким тягарем для жінки, яка на час лікування, повинна дотримуватись сексуального життя «за розкладом», відповідно до медичного протоколу. Діагностичні та лікувальні процедури часто вимагають значних

зусиль від жінки, так як вона може відчувати себе фізично дискомфортно і відчувати неприємні наслідки можливих гормональних змін.

3. Лікування безпліддя часто описується як «емоційні американські гірки» («emotional roller coaster») через внутрішні емоційні «злети» і «падіння», пов'язані з цим процесом. Жінки повинні бути одночасно оптимістичними з приводу результату лікування і також реалістичними з приводу можливої відсутності бажаного результату. Кожен місяць без результату, який не завершився вагітністю, передусім спричинить багатогодинне відчуття безнадійності з наступним розчаруванням, або – тривалу розпач та відчай [164; 185].

4. Дослідження японських учених підтверджують необхідність психологічної підтримки в процесі лікування безпліддя [170]. А. Ланг [197] передбачає, що тривожність і депресія – це психологічні проблеми, які найчастіше виникають; тривожність виявляється у зв'язку зі стресогенністю лікувальних процедур і загрозами, що лікування не закінчиться успіхом, а депресія – у зв'язку з нездатністю завагітніти.

5. Всі підходи психотерапії націлені на зміну різних аспектів психічної функції. Тривалість лікування може змінюватися від кількох годин до кількох років, залежно від мотивації пацієнток, їхніх фінансових ресурсів, виду проблеми, клінічного діагнозу і стану психічного здоров'я. Пацієнтки з безпліддям, самостійно звертаються до психолога частіше за короткочасною, одноразовою консультацією для полегшення хворобливих психологічних переживань [73]. Окремі з них вибирають довготриваліше лікування, щоб справитися не тільки із безпліддям, але також з психологічними проблемами та конфліктами, які не мають вирішення, заважають контактам з сім'єю або друзями.

При першій зустрічі з новими пацієнтками ми, у рамках формувального експерименту, ставили кілька специфічних цілей, спираючись на визначені рекомендації для психологів [146]:

- 1) формування позитивних робочих стосунків;

- 2) визначення цілі лікування;
- 3) визначення критеріїв лікувального підходу;
- 4) ідентифікація рівня мотивації пацієнтів і підбір відповідних методик;
- 5) проведення якої-небудь дії, яка відразу дасть ефект, що необхідно для результативної роботи з пацієнтками – жінками репродуктивного віку – та поліпшувати їхнє психологічне здоров'я.

На основі отриманих психодіагностичних даних, описаних у другому розділі нашого дослідження, розроблені та застосовані основні напрями психотерапевтичних, психокорекційних заходів щодо поліпшення психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку:

1. Корекція емоційного стану. Психологічні тренінги, спрямовані на:
 - а) глибше розуміння своїх думок, почуттів і тілесних реакцій, пов'язаних з ними;
 - б) усвідомлення мотивації та свого бажання мати дитину;
 - в) усвідомлення причинно-наслідкових зв'язків між особливостями виникнення ситуації і типом реагування на неї.
2. Підвищення мотивації до лікування у пацієнтів з позитивним прогнозом лікування:
 - а) аналіз потреб і установок, неусвідомлених мотивів, які можуть заважати настанню вагітності;
 - б) вироблення позитивного ставлення до лікування.
3. Адаптація до діагнозу безпліддя у пацієнток із негативним прогнозом лікування:
 - а) спрямування життєвої енергії пацієнтки на інші сфери діяльності;
 - б) пошук альтернативних шляхів мати дитину (наприклад, усиновлення чи замінне материнство, при наявності медичних показників).

Провідна роль у лікуванні жінок репродуктивного віку із проблемами цієї сфери належала *індивідуальній психокорекції і груповій психотерапії*.

У результаті психотерапевтичного втручання у пацієнток виникало відчуття, що вони самостійно вирішили свої проблеми, а не отримали готові

«рецепти» поведінки від психолога. Тільки в цьому випадку *психотерапія, разом із виведенням пацієнток із психологічної кризи* посилювала їхні адаптаційні можливості і мала вплив на профілактику кризового стану в майбутньому.

Під час проходження лікувальних протоколів пацієнтками, завдяки розробленому психологічному супроводу, нам вдалося усунути невротичні стани, сумніви у своїх силах, допомогти визначитися в цілях і завданнях цього відповідального періоду для жінки. Заняття були побудовані так, щоб як можна більше залучити жінок, які не вірять у свої можливості, до внутрішньої духовної роботи, налаштуватися на довіру до самої себе, до персоналу клініки, позбавитися від комплексів і упереджень.

Включення пацієнток до творчої роботи сприяло концентрації вольових і творчих ресурсів, програмуванню позитивного розвитку психіки та адекватних емоційних реакцій жінок (через сприйняття кольору; раптове малювання; тренування пластики під певну музику тощо). Розвивалося довірливе ставлення до лікування, успішності вирішення проблем. Все це необхідно для виношування майбутньої дитини і її народження.

Враховуючи особливо значимий для більшості жінок сенс проблеми безпліддя, вважали важливим опрацювання сутнісних, екзистенційних проблем. З цією метою проводили багаторівневу роботу з оцінкою власної особистості. Аналізується глибинне внутрішнє переживання хвороби – «Чому я?», «За що мені це страшно, покарання?» тощо. При цьому з успіхом використовувалися *метафори, елементи позитивної психотерапії, техніки психоаналітичної спрямованості*. У результаті застосування елементів *гештальттерапії* відбувалася обробка та відреагування наявних проблем і переживань у площині «тут і зараз».

Обов'язковим елементом нашої терапії під час формувального експерименту стала *психотерапія*. Особливо корисна вона при наявності конфліктної ситуації внаслідок безпліддя жінки. У ході терапії давали необхідні рекомендації щодо оптимальної поведінки вдома, створення

доброзичливої атмосфери. Трансформували стереотипи стосунків із цими пацієнтками, як із «приреченими на нещастя», «неповноцінними» жінками. Підтримка в групі з боку жінок репродуктивного віку із схожими проблемами, порадами, допомогала змінити занижену самооцінку, та не залишатися наодинці зі своєю внутрішньою тривогою, стражданням, що покращувало комунікативні можливості, часто позитивно впливало на психоемоційну сферу, і повертало пацієнток до соціуму.

Серед методів психічної саморегуляції, було зроблено вибір на користь *аутогенного тренування* (далі – АТ), і вивчення впливу аутогенного тренування на емоційний стан жінок з безпліддям. Володіння прийомами АТ надає головні ефекти: зняття емоційної напруженості (заспокоєння) та відновлення динамічного балансу гомеостатичних механізмів організму, порушеного в результаті стресового впливу (відновлення) [75]. Ці ефекти обумовлюють необхідність використання АТ у широкому спектрі життєвих ситуацій: перевтома, невротичні розлади, психогенно обумовлена емоційна напруга тощо. Це важливо для жінок, які проходили обстеження з приводу безпліддя, оскільки емоційні порушення можуть бути одним із факторів безпліддя, а саме безпліддя може бути джерелом вторинних емоційних розладів, що впливають на ефективність лікування. Заспокоєння, зняття емоційної напруги, тривоги і відновлення забезпечувалося поступовим формуванням у жінок репродуктивного віку здатності довільно викликати у себе релаксаційний стан. Важливо також і те, що аутогенне тренування як активний метод психотерапії і психопрофілактики сприяв формуванню активного ставлення пацієнтів до процесу лікування. Кожна жінка репродуктивного віку має свій оптимальний або бажаний рівень тривожності, який можна назвати – «корисна тривожність». Проведення оцінки жінками репродуктивного віку свого стану у цьому випадку є для неї істотним компонентом самоконтролю і самовиховання [23].

Застосування методів поведінкової психотерапії були спрямовані на навчання жінок репродуктивного віку справлятися з проблемними та

тривожними ситуаціями, стабілізації стану, сприяння у розкритті їхніх особистісних ресурсів, потенціалу особистої поведінки та зменшення небажаних способів реагування. Використовували також методи *логотерапії* (розмовної психокорекції), де психолог, при взаємодії з жінками, описував їхній емоційний стан [92]. Цей метод сприяв підвищенню самооцінки та відновленню психологічного комфорту. Для розвитку особистісних ресурсів, зниження тривожних станів, використовували техніки *ресурсної арт-терапії*. Метод *групової дискусії*, у цієї групи жінок, ефективний для формування адекватних способів поведінки, спілкування та ставлення до свого стану. Як додаткові методи застосовували *аутогенні тренування* та *релаксаційні техніки* [92; 128].

Отже, додатковими методами психологічного супроводу жінок репродуктивного віку у процесі нашого формувального експерименту стали: індивідуальна психокорекція; групова психотерапія; включення пацієнок до творчої роботи; метафори; елементи позитивної психотерапії; техніки психоаналітичної спрямованості; гештальттерапія; аутогенне тренування; логотерапія (розмовна психокорекція); техніки ресурсної арт-терапії; метод групової дискусії; релаксаційні техніки тощо.

Після завершення сеансів психотерапії жінки стали підготовленішими до початку протоколу або до процедури переносу ембріона (у разі ЕКЗ). У результаті отриманої психотерапевтичної корекції пацієнтки отримували можливість бути адаптивнішими, навчалися керувати своїми емоціями і бути емоційно спокійнішими під час проведення лікування. На основі отриманих результатів, були розроблені рекомендації для психологічного супроводу жінок репродуктивного віку, як мають діагноз «безпліддя».

На підставі отриманих результатів констатувального експерименту нами розроблені організаційні заходи для поліпшення психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку із безпліддям:

1. Для жіночих консультацій (навчання лікарів алгоритму диференційованого відбору пацієнтів для лікування методом ДРТ;

індивідуальна програма соціально-гігієнічної реабілітації для жінок: дотримання режиму та якості харчування, підвищення медичної грамотності та активності, підвищення рухової активності).

2. Для медичних центрів із ДРТ (застосування автоматизованої програми управління персональними даними пацієток із безпліддям; впровадження матрично-штабної організаційної структури; застосування алгоритму надання медико-психологічної підтримки (МПП) для жінок із безпліддям на основі оціночних груп здоров'я) (рис. 3.2).

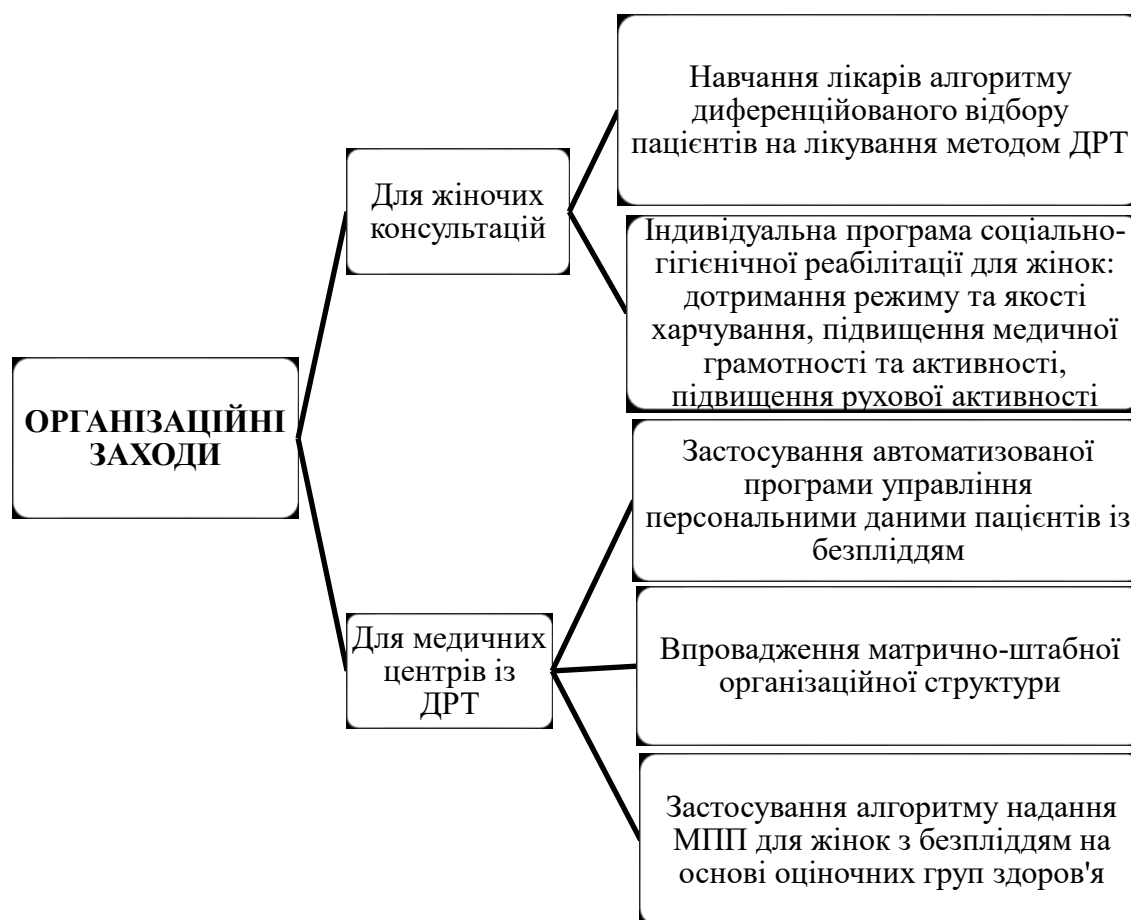


Рисунок 3.2 Схема організаційних заходів для поліпшення психологічного здоров'я жінок із безпліддям

Ціль цієї програми організація заходів для поліпшення психологічного здоров'я жінок із безпліддям – надання психологічної допомоги жінкам, які перебувають у незадовільному фізіологічному та психосоматичному стані, що пов'язано із проблемами в їхній репродуктивній сфері.

Відповідно, нами сформульовано завдання реалізації програми організаційних заходів для поліпшення психологічного здоров'я жінок із безпліддям:

1. Стабілізація психоемоційного стану.
2. Формування навичок саморегуляції.
3. Стабілізувати психологічну рівновагу та підвищити емоційну стійкість.
4. Виявити проблемні та тривожні ситуації та навчити жінок репродуктивного віку впоратися з цими ситуаціями.
5. Сприяти розкриттю особистісних ресурсів жінок репродуктивного віку, їхнього потенціалу поведінки, почуттів, думок.

Таким чином, програма організаційних заходів для поліпшення психологічного здоров'я жінок із безпліддям направлена на:

1. Подолання депресії.
2. Методи та можливості справлятися із тривожністю.
3. Поліпшення емоційної сфери жінок із безпліддям.
4. Розвиток психологічних детермінант, що сприяють формуванню репродуктивних установок:
 - особливості самоствавлення: самоцікавість, самопослідовність, саморозуміння, самоприйняття;
 - особистісна зрілість: відповідальність, терпимість, позитивне мислення;
 - ціннісні орієнтації: особисте життя, прийняття інших;
 - уявлення про материнство: «Образ своєї матері», «Образ себе у ролі матері» (рис. 3.3).

Особливості самоставлення	<ul style="list-style-type: none"> • Самоцікавість • Самопослідовність • Саморозуміння • Самоприйняття
Особистісна зрілість	<ul style="list-style-type: none"> • Відповідальність • Терпимість • Позитивне мислення
Ценнісні орієнтації	<ul style="list-style-type: none"> • Особисте життя • Прийняття інших
Уява про материнство	<ul style="list-style-type: none"> • «Образ своєї матері» • «Образ себе в ролі матері»

Рисунок 3.3. Психологічні детермінанти репродуктивних установок жінок репродуктивного віку

Таким чином, часткова мета формувального експерименту полягає у розробці та перевірці ефективності програми тренінгу з розвитку психологічних детермінант, які сприяють підвищенню метричного рівня репродуктивних установок, загалом – психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку.

При розробці та реалізації програми керувалися такими принципами:

1. Принцип системності. Програма тренінгових занять – це структурований та систематизований матеріал у формі групових занять.

2. Принцип обліку вікових та індивідуально-психологічних особливостей учасників програми – жінок репродуктивного віку із проблемами цього спектру.

3. Принцип відповідності цілей тренінгу його змісту, що передбачає послідовність психолога у реалізації поставлених цілей та завдань, заявлених на початку програми.

4. Принцип комплексності методів психологічної інтервенції, адже під час розробки програми тренінгу були використані різні прийоми, методи та техніки.

5. Принцип реалістичності, що дозволяє створити середовище, максимально наближене до реальності.

6. Принцип фізичної закритості, що передбачає незмінність складу групи протягом усього тренінгу.

7. Принцип просторово-часової організації, що передбачає проведення занять у заздалегідь обумовлений день та час.

8. Принцип дистанційної роботи: вибір прийомів, методів та психологічних технік з урахуванням специфічних особливостей дистанційної роботи у конкретній віртуальній кімнаті (Zoom, зокрема).

Психокорекційна програма реалізувалася психологом по 45 хвилин 5 сеансів.

Мотивація до психотерапії виявлена не в усіх пацієнток. Близько третини з них приходили на сеанс за призначенням лікаря репродуктолога, при цьому самі жінки зазначали, що ніколи не стали б звертатися до психолога, бо не знали про важливість програми, мету та програму проведення психокорекції.

Також психологічна корекція передбачала і обговорення самої програми лікування безпліддя, оцінку очікувань пацієнтів, пов'язаних із діями медичного персоналу, надання необхідної та достатньої інформації про медичні заходи, стимулювання вербалізації почуттів та емоцій пацієнток, пов'язаних із різними фазами медичної та психотерапевтичної програм.

Таким чином, програма психологічної допомоги була розроблена для жінок *експериментальної групи*. Позитивною властивістю зазначеної програми вважаємо те, що у «живій» групі, учасники найчастіше відчували значну відповідальність, залучення та згуртованість перед психологом та одна перед одною.

Жінки *контрольної групи* брали участь тільки у онлайн-тренінгу. До негативних сторін онлайн-тренінгу можна зарахувати низьку мотивацію. Під час онлайн-тренінгу, у ситуації, коли кожен сидить за своїм комп'ютером, значна ймовірність, відволіктися, паралельно займаючись своїми справами. Психологу важко контролювати процес консультування та психологічного супроводу.

Отже, у процесі моделювання процесу подолання репродуктивної неповноцінності у жінок нами розроблені: програма «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок», система організаційних заходів для поліпшення психологічного здоров'я жінок із безпліддям, визначені психологічні детермінанти репродуктивних установок жінками репродуктивного віку. Зазначені розробки змодельовані та представлені схематично.

3.2. Програма подолання репродуктивної неповноцінності у жінок

Опишемо процедуру перевірки ефективності впровадження авторської програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок»,

Спираючись на результати дослідження, цей підрозділ присвячено розробці, апробуванню та оцінці ефективності програми тренінгу з розвитку психологічних детермінант репродуктивних установок як складника авторської програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок». Подано короткий опис терапевтичних підходів до реалізації цієї програми в табл. 3.1 (створено на основі аналізу наукових джерел [4; 6; 9; 11; 81]).

**Опис терапевтичних підходів до поліпшення психологічного
здоров'я жінок репродуктивного віку**

Психотерапевтичний підхід	Психотерапевтична спрямованість
Терапія прийняття та зобов'язань	Навчання стратегіям уважності, для зменшення уникання минулих невдач та збільшення концентрації на теперішньому
Когнітивно-поведінкова терапія	Зміна когнітивних спотворень і зміна буття
Терапія когнітивної обробки	Виклик некорисним переконанням, пов'язаним із травмою
Консультування	Надання психо-емоційної підтримки пацієнткам, які переживають кризу, як правило, неструктуроване
Діалектична поведінкова терапія	Покращення регуляції емоцій та покращення стосунків; є дуже успішною для емоційно нестабільного розладу особистості
Терапія, орієнтована на емоції	Підвищення рівня усвідомлення, прийняття, вираження та регулювання емоцій
Екзистенціальна терапія	Зосереджується на концепціях, пов'язаних із існуванням жінки, таких як смерть, відповідальність і сенс життя
Експресивна терапія	Використання творчого мистецтва для полегшення дослідження складних емоцій
Внутрішні сімейні системи	Виявлення «субособистостей», які утворюють особистість жінки репродуктивного віку
Міжособистісна психотерапія	Вирішення міжособистісних проблем і надання соціальної підтримки
Підходи, що ґрунтуються на усвідомленості	Підвищення рівня обізнаності та прийняття поточного моменту
Психодинамічна терапія	Підвищення обізнаності пацієнток про несвідомий вплив на їхнє минуле та сьогодення
Терапія, орієнтована на рішення	Допомога пацієнткам у визначенні ресурсів, які допоможуть розробити реалістичне та стійке вирішення проблем, з якими вони стикаються
Перевернута терапія	Включення елементів гри для збільшення дистанції між собою та вмістом своїх думок

На основі аналізу наукових джерел, указаних вище, рекомендованих терапевтичних підходів (табл. 3.1), результатів нашого констатувального експерименту, нами розроблено програму «Психологічний супровід при

репродуктивних порушеннях у жінок», що передбачала чотири основних напрями експериментальної роботи:

1. Подолання депресії у жінок репродуктивного віку, зокрема з діагнозом «безпліддя».
2. Психологічна допомога у подоланні тривожності указаної категорії жінок.
3. Поліпшення емоційної сфери жінок із безпліддям.
4. Розвиток психологічних детермінант (особливості самоствавлення, особистісна зрілість, ціннісні орієнтації, уявлення про материнство), що сприяють формуванню репродуктивних установок у жінок із зазначеними проблемами.

Опишемо особливості застосування окремих напрямів та методів психологічного супроводу жінок репродуктивного віку – учасниць нашого формувального експерименту шляхом реалізації програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок».

Так, перший напрям реалізації програми – подолання депресії у жінок репродуктивного віку, зокрема з діагнозом «безпліддя». *Психодрама* застосовувалася як метод групової роботи, для подолання депресії у жінок репродуктивного віку, що передбачало розігрування учасницями певних ролей у модельованих життєвих ситуаціях, що мали для них особистісний сенс. Засновник психодрами Я. Морено вважав, що зміни у людині можуть відбуватися на різних рівнях. Зміна установок, переконань може відбудовуватись не лише на когнітивному рівні; особистісні зміни захоплюють глибинні переживання (емоційний рівень) та дії (поведінковий рівень) [92]. Цей підхід дав можливість нашим учасницям програми програвати образи та уявлення, пов'язані з материнством. При цьому вони не просто відтворювали емоції, а й вносили нові елементи в поведінку та переживання, тим самим коригуючи та формуючи свої уявлення психологічної проблеми. Також, психодраматичний підхід дозволяв учасницям випустити ті почуття, які роками стримувалися в собі. Ці почуття

були спрямовані як на себе, так і на оточуючих. Методи психодрами дозволили заново прожити, переосмислити та скоригувати материнсько-дочірні стосунки. Повернення в часі допомагало переглянути образ своєї матері та образ себе в ролі майбутньої матері.

Другий напрям реалізації програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» – психологічна допомога у подоланні тривожності указаної категорії жінок.

Практична значимість програми психологічної допомоги у подоланні тривожності полягала у можливості використання результатів нашого дослідження в практиці психологічного супроводу жінок із діагнозом «безпліддя». Реалізація програми передбачала досягнення двох основних цілей програми: 1) освоєння жінками репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» способів зняття емоційної напруги та можливостей її запобігання за допомогою арт-терапії; 2) надання учасницям експерименту психологічної інформації; сприяти розвитку у них умінь та навичок попередження та подолання тимчасових труднощів, пов'язаних із проблемами у репродуктивній сфері. Такі конкретизувалися у завданнях програми:

1. Профілактика/зниження рівня тривожності у жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя».
2. Формування вміння адекватно оцінювати проблемні ситуації та вирішувати життєві проблеми.
3. Заохочування учасниць до аналізу своїх стосунків з оточуючими.
4. Формування вміння контролювати свою поведінку.

Передбачалося, що очікуваним результатом у процесі реалізації програми стане підвищення емоційної стійкості жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» та їхньої готовності до психологічних навантажень, тобто зміцнення їхнього психологічного здоров'я. Програма була розрахована на проведення 3-х зустрічей у формі тренінгів тривалістю 60-100 хв. за двома темами: «Малюнок мосту», «П'ять сфер, які я хотіла би, щоб вони були в моєму житті».

Тренінг «Малюнок мосту» проводився із застосуванням арт-терапевтичних засобів: пастель, воскова крейда, фломастери, кольорові олівці, гуаш, акварель, папір тощо. Захід передбачав три етапи:

1. Вступна частина, під час якої учасницям пропонувалися три різні зображення мостів для вибору того, що подобалося їм найбільше, де б вони хотіли перебувати.

2. Основна частина, під час якої учасниці малювали міст протягом 30 хв. Потім група обговорювала подорож з точки зору того, як вони сприймають та асоціюють своє минуле та теперішнє життя із цим мостом; які перешкоди є на їхньому шляху.

3. Заключна частина: по закінченню роботи учасниць просять оцінити рівень дискомфорту від 0 до 10. Після чого їм пропонується попрацювати зі структурованою мандалою, яку потрібно розфарбувати так, як вони цього бажають. На це виділяється 10 хвилин. Після закінчення роботи з мандалою учасників знову просять оцінити рівень дискомфорту.

Триетапний (вступна, основна та заключна частини) тренінг «П'ять сфер, які я хотіла би, щоб вони були в моєму житті» проводився із застосуванням арт-терапевтичних засобів: журнали, ножиці, папір, клей, фломастери, кольорові олівці.

1. Під час вступної частини учасницям пропонувалися три різні зображення різних сфер життя людей для вибору тієї картинки, що подобалася їм найбільше, де б вони хотіли перебувати нині.

2. У процесі основної частини учасницям – жінкам репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» – було дане завдання протягом 30 хв. зробити колаж, присвячений п'яти сферам життя, які вони хотіли б побачити у нинішньому житті, щоб бути щасливими та успішними (робота, сім'я, здоров'я, особисті інтереси, подорож тощо). Після завершення роботи, група обговорила свої роботи та почуття.

3. У процесі заключного етапу учасниці просять оцінювали рівень дискомфорту від 0 до 10; працювали зі структурованою мандалою, яку

потрібно було розфарбувати за бажанням протягом 10 хв.; знову оцінити рівень дискомфорту за шкалою від 0 до 10.

Змістом сесій *когнітивно-поведінкової терапії* було управління стресом у жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» шляхом застосування методів блокування негативних думок, релаксаційної терапії та біологічного зворотного зв'язку, оскільки компоненти поведінкових експериментів та когнітивного підходу дали право на когнітивну реструктуризацію (це передбачало визнання спотвореного або негативного мислення та навчання заміні його реалістичнішим); формулювання позитивних думок чи переконань; методів спілкування та вирішення проблем для полегшення вираження емоцій та потреб; вирішення кризи безпліддя для поліпшення сексуальних стосунків. Зазначене представлено тематикою сесійних терапій (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Тематика сесій когнітивно-поведінкової терапії із жінками репродуктивного віку з діагнозом «безпліддя»

№	Тема сесії когнітивно-поведінкової терапії із жінками репродуктивного віку з діагнозом «безпліддя»	Кількість сесій
	Визначення цілей і правил зустрічі, знайомство пацієнток одна з одною	
	Розуміння можливостей стресу і супутніх факторів; техніки релаксації	
	Розпізнання спотворювального або негативного мислення, також впливу цих факторів на фізичні, психічні та соціальні аспекти; техніка релаксації	
	«Як змінити думку та замінити її позитивним мисленням?». Письмове завдання на емоційний катарсис. АРТ-терапія. Техніка релаксації.	
	Техніки блокування негативної думки. Вправи на уяву та біологічний зворотний зв'язок. Техніка релаксації	

	Методи спілкування та вирішення проблем для полегшення вираження емоцій та потреб. Вирішення кризи безпліддя. Техніка релаксації	
	Техніки поліпшення сексуальних стосунків. Техніки релаксації	
	Аналіз проблем безпліддя. Нові техніки ведення учасників	
	Резюме перед сесією	

Як вказує попередній опис та зміст табл. 3.2, запропоновані до застосування тренінги програми психологічної допомоги у подоланні тривожності та техніки когнітивно-поведінкової терапії орієнтовані на поліпшення психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку, зокрема з діагнозом «безпліддя».

Онлайн-втручання тривалістю 8 тижнів з одним призначеним інтерактивним модулем на тиждень, кожен з яких складався із психодедукційної інформації, вправ та домашніх завдань використовувалися для набуття жінками репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» відповідних знань та стратегій, зокрема шляхом використання різних форматів, методів, як і медіа (наприклад, інфографіка, відео, аудіофайли, текст тощо).

Для значущості отриманих результатів, на початку онлайн-втручання вводили у зміст розповіді чотири вигадані персонажі; їхні відповіді та думки щодо певних вправ виконували функцію стимулювальних прикладів. Зміст інтервенції розроблений за підтримки авторів науково-практичних пошуків у сфері психології, медицини та гендерних досліджень [2; 39; 43].

Крім того, перші три модулі онлайн-втручання були протестовані п'ятьма пацієнтками з ендометріозом, які розповіли групі експериментованих про свій досвід, надали цінні відгуки щодо зручності використання, психодедукційної комплексності та загальної користі запропонованої методики. Учасниці генерували індивідуальну біопсихосоціальну модель щодо впливу ендометріозу на різні сфери життя та дізналися про когнітивну

реструктуризацію. Оскільки, досліджувалися зв'язки між стресом і отриманим болем, то учасницям пропонувалося випробувати різні методи темпу і релаксації. Практикувалося прийняття та регулювання складних емоцій, а також дотримання психологічно позитивного спілкування у різних соціальних умовах.

Останній модуль був зосередженим на рефлексії та довгостроковій підтримці досягнутого прогресу у жінок репродуктивного віку з діагнозом «безпліддя» (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Зміст навчальних модулів онлайн-втручання когнітивно-поведінкової терапії жінкам репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя»

Тиждень / № модуля	Назва модуля	Зміст модуля
	Початок навчання	Психодедукція, цілепокладання
	Думки I: «Я: наші постійні супутники»	Когнітивна реструктуризація I – використання моделі ABC
	Думки II: «Хто ким керує?»	Когнітивна реструктуризація II – використання моделі ABCDE
	Мій біль і я: все-таки хочу щось зробити»	Робота з гострим болем. Темп. Тижневий графік
	Стрес і біль – завжди все і відразу»	Управління стресом (навички відновлення; боротьба з гострим стресом; плани на випадок надзвичайних ситуацій)
	Емоції: прийняття і толерантність»	Психодедукція; прийняття та регулювання негативних емоцій; уважність

Тиждень / № модуля	Назва модуля	Зміст модуля
	Чітка комунікація»	Базові правила комунікації; гнучке поводження в різних ситуаціях
	Мій план на майбутнє»	Резюме; постановка довгострокових цілей

Учасницям пропонувалося витратити від 1 до 2 год. на кожен модуль. Після кожного тижня учасниці отримували письмовий зворотний зв'язок від психолога на основі їхнього внеску до платформи лікування. Учасниці могли задати питання щодо модуля, над яким вони працювали, за допомогою текстових повідомлень психологу на онлайн-платформі.

Таким чином, онлайн-втручання, насамперед, передбачали постійний зворотний дистанційний зв'язок із учасницями експерименту.

Як окремі методики також були застосовані *техніки транзактного аналізу, казкотерапії, арт-терапії, робота з метафорою, техніки візуалізації* тощо.

Третій напрям реалізації програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» – поліпшення емоційної сфери жінок із безпліддям.

Значущості на етапі формувального експериментального дослідження щодо покращення психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку набуло апробування авторського 3 тренінгу «Поліпшення емоційної сфери жінок із безпліддям». У табл. 3.4 надано структуру цього тренінгового заняття, що складається з кількох елементів: вітання учасниць групи, розминка, основний зміст (інформаційний блок або основна вправа), рефлексія минулого заняття та ритуал прощання.

Структура авторського тренінгу «Поліпшення емоційної сфери жінок із безпліддям»

№	Етап тренінгу	Цілі тренінгу	Тривалість
	Ритуал привітання	Згуртування учасниць експериментальної групи; створення атмосфери довіри та сприятливого емоційного фону.	хв.
	Розминка	Налаштування на продуктивну групову діяльність шляхом впливу на рівень активності та емоційний стан учасниць тренінгу.	хв.
	Основний зміст заняття (інформування та комплекс вправ, прийомів, спрямованих на вирішення завдань цього тренінгу)	Основний зміст: комплекс тренінгових вправ, орієнтованих на встановлення сприятливих стосунків між учасницями групи. Сприяння розвитку психологічних детермінант, що є пріоритетною складовою змісту тренінгу. Наприкінці кожної вправи – зворотний зв'язок та рефлексія («Що було важко, а що легко в ході виконання вправи?»)	хв.
	Кава-брейк	Короткочасна зупинка тренінгу, що дало можливість учасницям відпочити та поспілкуватись у неформальній обстановці.	хв.
	Рефлексія заняття	Усі, хто бажав, висловили свою думку та враження про участь у тренінгові: учасницям задавали питання про те, що було важко, а що легко; які емоції вони відчували під час заняття; як вони змогли застосовувати набуті знання та вміння.	хв.
	Ритуал прощання	Сприяння завершенню тренінгу та зміцненню почуття єдності у групі (аплодисменти наприкінці заняття)	хв.

Отже, проведення авторського тренінгу «Поліпшення емоційної сфери жінок із безпліддям» передбачало загальне поліпшення емоційної сфери жінок із безпліддям як основного складника їхнього психологічного здоров'я.

Четвертий напрям реалізації програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» – заходи щодо розвитку психологічних детермінант (особливості самоствалення, особистісна зрілість, ціннісні

орієнтації, уявлення про материнство), що сприяють формуванню репродуктивних установок жінок.

Розроблена нами програма тренінгу з розвитку психологічних детермінант репродуктивних установок базована на наборі методичних прийомів та 4 технік гештальт-терапії та психодрами.

Варто зазначити, що важливим аспектом гештальт-терапії є поняття «тут і зараз», де ключова мета терапії – це усвідомлення та задоволення базових потреб. Розширення знань та уявлень жінок репродуктивного віку, зокрема із безпліддям, про себе, усвідомлення власної ціннісно-сислової сфери та прийняття особистої відповідальності за те, що відбувається – пріоритетні завдання цього напрямку. Прагнення до материнства є своєрідним гештальтом. Жінки виявляли у процесі такої роботи інтерес до своїх майбутніх ролей (партнер, дружина, мама тощо); розпочинали цікавитися темою материнства, в уяві виконували роль материнства. Такі цінності, як щасливе сімейне життя, кохання та терпимість ставали пріоритетними.

Структура авторської програми тренінгу з розвитку психологічних детермінант репродуктивних установок передбачала 4 блоки, кожен з яких спрямований на формування певних детермінант. Основними завданнями програми тренінгу нами визначено:

1. Формування позитивного самоствавлення у жінок репродуктивного віку, зокрема із діагнозом «безпліддя»: розвиток прагнення самопізнання, занурення у свій внутрішній світ, орієнтація в ньому та розуміння самих себе; формування почуття внутрішньої стійкості та довіри до себе; розвиток почуття обґрунтованості та послідовності своїх внутрішніх спонукань та цілей.

2. Розвиток основних складових особистісної зрілості жінок репродуктивного віку з безпліддям (відповідальність, самостійність, толерантність, позитивне мислення).

3. Усвідомлення жінками репродуктивного віку своєї системи ціннісних орієнтацій та створення умов для розкриття та осмислення груп цінностей «особисте життя» та «прийняття інших».

4. Поглиблення знань про структурні компоненти образу материнства та розширення уявлень жінок із безпліддям себе у ролі майбутньої матері.

Спираючись на гіпотезу, мету, завдання дослідження та керуючись основними принципами психологічного тренінгу, було розроблено програму тренінгу з розвитку психологічних детермінант репродуктивних установок у жінок (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Структура програми тренінгу з розвитку психологічних детермінант репродуктивних установок у жінок

1. Орієнтовний блок				
2. Основні блоки	Перший блок	Другий блок	Третій блок	Четвертий блок
	Формування позитивного самоствавлення	Розвиток складових особистісної зрілості	Створення умов для розуміння системи ціннісних орієнтацій	Поглиблення знань про структурні компоненти образу материнства та розширення уявлень себе у ролі майбутньої матері
	3. Заключний блок (закріплення, обмін думками)			

Схарактеризуємо докладно розроблено програму тренінгу з розвитку психологічних детермінант репродуктивних установок у жінок, складену із трьох основних блоків та чотирьох підблоків.

Орієнтовний блок спрямовано на знайомство учасниць тренінгової групи між собою. На цьому етапі визначалися цілі та очікування; вводилися групові норми роботи, з'ясовували організаційні моменти. Важливим моментом орієнтовного блоку стало ознайомлення учасниць із структурою проведення онлайн-тренінгу. Вправами орієнтовного блоку обрано «Самопрезентацію», «Правила групи», «Спалах» тощо [107; 109].

Мета орієнтовного блоку тренінгу з розвитку психологічних детермінант репродуктивних установок у жінок – знайомство учасниць групи; формування довірчих стосунків; визначення цілей, групових норм та очікувань, прояснення організаційних моментів онлайн-тренінгу. До цього блоку обрано підблоки: привітання та вправу «Самопрезентація» з метою познайомити учасниць одна з одною та налагодити перший етап групової роботи. Для реалізації цієї мети учасницям запропоновано по черзі повідомити іншим членам групи своє ім'я, місце роботи чи навчання, дві найкращі риси свого характеру; розповісти цікавий епізод або подію, що запам'яталася зі свого життя. Модератор тренінгу та інші учасниці експерименту могли задавати учасниці, що відповідала, додаткові, бажано «відкриті» питання. При цьому важливо було дотримуватися правил роботи групи (вправа «Правила групи») для вироблення загалом правил групової роботи (матеріали для роботи: інформаційний лист (електронний варіант), аркуш паперу, ручка); обговорити правила роботи у групі, висловлюючи свої пропозиції, критичні зауваження та доповнення щодо вказаних правил, на кшталт: довірчий стиль спілкування; спілкування за принципом «тут і зараз»; персоніфікація висловлювань (відмова від безособової мови); щирість у спілкуванні; конфіденційність всього, що відбувається в групі; не вживання оціночних висловлювань; повага до того, хто говорить; активна участь у тому, що відбувається, тощо.

Метою вправи «Спалах» у процесі розробленого тренінгу з розвитку психологічних детермінант репродуктивних установок у жінок, зокрема з діагнозом «безпліддя», визначено розвиток саморефлексії, концентрації на собі, своїх почуттях та досвіді, можливість розкритися перед групою. Для досягнення вказаної мети кожна учасниця у віртуальному колі почергово розповідала про свої відчуття «тут і зараз», почуття, образи, бажання, первинний досвід роботи у групі без оцінок та інтерпретацій; висловлювала очікування («Що я хочу отримати від тренінгу?»), побоювання та готовність працювати у тренінговому просторі; рефлексування про виконану роботу

(«Що сподобалося/не сподобалося?», «Що хотілося б зробити по-іншому?», «Що сьогодні нового дізналися про себе?», «Що було корисним для Вас?», «З чим Ви йдете із заняття?»). Закінчувався блок ритуалом прощання.

Основний блок тренінгу з розвитку психологічних детермінант репродуктивних установок у жінок, зокрема з діагнозом «безпліддя» передбачав чотири підблоки.

Так, перший підблок тренінгу з розвитку психологічних детермінант репродуктивних установок у жінок, зокрема з діагнозом «безпліддя» був орієнтований на формування нового ставлення учасниць експерименту до самої себе за допомогою поглиблення знань про себе, саморозуміння та прийняття себе. Отож, мета цього підблоку сформульована як розширення знань та уявлень жінок репродуктивного віку з діагнозом «безпліддя» про себе; розвиток інтересу до власних думок та почуттів; готовності спілкуватися із собою «на рівних»; розвиток впевненості у своїй цікавості для інших; сприяння в формуванні почуття внутрішньої стійкості та довіри до себе; розвиток обґрунтованості та послідовності своїх внутрішніх спонукань та цілей тощо. На цьому етапі використовувалися такі методики та вправи: «Я бажаю тобі»; «Я – різна».

Мета вправи «Я бажаю тобі», що виконувалася учасницями експерименту після відповідного привітання, – зорієнтувати жінок репродуктивного віку з безпліддям на отримання у процесі спільної роботи не лише індивідуальної користі, а й позитивного результату для всіх учасниць групи. Для досягнення цієї мети учасниці записували привітання та побажання іншим. При цьому необхідно було дотримуватися певних правил: лист не повинен бути адресованим конкретній учасниці; побажання мають стосуватися змісту тренінгу. Модератор тренінгу перемішував побажання і надсилав учасницям, і кожна отримувала чийсь лист, який зачитувала надалі у групі. Підсумовуючи, психолог пропонував учасницям відповісти на запитання: «Чи важко було написати листа з побажанням? Як Ви почували себе, коли зачитували Ваш лист?».

Техніка «Я – різна» дала можливість жінкам репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» проаналізувати свої особистісні риси, якості, прояви та зрозуміти необхідність прийняття їх незалежно від позитивності чи негативності; осягнути їх цінність та вплив прийняття рис на особисту цілісність та самоефективність.

Мета цієї техніки сформульована як прийняття себе та своїх рис зі знаком «плюс» та «мінус», вибудовуючи цілісність та самоцінність, тобто формування уявлення про цілісність особистості, пізнання себе, навчання приймати себе та розуміти особисту цінність.

На першому етапі застосування техніки «Я – різна» учасницям було рекомендовано зробити кілька вдихів-видихів, прикриваючи очі, концентруючись на собі і аналізуючи подумки особистісні якості, розпочинаючи із найпозитивніших рис характеру та поведінки («плюс»). Далі надавали завдання проаналізувати, продовжуючи спеціально дихати, усі особистісні корисні риси характеру та поведінки, поступово аналізуючи, зі своєї точки зору, негативні риси – «мінуси». Модератор мав право стимулювати аналіз учасниць експерименту такими фразами: «Можливо, Вашим негативним рисам характеру та поведінки не дуже комфортно у тому «місці» де вони є? Можливо, їм «тісно»? Можливо, вони «не задоволені» чимось, наприклад, тим, що їх потенціал не використовується належно, або тим що їх соромляться чи не приймають? Дозвольте Вашим рисам характеру та поведінки показати себе, долучитись до решти емоції, рис, якостей, адже без них Ви – не цілісні. Подумайте про те, що, можливо, кожна з цих рис, емоцій не даремно є Вашою; кожна з них для чогось потрібна Вам. Будь-що можна використовувати по-різному, з користю та без користі. Навіть найкращу рису, чесноту такі, як терпіння, доброта, можна використовувати, шкодячи собі та оточенню. Наприклад, злість чи заздрість можна використовувати, як ґрунт для роботи над собою. Уявіть, як зараз взаємодіють емоції всередині Вас; як та частинка Вас, що досі була відмежованою, долучається до решти Ваших частинок і Ви стаєте одним цілим. Подумки

подякуйте усім своїм рисам за те, що вони є і за те, що вони становлять частину Вас і роблять цілістю і цінністю. Дозвольте бути тут і зараз цій цілісності. Дозвольте проявляти себе. Дозвольте собі бути собою. Відчуйте, що відбувається всередині Вас. Побудьте з цим так достатньо, щоб почуватися комфортно, та повертайся, розплющуючи очі». Зазначені стимулювальні фрази допомагали учасницям досягнути очікуваного результату.

На другому етапі застосування техніки «Я – різна» учасниці експерименту використовували елементи арт-терапії: пригадуючи свої основні риси характеру та поведінки зі знаком «плюс» та «мінус», асоціювали, шляхом повного розслаблення м'язів, вказане з певним кольором та малювали на середині аркуша обраними кольорами. Далі навколо середини аркуша намалювали максимально велике коло; використовуючи фарби, що символізували усі риси характеру та поведінки, створювали позитивний образ у рамках цього кола. Стимулювальними фразами обрано такі на цьому етапові: «Дозвольте бути собі. Дозвольте бути собі різною. Що відчуваєте, коли зараз дивитесь на картину? Що всередині Вас? Що відчували, коли уявляли негативні риси всередині себе? Що відчували, коли уявляли позитивні риси всередині себе? Що відчували долучивши усі риси? Чи вдалось прийняти усе в собі? Що відчували, коли загалом малювали? Які думки приходили до Вас? Як почуваетесь зараз?».

У процесі рефлексивного етапу жінки репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя», висловлювали за бажання свої враження про тренінгу, відповідаючи на запитання: «Що сподобалося/не сподобалося? Що хотілося б зробити по-іншому? Що сьогодні нового дізналися про себе? Що було корисним для Вас? З чим Ви йдете із заняття?». Традиційно, цей підблок програми завершувався ритуалом прощання.

Другий блок тренінгу з розвитку психологічних детермінант репродуктивних установок у жінок, зокрема з діагнозом «безпліддя», спрямований на розвиток певних складових їхньої особистісної зрілості: відповідальність, терпимість, позитивне мислення, самостійність. Основне

завдання цього блоку полягало у розвитку вміння особистості бачити у вирішенні життєвих завдань: вияв гідності, можливості, бажання та ресурси до їх здійснення. Одним із важливих акцентів постало формування в учасниць експерименту стійкості до впливів довкілля та толерантності у соціальних взаємодіях, а також підвищення рівня автономності (самостійності) та стимулювання особистої відповідальності.

Вправи другого блоку передбачали застосування таких вправ: «Комплімент»; «Бачити те, що приховано»; «Тік-так»; «На позитиві»; «Успіх у минулому» [128; 130], що загалом впроваджувалися з метою розвитку в учасниць експерименту позитивного мислення.

Так, після традиційного привітання вправу «Комплімент» застосовували з конкретною метою формування у жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» вміння робити компліменти та створювати позитивні установки. Для реалізації цієї мети учасниці об'єднувалися у пари та по черзі говорили одна одній кілька щирих слів захоплення та заохочення. Після виконання цього завдання всі учасниці ділилися емоціями та враженнями.

Мета наступної вправи – «Бачити те, що приховано» – розвиток у жінок із діагнозом «безпліддя» уміння знаходити позитивні сторони у складних життєвих ситуаціях. Прикладами таких проблемних ситуацій можуть стати такі: «Під час дощу Вас оббризкала машина»; «В автобусі у Вас вкрали гаманець»; «На роботі виник конфлікт із керівником»; «Ви розлучилися з коханим чоловіком» тощо.

Для досягнення мети психолог надавав приклад певної проблемної ситуації. Далі група учасниць експерименту, спільно із психологом намагалася знайти позитивні сторони запропонованої проблеми, при чому кількість «плюсів» першої ситуації мала бути не менше 10, другої ситуації – 15. Аналізуючи третю проблему, жінки репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» повинні були знайти у цій ситуації щонайменше 20 «плюсів». Для унаочнення отримані дані друкувалися на екрані. При виникненні складнощів психолог допомагав учасницям змінити точку зору на ситуацію: з позиції

різних сфер життя (сім'я, друзі, школа, хобі, особистість тощо). Після того приклад ретельного опрацювання одного прикладу, кожна із учасниць мала згадати останню актуальну ситуацію для себе і самостійно знайти у ній позитивні моменти. На завершення кожна жінка зачитувала те, що в неї вдалося у результаті аналізу ситуації. Наостанок опрацьовувалися проблеми, запропоновані самими учасницями. Суть вправи полягала у тому, що чим більше ситуацій опрацьовано учасницями експерименту, тим міцніше ця навичка закріплювалася у свідомості жінок із проблемами безпліддя, що надалі допоможе їм вийти за рамки стереотипного мислення.

Традиційно, вправа «Бачити те, що приховано» завершувалася рефлексією.

Мета наступної вправи – «Тік-так» – формування позитивного мислення, трансформація негативних думок жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» у позитивні.

У процесі досягнення вказаної мети учасниці експерименту заповнювали таблицю, трансформуючи негативні думки на позитивні. Необхідно було уявити складну ситуацію і описати почуття, пов'язані з нею. Далі потрібно було записати думку, що виникла, і, нарешті, правильну думку у ствердній формі.

Вправа «На позитиві», що виконувалася наступною, мала на меті розвиток навичок саморелаксації.

Для досягнення мети учасницям необхідно було взяти аркуш паперу й намалювати на вибір відповідь на запитання одного з трьох варіантів:

1. Про що Ви зараз мрієте? Це може бути одна заповітна мрія або декілька різних речей, які Вам хотілося б мати. Намалюйте поряд людей, які Вам допоможуть це зробити.

2. Що в житті Вам приносить найпозитивніші емоції?

3. Що для Вас є найдорожчим у житті?

Головне правило виконання вправи «На позитиві»: на аркуші мало залишитися якнайменше вільного місця. Для цього учасниці мали дивитися на

своє виконання та відповіді на додаткові запитання та виконати додаткове завдання: «Які емоції та почуття у Вас виникають? Зосередьтеся на цьому почутті. Намагайтеся утримати його якомога довше у своїх думках». Ця вправа зосереджувала жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» на розпізнаванні власних емоцій.

Наступна вправа – «Успіх у минулому» – застосована з метою використання позитивних емоцій, пов'язаних із успіхами в минулому; створення нових мотиваційних зв'язків. Для досягнення мети вправи жінки репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» виконували такі завдання: «Закрийте очі і згадайте, яскраво уявіть період свого життя, коли Ви досягли значного успіху. Створіть образ у своєму розумі. Зверніть увагу на розмір, точність і якість уявного зображення, рухів, звуків і переживань, які його створюють або супроводжують. Подумайте про мету, якої хочете досягти. Продумайте образи досягнення Вашої мети. «Розмістіть» цей образ у своїй уяві там, де був попередній. Спробуйте накласти ці два зображення одне на одне. Намагайтеся надалі (у майбутньому) відчувати радість і задоволення від успішного виконання завдання (досягнення мети), як Ви відчували це раніше».

Обов'язкова рефлексійна частина, перед традиційним ритуалом прощання, передбачала відповіді учасниць експерименту на такі запитання: «Що сподобалося / не сподобалося? Що хотілося б сьогодні зробити по-іншому? Що сьогодні нового Ви дізналися про себе? Що було корисним для Вас? З чим Ви йдете із заняття?».

Третій блок тренінгу з розвитку психологічних детермінант репродуктивних установок у жінок, зокрема з діагнозом «безпліддя», спрямований на усвідомлення учасницями своєї системи ціннісних орієнтацій. Одним із важливих акцентів цього етапу стало створення умов для розкриття та осмислення груп цінностей «особисте життя» та «прийняття інших».

Важливим завданням програми стало усвідомлення жінками із репродуктивними проблемами термінальних і інструментальних цінностей: кохання; наявність добрих та вірних друзів; свобода; щасливе сімейне життя;

задоволення; самоконтроль, терпимість, чуйність, широта поглядів, чесність. Ще одним завданням було визначено стимулювання шанобливого ставлення до сім'ї, її цінностей та майбутнього материнства. На цьому етапі використовувалися такі методики та вправи: «Мої цінності»; «Цінності особистого життя та прийняття інших»; «Афірмації»; «Сполучна нитка»; «Сімейні цінності»; «Рецепт щастя»; «Притчі про сімейні стосунки та цінності» [25; 53; 128; 130].

Четвертий блок тренінгу з розвитку психологічних детермінант репродуктивних установок у жінок, зокрема з діагнозом «безпліддя», спрямований на поглиблення знань про когнітивні, емоційні та поведінкові репрезентації материнства. Розширення знань про психологічні та соціальні аспекти материнства визначено пріоритетним завданням цього блоку. Важливим напрямом стало створення умов для емоційного сприйняття ситуації материнства: оцінки та судження щодо материнства; переважний фон настрою; задоволеність від своєї ролі матері в майбутньому та інших.

Також значущим аспектом цього блоку визначено поглиблення знань та розширення поведінкових уявлень про материнство. Ціль цього етапу – розширення уявлень про материнство (вправи «Образ своєї матері» та «Образ себе у ролі майбутньої матері») в учасниць тренінгової групи. Тому у цей блок включені такі вправи: «Асоціації»; «Дерево материнської компетентності»; «Таблиця»; «Маленькому-захист»; «Рефлексія»; «Я як майбутня мати»; «Діалог із внутрішньою дитиною»; «Проективний малюнок»; «Все – у твоїх руках» [54; 60; 79].

Заключний блок тренінгу з розвитку психологічних детермінант репродуктивних установок у жінок, зокрема з діагнозом «безпліддя», спрямований на закріплення отриманих знань та досвіду, а також обмін думками та враженнями між учасниками тренінгу. До цього блоку передбачені такі вправи: «Що я придбала?», «Валіза в дорогу»; «Подарунок»; «Оплески» [7; 60; 130].

Мета заключного заняття – підбиття підсумків та закріплення отриманих знань та досвіду. Після класичного етапу привітання, виконували вправу «Що я придбала?» з метою усвідомлення набутого досвіду: учасницям тренінгу необхідно було сформулювати для себе, що істотного із знань вони придбали під час роботи і чим це допоможе їм у повсякденному житті? Модератор тренінгу використовував словесно-стимулювальні заготовки: «Щоб нам було легше розлучитися одна з одною, можемо зробити таке: нехай кожна зосередиться на тому, що вона придбала в групі. Подумайте пару хвилин над питанням: «У чому полягає найважливіший досвід, який я набула у цій групі і який допоможе мені краще долати труднощі повсякденного життя?». Закрийте очі та не відкривайте їх до того часу, поки не знайдете відповідь на це запитання, а потім запишіть відповідь». Уточнювальні питання для учасниць були записані на окремому аркуші: «Що я можу зробити для того, щоб те, що я придбала, було для мене значуще якомога довше? Наскільки широкий спектр набутого досвіду? Чий досвід виявився подібним до мого?».

З метою завершення тренінгу, рефлексія самоствавлення та міжособистісних відносин застосовувалася вправа «Валіза в дорогу». Для цього жінкам-учасницям тренінгу необхідно було «зібрати валізу в дорогу». Кожна із учасниць виходила з «віртуальної кімнати», а решта вирішувала, які якості їй збиратимуть у валізу. Потім учасниця знайомила з переліком якостей, які їй зібрали у валізу і висловлювала свої думки та емоції.

Вправа «Подарунок» також застосовувалася з метою завершення тренінгу та закріплення єдності групи. Учасниці у невербальній формі, без слів, лише мімікою та жестами дарували одна одній подарунки. Кожна могла зробити подарунок лише одній учасниці, називаючи при цьому її ім'я та демонструючи побажання.

Вправа «Оплески» виконувалася із метою підбиття підсумків та підняття настрою. Учасниці почергово вставляли зі своїх стільців, а інші бурхливо аплодували і продовжували це робити скільки, стільки вони відчували за

потрібне. Учасниця дякувала групі (говорила «дякую», кланялася тощо) і сідала. Після цього встала наступна учасниця.

Варто звернути увагу на те, що цікаво спостерігати за реакцією учасниць, яким аплодували. Хтось при цьому «входив у кураж» і розкланювався; хтось бентежився, дякував, але група нерідко не відпускала жінку-учасницю, продовжуючи нагороджувати оплесками.

Отож, вправа піднімала настрій жінок із репродуктивними проблемами, часом до рівня захоплення, та добре завершувала заняття на емоційному рівні.

Обов'язковим етапом була рефлексія про виконану роботу («Що сподобалося / не сподобалося? Що хотілося б сьогодні зробити по-іншому? Що сьогодні нового Ви дізналися про себе? Що було корисним для Вас? З чим Ви йдете з заняття?») та ритуал прощання.

Таким чином, тривалість програми з розвитку психологічний детермінант становила 12 занять по 90 хв. кожне (перерва 10 хв.) один раз на тиждень. При психологічному супроводі жінок, які мають порушення в репродуктивній сфері, як правило маємо справу з несвідомим матеріалом, а найчастіше – з глибинно несвідомим матеріалом. Дієвішими виявилися техніки, що дозволяли працювати з чуттєво-тілесним компонентом, несвідомими страхами та ірраціональними установками, батьківськими розпорядженнями, захисними механізмами, образами тощо. При роботі із проблемами безпліддя у жінок ефективними виявилися методи арт-терапії, психосинтезу, психодрами, гештальт-терапії, тілесно-орієнтованої терапії, рухової терапії.

Отож, наступною була обрана програма, у якій переважним напрямом визначена *арт-терапія*.

До програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» на вказаних вище засадах було включено основні сфери можливих психологічних порушень: ставлення до власної матері; прийняття власного образу материнства; провідні мотиви бажаної вагітності; образ себе;

узгодження розуму, тіла та почуттів. Також на заняттях пропонувалися деякі *методи релаксації та способи стабілізації емоційного стану*.

Кожне заняття, що мало проводитися у спеціальній тренінговій кімнаті, обладнаній стільцями та столами з місцем, де учасниці могли вільно переміщатися, складалося з кількох блоків: 1) вступ, знаходження актуального стану та релаксація; 2) основний блок: постановка та робота з конкретною психологічною сферою можливих порушень; 3) заключний блок: шерінг (зворотній зв'язок). Це одне з небагатьох занять, яке потребувало значно більше необхідних матеріалів та обладнання: папір формату А4; кольорові олівці, воскова або масляна крейда; гуаш/акварель, пензлі; ножиці, малярна стрічка, клей ПВА; пластилін для творчості; журнали різної тематики (для складання колажу); обладнання для пісочної терапії; символічні фігурки.

Коротко схарактеризуємо тематичний зміст тренінгових занять, застосовувані техніки та методики.

Так, перше заняття – діагностичне, вступне з використанням проєктивної методики малюнквого тесту «Я і моя дитина», «Подорож до країни Вагітність». На цьому заняття прояснювали цілі вагітності, обговорювали відповідальності, актуалізували реальний стан (Що відбувається на сьогоднішній день?).

Друге заняття було спрямоване на мотивацію вагітності, психосоціальну ситуацію розвитку: «Навіщо жінка народжує дитину?». Поступово здійснювався перехід на індивідуальну мотивацію: «Навіщо хочу народити дитину?», та соціальну ситуацію розвитку: «Життя до народження» (малюнок «Моя сім'я»).

Третє заняття – це робота з раннім дитячим досвідом та образом себе як матері шляхом виконання психосинтетичної техніки: «Подорож у дитинство» (актуалізація мультимодальних образів, пов'язаних із ранніми дитячими спогадами та стосунками з матір'ю) та малювання теми близькості, образи.

Четверте заняття було спрямованим на уявлення себе шляхом використання техніки «Мандала» [7]: опрацювання теми «образ Я»,

актуального стану, усвідомлених та несвідомих цілей, моделей взаємостосунків з оточуючими, можливих страхів та травм. Ще один із можливих сценаріїв проведення заняття: індивідуальна пісочниця з використанням символічних фігур.

П'яте заняття – «Я – світ» – на з'ясування та відпрацювання взаємодії з оточуючими: актуалізація провідних стратегій поведінки побудови стосунків з оточуючими, усвідомлення почуттів і тіла в організації та проживання взаємодій з іншими людьми. Можливі варіанти техніки: «групова пісочниця», фрактальне малювання, групова скульптура.

Шосте заняття – «Жіноче «Я» всередині та навколо мене» – для актуалізації та виразу почуттів, пов'язаних із різними періодами життя, їх усвідомлення та інтеграція; виявлення дезадаптивних патернів поведінки та мислення, пов'язаних із психологічним супроводом жінок із репродуктивними проблемами із заявленою чи передбачуваною психологічною, зокрема й гендерною проблематикою; зміцнення образу «Я» та гендерної ідентичності; дослідження системи гендерних стосунків; виявлення внутрішньоособистісних конфліктів; актуалізація та усвідомлення внутрішніх та зовнішніх ресурсів, а також латентних ролей та властивостей особистості. Заняття було організоване у техніці фотоколажу, під час створення якого використовувалися як особисті фотографії, і вирізки з журналів [59; 130].

Заняття сьоме – «Я та моє тіло», тобто робота з тілесними затискачами, актуалізація емоцій, «блокованих» у тілі; виявлення та усвідомлення потреб, установок та цінностей; актуалізація та усвідомлення внутрішніх та зовнішніх ресурсів; дослідження та зміцнення кордонів «Я»; усвідомлення динаміки змін. У його процесі використовувалися техніки тілесно-орієнтованої терапії (вільний рух), малювальні та драматичні техніки.

Отже, розроблена «Програма подолання репродуктивної неповноцінності у жінок» реалізована чотирма основними напрямками експериментальної роботи: 1) подолання депресії у жінок репродуктивного віку, зокрема з діагнозом «безпліддя»; 2) психологічна допомога у подоланні

тривожності указаної категорії жінок; 3) поліпшення емоційної сфери жінок із безпліддям; 4) розвиток психологічних детермінант (особливості самоставлення, особистісна зрілість, ціннісні орієнтації, уявлення про материнство), що сприяють формуванню репродуктивних установок у жінок із зазначеними проблемами.

3.3. Психологічна ефективність програми подолання репродуктивної неповноцінності у жінок

На наступному етапі аналізу ефективності програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» була проведена повторна діагностика психологічних особливостей та детермінант у учасниць експериментальної групи. Тестування було реалізовано за тією ж діагностичною схемою (методиками, методами, критеріями, показниками та формулами), що і констатувальний експеримент. Порівняльний аналіз психологічних особливостей у експериментальній групі здійснений на результатах до та після психологічного тренінгу.

Завданнями порівняння результатів експериментального та контрольного етапів дослідження здійснено за показниками у жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя»:

- вияву реактивної та особистісної тривожності (тест на тривожність Спілбергера-Ханіна);
- депресивного стану (шкала депресії Бека);
- емоційного стану (методика «Самооцінка емоційних станів» А. Вессмана та Д. Рікса);
- домінівного емоційного стану («Шкала диференціальних емоцій» (ШДЕ) К. Ізарда);
- смисложиттєвих орієнтацій («Шкала екзистенції» Ленгле, Орглера).

Проаналізуємо результати отриманих даних як критерію психологічної ефективності програми подолання репродуктивної неповноцінності у жінок.

Так, порівняння відповідей жінок із контрольної та експериментальної груп показало, що у жінок КГ репродуктивного віку з діагнозом «безпліддя» ймовірність прояву реактивної та особистісної тривожності вища, ніж у жінок з ЕГ: 67 % та 33 % відповідно реактивної та 59 % і 41 % особистісної тривожності (рис. 3.4–3.6).

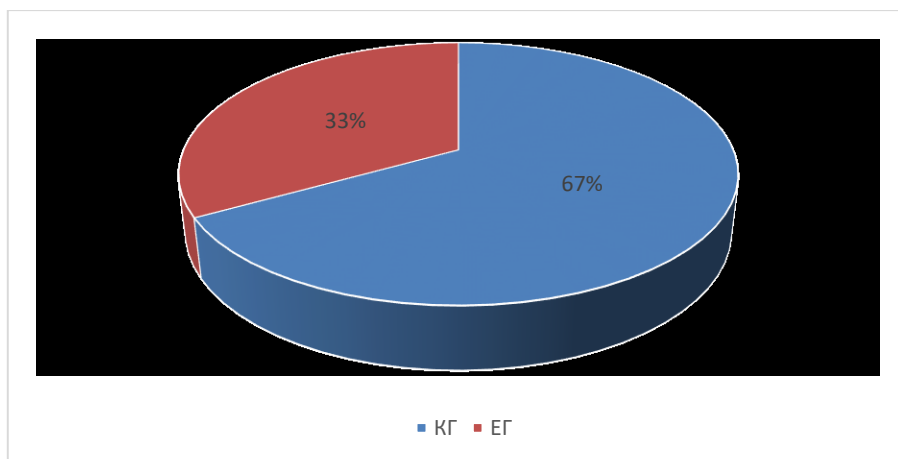


Рисунок 3.4. Середні значення показників жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» з ЕГ та КГ після експерименту щодо вияву реактивної тривожності

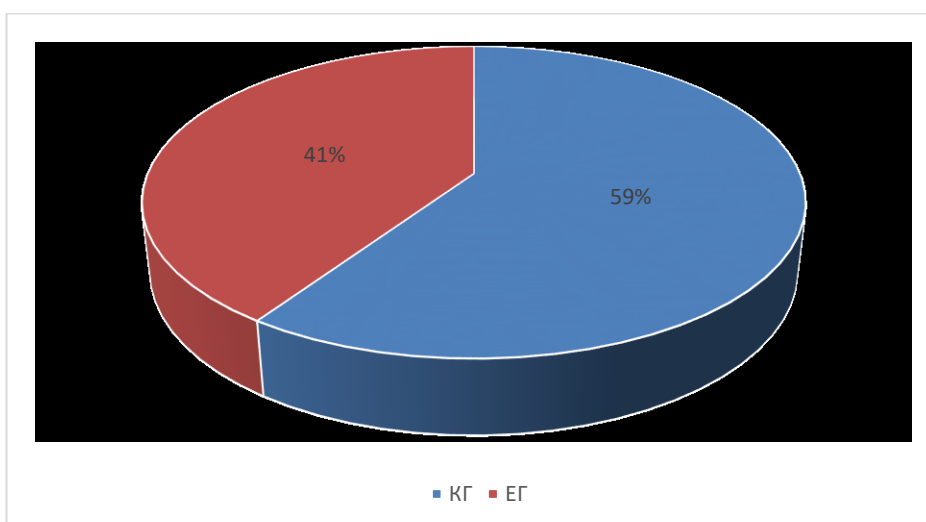


Рисунок 3.5. Середні значення показників жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» ЕГ та КГ після експерименту щодо вияву особистісної тривожності

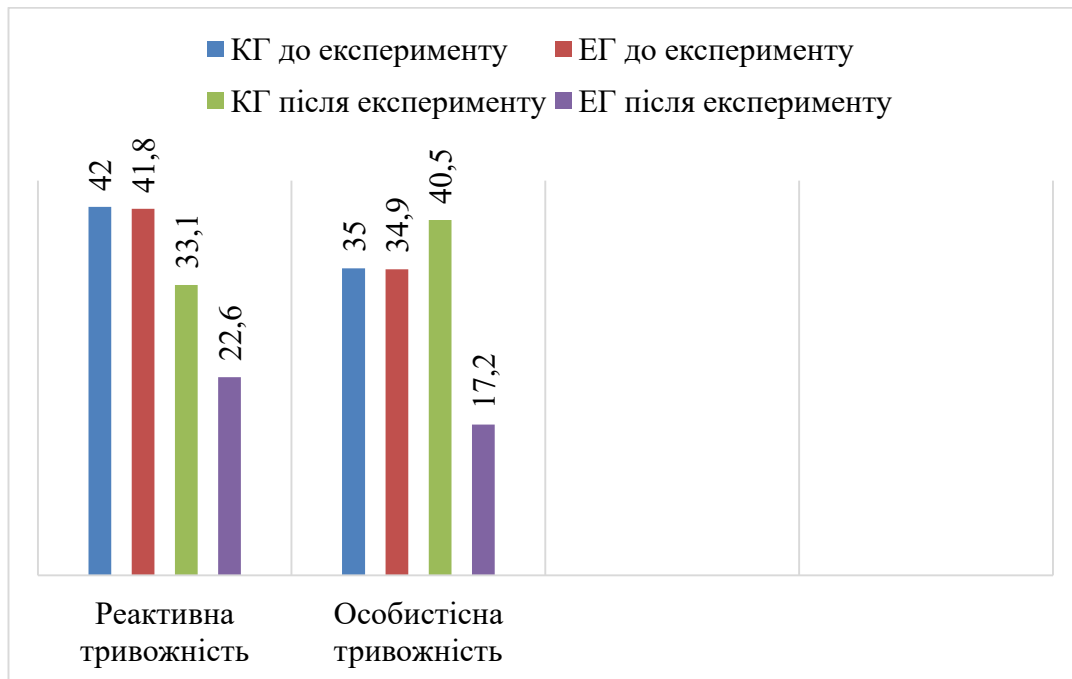


Рисунок 3.6. Середні значення показників вияву реактивної та особистісної тривожності у жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» ЕК та КГ до та після експерименту

Результати свідчать, що застосування психологічного супроводу жінок експериментальної групи допомагає знизити рівень їхньої реактивної тривожності з 41,8 балів до 22,6 балів. Показники особистісної тривожності знизились з 34,9 балів до 17,2 балів.

Таким чином, ефективність програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» свідчить про покращення результатів порівняно із констатувальним експериментом на 48-50%.

Особистісна тривожність у жінок репродуктивного віку контрольної групи дещо підвищена, ніж у жінок експериментальної групи. Із теорії нам відомо про те, що підвищення рівня особистісної тривожності, як правило, пов'язані з формуванням внутрішньоособистісного конфлікту [2; 11; 25; 26], насамперед, коли жінка репродуктивного віку, зокрема із діагнозом «безпліддя», переживає відчуття ймовірної небезпеки і невдачі, почуття невизначеності, стурбованості, напруги, тривожного очікування,

занепокоєння. Такі ж почуття і відчуження проявляються у жінок репродуктивного віку КГ та ЕГ.

У попередніх розділах нашого дослідження зазначено, що найчастіше депресія виникає у жінок репродуктивного віку на фоні стресових ситуацій, при постійних невдачах (у випадку нашого дослідження – невдалі спроби зачаття). Тоді жінки репродуктивного віку впадають у відчай від безвиході якось вплинути на перебіг подій. Такі попередні судження підтвердилися на наступному етапі нашого емпіричного дослідження (рис. 3.7).

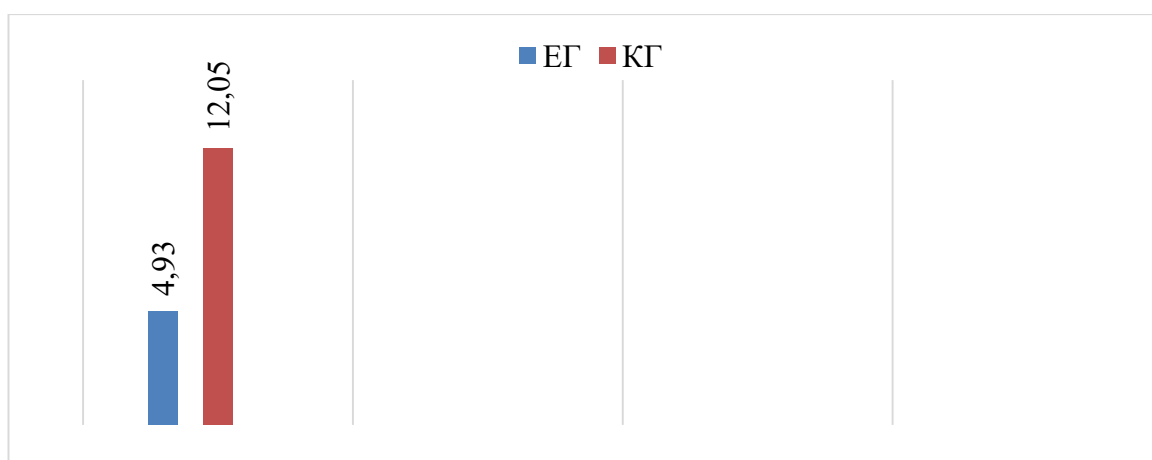


Рис. 3.7. Середні значення показників депресивного стану у жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» КГ та ЕГ після експерименту

Отже, середні значення показників депресивного стану у жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» ЕГ та КГ після експерименту відповідно становлять 4,93 % та 12,05 %.

Розглянемо докладніше отримані результати присутніх симптомів у респондентів ЕГ та КГ жінок репродуктивного віку, які брали участь у експерименті, тобто n – загальна кількість учасниць експерименту, що дорівнює 34 особам (табл. 3.6 та рис. 3.8).

**Показники присутніх симптомів депресивного стану у
досліджуваних жінок репродуктивного віку**

Шкала депресивного стану	ЕГ N =(17)	КГ N =(17)
Немає депресивних симптомів	10	1
Легка депресія (субдепресія)	5	9
Помірна депресія	2	3
Виражена депресія	0	4
Важка депресія	0	0

Грунтуючись на даних рис. 3.6, можна сказати, що 52 % жінок репродуктивного віку у ЕГ після експерименту не відчувають депресивних симптомів, а жінкам КГ характерний депресивний стан. Так, у жінок репродуктивного віку ЕГ середнє значення показників стану вираженої депресії дорівнює 6 %, а у КГ – вище та становить 9 %. Як вже вказано нами раніше, зазначене пояснюється тим, що жінки репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» контрольної групи перебували у тривалому напруженому стані та пережили стресові ситуації; до того ж для терапії з ними проводилась лише онлайн-консультація психолога.

Тобто, показники наявних симптомів депресії у жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» КГ та ЕГ до та після експерименту у відсотковому співвідношенні такі:

- немає депресивних симптомів – до експерименту у 35 % жінок ЕГ та 40 % жінок КГ, після експерименту – у 52 % жінок ЕГ та 41 % жінок КГ;
- легка депресія (субдепресія) – до експерименту у 32 % жінок ЕГ та 35 % жінок КГ, після експерименту – у 41 % жінок ЕГ та 39 % жінок КГ;

- помірна депресія – до експерименту у 22 % жінок ЕГ та 15 % жінок КГ, після експерименту – у 4 % жінок ЕГ та 11 % жінок КГ;
- виражена депресія – до експерименту у 11 % жінок ЕГ та 10 % жінок КГ, після експерименту – у 3 % жінок ЕГ та 9 % жінок КГ.

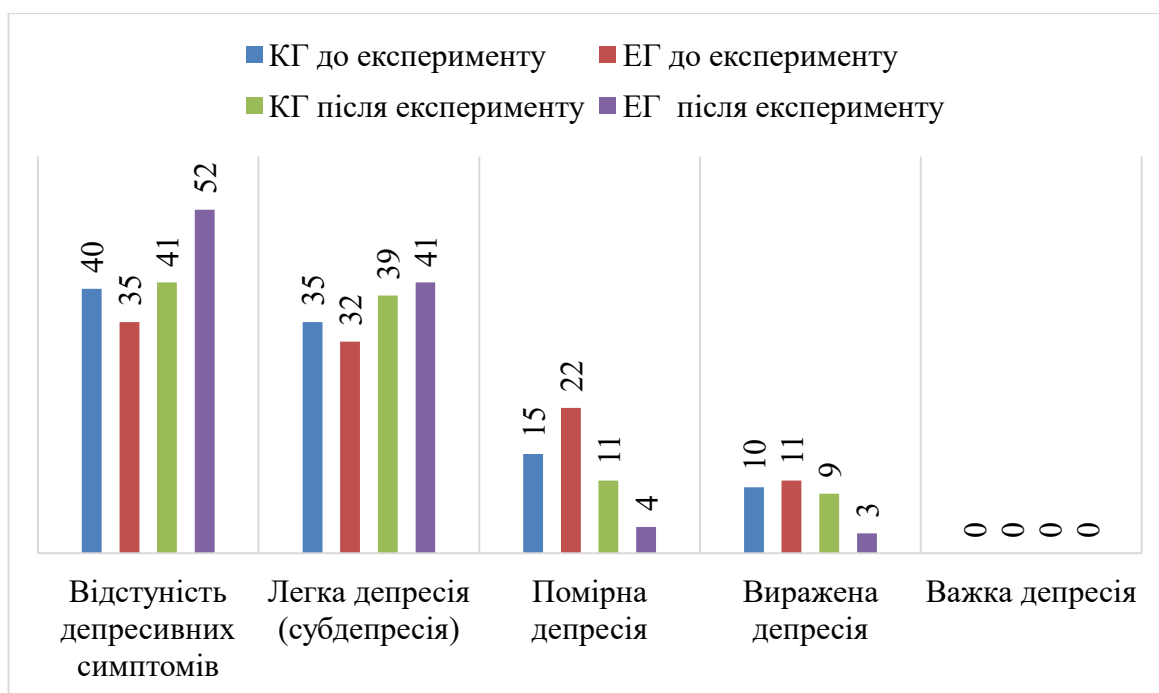


Рисунок 3.8. Показники наявних симптомів депресії у жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» КГ та ЕГ до та після експерименту (у %)

Отже, ефективність застосування програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» щодо подолання депресивних станів свідчить: кількість жінок, у яких немає депресивних станів збільшилось на 52%.

Дослідження цього етапу експерименту (вияву симптомів депресивного стану) показало, що розроблена програма «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» сприяла покращенню психоемоційного стану жінок репродуктивного віку, тобто сприяє покращенню їхнього психологічного здоров'я.

Щодо виконання завдання порівняння результатів експериментального та контрольного етапів дослідження здійсненого за показниками у жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» у рамках вияву їхнього емоційного стану, то за шкалою «тривожність – спокій» середній показник за період експерименту покращився з 5,1 до 6,12 балів. Якщо на початку експерименту представниці ЕГ почували себе скуто і стривожено, то наприкінці експерименту були загалом впевнені та вільні від занепокоєння. Різниця – статистично значуща: $T=-6.621$, $p<0,001$.

За шкалою «втома – енергійність» середній показник за період експерименту покращився з 4,9 до 5,6 бали. На початку експерименту він відповідав визначенню «Злегка втомилась. Лінощі. Енергії не вистачає», після експерименту – «Відчуваю себе свіжо, у запасі значна енергія». Різниця – статистично значуща $T=-3.675$, $p<0,01$.

За шкалою «пригніченість – піднесеність» середній показник за період експерименту покращився з 5,2 до 6 балів. На початку експерименту представниці ЕГ почувались пригнічено, а після були в стані збудження та у доброму настрої. Відмінності – статистично значущі: $T=-4.881$, $p<0,001$.

За шкалою «безпорадність – впевненість» середній показник за період експерименту покращився з 5,1 до 5,7 бали. Відмінності – статистично значущі: $T=-4.494$, $p<0,001$. До експерименту жінки репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» відчували, що їхні уміння та можливості обмежені, а після експерименту стали відчувати, що здібностей достатньо і перспективи – позитивні. Відмінності – статистично значущі: $p < 0,05$.

За загальною шкалою середній показник вияву емоційного стану за період експерименту покращився з 20,6 до 29,2 балів.

Для порівняння результатів щодо емоційного стану жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» експериментальної та контрольної груп: на констатуючому етапі у контрольній та експериментальній групах ми визначили середній рівень оцінки респондентками свого емоційного стану (рис. 3.9, табл. 3.7).

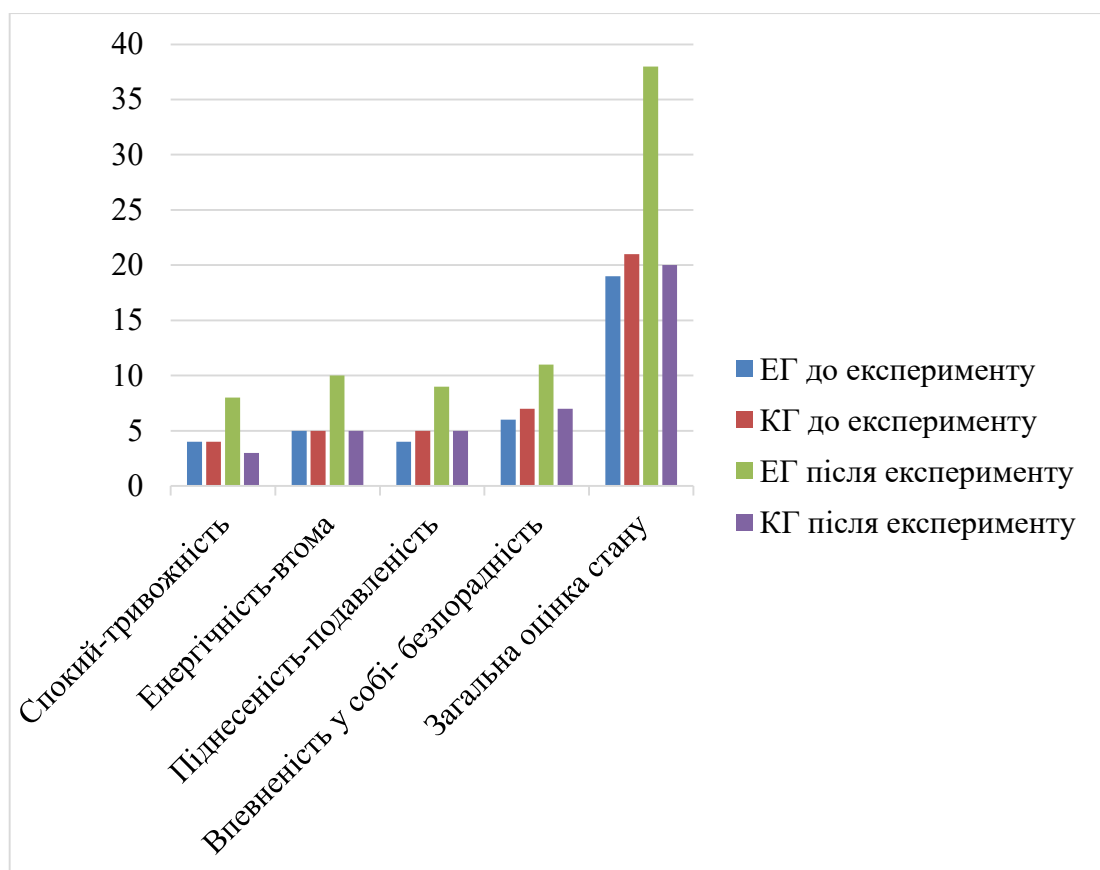


Рисунок 3.9. Результати порівняльного аналізу показників емоційного стану жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» (методика «Самооцінка емоційних станів» А. Вессмана та Д. Рікса)

Таблиця 3.7

Показники емоційного стану жінок репродуктивного віку у КГ та ЕГ (у балах (M ±), n=34)

Шкала	ЕГ		КГ	
	до Е	після Е	до Е	після Е
Тривожність – спокій				
Втома – енергійність				
Пригніченість – піднесення				
Безпорадність – впевненість				

Після проходження програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» у представниць експериментальної групи рівень оцінки свого емоційного стану піднявся до високого рівня. У

респонденток контрольної групи рівень оцінки емоційного стану не змінився (табл. 3.7). За результатами порівняльного аналізу показників домінівного емоційного стану, нами було зроблено висновок про те, що у експериментальній групі покращились показники за всіма видами емоцій у середньому на 50 %. Так, позитивні емоції до експерименту склали загалом 17 балів, після експерименту – 38 балів. Індекс гострих негативних емоцій становив 16 балів, після проходження програми психологічного супроводу – 10 балів. Тривожно-депресивні емоції були на рівні 16 балів до експерименту, після експерименту вони склали 9 балів.

У контрольній групі показники домінівного емоційного стану майже не змінилися:

- позитивні емоції склали до експерименту 19 балів, після – 20 балів;
- гострі негативні емоції: до – 15 балів, після – 14 балів;
- тривожно-депресивні емоції: до – 10 балів, після – 11 балів (рис. 3.10).

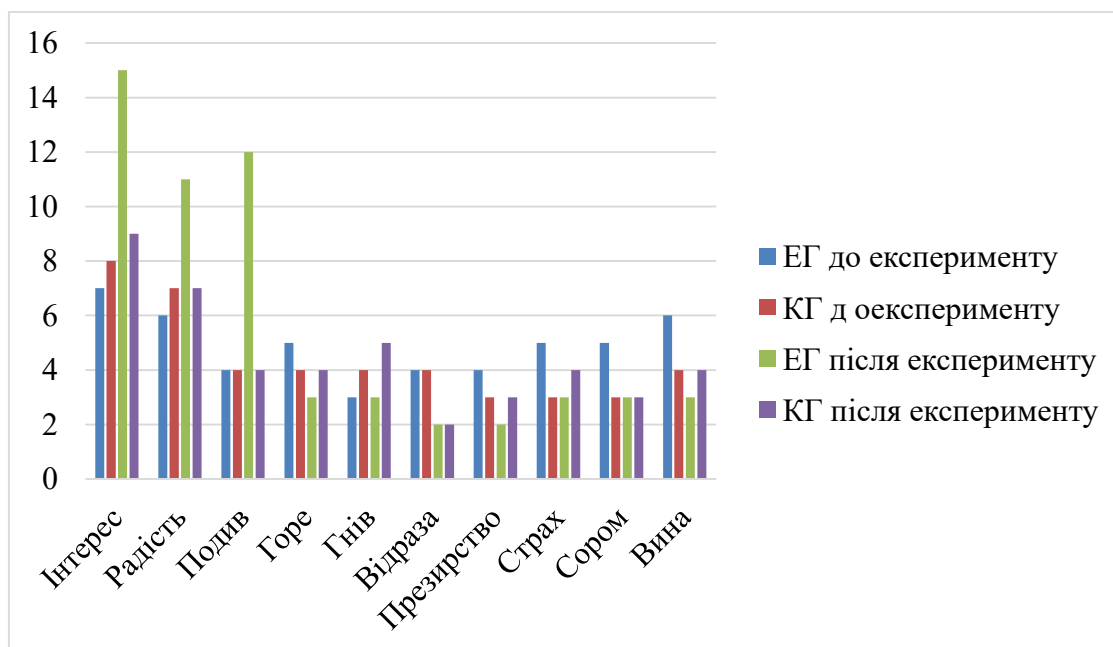


Рисунок 3.10. Результати порівняльного аналізу показників домінівного емоційного стану у жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» («Шкала диференціальних емоцій» (ШДЕ) К. Ізарда)

Загальний середній бал у ЕГ збільшився з 19 до 38 балів. Таким чином, ефективність психологічного супроводу (програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок») свідчить про 100% ефективність у контексті поліпшення домівного емоційного стану жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя».

За результатами проведеної роботи щодо порівняльного аналізу даних констатувального та формувального експерименту із виявлення оцінок реактивної та особистісної тривожності, депресивного, емоційного та домівного емоційного станів у жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» отримали такі результати впровадження програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» у експериментальній групі учасниць:

- зниження рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності: знизилася внутрішня напруга та дискомфорт, знизилася переживання, почуття занепокоєння, вегетативне збудження;

- зниження рівня переживання депресивного стану: знижено переживання пригніченого настрою, переходячи в позитивну гаму емоцій; усунуто відчуття безпорадності та безнадійності життя; з'явився інтерес до подій, що відбуваються в житті; переживання негативних станів (почуття провини, переживання туги, тривоги, апатії, хронічної втоми) знизився та набув тенденції позитивних станів;

- підвищення рівня переживання позитивного афекту та зниження рівня негативного афекту: зниження суб'єктивно пережитого страждання; заміщено з неприємної залученості різної за змістом емоції на позитивну;

- підвищення переживання позитивних диференціальних емоцій та зниження переживання негативних та тривожно-депресивних диференціальних емоцій: пригнічений емоційний стан заміщався позитивним; негативний фон настрою і переважання негативних емоцій стали другорядними, а провідним фоном став позитивний настрій.

Як уже зазначалось попередньо, жінки обох груп (КГ та ЕГ) на початку експерименту виявляли необов'язковість, стриманість, незнання того, що потрібно робити; у них спостерігали низьку здатність витримувати навантаження, чутливість до перешкод. Таким чином, у них, спостерігалася на початок експерименту нижча екзистенційна наповненість життя. Після застосування програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» повторно звірили результати дослідження, що вказують на таке:

1. На рисунку 3.11 можна констатувати суттєві розбіжності між групами респонденток контрольної та експериментальної груп за показником «Відповідальність» ($p \leq 0,05$). Йдеться, у цьому випадку, про екзистенційну відповідальність, тобто відповідальність у жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» перед собою.

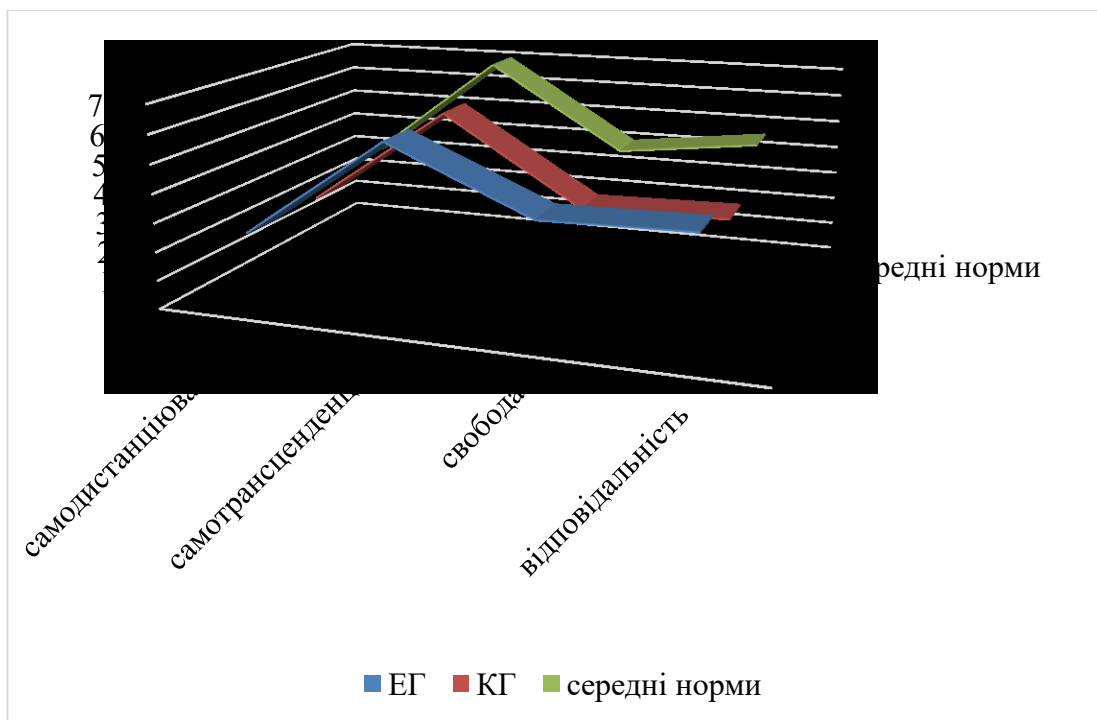


Рисунок 3.11. Середні оцінки екзистенційної відповідальності у жінок репродуктивного віку з діагнозом «безпліддя» за шкалами методики «Шкала екзистенції» Ленгле, Орглера у КГ та ЕГ до експерименту

2. Після впровадження програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» в учасниць контрольної групи така екзистенційна відповідальність знижена, що добре узгоджується і з усіма поданими результатами. Причиною також є звикання у цієї категорії жінок до повторних невдач в процедурах ЕКЗ. Жінки переважно перекладають відповідальність на лікарів, на долю, на те, що їй не щастить або це «провина вищих сил» (рис. 3.12).

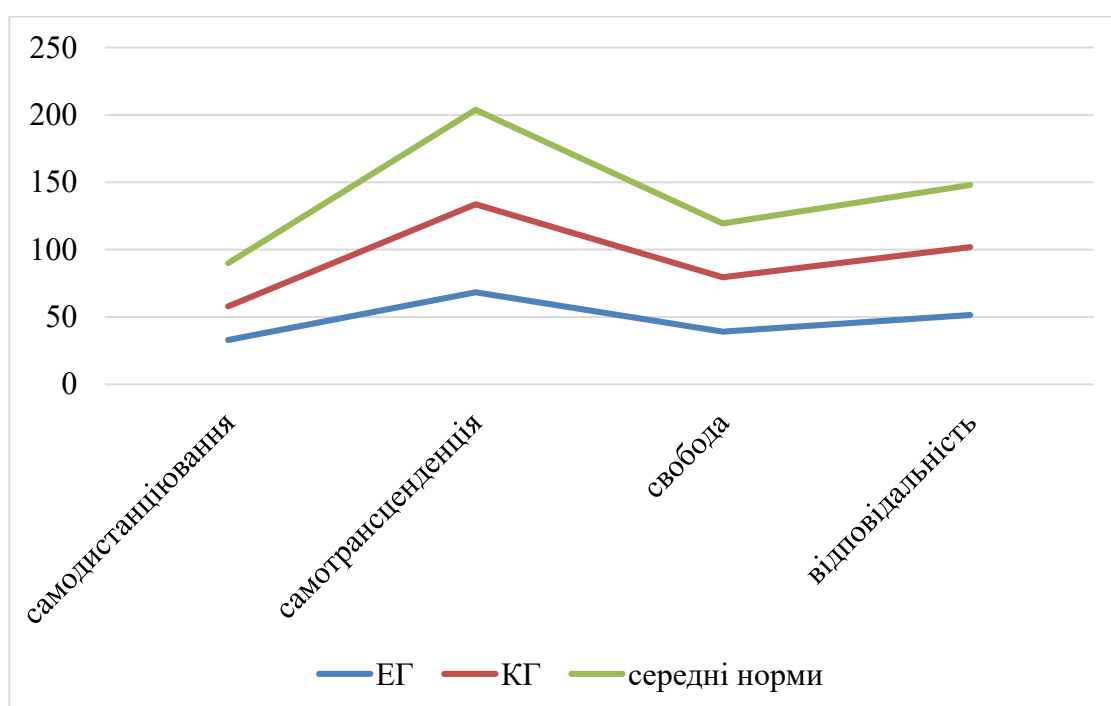


Рисунок 3.12. Середні оцінки екзистенційної відповідальності у жінок репродуктивного віку з діагнозом «безпліддя» за шкалами методики «Шкала екзистенції» Ленгле, Орглера у КГ та ЕГ після експерименту

Проведене дослідження екзистенційної виконуваності у жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» контрольної та експериментальної груп, дозволило побудувати усереднені профілі для кожної з підгруп та провести статистичну оцінку відмінностей (табл. 3.11–3.12).

Встановлено, що показники екзистенційної виконуваності в жінок репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» в обох групах – за рамками

стандартної норми. Математичний аналіз компонентів екзистенційної виконуваності не виявив значних відмінностей між показниками у КГ та ЕГ. За допомогою якісного аналізу констатовано комбінації субшкал властиві для випробуваних обох груп.

За результатами порівняльного аналізу показників домівного емоційного стану ми зробили висновок, що в експериментальній групі показники всіх видів емоцій покращилися в середньому на 50%. Позитивні емоції до експерименту склали 17 балів, а після експерименту – 38 балів.

Отже, вказані вище результати формувального експерименту підтверджують гіпотезу цього етапу дослідження: застосування спеціально розробленої експериментальної методики, зокрема авторської програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок», позитивно впливає на психологічне здоров'я жінок, які мають проблеми репродуктивного здоров'я, зокрема діагноз «безпліддя», за усіма його показниками: реактивна та особистісна тривожність; депресивний, емоційний та домівний емоційний стани.

Зазначене підтверджує доцільність та ефективність проведеного теоретико-практичного дослідження щодо особливостей психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку.

Висновки до третього розділу

Формувальний етап експериментального дослідження проводився на базі інституту репродуктивної медицини клініки професора Ф.В. Дахно, як і констатувальний його етап. На формувальному етапі дослідження обрано такі ж методи як і на констатувальному його етапі. У дослідженні брали участь 60 жінок, віком від 26 до 43 років. Із них 57% (34 жінки) – із встановленим діагнозом безпліддя. Для застосування розробленої програми психологічного супроводу жінки з діагнозом безпліддя із загальної кількості – 34 особи були розподілені на експериментальну групу (ЕГ) – 17 осіб та контрольну групу

(КГ) – 17 осіб. Експериментальна група (далі – ЕГ) проходила консультування за новою розробленою програмою; контрольна група (далі – КГ) – лише за онлайн-консультацією.

Виявлені у процесі констатувального експерименту проблеми зумовили вирішення таких завдань формувального експерименту: а) вибрати систему вправ, орієнтованих на розвиток позитивного самоствалення та особистісної зрілості; б) диференціювати досліджуваних в експериментальну групу з низьким та середнім метричним індексом репродуктивних установок та невираженими психологічними детермінантами; в) апробувати програму тренінгу з розвитку репродуктивних установок у жінок експериментальної групи; г) здійснити повторну діагностику рівня депресії, тривожності, емоційних станів в контрольній та експериментальній групах та порівняти отримані дані формувального експерименту із констатувальним.

Розроблено та застосовано: основні напрями психотерапевтичних, психокорекційних заходів щодо поліпшення психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку (1) корекція емоційного стану: психологічні тренінги; 2) підвищення мотивації до лікування у пацієнтів з позитивним прогнозом лікування; 3) адаптація до діагнозу безпліддя у пацієток із негативним прогнозом лікування); організаційні заходи для поліпшення психологічного здоров'я жінок із безпліддям для жіночих консультацій та медичних центрів із ДРТ. Сформульовано завдання реалізації програми організаційних заходів для поліпшення психологічного здоров'я жінок із безпліддям: стабілізація психоемоційного стану; формування навичок саморегуляції; стабілізувати психологічну рівновагу та підвищити емоційну стійкість; виявити проблемні та тривожні ситуації та навчити жінок репродуктивного віку впоратися з цими ситуаціями; сприяти розкриттю особистісних ресурсів жінок репродуктивного віку, їхнього потенціалу поведінки, почуттів, думок. Визначено психологічні детермінанти, що сприяють формуванню репродуктивних установок та поліпшують психологічне здоров'я жінок із безпліддям.

На основі аналізу наукових джерел та результатів констатувального експерименту розроблено та впроваджено програму «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок», що передбачала чотири основних напрями експериментальної роботи: 1) подолання депресії у жінок репродуктивного віку, зокрема з діагнозом «безпліддя» (техніки психодрами для подолання депресії); 2) психологічна допомога у подоланні тривожності указаної категорії жінок (тренінги «Малюнок мосту», «П'ять сфер, які я хотіла би, щоб вони були в моєму житті»; сесії когнітивно-поведінкової терапії для управління стресом; онлайн-втручання з надання психодукаційної інформації, вправ та домашніх завдань для набуття жінками репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» відповідних знань та стратегій; техніки транзактного аналізу, казкотерапії, арт-терапії, робота з метафорою, техніки візуалізації тощо); 3) поліпшення емоційної сфери жінок із безпліддям (тренінг «Поліпшення емоційної сфери жінок із безпліддям»); 4) розвиток психологічних детермінант (особливості самоствалення, особистісна зрілість, ціннісні орієнтації, уявлення про материнство), що сприяють формуванню репродуктивних установок у жінок із зазначеними проблемами (техніки гештальт-терапії та психодрами; авторська програма тренінгу з розвитку психологічних детермінант репродуктивних установок, що мала чотири блоки, кожен з яких спрямований на формування відповідних детермінант).

Результати формувального експерименту підтвердили гіпотезу цього етапу дослідження: застосування спеціально розробленої експериментальної методики, зокрема авторської програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок», позитивно впливає на психологічне здоров'я жінок, які мають проблеми репродуктивного здоров'я, зокрема діагноз «безпліддя», за усіма його показниками: реактивна та особистісна тривожність; депресивний, емоційний та домінівний емоційний стани.

Результати, викладені у третьому розділі, опубліковані у таких публікаціях автора:

1. Картушинська А. В. Дослідження психологічних станів жінок при порушеннях репродуктивної сфери - програма щодо подолання репродуктивної неповноцінності. Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія. 2023. Т. 14. № 2. URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/46107>
2. Картушинська А. В. Проблеми ускладненої реалізації репродуктивного потенціалу в сучасній психологічній науці - подолання репродуктивної неповноцінності у жінок. Теорія та практика репродукції людини: матеріали міжнародного симпозіуму (Львів, 26-27 травня 2023р.). Львів, 2023. URL: https://uarm.org.ua/images/download/Programma_A5_preview.pdf

ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено теоретичний аналіз та емпіричне дослідження особливостей психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку. Теоретично обґрунтовано та експериментально апробовано програму психологічного супроводу при репродуктивних порушеннях у жінок.

1. Теоретично обґрунтовано психологічні аспекти здоров'я жінок репродуктивного віку, зокрема проблеми материнства та психосоматичні порушення репродуктивної сфери жінок. Здійснено дотичний аналіз дефініцій кола досліджуваної проблеми: «здоров'я», «репродуктивне здоров'я», «фертильність», «жінки репродуктивного віку», «соматичне (фізичне) здоров'я», «безпліддя» «психічне здоров'я», «психологічне здоров'я», «психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку» тощо. Зазначено, що на противагу фертильності (репродуктивності), постає проблема безпліддя – нездатність навіть здорового чи відносно здорового / нездорового фізично жіночого організму давати потомство. Психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку визначено як стан їхнього душевного благополуччя на засадах сформованості інтелектуальних, емоційних та соціальних складників структури особистості, що конкретизуються адекватністю саморегулятивної поведінки та діяльності у контексті продовження потомства. Узагальнено соціальні та структурні чинники специфіки репродуктивної поведінки сучасних жінок. Обґрунтовано, що психологічні аспекти здоров'я жінок репродуктивного віку передбачають їхнє усвідомлення значущості та сутності психологічного здоров'я у контексті продовження роду, що детерміновано об'єктивними та суб'єктивними чинниками репродуктивної поведінки. Узагальнено аспекти материнства, представлені у наукових дослідженнях як елементи емоційних та фізичних характеристик матері. Доведено, що поведінкові аспекти материнства суголосні емоційному станові матері, детерміновані її ставленням до дитини. Здійснена психологічна характеристика жінок із порушенням репродуктивної сфери.

Схарактеризовані психосоматичні та медико-біологічні аспекти порушень репродуктивної сфери жінок.

2. Емпірично досліджено психологічні, фізіологічні та поведінкові механізми безпліддя у жінок репродуктивного віку. Метою констатувального етапу експериментального дослідження стало визначення взаємозв'язку емоційних станів жінок із депресивністю та тривожністю, які мають патології репродуктивної системи, та жінок, у яких таких патологій не виявлено, з метою визначення особливостей та шляхів поліпшення їхнього психологічного здоров'я. Зокрема з'ясовано, що: а) у жінок репродуктивного віку, які мають дітей, не спостерігається депресивних симптомів; особистісна тривожність виражена на низькому рівні, а реактивна тривожність має помірний рівень із тенденцією до низьких значень; б) у жінок репродуктивного віку, яким встановлено діагноз «безпліддя», є легка депресія; особистісна тривожність має помірний рівень, а реактивна тривожність має помірний рівень із тенденцією до високих значень; в) у жінок із діагнозом «безпліддя» переважає комплекс депресивно-тривожних емоцій, таких як страх, сором та провина; жінки, які зіткнулися з цим діагнозом, схильні до занепокоєння і тривоги, страху за себе і близьких, іпохондричних ідей; вони можуть перебувати в пригніченому стані та поганому настрої частіше, ніж жінки без цього діагнозу; г) жінкам репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя», на відміну від жінок без діагнозу «безпліддя», властиво «зациклення» на своїх бажаннях чи думках, фіксація на почуттях, докори на свою адресу; г) домінівні емоції жінок із діагнозом «безпліддя» мають взаємозв'язок із самооцінкою їхнього емоційного стану.

3. Розроблено та апробовано програму «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок», що передбачала чотири основних напрями експериментальної роботи: 1) подолання депресії у жінок репродуктивного віку, зокрема з діагнозом «безпліддя» (техніки психодрами для подолання депресії); 2) психологічна допомога у подоланні тривожності указаної категорії жінок (тренінги «Малюнок мосту», «П'ять сфер, які я хотіла

би, щоб вони були в моєму житті»; сесії когнітивно-поведінкової терапії для управління стресом; онлайн-втручання з надання психодукаційної інформації, вправ та домашніх завдань для набуття жінками репродуктивного віку із діагнозом «безпліддя» відповідних знань та стратегій; техніки транзактного аналізу, казкотерапії, арт-терапії, робота з метафорою, техніки візуалізації тощо); 3) поліпшення емоційної сфери жінок із безпліддям (тренінг «Поліпшення емоційної сфери жінок із безпліддям»); 4) розвиток психологічних детермінант (особливості самоствалення, особистісна зрілість, ціннісні орієнтації, уявлення про материнство), що сприяють формуванню репродуктивних установок у жінок із зазначеними проблемами (техніки гештальт-терапії та психодрами; авторська програма тренінгу з розвитку психологічних детермінант репродуктивних установок, що мала чотири блоки, кожен з яких спрямований на формування відповідних детермінант). Результати формувального експерименту підтвердили гіпотезу дослідження: застосування спеціально розробленої експериментальної методики, зокрема авторської програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок», позитивно впливає на психологічне здоров'я жінок, які мають проблеми репродуктивного здоров'я за усіма його показниками: реактивна та особистісна тривожність; депресивний, емоційний та домінівний емоційний стани.

4. Обґрунтовано науково-практичні рекомендації щодо подолання репродуктивної неповноцінності у жінок. Розроблено та застосовано: основні напрями психотерапевтичних, психокорекційних заходів щодо поліпшення психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку (1) корекція емоційного стану: психологічні тренінги; 2) підвищення мотивації до лікування у пацієнок із позитивним прогнозом лікування; 3) адаптація до діагнозу «безпліддя» у пацієнок із негативним прогнозом лікування); організаційні заходи для поліпшення психологічного здоров'я жінок із безпліддям для жіночих консультацій та медичних центрів із ДРТ. Сформульовано завдання реалізації програми організаційних заходів для поліпшення психологічного

здоров'я жінок із безпліддям: стабілізувати психоемоційний стан; сформувати навички саморегуляції; стабілізувати психологічну рівновагу та підвищити емоційну стійкість; виявити проблемні та тривожні ситуації та навчити жінок репродуктивного віку впоратися з цими ситуаціями; сприяти розкриттю особистісних ресурсів жінок репродуктивного віку, їхнього потенціалу поведінки, почуттів, думок. Визначено психологічні детермінанти, що сприяють формуванню репродуктивних установок та поліпшують психологічне здоров'я жінок із безпліддям.

Водночас дослідження не претендує на повне висвітлення представленої проблеми. Подальших досліджень потребують питання психологічного супроводу родин, у яких перебувають жінки із діагнозом «безпліддя», зокрема жінок із фізичною неможливістю виконати репродуктивну роль та ін.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адамов М. М. Психологічні особливості жінок, які використовували допоміжні репродуктивні технології для лікування безпліддя. *Здоров'я жінки*. 2012. Вип. 8. С. 198–200.
2. Астахов В. М. Актуальні проблеми психології. *Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. 2014. Т. 13. С. 165–176.
3. Астахов В. М. Бацилева О. В., Пузь І. В. Особливості перебігу вагітності та формування материнської поведінки у жінок, які зловживають алкоголем. *Формування тверезого способу життя в сім'ї та суспільстві: матеріали IV наук.-практ. конф. (Київ, 4–5 лист. 2017 р.)*. Київ, 2017. С. 92–97.
4. Астахов В. М. Пузь І. В. Дослідження репродуктивних установок як елементу репродуктивної поведінки сучасної молоді. *Психолого-педагогічні координати розвитку особистості: матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф. (Полтава, 3–4 черв. 2021 р.)*. Полтава: Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», 2021. С. 175–179.
5. Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В. Клініко-психологічні аспекти вагітності та особливості перебігу пологів у жінок із різним типом психологічного компонента гестаційної домінанти. *Запорожский медицинский журнал*. 2020. Т. 22. № 5. С. 701–708. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zmzh_2020_22_5_19 (дата звернення: 10.05.2021).
6. Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В. Психологічний супровід у репродуктивній медицині: монографія. Київ, 2023. 125 с.
URL: https://lib.iitta.gov.ua/734543/1/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D1%80_%D0%90%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%85%D0%BE%D0%B2_%D0%91%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BB%D1%94%D0%B2%D0%B0_%D0%9F%D1%83%D0%B7%D1%8C.pdf (дата звернення: 29.02.2023).
7. Астремська І. В. Командний підхід у супервізії соціальної роботи. *Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського*. 2012. Сер.: Психологічні науки. Вип. 9. С. 10–14.

8. Бакун О. В. Ткачук А. І. Вплив генітального ендометріозу та супутніх захворювань на безпліддя за даними ретроспективного аналізу історій хвороби. Буковинський медичний вісник. 2019. Т. 23. № 4 (92). С. 9–15. URL: <http://e-bmv.bsmu.edu.ua/article/view/2413-0737.XXIII.4.92.2019.83> (дата звернення: 05.09.2020).
9. Бацилєва О. В. Астахов В. М., Пузь І. В. Медико-психологічний супровід вагітних в умовах військового стану. *Особистість та суспільство в цифрову еру: психологічний вимір*: матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф., присвяч. 25-річчю Національного університету «Одеська юридична академія» та 175-річчю Одеської школи права (Одеса, 24 черв. 2022 р.). Одеса: Національний університет «Одеська юридична академія», 2022. С. 8–12. URL: <https://hdl.handle.net/11300/18016> (дата звернення: 18.09.2022).
10. Бацилєва О. В. Індивідуально-психологічні особливості жінок із порушенням репродуктивного здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2014. Сер.: Психологічні науки. Вип. 2, Т. 2. С. 90–94. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2014_2%282%29_19 (дата звернення: 05.12.2019).
11. Бацилєва О. В. Психологічний супровід у клініці репродуктивної медицини: значення та перспективи. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я*: матеріали IV Всеукр. Наук.-практ. конф. (Вінниця, 22 лист. 2019 р.). Вінниця: Донецький університет імені Василя Стуса, 2019. С. 16–19. URL: <https://jhealth.donnu.edu.ua/article/view/7482/7483> (дата звернення: 28.09.2022).
12. Бацилєва О. В. Психосоматика больового синдрому в гінекологічній практиці: особливості етіопатогенезу та проблеми діагностики. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я*: матеріали V Всеукр. Наук.-практ. конф. (Київ, 18 лист. 2020 р.). Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2020. URL: <https://jhealth.donnu.edu.ua/article/view/9184/9129> (дата звернення: 07.10.2022).

13. Бацилева О. В., Астахов В. М., Пузь І. В. Дослідження психологічних аспектів готовності до шлюбу сучасної молоді. *Psychological Journal*. 2019. Vol. 5. Issue 10. P. 64–83. URL: <https://r.donnu.edu.ua/bitstream/123456789/1307/1/711-Article%20Text-910-1-10-20191104.pdf> (дата звернення: 10.10.2020).
14. Бацилева О. В., Астахов В. М., Пузь І. В. Програма психологічного супроводу вагітних з перинатальними втратами в анамнезі. *Харківський осінній марафон психотехнологій (каталог психотехнологій; тези доповідей)*: матеріали III міжрег. наук.-практ. конф. (Харків, 26 жовт. 2019 р.). Харків: Діса плюс, 2019. С. 15–17.
15. Бендас В. В. Міхеєв А. О. Вплив психосоматичних розладів на розвиток психологічного безпліддя (огляд літератури). *Клінічна та експериментальна патологія*. 2018. № 1 (63). С. 122–126. URL: <http://cep.bsmu.edu.ua/article/view/1727-4338.XVII.1.63.2018.23> (дата звернення: 11.12.2019).
16. Бендас В. В., Яковичук Н. Д., Мойсюк В. Д. та ін. Порівняльна характеристика видового складу порожними піхви жінок із безпліддям I та II типів. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2017. Т. VII. № 2 (24). С. 50–55.
17. Берестовий О. О. Безпліддя подружніх пар: медичні та вікові аспекти. *Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики*. 2022. № 3. Вип. 2. С. 44–51. URL: <http://www.par.org.ua/index.php/par/article/view/87/73> (дата звернення: 09.02.2023).
18. Бігун Н. І. Феномен самодостатності особистості у класичній психології. *Науковий часопис національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. 2017. Сер.: 12: Психологічні науки. Вип. 6 (51). С. 17–25. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_012_2017_6_4 (дата звернення: 28.12.2019).

19. Болдіжар С., Пішта В. Сучасні тенденції правового забезпечення новітніх прав у сфері охорони здоров'я: монографія. Ужгород: ФОП Сабов А. М., 2022. 250 с.
20. Бончук Н. В. Суб'єктивне розуміння щастя сучасною молоддю та підлітками. *Молодий вчений*. 2016. № 5 (32). С. 542–548. URL: <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2016/5/135.pdf> (дата звернення: 09.12.2019).
21. Бройнинг Л. Г. Керуй гормонами щастя. Харків: Фабула, 2019. 240 с.
22. Бугайцова А. С. Особливості співвідношення показників самодостатності. *Наука і освіта*. 2014. № 11. С. 51–55. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NiO_2014_11_11 (дата звернення: 14.12.2019).
23. Васильєв Я. В. Футурреальна вікова періодизація розвитку та саморозвитку особистості. *Науковий вісник Ужгородського університету*. 2021. Сер.: Психологія. Вип. 2. С. 14–18. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/42421/1/12-.pdf> (дата звернення: 11.05.2022).
24. Васильєв Я. В. Футурреальна психологія особистості: монографія Миколаїв: Іліон, 2007. 519 с.
25. Васильченко О. М. Репродуктивна поведінка особистості. *Соціально-психологічний аналіз*: монографія. Луганськ: Ноулідж, 2013. 547 с. URL: https://library.krok.edu.ua/media/library/category/monografiji/vasylchenko_0001.pdf (дата звернення: 18.02.2022).
26. Вахрушина М. О. Самоактуалізація сучасної жінки в сім'ї як психологічна проблема. *Молодий вчений*. 2011. Т. 2. №. 4. С. 57–59.
27. Вінс В. А. Психологічна підготовка жінок до вагітності, як соціально значущий фактор. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2023. Сер.: Психологія. № 3. URL: <http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/219/304>

28. Вінс В. А. Фертильність: важливість психотерапії в лікуванні безпліддя у жінок. *Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія*. 2023. Т. 14. № 2 URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/hspedagog14%282%29.2023.115-120> (дата звернення: 02.02.2023).
29. Вінс В. А., Горбенко І. В., Кузьменко Т. М. Причини та наслідки психосоматичного безпліддя у чоловіків та жінок. *Габітус*. 2022. Вип. 37. С. 76–79. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2022/37-2022/13.pdf> (дата звернення: 19.03.2023).
30. Вірна Ж. П. Адаптаційний профіль задоволеності життям особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2013. № 2. С. 20–25. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pspz_2013_2_5 (дата звернення: 23.12.2019).
31. Вітенко І. С., Борисюк А. С., Вітенко Т. І. Основи психології. *Основи педагогіки: навч.-метод. посібник*. 2-ге вид., допов. і переробл. Чернівці: Книги-XXI, 2009. 200 с.
32. Воробій В. Д. Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з ендометріозом. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2018. Т. 18. Вип. 3. С. 44–47. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsm_2018_18_3_11 (дата звернення: 17.09.2019).
33. Галецька І. І. Критерії психологічного здоров'я. *Вісник Львівського університету*. 2007. Сер.: Філософські науки. Вип. 10. С. 317–328.
34. Галецька І. І. Психологічне здоров'я як проблема національної безпеки. *Науковий вісник державного університету внутрішніх справ*. 2012. Сер. психологічна. Вип. 2 (1). С. 49–58.
35. Галецька І. І. Психологічне здоров'я. Львів: ЛНУ ім. І. Франка, 2006. С. 89–122.
36. Ган Р. З. Особливості фізичного та психомоторного розвитку дітей, які народились в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій: дис. ... канд. мед. наук: . Київ: 2014. 191 с.

37. Гладун О. М. Нариси з демографічної історії України ХХ століття: монографія. Київ: НАН України, Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи., 2018. 224 с.

38. Горбаль І. С. Відчуття суб'єктивного благополуччя як передумова та втілення психологічного здоров'я особистості. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2012. Сер. психологічна. Вип. 2 (2). С. 293–303. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvldu_2012_2%282%29_35 (дата звернення: 16.10.2022).

39. Граділь О. Г. Оваріальний резерв та його гормональна корекція при використанні програм допоміжних репродуктивних технологій: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01. Харків, 2015. 144 с. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/12161/3/%D0%B4%D0%B8%D1%81%D1%81%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F%20%D0%93%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%BB%D1%8C.pdf> (дата звернення: 27.12.2019).

40. Грисенко Н. В., Батаєва К. Ю. Роль різних форм благополуччя у задоволеності шлюбом осіб зрілого віку. *Вісник Дніпропетровського університету*. 2016. Сер.: Психологія. Вип. 22. С. 51–61. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vdups_2016_22_9 (дата звернення: 13.09.2022).

41. Гуляс І. А. Феномен щастя: аксіопсихологічні аспекти. *Збірник наукових праць інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПНУ*. 2019. Т. 12, Ч. 4. С. 103–109.

42. Данильченко Т. В. Об'єктивні фактори суб'єктивного благополуччя. *Актуальні проблеми психології. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. 2014. Т. 13. С. 165–176.

43. Дарій О С. Оптимізація тактики допоміжних репродуктивних технологій у подружніх пар із обтяженим генетичним анамнезом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Київ, 2019. 20 с.

44. Демографічна ситуація у січні 2022 року. Державна служба статистики України, 2022. URL: <https://ukrstat.gov.ua/express/expr2022/03/27.doc> (дата звернення: 18.02.2023).

45. Дзюба Т. М., Коваленко О. Г. Психологія дорослості з основами геронтопсихології: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / за ред. В. Ф. Моргуна. Київ, 2013. 172 с. URL: http://dspace.pnpu.edu.ua/bitstream/123456789/5250/1/%D0%94%D0%B7%D1%8E%D0%B1%D0%B0_%D0%A2_%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F_%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BB%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96.pdf (дата звернення: 16.11.2022).

46. Дубенко О. Д., Флаксемберг М. А., Дубчак А. Є. Оптимізація діагностики гіперпластичних процесів у гормонально залежних органах (матка, грудна залоза) на етапах реабілітації репродуктивної функції. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2021. № 6 (51). С. 27–31. URL: <https://repro-health.com.ua/article/download/244373/242454> (дата звернення: 19.09.2022).

47. Дуткевич Т. В. Загальна психологія. Теоретичний курс: навч. посіб. для студентів. 2015. 431 с.

48. Духнович О. В. Народна педагогія про загальні правила наставляння. *Родина, школа, громадськість*. URL: https://dnpb.gov.ua/wp-content/uploads/2023/04/Dukhnovych_O_V_Narodna_pedahohiya_pro_zahalni_pravyla_nastavlyannya.pdf (дата звернення: 10.05.2021).

49. Ебає Н. Е., Бойчук О. Г., Янів О. В. Особливості психоемоційного стану жінок з непліддям на тлі внутрішньопечінкового холестаза. *Art of Medicine*. 2020. № 4. С. 71–75.

50. Єльчанінова Т. М., Жванія Т. В., Бабкіна Д. В. Захисні механізми акцентуйованих особистостей. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди*. 2019. Вип. 62. С. 123–144.

51. Жабченко І. А., Сюдмак О. Р., Бондаренко О. М. та ін. Пізній репродуктивний вік та ожиріння як підґрунтя для акушерських та

перинатальних ускладнень (огляд літератури та результати власних досліджень). *Здоров'я жінки*. 2020. Вип. 5–6. С. 151–152.

52. Жаровська І. М. Охорона репродуктивного здоров'я: міжнародний та національний досвід. *Reproductive Endocrinology*. 2022. №. 66. С. 109–117. URL: <http://reproduct-endo.com/article/download/268967/264423/620292> (дата звернення: 15.12.2022).

53. Заблоцький В. Соціальний інтелект. *Філософський енциклопедичний словник*. Київ: Абрис, 2002. 742 с.

54. Зімбардо Ф. Формування самооцінки. *Самосвідомість і захисні механізми особистості*. Харків: Ранок, 2006. С. 282–296.

55. Калашник Н. В., Нікітіна І. М., Кондратюк В. К. Адекватна корекція постнатальних ускладнень при багатоплідній вагітності. *Буковинський медичний вісник*. 2017. № 21. С. 58–62. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bumv_2017_21_1_14 (дата звернення: 16.12.2019).

56. Калугіна Л. В., Татарчук Т. Ф. Нові можливості корекції метаболічних порушень у жінок з СПКЯ. *Репродуктивна ендокринологія*. 2018. № 1. С. 27–32.

57. Камінський А. В., Коломійченко Т. В. Психологічна адаптація та особливості синтезу мелатоніну в жінок із безпліддям різного генезу. *Запорізький медичний журнал*. 2018. Вип. 20. № 6. С. 800–805. URL: <http://ir.nuozu.edu.ua:8080/bitstream/lib/3099/1/2018%20%0d%0b%0d%81%0d%b8%0d%85%0d%be%0d%bb%0d%be%0d%b3%0d%96%0d%87%0d%bd%0d%b0%20%0d%b0%0d%b4%0d%b0%0d%bf%0d%82%0d%b0%0d%86%0d%96%0d%8f.pdf> (дата звернення: 21.10.2021).

58. Камінський В. В., Воробей Л. І., Жданович О. І. та ін. Клініко-генетичні детермінанти тяжкого перебігу COVID-19 у вагітних. *Репродуктивна ендокринологія*. 2022. № 3 (65). С. 38–43. URL: <https://www.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/11812/Korniienko.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 26.10.2022).

59. Каргіна Н. В. Ресурси та чинники психологічного благополуччя особистості: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. Одеса, 2018. 270 с.

60. Каргіна Н. В. Суб'єктивні складові психологічного благополуччя особистості. *Особистість у соціальному, віковому та клінічному вимірі сучасного життя*: матеріали міжнародної наук.-практ. конф. (Луцьк, 7 квіт. 2016 р.). Луцьк: Вежа-Друк, 2016. С. 176–180.

61. Карсканова С. В. Опитувальник «Шкали психологічного благополуччя» К. Ріфф: процес та результати адаптації. *Практична психологія та соціальна робота*. 2011. № 1 (142). С. 1–9.

62. Картушинська А. В. Демографічні тенденції в Україні – оцінка материнства. *Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія*. 2022. Т. 13. № 3. С. 142–145. URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/hspedagog13%283%29.2022.142-145> (дата звернення: 24.03.2023).

63. Картушинська А. В. Дослідження психологічних станів жінок при порушеннях репродуктивної сфери - програма щодо подолання репродуктивної неповноцінності. *Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія*. 2023. Т. 14. № 2. URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/46107> (дата звернення: 28.03.2023).

64. Картушинська А. В. Здоров'я жінок і війна: проблеми захисту та відновлення. *Медицина і психологія в репродукції людини – мультидисциплінарний підхід*: матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 20–21 жовт. 2022 р.). Київ, 2022. С. 58.

65. Картушинська А. В. Проблеми ускладненої реалізації репродуктивного потенціалу в сучасній психологічній науці – подолання репродуктивної неповноцінності у жінок. *Теорія та практика репродукції людини*: матеріали міжнародного симпозіуму (Львів, 26–27 трав. 2023 р.). Львів, 2023. URL:

https://uarm.org.ua/images/download/Programma_A5_preview.pdf (дата звернення: 26.05.2023).

66. Картушинська А. В. Психологічні складові фертильності у жінок. *Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія*. 2022. Вип. 13 (4). С. 88–94. URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/hspedagog13%284%29.2022.88-94> (дата звернення: 08.02.2023).

67. Князева Ея. В. Задоволеність життям як соціальний феномен. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. 2011. № 941. С. 160–165.

68. Ковтун А. Ю. Невидимий аспект демографічної кризи: порушення репродуктивного здоров'я у жінок. *Психологічні студії*. 2023. № 3. URL: <http://journals.vnu.volyn.ua/index.php/psychology/article/view/1346/1252>

69. Ковтун А. Ю. Психоемоційний стан жінок в період вагітності. *Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія*. 2023. Т. 14. № 2. URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/hspedagog14%282%29.2023.139-143> (дата звернення: 12.03.2023).

70. Ковтун А. Ю. Сім'я на етапі планування, вагітності та народження дитини. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2023. Сер.: Психологія. № 3. URL: <http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/221/306> (дата звернення: 12.03.2023).

71. Кокун О. М. Професійна життєстійкість особистості: аналіз феномена. *Актуальні проблеми психології*. 2020. Т. 5. Вип. 20. С. 68–81. URL: https://lib.iitta.gov.ua/721378/1/APP_T5_2020.pdf#page=69 (дата звернення: 19.03.2022).

72. Колобич О. П. Загальна психологія: навчально-методичний посібник. Львів, 2018. 172 с. URL: <https://pedcollege.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/09/%D0%BF%D1%96%D0%B4%D1%80%D1%83%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA-2018->

[%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D1%87-%D0%A07.pdf](#) (дата звернення: 08.10.2019).

73. Кологривова Е. І. Функції особистісних прагнень в переживанні молодою людиною суб'єктивного благополуччя: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05. Київ, 2008. 23 с.

74. Коменский Я. А., Локк Д., Руссо Ж.-Ж., Песталоцци И. Г. Педагогическое наследие. *Педагогика*. 1989. 416 с.

75. Корнацька А. Г., Трохимович О. В., Флаксемберг М. А. Особливості гормонального гомеостазу в жінок репродуктивного віку з лейоміомою матки в динаміці лікування. *Репродуктивна ендокринологія*. 2020. № 4 (54). С. 27–31.

76. Королович О. В. Детермінанти психогенного безпліддя: глибинний погляд на проблему. *Psychological Journal*. 2018. № 8. С. 76–85.

77. Кравцов Д. Поняття стресу та психологічної стійкості в межах різних теоретичних підходів. *Габітус*. 2020. Т. 1. Вип. 18. С. 112–116. URL: <https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/04fb74f1-2ab9-40bd-9442-b609f1a96ced/content> (дата звернення: 19.10.2021).

78. Курило І. О. Демографічне старіння у столиці України, його особливості та сучасні виклики. *Демографія та соціальна економіка*. 2020. № 3 (41). С. 17–36. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/70c7bec7-da3c-40d7-9c72-06ec0301e5e6/content> (дата звернення: 10.04.2021).

79. Курова А. В. Концепт суб'єктивного благополуччя особистості в психології. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2015. Сер.: Психологічні науки. Вип. 1 (1). С. 38–41. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2015_1%281%29_9 (дата звернення: 17.10.2019).

80. Лазуренко О. О. Емоційність як особливий психологічний феномен і предмет сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології*: зб.

наук. праць. 2013. С. 236–243. URL: <http://appsychology.org.ua/data/jrn/v6/i9/25.pdf> (дата звернення: 26.09.2021).

81. Лазуренко О. О. Психологічний аналіз основних напрямків дослідження емоційної сфери. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2012. Т. 24. Ч. 5. С. 83–93. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pzpp_2012_24_5_12 (дата звернення: 13.10.2021).

82. Лахно І. В. Сучасні можливості прогнозування та профілактики пре еклампсії. *Медичні аспекти здоров'я жінки*. 2021. № 2. С. 17–19. URL: https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/31941/1/mazg21_2_17-19.pdf (дата звернення: 09.11.2022).

83. Литвиненко Н. В., Пурденко Т. Й., Островська Л. Й. Вегетативний та психоемоційний статус жінок у динаміці вагітності. *Семейная медицина*. 2015. № 3. С. 51–53. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2015_3_16 (дата звернення: 26.09.2019).

84. Лібанова Е. М., Позняк О. В., Цимбал О. І. Масштаби та наслідки вимушеної міграції населення України внаслідок збройної агресії Російської Федерації. *Демографія та соціальна економіка*. 2022. № 2. С. 37–57. URL: <https://dse.org.ua/ojs/index.php/dse/article/download/108/83> (дата звернення: 10.02.2023).

85. Лісовий В. М., Панасовський М. Л., Гарагатий І. А. та ін. Анамнестично-соціальні аспекти розвитку обтураційного чоловічого безпліддя. *Медицина сьогодні і завтра*. 2009. № 3–4. С. 36–39.

86. Літвякова І. А., Ханецька Н. В. Дослідження впливу емоцій на стан особистості. *Молодий вчений*. 2017. № 11. С. 806–809. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2017_11_197 (дата звернення: 16.09.2019).

87. Ляпунов М., Безугла О., Підпружников Ю., Гудзь Н., Закревська Я. Лікарські засоби. *Належна клінічна практика: Стандартизація фармацевтичної продукції*. 2012. Т. 2. URL: <https://compendium.com.ua/uk/clinical-guidelines-uk/standartizatsiya->

farmatsevtichnoyi-produktsiyi-tom-2/st-n-mozu-42-7-0-2008/ (дата звернення: 24.10.2022).

88. Миронюк І., Слабкий Г., Білак-Лук'янчук В. та ін. Вплив війни з РФ на медико-демографічну ситуацію в Україні. URL: https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/48426/1/%d0%92%d0%bf%d0%bb%d0%b8%d0%b2%20%d0%b2%d1%96%d0%b9%d0%bd%d0%b8%20%d0%bd%d0%b0%20%d0%bc%d0%b5%d0%b4%d0%b8%d0%ba%d0%be-%d0%b4%d0%b5%d0%bc%d0%be%d0%b3%d1%80%d0%b0%d1%84.%20%d1%81%d0%b8%d1%82%d1%83%d0%b0%d1%86%d1%96%d1%8e_%d1%82%d0%b5%d0%b7%d0%b8_Warszawa%202023.pdf (дата звернення: 04.03.2023).

89. Молчанова О. В. Профілактика акушерських та перинатальних ускладнень у жінок після екстракорпорального запліднення методом інтрацитоплазматичного введення сперматозоїдів у яйцеклітину: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01. Київ, 2015. 18 с.

90. Моніторинг стану здоров'я матері та дитини. *Matrix Babies: аналітично-статистичний довідник*. URL: <https://zoiacms.zp.ua/wp-content/uploads/2020/04/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D1%96%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B3-2019.pdf> (дата звернення: 03.03.2023).

91. Мухаровська І. Р., Маркова М. В. Медико-психологічний паспорт як алгоритм оцінки психологічного статусу пацієнток у практиці акушерства та гінекології. *Медицинская психология*. 2020. Т. 15. № 1–2. URL: <http://www.mps.kh.ua/archive/2020/12/1> (дата звернення: 10.11.2021).

92. Наконечна А. В. Ефективність когнітивно-поведінкової терапії та психокорекції у жінок. *Медична психологія*. 2018. Т. 1. № 1. С. 123–124. URL: https://medpsyrehab.com.ua/wp-content/uploads/journal_10_2018_1.pdf (дата звернення: 19.03.2021).

93. Наконечна А. В. Материнство та культурно-історичні традиції. *Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія*. 2021. Т. 12. № 4. С. 83–

88. URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/15740>
(дата звернення: 11.09.2022).

94. Наконечна А. В. Перинатальна психологія: емоційне вигорання матері. *Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія*. 2022. Т. 13. № 1. С. 109–116. URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/hspedagog13%281%29.2022.109-116> (дата звернення: 17.09.2022).

95. Наконечна А. В. Стан емоційної сфери жінок із безпліддям при повторному застосуванні протоколу екстракорпорального запліднення. *Український медичний часопис*. 2018. № 6 (2). С. 38–39. URL: https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2018/12/4720_02.pdf (дата звернення: 16.09.2022).

96. Населення України 2020. Демографічний щорічник. URL: https://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2021/zb/10/dem_2020.pdf (дата звернення: 12.11.2022).

97. Населення України: імперативи демографічного старіння. Київ: ВД «АДЕФУкраїна», 2014. 288 с. URL: https://ukraine.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/-%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D0%B8_%D0%86%D0%BC%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%B8%20%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%80%D1%96%D0%BD%D0%BD%D1%8F-UKR.pdf (дата звернення: 19.09.2019).

98. Нероба М. В. Материнство як психологічний феномен. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2015. Вип. 3–4. С. 90–93. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pptp_2015_3-4_21 (дата звернення: 15.10.2019).

99. Нікітіна І. М., Сухарев А. Б. Сучасні аспекти антенатального нагляду при багатоплідній вагітності. *Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень*. 2017. Т. 5. № 2. С. 813–822.

100. Онул Н. М. Проблема чоловічого та жіночого безпліддя в умовах техногенного забруднення довкілля. *Вісник проблем біології і медицини*. 2014. Т. 3. № 3. С. 12–19. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-cholovichogo-ta-zhinochogo-bezplidnya-v-umovah-tehnogenogo-zabrudnennya-dovkillya/viewer> (дата звернення: 06.04.2020).
101. Пальян З., Виноградова Д., Виноградова М. Демографічна ситуація в Україні: другий демографічний перехід та невизначеність. *Bulletin of Taras Shevchenko National University of Kyiv*. 2022. Вип. 3 (220). С. 32–40.
102. Паніотто В. І. Динаміка рівня щастя та його детермінанти. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*. 2018. № 1. С. 84–102. URL: <http://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/13604> (дата звернення: 18.09.2022).
103. Папуча М. В. Ідіопатичне безпліддя – важлива проблема сучасного світу. *Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія*. 2023. Т. 14, № 2. URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/hspedagog14%282%29.2023.144-149>
104. Папуча М. В. Материнство в Українській культурі – психологія сучасної матері. *Психологічні студії*. 2023. № 3. URL: <http://journals.vnu.volyn.ua/index.php/psychology/article/view/1355/1261>
105. Папуча М. В. Самосприйняття, як кризова ситуація у жінок з порушенням репродуктивної сфери. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2023. Сер.: Психологія. № 3. URL: <http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/223/308>
106. Перепелюк Т. Д. Аборти – психологічний стан жінки та вплив на наступну вагітність. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2023. Сер.: Психологія. № 3. URL: <http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/224/309>
107. Перепелюк Т. Д. Психологічна допомога жінкам, які страждають безпліддям, в умовах медичної установи. *Психологічні студії*. Луцьк:

Волинський національний університет імені Лесі Українки. 2023. № 3. URL: <http://journals.vnu.volyn.ua/index.php/psychology/article/view/1356/1262>

108. Перепелюк Т. Д. Психосоматичне безпліддя: причини, наслідки, вирішення. *Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія*. 2023.

Т. 14. № 2. URL:

<http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/hspedagog14%282%29.2023.150-155>

109. Петрова Н. Н. Психічні розлади та особистісно-психологічні особливості у жінок з безпліддям. *Огляд психіатрії та медичної психології*. 2013. № 2. С. 42–49.

110. Природний рух населення України за 2021 рік. URL: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2022/zb/06/zb_prn_2021.pdf (дата звернення: 07.06.2022).

111. Про довгострокову програму поліпшення становища жінок, сім'ї, охорони материнства і дитинства: Постанова Кабінету Міністрів України від 28.07.1992 р. № 431-92-п. *Верховна Рада України*. 1992. № 431. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/431-92-%D0%BF#Text> (дата звернення: 07.02.2020).

112. Про затвердження Змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 10 липня 2007 року № 378: затв. наказом М-ва охорони здоров'я України від 04.10.2018 р. № z1240-18. *Верховна Рада України*. 2018. № 1802. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1240-18#Text> (дата звернення: 22.09.2022).

113. Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні: затв. наказом М-ва охорони здоров'я України від 09.09.2013 р. №787 (у ред. наказу від 11.04.2014 р. № z0366-14). *Верховна Рада України*. 2014. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13#Text> (дата звернення: 18.02.2022).

114. Про Національну програму «Діти України»: Указ Президента України від 18.01.1996 р. № 63/96. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/63/96#Text> (дата звернення: 15.12.2019).

115. Про Національну програму планування сім'ї: Постанова Кабінету Міністрів України від 13.09.1995 р. № 736-95-п. *Верховна Рада України*. 1995. № 736. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/736-95-%D0%BF#Text> (дата звернення: 12.12.2019).

116. Про організацію діяльності служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні: затв. наказом М-ва охорони здоров'я України від 21.04.2014 р. № v0059282-14. *Верховна Рада України*. 2014. № 59. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0539282-06#Text> (дата звернення: 12.12.2019).

117. Психосоматика безпліддя у жінок і як з цим впоратися. URL: <https://dai.kiev.ua/psixosomatika-bezplidnya-u-zhinok-i-yak-z-cim-vporatisya/> (дата звернення: 17.03.2023).

118. Пузь І. В. Особливості використання психологічних технологій у роботі з вагітними жінками. *Актуальні проблеми психологічної теорії та практики*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Вінниця, 8 квіт. 2016 р.). Вінниця: Scientific Publisher ПП «ТД «Едельвейс и К'», 2015. С. 117–121.

119. Пузь І. В. Особливості психологічного супроводу жінок з порушеннями репродуктивної сфери. *Інтеграційний розвиток особистості та суспільства: психологічний і соціологічний виміри*: матеріали II міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 12 черв. 2020 р.). Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2020. С. 231–235.

120. Пузь І. В. Роль психологічних чинників у виникненні безпліддя у жінок. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя*: матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф. (Суми, 28 лют. – 1 берез. 2019 р. Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2019. С. 337–340.

121. Розподіл постійного населення України за статтю та віком на 1 січня 2022. Державна служба статистики України. 2022. URL:

https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2022/zb/06/roz_nas22.pdf (дата звернення: 17.01.2023).

122. С. Томчук. Негативні психічні стани, їх структура, методологія та методи дослідження. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2005. Сер. 12. С. 127–130. URL: <https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/3880/Tomchuk.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 11.03.2020).

123. Савчин М. В., Василенко Л. П. Вікова психологія: навчальний посібник. Київ: Академвидав, 2005. 360 с.

124. Самооцінка щастя населення України: результати телефонного опитування, проведеного 7–13 вересня 2022 року. URL: <https://kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=1145&page=1> (дата звернення: 17.01.2023).

125. Світлічна О. О. Сенс життя і щастя в контексті духовних цінностей учнівської молоді. *Духовність особистості: методологія, теорія і практика*. 2017. Вип. 4. С. 265–271.

126. Семененко І. В. Клінічна характеристика обстежених пацієнток із безпліддям та перенесеним пренатальним стресом. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2022. Т. 7. № 1. С. 182–190. URL: <https://jmbbs.com.ua/pdf/7/1/jmbbs0-2022-7-1-182.pdf> (дата звернення: 14.12.2022).

127. Семененко І. В. Нейроендокринні особливості у безплідних жінок з пренатальним стресом в анамнезі. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2021: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Запоріжжя, 15–16 квіт. 2021 р.)*. Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. С. 84. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/14731/1/%d0%90%d0%ba%d1%82%d1%83%d0%b0%d0%bb%d1%8c%d0%bd%d1%96%20%d0%bf%d0%b8%d1%82%d0%b0%d0%bd%d0%bd%d1%8f%20%d1%81%d1%83%d1%87%d0%b0%d1%81%d0%bd%d0%be%d1%97%20%d0%bc%d0%b5%d0%b4%d0%b8%d1%86%d0%b8%d0%bd%d0%b8%2084.pdf> (дата звернення: 09.05.2022).

128. Сердюк Л. З., Завірюха В. В. Позитивна психотерапія в сприянні психологічному благополуччю особистості. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка*. 2018. Сер.: Загальна психологія. Історія психології. Етнічна психологія. Том 9. Вип. 11. С. 185–193.

129. Сіраковська О. Психологічні аспекти репродуктивного здоров'я жінок. *Psychological journal*. 2018. № 4 (14). С. 185–205. URL: <https://apsijournal.com/index.php/psyjournal/article/view/309/204> (дата звернення: 11.12.2020).

130. Сопівник І. В., Будегай В. А., Альтанова О. Б. та ін. Соціальна робота засобами природотерапії із постраждалими внаслідок надзвичайних ситуацій: монографія. Київ. 2021. 556 с. URL: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u188/kolektivna_monografiya_2021.pdf (дата звернення: 29.11.2022).

131. Статистичні дані системи МОЗ. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html> (дата звернення: 19.12.2022).

132. Таблиці народжуваності, смертності та середньої очікуваної тривалості життя. *Статистичний збірник*. Київ, 2022. 68 с. URL: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2022/zb/08/zb_tabl_nas_2021.pdf (дата звернення: 19.02.2023).

133. Тверезовська Н. Т., Сопівник І. В., Демченко І. І. та ін. Теоретичні основи інформування населення з реагування на надзвичайні ситуації: монографія. Київ: КОМПРИНТ, 2022. 254 с.

134. Титаренко Т. М. Щастя, здоров'я, благополуччя: досягнення недосяжного. *Ракурси психологічного благополуччя особистості*. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2017. С. 7–12.

135. Туманова Л. Є., Головченко Л. В., Коломієць О. В. та ін. Стан щитовидної залози у вагітних з великим інтергенетичним інтервалом. *Акушерство, гінекологія та репродуктологія: освіта, клініка, наука:*

зб. матеріалів Пленуму Асоціації акушерів-гінекологів України та наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Одеса, 21–22 вер.). 2017. С. 40–41.

136. Федішин Т. В. Дисбіотичні порушення піхви при спорадичному та звичному невиношуванні вагітності. *Науковий вісник Ужгородського університету*. 2014. Сер.: Медицина. № 2. С. 173–175.

137. Фройд З. Вступ до психоаналізу / пер. з нім. П. Таращука. Харків: Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2015. 480 с.

138. Хритинін Д. Ф., Гарданова Ж. Р., Кулакова Е. В. Організація психотерапевтичної допомоги жінкам, які потребують сурогатного материнства в програмі екстракорпорального запліднення. *Громадське здоров'я та охорона здоров'я*. 2018. С. 55–59.

139. Чабан О. С., Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. *Український медичний часопис*. 2022. № 4 (150). С.1–11. URL: <https://umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2022/08/5141.pdf> (дата звернення: 15.03.2023).

140. Чайка Г. В., Коньков Д. Г., Таран О. А. та ін. Відмінності антропометричних, соматотипологічних та компонентів складу маси тіла дівчат-підлітків із первинною дисменореєю. *Репродуктивна ендокринологія*. 2021. № 1 (57). С. 29–36. URL: https://www.academia.edu/49088284/Differences_in_anthropometric_somatotypological_and_components_of_body_weight_composition_in_teenager_girls_with_primary_dysmenorrhea (дата звернення: 11.12.2022).

141. Чаркіна О. А. Психологічні детермінанти жіночого ідіопатичного безпліддя. *Молодий вчений*. 2014. №. 12. С. 271–274. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2014_12%282%29_68 (дата звернення: 09.09.2019).

142. Чаркіна О. А. Реконструктивна психотерапія як засіб подолання репродуктивних дисфункцій у жінок. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2014. Сер.: Психологічні науки. Вип. 1 (2). С. 173–

181. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2014_1%282%29_33 (дата звернення: 12.09.2019).

143. Чисельність наявного населення України на 1 січня 2021. *Державна служба статистики України*. 2021. 50 с. URL: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2021/zb/05/zb_chuselnist%202021.pdf (дата звернення: 12.03.2022).

144. Шатковська А. С., Горбатюк О. Г., Григоренко А. П. та ін. Особливості функції щитоподібної залози при вагітності. *Медичні аспекти здоров'я жінки*. 2018. № 114. С. 52–58.

145. Ширяєва Л., Капустіна Ю. Теоретичні підходи до дослідження проблеми ускладненої реалізації репродуктивного потенціалу в сучасній психологічній науці. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2019. Сер. Психологічні науки. Вип. 8 (53). С. 113–126. URL: https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/28065/Shyriaieva_%20Kapustina.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата звернення: 21.02.2022).

146. Шпак М. М. Роль переживання у структурі емоційного інтелекту особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2016. Вип. 31. С. 549–558. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2016_31_47 (дата звернення: 18.05.2022).

147. Щотка О. П. Гендерна психологія: навч. посіб. Ніжин: Видавець ПП Лисенко М. М., 2019. 358 с. URL: <https://gestproject.eu/wp-content/uploads/2019/02/Gender-Psychology-Shchotka.pdf> (дата звернення: 09.04.2020).

148. Юзько О. М., Юзько Т. А., Руденко Н. Г. Стан та перспективи використання допоміжних репродуктивних технологій при лікуванні безпліддя в Україні. *Здоров'я жінки*. 2013. № 8. С. 26–30. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdzh_2013_8_8 (дата звернення: 17.09.2019).

149. Adler A. Superiority and social interest: A collection of later writings. New York: Basic Books, 1964. 185 p.

150. Agarwal A., Baskaran S., Parekh N. Et al. *Male infertility*. Lancet. 2021. Vol. 397 (10271). P. 319–333.

151. Ahmadifaraz M., Abedi H. The experiences of employed women related to their maternal role: A phenomenological qualitative research. *J Qual Res Health Sci.* 2014. № 3. С. 137–148.

152. Alberti K. G., Eckel R. H., Grundy S. M. et al. International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; International Association for the Study of Obesity. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation.* 2009 Vol. 120 (16). P. 1640–1645. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19805654/> (дата звернення: 10.12.2019).

153. Allport G. W. Attitudes. *The handbook of social psychology.* Winchester: Clark University Press, 1935. P. 798–844. URL: <https://www.scribd.com/document/333120405/Allport-G-W-1935-Attitudes-in-Handbook-of-Social-Psychology-C-Murchison-798-844> (дата звернення: 11.10.2019).

154. Allport W. *Becoming. Basic Considerations for a Psychology of Personality.* Yale University Press, 1955. 106 p.

155. Alshwabkeh L., Economy K., Valente A. Anticoagulation During Pregnancy Evolving Strategies With a Focus on Mechanical Valves. *Journal of the American College of Cardiology.* 2016. №. 16. P. 1804–1813. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27737747/> (дата звернення: 15.10.2019).

156. Ammon G. Psychosomatic Illness as a Result of a Deficit in Ego-Structure under Consideration of the Genetic, Dynamic, Structural, and Group Dynamic Point of View. *Psychotherapy and Psychosomatics.* 1979. Vol. 31. P. 179–189. URL: <https://karger.com/pps/article-abstract/31/1-4/179/280838/Psychosomatic-Illness-as-a-Result-of-a-Deficit-in> (дата звернення: 02.10.2020).

157. Arthaud–Day M. L., Rode J. C., Mooney C. H. The subjective well – being construct: A test of its convergent, discriminate, and factorial validity. *Near. Social Indicators Research*. 2005. Vol. 74. P. 445–476.
158. Ashapkin V., Suvorov A., Pilsner J., et al. Age-associated epigenetic changes in mammalian sperm: implications for offspring health and development. *Hum Reprod Update*. 2023. № 29. С. 24–44.
159. Barratt B. The emergence of somatic psychology and bodymind therapy. Springer, 2010. URL: https://hakomiinstitute.com/Forum/Issue24/2011_Hakomi_Forum_Book_Review.pdf (дата звернення: 22.09.2022).
160. Beck's Depression Inventory. URL: <https://www.ismanet.org/doctoryourspirit/pdfs/Beck-Depression-Inventory-BDI.pdf> (дата звернення: 22.09.2022).
161. Bibring G. Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*. 1959. Vol. 14 (1). P. 113–121. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00797308.1959.11822824> (дата звернення: 17.04.2020).
162. Bieth E., Hamdi S., Mieusset R. Genetics of the congenital absence of the vas deferens. *Hum Genet*. 2021. № 140. С. 59–76.
163. Blackwell T., Reznichenko G. et al. 17-OHPC to Prevent Recurrent Preterm Birth in Singleton Gestations (PROLONStudy): A Multicenter, International, Randomized Double-Blind Trial. *American Journal of Perinatology*. 2020. № 37 (2). P. 127–136. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31652479/> (дата звернення: 13.10.2022).
164. Boivin J., Bunting L., Collins J. et al. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod*. 2007. № 22. С. 1506–1512. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17376819/> (дата звернення: 05.09.2019).
165. Bruckner P. Perpetual Euphoria: On the Duty to Be Happy. Princeton University Press, 2011. 256 p.

166. Chen H., Grimshaw A., Taylor-Giorlando M. et al. Ovarian absence: a systematic literature review and case series report. *Journal of Ovarian Research*. 2023. Vol. 16 (1). P. 1–13. URL: <https://ovarianresearch.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13048-022-01090-1> (дата звернення: 26.03.2023).
167. Clayton A. H., Valladares E. M. Female sexual dysfunction. *Med Clin North Am*. 2019. Vol. 103 (4). P. 681–698. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31078200/> (дата звернення: 11.09.2022).
168. Crumbaugh J., Maholick L. An experimental study of existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*. 1964. Vol. 20. P. 200–207.
169. Diener E. Subjective well – being: three decades of progress. *Psychological bulletin*. 1999. № 2. Vol. 125. P. 276–302. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1999-10106-007> (дата звернення: 12.03.2021).
170. Dohle G., Halley D., Van H. et al. Genetic risk factors in infertile men with severe oligozoospermia and azoospermia. *Hum Reprod*. 2002. № 17. С. 13–16. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11756355/> (дата звернення: 12.03.2021).
171. Dolgin E. The tangled history of mRNA vaccines. *Nature*. 2020. № 597. С. 318–324. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34522017/> (дата звернення: 03.02.2022).
172. Donarelli Z, Lo Coco G., Gullo S. et al. The fertility quality of life questionnaire (FertiQoL) relational subscale: psychometric properties and discriminant validity across gender. *Hum Reprod*. 2016. № 31. С. 2061–2071. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27343271/> (дата звернення: 10.09.2022).
173. Espey E. Dennis A., Landy U. The importance of access to comprehensive reproductive health care, including abortion: a statement from women's health professional organizations. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2019. № 1. P. 67–70.

174. European Commission. The Impact of Demographic Change. 2020. URL: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/demography_report_2020_n.pdf (дата звернення: 07.12.2021).
175. Fouquier K. State of the science: Does the theory of maternal role attainment apply to African American motherhood? *J Midwifery Womens Health*. 2013. № 58. С. 203–210. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23437798/> (дата звернення: 19.10.2019).
176. Fowles E. Relationships among prenatal maternal attachment, presence of postnatal depressive symptoms, and maternal role attainment. *J Spec Pediatr Nurs*. 1996. № 1. С. 75–82. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8933479/> (дата звернення: 02.05.2020).
177. Frankl V. *Man's Search for Meaning*. Beacon Press. 2006. 184 p.
178. Fromm E. *Psychoanalysis and Religion*. 1967. 119 p.
179. Goldschmidt S., Stöbel-Richter Y., Alexander H. et al. Relationship between satisfaction with life and treatment outcome after IVF in involuntarily childless couples. *Reproduktionsmedizin*. 2003. Vol. 19. P. 30–39.
180. Gouni O., Jarašiūnaitė-Fedosejeva G., Holopainen A., Childlessness: Concept Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022. № 3. P. 1464. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8834711> (дата звернення: 09.02.2023).
181. Guidelines for Perinatal Care, Eighth Edition Book. URL: <https://www.amazon.com/Guidelines-Perinatal-Committee-Fetus-Newborn/dp/1610020871> (дата звернення: 11.03.2023).
182. Gurney E. P., Nachtigall M. J., Nachtigall L. E., et al. The Women's Health Initiative trial and related studies: 10 years later: a clinician's view. *The Journal of steroid biochemistry and molecular biology*. 2014. Vol. 142. P. 4–11.
183. Horney K. Neurosis and human growth. In: *An Introduction to Theories of Personality*. Psychology Press. 2014. P. 107–119.
184. Hosseinirad H., Yadegari P., Falahieh F. et al. The impact of congenital uterine abnormalities on pregnancy and fertility: a literature review.

JBRA Assist Reprod. 2021. № 25. С. 608–616. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8489822/> (дата звернення: 12.11.2022).

185. Houston B., Riera-Escamilla A., Wyrwoll M. et al. A systematic review of the validated monogenic causes of human male infertility: 2020 update and a discussion of emerging gene-disease relationships. *Hum Reprod Update.* 2021. № 28. С. 15–29. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34498060/> (дата звернення: 10.09.2022).

186. International Conference on Harmonisation. URL: <https://www.ich.org/> (дата звернення: 23.01.2023).

187. Izard C. E. Innate and universal facial expressions: Evidence from developmental and cross-cultural research. *Psychological Bulletin.* 1994. Vol. 115 (2). P. 288–299. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1994-24321-001> (дата звернення: 19.03.2020).

188. Jung C. G. Four Archetypes. *Princeton University Press.* 2010. Vol. 9. Part 1. URL: https://books.google.com.ua/books?hl=uk&lr=&id=WXOxoV7v8MwC&oi=fnd&pg=PP2&dq=K.+Jung,+offering+a+number+of+archetypes+of+motherhood&ots=x4VVJ-6RB-&sig=LJodHneuI1VCQMGwsovVlhX_jUo&redir_esc=y#v=onepage&q=K.%20Jung%20offering%20a%20number%20of%20archetypes%20of%20motherhood&f=false (дата звернення: 12.10.2020).

189. Kagawa R., Deardorff J., Craig D. et al. The experience of adolescent motherhood: An exploratory mixed methods study. *J Adv Nurs.* 2017. № 73. С. 2566–2576. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28475213> (дата звернення: 09.10.2019).

190. Wessman A., Ricks D. *Mood and Personality.* Holt, New York, 1966. 317 p.

191. Kartushynska A. V. Women's health and war: The problem of protection and recovery. *Psychological problems: proceedings of international*

conference (Yerevan, 21–22 Oct. 2022 y.). Yerevan, 2022. № 1 (1). P. 39–43. URL: <https://aspu.am/website/images/files/PSYCHOLOGICAL-PROBLEMS-N11-ASPU.pdf> (дата звернення: 13.02.2023).

192. Kim A., Tak Y., Park H. et al. Psychosocial determinants of maternal role development in mothers of the premature infants, among Korean married women: The roles of attachment, identity, and marital Intimacy. *J Pediatr Mother Care*. 2018. № 2. С. 118–124. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28475213/> (дата звернення: 09.10.2019).

193. Kordi M., Fasanghari M., Asgharipour N. et al. The effect of maternal role training program on role attainment and maternal role satisfaction in nulliparous women with unplanned pregnancy. *J Educ Health Promot*. 2017. № 6. P. 61. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28856163/> (дата звернення: 10.09.2020).

194. Kulu H., Christison S., Liu C. et al. The War and the Future of Ukraine's Population. *MigrantLife Working Paper 9*. 2022. URL: <https://migrantlife.wp.st-andrews.ac.uk/files/2022/03/The-War-and-the-Future-of-Ukraines-Population.pdf> (дата звернення: 11.03.2023).

195. Kuroda S., Usui K., Sanjo H. et al. Genetic disorders and male infertility. *Reprod Med Biol*. 2020. № 19. P. 314–22. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33071633/> (дата звернення: 19.09.2021).

196. Kutter P. *Psychoanalysis International. V. 1: A Guide to Psychoanalysis Throughout the World*. Routledge, 2013. URL: https://books.google.com.ua/books?hl=uk&lr=&id=i9T9kOu8GM8C&oi=fnd&pg=PT7&dq=P.+Kutter+psychosomatic+process&ots=lcSDSHCJIF&sig=L8SEytv13u3sJ3KphdjYjqYbyOc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false (дата звернення: 28.10.2020).

197. Lang A. Treating Generalized Anxiety Disorder With Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004. Vol. 65. P. 14–19. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15384932/> (дата звернення: 16.06.2020).

198. Lange A., Orgler C. The Existence Scale. *European Psychotherapy*. 2003. Vol. 4. № 1. P. 135–151. URL: <https://www.laengle.info/downloads/ESK-article%20-%20EP%2003.pdf> (дата звернення: 11.09.2020).
199. Le Floch M., Crohin A., Duverger P. et al. Prevalence and phenotype of eating disorders in assisted reproduction: a systematic review. *Reprod Health*. 2022. № 19. С. 38. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35130918/> (дата звернення: 08.02.2023).
200. Lee S., Min J., Kim H. et al. Association Between the Frequency of Eating Non-home-prepared Meals and Women Infertility in the United States. *J Prev Med Public Health*. 2020. № 53. С. 73–81. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7142005/> (дата звернення: 13.09.2021).
201. Lim S., Loy S., Colega M. et al. Prepregnancy adherence to plant-based diet indices and exploratory dietary patterns in relation to fecundability. *Am J Clin Nutr*. 2022. № 115. С. 559–569. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34626169/> (дата звернення: 19.02.2023).
202. Loichinger E. Labor force projections up to 2053 for 26 EU countries, by age, sex, and highest level of educational attainment. *Demographic Research*. 2015. № 32. P. 443–486.
203. Lotti F., Marchiani S., Corona G. Metabolic Syndrome and Reproduction. *Int J Mol Sci*. 2021. Vol. 2. P. 988.
204. Maslow A. Personality and Growth A Humanistic Psychologist in the Classroom. Maurice Bassett, 2019. 518 p.
205. Mercer R. T. Becoming a mother versus maternal role attainment. *J Nurs Scholarsh*. 2004. № 36. С. 226–232. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15495491/> (дата звернення: 23.05.2020).
206. Morabito G., Daidone A., Murru F. et al. A young girl with right ovarian torsion and left ovarian ectopy. *Ital J Pediatr*. 2020. № 46. P. 51. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32326964/> (дата звернення: 10.02.2023).

207. Mruk C. Self – Esteem research, theory, and practice: Toward a positive psychology of self – esteem. New York: Springer. 2006.
208. Multiple definitions of infertility. *World Health Organization*. 2020. URL: <https://www.who.int/news/item/04-02-2020-multiple-definitions-of-infertility> (дата звернення: 18.02.2022).
209. Nakonechna A. V. Motherhood And Cultural And Historical Traditions. *Modern Scientific Researches*. 2020. № 13. P. 24–29.
210. Nunes D. C., Ribeiro J. C., Alves M. G. et al. Male Sex Hormones, Metabolic Syn- drome, and Aquaporins: A Triad of Players in Male (in) Fertility. *Int J Mol Sci*. 2023. № 24. C. 1960. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36768282/> (дата звернення: 16.03.2020).
211. OECD. *Ageing in Cities*. 2015. URL: <https://www.oecd.org/cfe/regionaldevelopment/Policy-Brief-Ageing-in-Cities.pdf> (дата звернення: 11.04.2020).
212. Ogawa B. Desire For Life: The Practitioner's Introduction to Morita Therapy for the Treatment of Anxiety Disorders. *Bloomington, IN: Xlibris Corporation*. 2013. 286 p.
213. Ogawa B. A River to Live by: The 12 Life Principles of Morita Therapy. PA: Xlibris, Random House. 2007. 166 p.
214. OMAEP. World Organization of Prenatal Education Associations. URL: <https://www.omaep.com/prenatal-education/> (дата звернення: 12.06.2021).
215. Osibogun O., Erin D. Polycystic ovary syndrome and cardiometabolic risk: opportunities for cardiovascular disease prevention. *Trends in cardiovascular medicine*. 2020. Vol. 30. P. 399–404.
216. Palomba S., Falbo A. et al. Use of oral contraceptives in infertile patients: A descriptive review. *Gynecol Endocrinol*. 2006. № 22. C. 537–46. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17135032/> (дата звернення: 10.09.2020).
217. Palomba S., Romeo S., Daolio J. et al. Lifestyle and fertility: the influence of stress and quality of life on female fertility. *Reprod Biol Endocrinol*. 2018. № 16 (1). P. 113. URL:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6275085/> (дата звернення: 19.12.2019).

218. Population Division World Population Prospects. 2022. URL: <https://population.un.org/wpp/> (дата звернення: 11.03.2024).

219. Pridham K. F., Chang A. S. Transition to being the mother of a new infant in the first 3 months: Maternal problem solving and self-appraisals. *Journal of advanced nursing*. 1992. Vol. 17 (2). P. 204–216.

220. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. *World Health Organization*. 2022. 31 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-04.8> (дата звернення: 04.03.2023).

221. Revision of the Standard Population. *European Commission*. 2013. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f> (дата звернення: 18.05.2022).

222. Rogers C. R. Empatic: an unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*. 1975. Vol. 5. № 2. P. 2–10.

223. Roman A., Zork N., Haeri S. et al. Physical examination-indicated cerclage in twin pregnancy: a randomized controlled trial. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2020. Vol. 223 (6). URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32592693/> (дата звернення: 17.02.2021).

224. Rooney K., Domar A. The impact of stress on fertility treatment. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2016 № 28 (3). P. 198–201. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26907091/> (дата звернення: 09.12.2019).

225. Sexton M., Hamilton L., McGinnis E. et al. The roles of resilience and childhood trauma history: Main and moderating effects on postpartum maternal mental health and functioning. *J Affect Disord*. 2015. Vol. 174. P. 562–568. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25560192/> (дата звернення: 23.09.2020).

226. Spinelli M., Frigerio A., Montali L. I still have difficulties feeling like a mother?': The transition to motherhood of preterm infants mothers. *Psychol Health*.

2016. № 31. С. 184–204. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26359768/> (дата звернення: 28.02.2020).

227. Stanhiser J. Psychosocial Aspects of Fertility and Assisted Reproductive Technology. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018. № 45. P. 563–574. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30092929/> (дата звернення: 11.04.2020).

228. Steinberg H., Herrmann-Lingen C., Himmerich Hubertus J. Christian August Heinroth: psychosomatic medicine eighty years before Freud. *Psychiatria Danubina.* 2013. Vol. 25 (1). P. 11–16. URL: <https://hrcak.srce.hr/file/234655> (дата звернення: 22.09.2022).

229. Sugg H., Richards D., Frost J. What is Morita Therapy? The Nature, Origins, and Cross-Cultural Application of a Unique Japanese Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy.* 2020. Vol. 50. P. 313–322. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10879-020-09464-6> (дата звернення: 23.02.2021).

230. Theilen L. H., Fraser A., Hollingshaus M. S. et al. All-cause and cause-specific mortality after hypertensive disease of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2016. № 128. С. 238–244. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27400006/> (дата звернення: 25.05.2020).

231. Ukraine Internal Displacement Report. IOM. *General Population Survey.* 2022. URL: <https://dtm.iom.int/reports/ukraine-internal-displacement-report-general-population-survey-round-6-17-23-june-2022> (дата звернення: 14.03.2023).

232. Ulrich-Lai Y., Herman J. Neural Regulation of Endocrine and Autonomic Stress Responses. *Nat Rev Neurosci.* 2019. № 10. P. 397–409. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19469025/> (дата звернення: 21.10.2020).

233. Usadi R., Diamond M., Legro R. et al. Recruitment strategies in two reproductive medicine network infertility trials. *Contemporary Clinical Trials.* 2015. Vol. 45. P. 196–200. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1551714415300860> (дата звернення: 14.12.2020).

234. Wang J, Liu S., Qin H. et al. Pregnancy-associated plasma protein A up-regulated by progesterone promotes adhesion and proliferation of trophoblastic cells. *Int J Clin Exp Pathol.* 2014. № 7. С. 1427–1437. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4014222/> (дата звернення: 11.09.2020).
235. Wang Y., Shi L., Chen H. Absolute Risk of Adverse Obstetric Outcomes Among Twin Pregnancies After In Vitro Fertilization by Maternal Age. *J.A.M.A. Netw. Open.* 2021. № 4 С. 4. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34505887/> (дата звернення: 08.10.2022).
236. Weicker W. Students in Need^ Benefits and Challenges of a Special Education School. *Trinity College Digital Repository.* 2012. 28 p. URL: https://digitalrepository.trincoll.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1091&context=the_ses (дата звернення: 12.06.2020).
237. Wen S., Miao Q., Taljaard M. et al. Associations of Assisted Reproductive Technology and Twin Pregnancy With Risk of Congenital Heart Defects. *J.A.M.A. Pediatr.* 2020. № 174 (5). P. 446–454. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7042937/> (дата звернення: 27.07.2021).
238. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. *World Health Organization.* 2017. 47 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550093> (дата звернення: 18.04.2020).
239. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. *World Health Organization.* 2015. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549363> (дата звернення: 25.12.2019).
240. WMA Declaration Of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. URL: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (дата звернення: 22.09.2022).

241. Zhao J., Zheng D., Yang J. et al. Maternal serum uric acid concentration is associated with the expression of tumour necrosis factor- α and intercellular adhesion molecule-1 in patients with preeclampsia. *J Hum Hypertens*. 2016. № 30. С. 456–462. URL: <https://pubmed.nalxcbi.nlm.nih.gov/26511169/> (дата звернення: 15.04.2020).

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика «Самооцінка емоційних станів» А. Уесмана та Д. Рікса

Простота завдання робить його дуже практичним інструментом. При цьому можна малювати криві зміни окремих показників і працювати тільки з інтегральним результатом. До недоліків описаного вище способу можна віднести наступне:

1) Твердження, що містяться в розділах 1–3, описують емоційний стан людини лише в діапазоні термінів «тривога / спокій» і «піднесення / депресія» і не відображають вираження інших емоцій, таких як гнів, образа, розчарування, гордість та ін.

2) Твердження розділу 4 характеризують переважно когнітивну сферу (переконання людини про свої здібності), а не сферу емоцій.

3) Звертається увага на різницю в системі оцінювання тверджень, які складають чотири різні розділи методики. Таким чином, підвищення балів, приписаних твердженням у розділі 1, відображає підвищення рівня психічної адаптації суб'єкта, тоді як найвищий бал у цьому розділі вказує на найвищий рівень психічної адаптації. Однак у розділах 2 і 3 найвищі значення надаються наступним твердженням («Імпульс, який не знає перешкод, життєва сила ллється через край» і «Сильний підйом, хвилююче задоволення»), які не стільки відображають стан психічної адаптації як патологічний гіпоманіакальний стан. У зв'язку з цим загальна шкала підсумовування результатів усіх чотирьох розділів виявляється нелінійною: якщо низькі значення інтегрального індексу свідчать про виражену психічну дезадаптацію, то високі значення інтегрального індексу є неінтерпретованими і тому однозначними. Іншими словами, інтегральний показник цієї методики більш чутливий до стану психічної дезадаптації, ніж до стану адаптації.

Інструкція. Виберіть в кожному із запропонованих наборів суджень то, яке найкраще описує ваш стан зараз. Номер судження, обраного з кожного набору, запишіть [190].

Визначають такі показники:

И 1 – «Спокій – тривожність» (індивідуальна самооцінка – И1 – дорівнює номеру судження, обраного випробуваним з даної шкали. Аналогічно виходять індивідуальні значення за показниками И2-И4).

И 2 – «Енергійність – втома».

И 3 – «Піднесеність – пригніченість».

И 4 – «Почуття впевненості в собі – почуття безпорадності».

И 5 - Сумарна (за чотирма шкалами) оцінка стану:

$И5 = И1 + И2 + И3 + И4$, де И1, И2, И3, И4 – індивідуальні значення за відповідними шкалами.

Якщо сума балів **від 26 до 40**, то випробуваний високо оцінює свій емоційний стан, якщо **від 15 до 25 балів**, то середня оцінка емоційного стану і низька якщо **від 4 до 14 балів**.

Опитувальник «Самооцінка емоційних станів»

А. Уесмана та Д. Рікса

Спокій – тривожність

10. Досконало спокійний. Непохитно впевнений у собі.
9. Виключно холоднокровний, на рідкість впевнений і не хвилююся.
8. Відчуття повного благополуччя. Упевнений і відчуваю себе невимушено.
7. В цілому впевнений і вільний від неспокою.
6. Ніщо особливо не турбує мене. Відчуваю себе більш-менш невимушено.
5. Кілька стурбований, відчуваю себе скуто, трохи стривожений.
4. Переживаю деяку заклопотаність, страх, занепокоєння або невизначеність. Знервований, хвилююся, роздратований.

3. Значна невпевненість. Вельми травмований невизначеністю. Страшно.
2. Величезна тривожність, заклопотаність. Ізведен страхом.
1. Абсолютно збожеволів від страху. Втратив розум. Наляканий нерозв'язними труднощами.

Енергійність – втома

10. Порив, що не знає перешкод. Життєва сила вихлюпується через край.
9. Б'є через край, життєздатність, величезна енергія, сильне прагнення до діяльності.
8. Багато енергії, сильна потреба в дії.
7. Відчуваю себе свіжим, в запасі значна енергія.
6. Відчуваю себе досить свіжим, в міру бадьорий.
5. Злегка втомився. Лінощі. Енергії не вистачає.
4. Досить втомлений. В запасі не дуже багато енергії.
3. Велика втома. Млявий. Мізерні ресурси енергії.
2. Жахливо стомлений. Майже виснажений і практично не здатний до дії. Майже не залишилося запасів енергії.
1. Абсолютно видихався. Нездатний навіть до самого незначного зусилля.

Піднесеність – пригніченість

10. Сильний підйом, захоплення веселощами.
9. Збуджений, в піднесеному стані. Захопленість.
8. Збуджений, в хорошому настрої.
7. Відчуваю себе дуже добре. Життєрадісний.
6. Відчуваю себе досить добре, «в порядку».
5. Почуваюся трохи пригнічено, «так собі».
4. Настрій пригнічений і кілька сумне.
3. пригноблений і відчуваю себе дуже пригнічено. Настрій безумовно сумне.
2. Дуже пригнічений. Відчуваю себе просто жахливо.

1. Крайня депресія і смуток. Пригнічений. Все чорно і сіро. Впевненість в собі – безпорадність.

Впевненість в собі – безпорадність

10. Для мене немає нічого неможливого. Я зможу зробити все, що хочу.
9. Відчуваю велику впевненість в собі. Упевнений в своїх звершеннях.
8. Дуже впевнений у своїх здібностях.
7. Відчуваю, що моїх здібностей достатньо і мої перспективи хороші.
6. Відчуваю себе досить компетентним.
5. Відчуваю, що мої вміння та здібності дещо обмежені.
4. Відчуваю себе досить нездатним.
3. Пригнічений своєю слабкістю і недоліком здібностей.
2. Відчуваю себе жалюгідним і нещасним. Втомився від своєї некомпетентності.
1. Подавлене відчуття слабкості і марності зусиль. У мене нічого не вийде.

Опитувальники методики Тест Спілбергера-Ханіна

Шкала самооцінки реактивної (ситуативної) тривожності (РТ)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне із наведених нижче речень і закресліть відповідну цифру справа в залежності від того, ЯК ВИ ПОЧУВАЄТЕСЯ В ЦЮ ХВИЛИНУ. Над питаннями довго не міркуйте, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

№		Ні, це нетак	Мабуть, так	Вірно	Дійсно вірно
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Я перебуваю у напрузі	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я почуваюся вільно	1	2	3	4
6	Я не в настрої	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я почуваюся відпочившим	1	2	3	4
9	Я стривожений	1	2	3	4
10	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4

14	Я збентежений	1	2	3	4
15	Я не відчуваю скутості і напруги	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я заклопотаний				
18	Я надто збуджений і почуваюся ніяково	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

Шкала самооцінки особистісної тривожності (ОТ)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне із наведених нижче речень і закресліть відповідну цифру справа в залежності від того, **ЯК ВИ ПОЧУВАЄТЕ СЕБЕ ЗАЗВИЧАЙ**. Над питаннями довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

№		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Дійсно вірно
21	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24	Я хотів би бути таким же щасливим, як інші	1	2	3	4
25	Нерідко я програю через те, що не досить швидко приймаю рішення	1	2	3	4

26	Зазвичай я почуваюся бадьоро	1	2	3	4
27	Я спокійний, холонокровний, зібраний	1	2	3	4
28	Очікувані труднощі зазвичай дуже бентежать мене	1	2	3	4
29	Я надто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31	Я все беру надто близько до серця	1	2	3	4
32	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33	Зазвичай я почуваюся у безпеці	1	2	3	4
34	Я намагаюся уникати труднощів і критичних ситуацій	1	2	3	4
35	У мене буває хандра	1	2	3	4
36	Я задоволений	1	2	3	4
37	Різні дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40	Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи та турботи	1	2	3	4

Шкала диференціальних емоцій (SDE) К. Ізарда

Запропонована методика включає 30 монополярних шкал, представлених прикметниками, що відповідають різним відтінкам емоційних переживань. Для оцінки кожної з 10 базових емоцій використовуються три приватні шкали, розташовані в наступному порядку:

- I. Інтерес (п. 1–3);
- II. Радість (п. 4–6);
- III. Здивування (п. 7–9);
- IV. Горе (п. 10–12);
- V. Гнів (п. 13–15);
- VI. Відраза (п. 16–18);
- VII. Презирство (п. 19–21);
- VIII. Страх (п. 22–24);
- IX. Сором (п. 25–27);
- X. Провина (п. 28–30).

Процедура обробки даних за «Шкалою диференціальних емоцій» включає два етапи. На першому етапі підраховуються оцінки по кожній з 10 базових емоцій. Це робиться шляхом сумування балів по трьох шкалах, що описують прояви відповідних емоцій. В результаті виходять 10 показників, значення кожного з яких може варіювати в діапазоні від 3 до 15 балів. Типовою формою представлення цих показників є побудова так званого «профілю емоцій» в наступному просторі координат: по осі абсцис наносяться найменування або номери базових емоцій, по осі ординат – отримані бальні оцінки по кожній з них [187].

На другому етапі підраховуються узагальнені показники по укрупнених групах емоцій:

Індекс позитивних емоцій (ІПЕ) – характеризує міру позитивного емоційного відношення суб'єкта до поточної ситуації. Підраховується як сума балів по трьох перших блоках базових емоцій:

$$\text{ІПЕ} = \sum \text{I, II, III (Інтерес + Радість + Здивування)}.$$

Значення ІПЕ можуть коливатися в діапазоні від 9 до 45 балів.

Індекс гострих негативних емоцій (ІГНЕ) – відбиває загальний рівень негативного емоційного відношення суб'єкта до поточної ситуації. Підраховується як сума балів по чотирьох подальших блоках базових емоцій:

$$\text{ІГНЕ} = \sum \text{IV, V, VI, VII (Горе + Гнів + Відраза + Презирство)}.$$

Значення ІГНЕ можуть коливатися в діапазоні від 12 до 60 балів.

Індекс тривожно–депресивних емоцій (ІТДЕ) – відбиває рівень відносно стійких індивідуальних переживань тривожно–депресивного комплексу емоцій, що вказують на суб'єктивне відношення до поточної ситуації. Підраховується як сума балів по трьох останніх блоках базових емоцій:

$$\text{ІТДЕ} = \sum \text{VIII, IX, X (Страх + Сором + Вина)}.$$

Бали ІТДЕ можуть коливатися в діапазоні від 9 до 45.

Шкала диференціальних емоцій

Інструкція. Перед вами список прикметників, які характеризують різні відтінки різних емоційних переживань людини. Праворуч від кожного прикметника розташований ряд цифр – від 1 до 5, що відповідає по наростанню різної міри вираженості цього переживання. Ми просимо вас оцінити, наскільки кожне з перерахованих переживань властиво вам в даний момент часу, закресливши відповідну цифру. Не замислюйтеся довго над вибором відповіді: найбільш точним зазвичай виявляється ваше перше відчуття!

Ваші можливі оцінки:

1 – переживання повністю відсутнє; 2 – переживання виражене трохи; 3 – переживання виражене помірно; 4 – переживання виражене сильно; 5 – переживання виражене в максимальному ступені.

	1	Уважний	12345
	2	Сконцентрований	12345
	3	Зібраний	12345
	4	Стан насолоди	12345
	5	Щасливий	12345
	6	Радісний	12345
	7	Здивований	12345
	8	Вражений	12345
	9	Шокований	12345

	10	Похмурий	12345
	11	Сумний	12345
	12	Зломлений	12345
	13	Оскаженілий	12345
	14	Гнівний	12345
	15	Лютий	12345
	16	Відчуваю неприязнь	12345
	17	Відчуваю відразу	12345
	18	Відчуваю огиду	12345
	19	Презирливий	12345
	20	Зневажливий	12345
	21	Гордовитий	12345
	22	Зляканий	12345
	23	Боязливий	12345
	24	Стан паніки	12345
	25	Сором'язливий	12345
	26	Боязкий	12345
	27	Конфузливий	12345
	28	Стан жалю	12345
	29	Винуватий	12345
	30	Стан розкаяння	12345

Індекс позитивних емоцій _____

Індекс гострих негативних емоцій _____

Індекс тривожно–депресивних проявів _____

Опитувальник депресії Бека

У цьому опитувальнику містяться групи тверджень. Уважно прочитайте кожен групу тверджень. Потім визначте в кожній групі одне твердження, яке найкраще відповідає тому, як Ви почували себе ЦЬОГО ТИЖНЯ І СЬОГОДНІ. Поставте у колонці для відповіді цифру обраного твердження. Перш ніж зробити свій вибір, переконайтеся, що Ви прочитали усі твердження у кожній групі.

№	Твердження	Відповідь
1	0. Мені не сумно. 1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим. 2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану. 3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.	
2	0. Я спокійно думаю про майбутнє. 1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу. 2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися. 3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити.	
3	0. Я не відчуваю себе невдахою. 1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей. 2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок. 3. Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.).	
4	0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей. 1. Я не отримую такого задоволення, як раніше од улюблених занять та речей. 2. Я ні від чого не отримую задоволення.	

	3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.	
5	0. Я не відчуваю відчуття провини. 1. Я доволі часто відчуваю провину. 2. Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини. 3. Мене мучить постійне відчуття провини.	
6	0. Я не відчуваю, що можу бути покараним за будь-що. 1. Я відчуваю, що можу покарати. 2. Я очікую, що можу бути покараний. 3. Я почуваюся вже покараним.	
7	0. Я в основному задоволений тим, ким я є. 1. Я незадоволений собою. 2. Я гидкий собі. 3. Я ненавиджу себе.	
8	0. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди. 1. Я критикую себе за слабкості та помилки. Я постійно докоряю собі за різні помилки. 3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо.	
9	0. У мене не виникає думок про самогубство. 1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього. 2. Я хочу вмерти і планую самогубство. 3. Якщо б була нагода, я б зробив самогубство.	
10	0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно. 1. Я плачу частіше, ніж звичайно. 2. Я увесь час плачу. 3. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться.	
11	0. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно.	

	<p>1. Я дратуюся легше, ніж звичайно.</p> <p>2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення.</p> <p>3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже.</p>	
12	<p>0. Я не втратив цікавості до людей.</p> <p>1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше.</p> <p>2. Я майже повністю втратив інтерес до людей.</p> <p>3. Люди мені глибоко байдужі.</p>	
13	<p>0. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення.</p> <p>1. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень.</p> <p>2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення.</p> <p>3. Я не в стані приймати жодних рішень.</p>	
14	<p>0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно.</p> <p>1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік.</p> <p>2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше.</p> <p>3. Я переконаний, що виглядаю жахливо.</p>	
15	<p>0. Мені працюється так, як і раніше.</p> <p>1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці.</p> <p>2. Я з великою трудністю змушую себе взятися до праці.</p> <p>3. Я не в стані працювати.</p>	
16	<p>0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше.</p> <p>1. Я сплю гірше, ніж раніше.</p> <p>2. Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути.</p> <p>3. Я буджуся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не</p>	

	можу заснути.	
17	<p>0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно.</p> <p>1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше.</p> <p>2. Я втомлююся від будь-якого заняття.</p> <p>3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися.</p>	
18	<p>0. У мене нормальний апетит.</p> <p>1. У мене погіршився апетит.</p> <p>2. У мене майже відсутній апетит.</p> <p>3. У мене зовсім нема апетиту.</p>	
19	<p>0. Моя вага залишається незмінною.</p> <p>2. За останній час я схуд більше ніж на 3 кг.</p> <p>3. За останній час я схуд більше ніж на 5 кг.</p> <p>4. За останній час я схуд більше ніж на 7 кг.</p> <p>Я намагаюся схуднути, свідомо обмежуючи себе в їжі: так / ні</p>	
20	<p>0. Моє тілесне здоров'я є добре.</p> <p>1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.).</p> <p>2. Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами.</p> <p>3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше.</p>	
21	<p>0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився.</p> <p>1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно.</p> <p>2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився.</p> <p>3. Я повністю втратив інтерес до статевого життя.</p>	
Загальна кількість балів:		

Шкала екзистенції (ШЕ)

Шкала екзистенції (ES) - це опитувальник, заснований на антропологічній теорії Франкла. Тест на самооцінку, що оцінює ступінь особистісної самореалізації та базового ставлення до життя. Субшкали: Самодистанціювання (SD), Самотрансценденція (ST), Свобода (F), Відповідальність (V).

1. Часто я кидаю навіть важливу роботу, якщо зусилля, які потрібні, стають надто неприємними.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

2. Я відчуваю, що ті завдання, які переді мною стоять, мають для мене значення.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

3. Для мене щось має значення лише тоді, коли це відповідає моєму бажанню.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками

f) не вірно

4. У моєму житті немає нічого цінного.

a) вірно

b) вірно за рідкісними винятками

c) скоріше вірно

d) скоріше не вірно

e) не вірно за рідкісними винятками

f) не вірно

5. Найбільше мені подобається займатися самим собою – моїми турботами, бажаннями, мріями.

a) вірно

b) вірно за рідкісними винятками

c) скоріше вірно

d) скоріше не вірно

e) не вірно за рідкісними винятками

f) не вірно

6. Зазвичай я буваю розсіяний.

a) вірно

b) вірно за рідкісними винятками

c) скоріше вірно

d) скоріше не вірно

e) не вірно за рідкісними винятками

f) не вірно

7. Навіть якщо я багато зробив, я не задоволений, тому що відчуваю, що не зробив того, що було важливим.

a) вірно

b) вірно за рідкісними винятками

c) скоріше вірно

d) скоріше не вірно

e) не вірно за рідкісними винятками

f) не вірно

8. Я завжди орієнтуюся на очікування інших і поступаю відповідно до цього.

a) вірно

b) вірно за рідкісними винятками

c) скоріше вірно

d) скоріше не вірно

e) не вірно за рідкісними винятками

f) не вірно

9. Мені властиво відкладати неприємні рішення на потім.

a) вірно

b) вірно за рідкісними винятками

c) скоріше вірно

d) скоріше не вірно

e) не вірно за рідкісними винятками

f) не вірно

10. Мене легко відволікти, навіть якщо я зайнятий тим, що мені подобається.

a) вірно

b) вірно за рідкісними винятками

c) скоріше вірно

d) скоріше не вірно

e) не вірно за рідкісними винятками

f) не вірно

11. У моєму житті немає нічого такого, чому я хотів би себе присвятити.

a) вірно

b) вірно за рідкісними винятками

c) скоріше вірно

d) скоріше не вірно

e) не вірно за рідкісними винятками

f) не вірно

12. Я часто не розумію, чому саме я маю це робити.

a) вірно

b) вірно за рідкісними винятками

c) скоріше вірно

d) скоріше не вірно

e) не вірно за рідкісними винятками

f) не вірно

13. Я думаю, що те життя, яке я веду, ні на що не придатне.

a) вірно

b) вірно за рідкісними винятками

c) скоріше вірно

d) скоріше не вірно

e) не вірно за рідкісними винятками

f) не вірно

14. Мені важко розуміти сенс речей.

a) вірно

b) вірно за рідкісними винятками

c) скоріше вірно

d) скоріше не вірно

e) не вірно за рідкісними винятками

f) не вірно

15. Я можу поводитися з самим собою як з добрим другом.

a) вірно

b) вірно за рідкісними винятками

c) скоріше вірно

d) скоріше не вірно

e) не вірно за рідкісними винятками

f) не вірно

16. Я надто мало часу приділяю тому, що є по-справжньому важливим.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

17. У мене відразу ніколи не буває ясності з приводу того, що я можу зробити в будь-якій ситуації.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

18. Я багато роблю тільки тому, що я маю це робити, а не тому, що я хочу це зробити.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

19. Якщо виникають проблеми, я легко втрачаю голову.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

20. Я часто роблю те, що можна з таким самим успіхом зробити і пізніше.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

21. Мені щоразу цікаво, що принесе день.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

22. Найчастіше, тільки почавши діяти, я розумію, які наслідки має прийняте рішення.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

23. Якщо я повинен ухвалити рішення, я не можу покластися на свої почуття.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

24. Невпевненість у результаті справи утримує мене від її виконання.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

25. Я ніколи точно не знаю, за що я відповідаю.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

26. Я почуваюся внутрішньо вільним.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

27. Через те, що життя не дало виповнитися моїм бажанням, я відчуваю себе обділеним.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

28. Коли я бачу, що не маю вибору, я відчуваю полегшення.

- a) вірно

- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

29. Є ситуації, в яких я почуваюся зовсім безпорадним.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

30. Я роблю багато такого, в чому я по-справжньому не розбираюся.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

31. Зазвичай я не знаю, що у ситуації є важливим.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

32. Виконання власних бажань стоїть для мене на першому місці.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно

- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

33. Мені важко перейнятися почуттями інших.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

34. Було б краще, якби мене не було.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

35. Багато з того, з чим я пов'язаний, чуже мені.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

36. Мені подобається формувати власну думку.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками

f) не вірно

37. Я відчуваю, що розриваюся, бо водночас роблю так багато речей.

a) вірно

b) вірно за рідкісними винятками

c) скоріше вірно

d) скоріше не вірно

e) не вірно за рідкісними винятками

f) не вірно

38. Мені не вистачає сил, щоб довести до кінця навіть найважливіші речі.

a) вірно

b) вірно за рідкісними винятками

c) скоріше вірно

d) скоріше не вірно

e) не вірно за рідкісними винятками

f) не вірно

39. Я роблю багато просто так, особливо не замислюючись.

a) вірно

b) вірно за рідкісними винятками

c) скоріше вірно

d) скоріше не вірно

e) не вірно за рідкісними винятками

f) не вірно

40. Ситуація для мене лише тоді представляє інтерес, коли вона відповідає моїм бажанням.

a) вірно

b) вірно за рідкісними винятками

c) скоріше вірно

d) скоріше не вірно

e) не вірно за рідкісними винятками

f) не вірно

41. Коли я хворію, то не знаю, що робити з часом.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

42. Я рідко бачу, що я маю різні можливості для дії.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

43. Я знаходжу навколишній світ одноманітним.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

44. Питання, чи хочу я щось зробити, рідко постає переді мною, тому що найчастіше є те, що я повинен робити.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

45. У моєму житті немає нічого дійсно хорошого, тому що все має свої плюси та мінуси.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

46. Моя внутрішня несвобода і залежність завдають мені багато клопоту.

- a) вірно
- b) вірно за рідкісними винятками
- c) скоріше вірно
- d) скоріше не вірно
- e) не вірно за рідкісними винятками
- f) не вірно

**Акт впровадження в інституті репродуктивної медицини клініки
професора Ф. В. Дахно**



«Затверджую»

Генеральний директор

Інституту репродуктивної медицини
клініки професора Ф. В. Дахно

Антон Олегович КУЦЕНКО

« 10 » січня 2023 рік

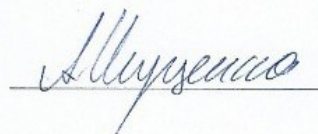
АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** програма психологічного супроводу жінок з порушеннями репродуктивної сфери.
2. **Заклад на базі якого розроблена програма, поштова адреса:** Інститут репродуктивної медицини клініка професора Ф. В. Дахно, 04107, Україна, м. Київ, вул. Багговутівська, 1.
3. **Ким запропоновано, автор:** А. В. КАРТУШИНСЬКА
4. **Джерела інформації:**
 - 4.1. Авторська програма «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок».
 - 4.2. Наконечна А.В. Стан емоційної сфери жінок із безпліддям при повторному застосуванні протоколу екстракорпорального запліднення. *Науково-практичний загальномедичний журнал «Український медичний часопис»*. 6(2) (128) – XI/XII 2018. URL: https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2018/12/4720_02.pdf
 - 4.3. Наконечна А.В. Ефективність когнітивно-поведінкової терапії та психокорекції у жінок. *Міжнародний журнал загальної та медичної психології «Медична психологія»*. Том 1, №1 (2018). С.123-124. URL: https://medpsyrehab.com.ua/wp-content/uploads/journal_10_2018_1.pdf
 - 4.4. Nakonechna A.V. MOTHERHOOD AND CULTURAL AND HISTORICAL TRADITIONS. *International Scientific Periodical Journal "Modern Scientific Researches"*. Issue No13/Part 6, October 2020. P. 24-29. URL: <file:///C:/Users/nakon/Downloads/49-69-PB.pdf>

- 4.5. Наконечна А.В. Материнство та культурно-історичні традиції. *Науковий журнал «Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія»*. Том 12, № 4 (2021). С.83-88. URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/15740>
- 4.6. Соціальна робота засобами природотерапії із постраждалими внаслідок надзвичайних ситуацій. *Колективна монографія. Автори: д-р пед.наук, проф. Сопівник І.В., Будегай В.А., канд.пед.наук Альтанова О.Б., Демченко І.І., Драчук О.В., Наконечна А.В., Мацола В.А., канд.пед.наук, доц. Міхеєва О.Ю., Федченко К.О., Витриховська О.П.* – Київ. 2021. 556 с.// С. 319-419. (2021). ISBN 978-617-7986-37-8. URL: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u188/kolektivna_monografiya_2021.pdf
- 4.7. Наконечна А.В. Перинатальна психологія: емоційне вигорання матері. *Науковий журнал «Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія»*. Том 13, № 1 (2022). С.109-116. URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/hspedagog13%281%29.2022.109-116>
- 4.8. Картушинська А.В. Здоров'я жінок і війна: проблеми захисту та відновлення. *Вірменський державний педагогічний університет ім.Х.Абовяна, факультет психології освіти та соціології, кафедра психології ім. акад. Мртіча Мазмапяна. Матеріали міжнародної конференції «Соціально-психологічні наслідки війни»*. *Науковий журнал «Психологічні проблеми»* №1 (1). С. 39-43. (2022). ISSN 2953-7924. URL: <https://aspu.am/website/images/files/PSYCHOLOGICAL-PROBLEMS-N11-ASPU.pdf>
- 4.9. Картушинська А.В. Демографічні тенденції в Україні – оцінка материнства. *Науковий журнал «Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія»*. Том 13, № 3 (2022). URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/16728>
- 4.10. Картушинська А.В. Психологічні складові фертильності у жінок. *Науковий журнал «Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія»*. Том 13, № 4 (2022). URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/16800>
- 4.11. Картушинська А.В. Дослідження психологічних станів жінок при порушеннях репродуктивної сфери - програма щодо подолання репродуктивної неповноцінності. *Науковий журнал «Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія»*. Том 14, № 2 (2023). URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/46107>

5. **Впроваджено:** Інститут репродуктивної медицини клініка професора Ф. В. Дахно.
6. **Терміни впровадження:** 2022 - 2023 рік.
7. **Форма впровадження:** лекції та практичні заняття.
8. **Результати впровадження:** використання результатів вищезазначеного дослідження та запропонованої авторської програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок», має високий рівень практичної значущості в роботі з жінками, які мають розлади репродуктивної сфери. Програма вбачається провідною в профілактичних заходах роботи з жінками репродуктивного віку, які звертаються за допомогою до медичних закладів, які надають послуги допоміжних репродуктивних технологій. Психологічний супровід за авторською програмою сприяє психологічній підтримці жінок репродуктивного віку, збереженню і відновленню їх психічного здоров'я, шляхом розуміння психологічних особливостей сприйняття безпліддя, підвищення стресостійкості, самостійної саморегуляції психічного стану тощо. Впровадження авторської програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» є перспективним напрямом в психотерапії, який дозволить відслідкувати психосоматичну складову порушень репродуктивної сфери. Саме мультидисциплінарний підхід, сприяє більш ефективному лікуванню пацієнок.
9. **Пропозиції, зауваження:** немає.

Генеральний директор
Інституту репродуктивної медицини
Клініки професора Ф. В. Дахно

 А. О. КУЦЕНКО