

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

Кваліфікаційна робота магістра

**на тему: ФОРМУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОМПОНЕНТУ
ГІСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК В УМОВАХ
МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.0531
спеціальності 053– Психологія
Воленко Юлія Володимирівна
Керівник: д.пед.н., професор кафедри педагогіки та
психології освітньої діяльності Пономаренко О.В.
Рецензент: к.психол.н., доц. Залановська Л.І.

Запоріжжя – 2022

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

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

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« ____ » _____ 2022 р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Воленко Юлія Володимирівна

Тема роботи Формування психологічного компоненту гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів

керівник роботи Пономаренко О.В. д.пед.н., професор кафедри педагогіки та психології освітньої діяльності

затверджені наказом ЗНУ від «20» 07 2022 року № 884-с

2. Строк подання студентом роботи _____
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати концептуальні підходи до вивчення емоційної сфери вагітних жінок у сучасній перинатальній психології; визначити психологічні особливості становлення гістаційної домінанти вагітних жінок; дослідити психологічні особливості формування психологічного компоненту гістаційної домінанти у вагітних жінок;
5. Перелік графічного матеріалу: 4 таблиці, 1 рисунок
6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Пономаренко О.В., професор		
Розділ 1	Пономаренко О.В., професор		
Розділ 2	Пономаренко О.В., професор		
Розділ 3	Пономаренко О.В., професор		
Висновки	Пономаренко О.В., професор		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-березень 2022 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2022 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень- травень 2022 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	червень -липень 2022 р.	Виконано
	Робота над третім розділом	Серпень- вересень 2022р.	Виконано
5	Написання висновків	вересень 2022 р.	Виконано
6	Передзахист	листопад 2022 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	листопад 2022 р.	Виконано

Студент _____ Воленко Ю.В.

Керівник роботи _____ Пономаренко О.В.

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О. М. Грединарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 99 сторінок, 4 таблиці, 1 рисунок, 90 джерела, 2 додаток.

Об'єкт дослідження: специфіка розвитку психологічних особливостей гістаційної домінанти вагітних жінок.

Предмет дослідження: процес формування психологічного компоненту гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів.

Мета: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити психологічні особливості формування гістаційної домінанти вагітних жінок.

В нашому дослідженні висунута наступна гіпотеза: на процес формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів впливає мотивація жінки до збереження вагітності, тривожність вагітної, відношення вагітної до себе й до оточення

Методи дослідження: - теоретичні (теоретичний і порівняльний аналіз психолого-педагогічної літератури);- емпіричні (клініко-амнестичні опитування, анкетування, спостереження, психолого-педагогічний експеримент: констатувальний, формувальний).

Наукова новизна роботи полягає у тому, що вперше теоретично обґрунтовано психологічну складову компоненту гістаційної домінанти у вагітних жінок; емпірично уточнено психологічні особливості формування гістаційної домінанти у жінок в період вагітності; розроблено техніку формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів.

Розроблені рекомендації можуть бути корисними в діяльності психологів медичних закладів, фахівців перинатальних центрів.

ВАГІТНІ ЖІНКИ, ГІСТАЦІЙНІ ДОМІНАНТИ, ЕМОЦІЙНА СФЕРА ОСОБИСТОСТІ, ПСИХОЛОГІЧНІ КОМПОНЕНТИ.

SUMMARY

Volenko Yu.V. Formation of the Psychological Component of Gestational Dominance in Pregnant Women in Medical Institutions.\

Master's thesis: 99 pages, 4 tables, 1 figure, 90 sources, 2 appendices.

Object of research: The specifics of the development of psychological features of the hysterical dominant of pregnant women.

The subject of the study: the process of formation of the psychological component of hysterical dominance in pregnant women in the conditions of medical institutions.

Purpose: to theoretically substantiate and experimentally verify the psychological features of the formation of gestational dominance in pregnant women.

In our study, the following hypothesis was put forward: the process of formation of hysterical dominance in pregnant women in the conditions of medical institutions is influenced by the woman's motivation to preserve the pregnancy, the pregnant woman's anxiety, the pregnant woman's attitude towards herself and the environment

Research methods: - theoretical (theoretical and comparative analysis of psychological-pedagogical literature); - empirical (clinical-amnestic surveys, questionnaires, observations, psychological-pedagogical experiment: ascertaining, formative).

The scientific novelty of the work lies in the fact that for the first time the psychological component of gestational dominance in pregnant women has been theoretically substantiated; the psychological features of the formation of hysterical dominance in women during pregnancy are empirically clarified; developed a technique for the formation of hysterical dominance in pregnant women in the conditions of medical institutions.

The developed recommendations can be useful in the activities of psychologists of medical institutions, specialists of perinatal centers.

PREGNANT WOMEN, HISTATION DOMINANTS, EMOTIONAL SPHERE OF PERSONALITY, PSYCHOLOGICAL COMPONENTS.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ СТАНОВЛЕННЯ ГІСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ ВАГІТНИХ ЖІНОК.....	10
1.1. Огляд концептуальних підходів до вивчення емоційної сфери особистості вагітних жінок у сучасній перинатальній психології.....	10
1.2. Психологічні особливості переживання жінкою стану вагітності.....	21
1.3. Роль психологічного компонента в структурі гістаційної домінанти вагітних жінок.....	32
1.4. Фактори, що впливають на розвиток гістаційної домінанти у вагітних жінок.....	40
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ГІСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК.....	47
2.1. Методика і процедура дослідження.....	47
2.2. Аналіз результатів дослідження та їх інтерпретація.....	52
РОЗДІЛ 3. ТЕХНІКИ ФОРМУВАННЯ ГІСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК В УМОВАХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ.....	62
3.1. Специфіка роботи психологів медичного закладу з вагітними жінками.....	62
3.2. Зміст програми з формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів.....	69
3.3. Психологічні рекомендації щодо оптимізації процесу формування гістаційної домінанти у вагітних жінок.....	79
ВИСНОВКИ.....	86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	90
ДОДАТКИ.....	97

ВСТУП

Актуальність дослідження. Інтегральним показником суспільного розвитку країни, відображенням її соціально-економічного та морального стану, потужним фактором формування демографічного, економічного, трудового та культурного потенціалу суспільства є здоров'я населення, особливо жінок і дітей, яке за останні роки в Україні значно погіршилося. Однією з причин означеної тенденції є нестабільна соціально-економічна ситуація, що негативно впливає на психічну сферу жінки.

Дослідники вважають вагітність випробуванням для психіки, періодом тривалої емоційної напруги та адаптації жінки до нових умов. В сучасній вітчизняній психології серед вивчення проблем психології вагітних виділяються такі: психологічне сприйняття вагітності (Жилка Н.Я., Перун М., Татенко Н.О., Яремко Г.Є., Жабченко І.А., Коваленко Т.М.); депресивні стани жінок при вагітності (Н.М. Лукашевич, Левицька А.В., Гасюк М.Б., Г.С. Шевчук); порушення психічної адаптації при вагітності (В.Г. Сюсюка, О.В. Комарова, О.В. Пейчева); психологічний стан жінок під час вагітності та пологів (Жабченко І.А., Іщук О.Ю., В. Котлова), тощо. Своєчасна психодіагностика стану вагітної з урахуванням особливостей гострого і хронічного стресів і корекція цих станів також є важливою актуальною проблемою на сьогодні.

Суттєвий вплив на здоров'я жінок і дітей має період вагітності та пологів, в якому жінки найбільш чутливі до дії різних чинників. Проблема негативного демографічного балансу, патологічного перебігу вагітності та ускладнених пологів залишається актуальною для України. Серед причин, що призводять до ускладнень під час вагітності та пологів, виділяються різноманітні порушення емоційної сфери особистості жінок. Негативні емоції породжують зміни на психофізіологічному рівні, що призводить до зниження якості здоров'я як самої

матері, так і її дитини.

Вагітність і пологи жінки є дуже важливим і найбільш стресовим періодом в життєдіяльності подружньої пари, справжнім випробуванням для сім'ї. Ця емоційно складна ситуація піддає жінку випробуванню і висуває вимоги, що перевищують її звичайний адаптаційний потенціал. Вагітність – дуже сильний за рівнем переживань, специфічний за комплексом відчуттів період у житті жінки.

Теоретичні дослідження психології материнства Перун М., надають змогу зробити висновок, що стан вагітності є одним із найважливіших етапів та закономірним результатом розвитку материнської сфери та відправним пунктом у подальшому розвитку жінки як особистості та матері. Цей специфічний за новизною період очікування жінкою дитини не позбавлений емоційного напруження й адаптації до нових умов.

Разом з тим, теоретичний аналіз літератури вітчизняної та зарубіжної психології вказує на те, що дослідники здебільшого зосереджуються на вивченні клінічних аспектів патології вагітних і тільки на окремих особливостях психоемоційного стану вагітної жінки та його впливу на репродуктивну функцію, перебіг вагітності та перинатальні наслідки. До цього часу немає чіткого системного аналізу змісту, форм та методів формування гістаційної домінанти у вагітних жінок, відсутні конкретні, науково обґрунтовані рекомендації щодо роботи психолога з оптимізації процесу формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів.

Очевидна теоретична і практична значущість проблеми, недостатній рівень її вивчення та перспективність дослідження обумовило вибір теми магістерської роботи «Формування психологічного компонента гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів».

Об'єкт дослідження: специфіка розвитку психологічних особливостей гістаційної домінанти вагітних жінок.

Предмет дослідження: процес формування психологічного компоненту гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів.

Мета: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити психологічні особливості формування гістаційної домінанти вагітних жінок.

В нашому дослідженні висунута наступна гіпотеза: на процес формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів впливає мотивація жінки до збереження вагітності, тривожність вагітної, відношення вагітної до себе й до оточення.

Враховуючи мету і гіпотезу дослідження нами були сформульовані наступні завдання:

- 1) проаналізувати концептуальні підходи до вивчення емоційної сфери вагітних жінок у сучасній перинатальній психології;
- 2) визначити психологічні особливості становлення гістаційної домінанти вагітних жінок;
- 3) дослідити психологічні особливості формування психологічного компоненту гістаційної домінанти у вагітних жінок;
- 4) розробити й впровадити технологію оптимізації формування гістаційної домінанти вагітних жінок в умовах медичних закладів.

Методи дослідження. У роботі застосовувались теоретичні методи (теоретичний аналіз психологічної літератури з досліджуваної проблеми) та емпіричні (клініко-амнестичні опитування, анкетування, спостереження, психолого-педагогічний експеримент: констатувальний, формувальний).

В якості діагностичного інструментарію для розв'язання експериментальних завдань використано психодіагностичні методики: «Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна», «Методика дослідження мотивів збереження вагітності», «Тест відношень вагітної до свого стану».

Наукова новизна роботи полягає у тому, що вперше теоретично обґрунтовано психологічну складову компоненту гістаційної домінанти у вагітних жінок; емпірично уточнено психологічні особливості формування гістаційної домінанти у жінок в період вагітності; розроблено техніку формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів.

Практичне значення дослідження визначається тим, що отримані в ході дослідження дані можуть слугувати підґрунтям для розроблення методів диференціальних корекційних, психопрофілактичних, психогігієнічних та психотерапевтичних заходів протягом всієї вагітності жінки та психологічної підготовки жінок до пологів. Розроблені рекомендації можуть бути корисними в діяльності психологів медичних закладів, фахівців перинатальних центрів.

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечувались: теоретико-методологічним обґрунтуванням вихідних теоретичних положень, використанням комплексу надійних і валідних психодіагностичних процедур, створенням адекватних умов діагностування, поєднанням кількісного і якісного аналізу емпіричних даних, репрезентативністю вибірки, застосуванням сучасних методів математичної статистики.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ СТАНОВЛЕННЯ ГІСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ ВАГІТНИХ ЖІНОК

1.1. Огляд концептуальних підходів до вивчення емоційної сфери вагітних жінок у сучасній перинатальній психології

Проблема збереження здоров'я матері та дитини є однією з найактуальніших проблем сучасного суспільства. До недавнього часу вагітна жінка перебувала під наглядом і контролем тільки медичних працівників. Але це не тільки медична, але і соціальна проблема, що має і економічне, і моральне, і суспільне значення. В роботах Швець О. А., Г.С. Шевчук, О.Ю. Іщук, Гасюк М.Б, В. Г. Сюсюка .. О. В. Комарова, О. В. Пейчева, поширюється інтерес до психологічних проблем емоційної сфери особистості вагітної жінки.

В перинатальній психології О.В. Швець, проводяться дослідження з вивчення психологічного стану жінки під час вагітності, її особистісних особливостей, переживань та емоцій. Аналіз психологічних складових особистості вагітної жінки останнім часом все частіше виступає як предмет наукового вивчення.

3. Фрейд і його послідовники не визнавали за вагітністю і материнством певної психологічної специфіки, а також заперечували самостійну роль цих періодів онтогенезу в становленні особистості жінки і майбутньої дитини [20]. Вагітність і материнство розглядалися як реалізація жінкою комплексу кастрації. З погляду представників ортодоксального фрейдизму, основною рушійною силою жінки, що хоче мати дитину, є її біологічно обумовлена заздрість до чоловіка. Образ дитини для жінки символічно еквівалентний пенісу, тому бажане мати дитину означає компенсацію її тілесного недоліку.

Климчик В.О. відзначала, що мікропсихоаналіз також концентрує свою увагу на інстинктивних вабленнях, відзначаючи, що протилежно направлені ваблення до життя-смерті знаходять своє віддзеркалення в уявленнях вагітної жінки про майбутню дитину. Проте, на відміну від фрейдистів, С.Фанті, підкреслює важливу роль психологічних складових, що становлять поняття материнства і вагітності у формуванні особистості жінки і дитини. При цьому вагітність розглядається як спроба взаємного руйнування матері і плоду, що відображається в амбівалентності їх образів [26].

Послідовний дослідник пренатальної психології Ганс Густав Грабер провів дослідження примітивного захисту розщеплення, яке, на його думку, проявляється ще до народження, у пренатальному житті. Він описав дитячу амбівалентність, яку спостерігав у психотерапії, коли діти впадали в гли- бокий регрес, з якого не хотіли виходити. Згідно з його твердженням, вони шукали ресурс — місце, де немає розщеплення [57].

Алісон Хантер і Шерлі Уорд провели багато досліджень, спираючись на гіпотезу Франка Лейка про те, що будь-яка травма, яку мати переживає під час вагітності, через пуповину передається дитині [60]. Крім того, ними було встановлено, що дитина, перебуваючи в утробі матері, яка переживає будь-який стрес, ніби «всмоктує» негативну атмосферу цієї травматичної ситуації. Автори доходять висновку, що дитина в ході всього пренатального розвитку відчуває вплив травми не тільки через пуповину, а й через материнське психоенергетичне поле. Травматичне пренатальне життя і пологи визначають характер та образ життя. У людини формуються відчуття, які на несвідомому рівні керують нею.

На думку сучасних дослідників С. В. Г. Сюсюка, Ю. В. Котлова, зростання патології вагітності і перинатального розвитку дитини свідчить про те, що обмеження вивчення вагітності і пологів рамками медичного підходу, яке довгий час мало місце в нашій країні, робить неможливим рішення проблеми формування здорового покоління [52].

Як зазначено науковцем В.М. Запорожан, , багаторічні дослідження різних типів пологів виявили схожість особистісних настанов людей, що пережили певний тип пологів або були фіксовані на певній базовій пренатальній матриці В.П. Міщенко. Було досліджено, що у багатьох людей дистрес та пологова травма залишаються латентними і не проявляються у свідомості до кінця підліткового віку або навіть до початку, а іноді середини дорослого життя. Вони можуть проявитись під час хвороби, стресу, загрози фізичного та психологічного існування, проявів психологічного або іншого типу насильства [22].

Представники неофрейдизму центр тяжкості психоаналізу переносять з розгляду інстинктивно-біологічних процесів на дослідження соціально-психологічних і соціокультурних феноменів вагітності і материнства. Причини зневажливого, на думку автора, відношення до вагітності з боку «чоловічого» психоаналізу К.Хорні бачить в захопленні життєтворною могутністю жінки і в задрісному образі чоловіків на жінок. К. Хорні підкреслює, що вагітність і материнство є способом реалізації сутнісного творчих начал жінки [18].

Не дивлячись на різноманіття переконань на психологічні і соціально-психологічні процеси, супроводжуючі вагітність і материнство, слід зазначити, що на сьогоднішній день більшість авторів-психоаналітиків бачить у вагітності і материнстві специфічний психофізичний і психосоціальний феномен, що є невід'ємною частиною психосексуального розвитку особистості вагітної жінки. Вагітність розглядається як кризова ситуація на шляху становлення зрілої жіночої особистості, а специфіка вагітності як кризового періоду полягає в тому, що жінка вперше стикається з необхідністю встановлення нових для неї відносин мати-дитина. Формування якісно нових для майбутньої матері відносин між нею і плодом, що розвивається, має на увазі кінець існування жінки як незалежної, окремої істоти і носить безповоротний характер.

З точки зору порівняльного підходу, як зазначалося в дослідженнях Жилка Н.Я., вагітність і материнство є природженими біопсихічними механізмами, значення яких полягає в підтримці взаємодії матір'ю і дитиною, необхідного для її виживання. Поведінкові реакції новонародженого, завдяки наявності у жінки інстинктивно обумовленого образу немовляти, здатні активізувати систему материнської поведінки. Так, образ дитини тут виконує роль пускового механізму материнської поведінки [19].

Мойсієнко Я., розглядає материнство як самостійну сферу життєдіяльності жінки, еволюційне значення якої полягає в забезпеченні адекватного турбування про потомство [27]. Різні види прояву турбування розглядаються автором як материнські функції. Підкреслюється, що у тварин зміст цих функцій має видотипічні особливості, тоді як у людини до них додаються психологічні, соціальні і культурні, що забезпечують виховання дитини як члена свого специфічного співтовариства.

У змісті материнської сфери автор виділяє три складові: потребнісно-емоційний блок, що включає потребу матері у контакті з дитиною – носієм комплексу етологічних стимулів, потреба в турбуванні про неї, потреба в материнстві; операційний блок - операції по догляду, охороні і операційна складова спілкування з дитиною; ціннісно-смісловий блок, що включає відношення матері до дитини як до цінності, яка формується на основі соціокультурних моделей материнсько-дитячих відносин. Вагітність розглядається в контексті розвитку материнської сфери у жінки. При цьому наголошується, що очікування дитини є важливим періодом етапу конкретизації онтогенетичного розвитку материнської сфери в реальній взаємодії з дитиною, яка разом з вагітністю включає пологи і молодший вік дитини [32].

З точки зору етологічного підходу В. Г. Сюсюка, І.Ю. Хамітова відзначали, що психологічна специфіка періоду вагітності полягає в тому, що розвиток різних складових материнської сфери здійснюється тут в контексті

реальної, хай і обмеженої пропріоцептивними сигналами, взаємодії жінки з своєю дитиною. Ця взаємодія супроводжується особливим комплексом фізичних і емоційних переживань, пов'язаних з моментом ідентифікації вагітності, психосоматичною симптоматикою і порушеннями дитини [12].

У ряді робіт вітчизняних вчених робиться спроба інтеграції психоаналітичного і порівняльно-етологічного підходів до дослідження вагітності і материнства. Центр уваги тут переноситься на виявлення взаємозв'язку між когнітивно-емоційними, перцептивними і фізіологічними (інстинктивними) складовими періоду очікування дитини. Даний підхід, на нашу думку, слід розуміти як синтетичний.

Зарубіжні представники синтетичного підходу А. Хантер, Ш. Уорд прагнуть до вивчення вагітності в єдності її психобіологічних і психосоціальних процесів [61]. Специфіка періоду вагітності бачиться в особливому амбівалентному комплексі тілесно-плотських, емоційних і соціально-психологічних явищ, супроводжуючих очікування дитини.

У рамках синтетичного підходу розрізняються «біологічні» і «лібідні» інстинкти, а також їх роль в психологічних процесах, супроводжуючих вагітність і материнство. Наголошується, що лібідні інстинкти, на відміну від первинно обумовлених систем інстинктивних реакцій, відносяться до сфери психологічних переживань і психічних репрезентацій.

Яремко ГЄ, Жабченко ІА, Коваленко ТМ вважають, що, хоча природжений гештальт немовля і інстинктивні патерни реагування можуть служити каталізатором перших психологічних процесів і лежати в основі лібідозних інстинктів і об'єктних образів, одних лише цих біологічних і механічних патернів недостатньо. Підкреслюється, що природжені реакції поступово набувають психологічний статус і значення в процесі розвитку взаємодії між матір'ю і немовлям [56].

Таким чином, розглянуті нами підходи до розуміння вагітності у жінок акцентують свою увагу на різних аспектах вагітності і материнства, розуміючи їх як комплексне психобіологічне, психофізичне і психосоціальне явище.

Дослідженнями останніх років В. Г. Сюсюка, О. В. Комарова, О. В. Пейчева) показано, що психоемоційний стан жінки впливає на благополуччя протікання вагітності і пологів, також показано, що проведення підготовки до пологів та материнства зменшує кількість ускладнень вагітності та пологів і сприятливо впливає на розвиток дитини в перинатальний період [41].

Вітчизняна дослідниця станів вагітних жінок Байгузіна І. Ч. зазначав, що емоції, які переживає мати, призводять до біохімічних та фізіологічних змін в організмі плоду [2]. Отже, навіть не маючи прямого зв'язку на рівні нервової системи, дитина перебуває під впливом емоційного стану матері.

Вважаємо, що доречно згадати теорію Дональда Вуде Віннікота про базові материнські функції, і особливо про функцію контейнерування, яка необхідна для формування цілісної психіки дитини шляхом переробки загрозливих агресивних афектів, але в період вагітності може спрацювати парадоксальним чином [67]. Мається на увазі, що якщо мати не здатна переробляти свої негативні афекти, які вважаються нею неприйнятними і тими, що не відповідають її несвідомій непродуктивній мотивації, то дитина починає використовуватись як психічний контейнер для відщеплених зі свідомого поля матері афективних часток. Оскільки дитина не має здатності адекватно переробляти такий психічний матеріал, вона реагує на соматичному та психічному рівні бажанням «втекти» або «завмерти». З нашої точки зору, слід охарактеризувати психологічний підхід до вивчення емоційної сфери вагітних жінок у сучасній перинатальній психології.

Однією з проблем, з якою стикаються лікарі і психологи при роботі з вагітними є підвищений рівень тривожності, безпричинне занепокоєння і нестійкість емоційного стану. Найчастіше їх долають сумніви з приводу

нормальності майбутньої дитини, благополуччя виношування і пологів, зміни себе і життєвій ситуації. Багато хто з цих та інших тривог походять від незнання деяких аспектів, пов'язаних з вагітністю, пологами, розвитку дитини. Ще однією з причин виникнення тривоги може бути почуття самотності вагітною, несхожості на інших жінок. Дослідженнями багатьох авторів показано, що часте стан тривоги несприятливо позначається на перебігу вагітності і розвитку плоду.

З моменту усвідомлення себе вагітною жінка на різних термінах вагітності відчуває різні емоції. Це пов'язано з психофізіологічної перебудовою організму системи «мати - дитя» [45].

Відзначимо, що перша вагітність являє собою новий досвід, який досить важко піддається осмисленню. Ігнорування того факту, що емоції що чекає дитину жінки куди складніше й гостріше, ніж зазвичай, може призвести до ряду проблем, в тому числі і у відносинах з чоловіком.

Також якщо вагітність у жінки перша, вона відчуває безліч страхів, до яких відносяться боязнь пологів і несвоєчасного переривання вагітності, турбота про здоров'я майбутньої дитини і власне здоров'я, боязнь родових сутичок і неминучою болю, боязнь розчарування партнера (чоловіка) через зміни, що відбуваються з тілом. Сучасні жінки змушені турбуватися про кар'єру, про фінансові проблеми, про безліч додаткових витрат, пов'язаних з появою і вихованням нового члена сім'ї.

Усвідомлення факту вагітності у будь-якої жінки стає домінуючою ідеєю, викликає хвилювання, позитивні чи негативні, а нерідко амбівалентні емоції. Багато в чому їх характер залежить від того, планувалася чи ні вагітність, яких реакцій на новина очікує жінка від чоловіка та інших значущих родичів. Перший триместр - місяці невпевненості і адаптації. Невизначений страх і боязнь перед невідомістю, а також відсутність апетиту, нудота і безсоння часто роблять перші тижні вагітності втомливими. Вагітній жінці подобається її особливий стан, часом настільки, що вона стає вразливішим; її хочеться бути предметом уваги і

турбот. Однак, перебуваючи в такому стані, жінка відчуває, що дорослішає.

Другий триместр, на думку Гасюк М. Б., може бути названий триместром випробувань сформованих органів і систем пренейта [9].

У вагітних жінок на цьому терміні збудливість кори великих півкуль головного мозку і підкіркових центрів має приблизно однаковий рівень. При нормальному перебігу вагітності емоційний фон жінки стабілізується. Другий триместр - місяці рівноваги. Перші рухи плоду мають величезне значення для всіх майбутніх матерів. Ті, хто раніше не наважувався показати свою радість, віддаються їй цілком, бо тепер вони впевнені в існуванні всередині себе нового життя.

Третій, останній триместр вагітності може бути названий триместром росту і накопичення сил для народження і позаутробного виживання. Збудливість кори великих півкуль головного мозку у жінки на початку третього триместру підвищується і залишається високою до 38-39-го тижня, після чого знижується [9].

Одним із симптомів третього семестру, описуваних Н.Я. Жилкою, є симптом нетерпіння. Жінка скаржиться на те, що вагітність їй набридла, виражає прагнення до її якнайшвидшого закінчення [19]. Це відбувається на фоні виражених коливань емоцій від радісних переживань, пов'язаних з майбутнім материнством, до тривожно-депресивних сумнівів в успішному результаті пологів. На цьому тлі може виникнути або загостритися спостерігався вже в минулому триместрі симптом страху перед пологами. Жінка починає мріяти про те, щоб уникнути пологів, хоча, з іншого боку, мріє про благополучне завершення вагітності.

На початку третього триместру підвищення тривоги у жінки, пов'язане з переживаннями з приводу майбутніх пологів, активізує підготовку до них і до післяпологовий період. Виникає бажання створити затишне і безпечне місце для себе і дитини.

Соціально-психологічний підхід до вивчення особистості вагітної жінки, як визначено в працях українських психологів Л.Е. Орбан-Лембрик, О.А. Швець, полягає у визначенні соціально-психологічних орієнтирів дослідження її комунікативного потенціалу, поясненні механізмів соціалізації, діагностуванні найважливіших компонентів структури, виявленні регуляторів поведінки, а також у дослідженні конкретних груп, у яких особистість засвоює соціальні впливи і реалізує свою соціальну сутність. Аналізу піддають такі важливі соціально-психологічні вияви особистості, як соціальна настанова, соціальна адаптація, індивідуалізація, інтеграція особистості, соціальна діяльність, активність, статусно-рольова реалізація особистості у групі, її статево-рольова диференціація, нормативна поведінка, соціально-психологічні якості тощо. При цьому враховують, що вся система суспільних відносин (економічних, політичних, моральних та ін.), до якої залучена вагітна, є об'єктивною основою формування її особистісних соціально-психологічних властивостей, якостей і рис характеру [53].

Соціально-психологічна природа емоційної сфери вагітної жінки полягає в тому, що вона залежить від соціально-етичних дій, що відбуваються в соціумі. Відповідно, кожна людина по-своєму відображає їх, що визначає її соціальну якість, зміст і характер практичної діяльності. Саме в процесі такої діяльності людина, з одного боку, інтегрує соціальні відносини навколишнього середовища, а з другого — виробляє своє особливе ставлення до оточення. Елементами соціально-психологічної основи особистості є: соціально окреслена мета її діяльності; соціальні статуси, позиції і виконувані соціальні ролі; зумовлені статусами і ролями очікування; норми і цінності (культура), якими вона керується в процесі діяльності; соціокультурна, етнопсихологічна програма поведінки; система знаків, яку вона використовує; соціально-психологічне відображення соціальних відносин; сукупність знань; рівень освіти і спеціальної підготовки; комунікативний потенціал; особистісні механізми регуляції

соціального процесу; активність і ступінь самостійності в прийнятті рішень. Становлення особистості вагітної жінки в соціумі з погляду соціальної психології неможливе поза суспільними відносинами, поза спілкуванням і діяльністю.

Н.О. Татенко було зазначено, що передумовою формування соціально-психологічної індивідуальності особистості є задатки. Розвиненість конкретної комунікативної характеристики, своєрідність її вияву зумовлюють соціально-психологічну відмінність однієї особистості від іншої, оригінальність її спілкування та взаємодії в соціумі [47]. Це свідчить про індивідуальне соціально-психологічне відображення існуючих соціальних відносин між людьми і соціальних спільностей, що виникають на основі цих відносин. Йдеться про стійку індивідуально-специфічну систему соціально-психологічних засобів, прийомів, навичок, методів сприймання та відображення вагітною соціальних відносин. Відомо, що люди з різними індивідуально-типологічними характеристиками нервової системи, різною структурою комунікативних здібностей, темпераменту, характеру домагаються однакової ефективності сприймання та відображення реальності різними способами. Водночас індивідуальне соціально-психологічне відображення може бути неоптимальним з точки зору ефективності регуляції соціального процесу.

Таким чином, соціально-психологічна природа емоційної сфери вагітної жінки реалізується і здійснюється у спілкуванні та взаємодії, відтворюючи реали соціального буття. У цілісній системі якостей особистості найзначущішими є комунікативні властивості та вміння, адже особисте життя та особистісний розвиток вагітної є певною комунікацією.

Основним джерелом емоцій для вагітної жінки є відносини з чоловіком. Хорст Ніккель висловив думку, що потрібно досліджувати не діаду «мати — дитина», а тріаду «мати — дитина — батько» [57]. Саме відносини батька з матір'ю формують ментально-емоційне поле, в якому в нормі присутній і

тілесний компонент.

Психологія сімейних відносин, яка складає основу пре- та перинатальної психології, робить акцент на сім'ї як системі, де працюють складні прямі та зворотні зв'язки. Вплив на систему в цілому відбивається на її складових частинах, а зміни будь-якого елемента системи призводять до змін інших елементів і системи в цілому. Сім'я як система має свої межі та функції (виховна, господарча, емоційна, сексуально-еротична, функція культурного та духовного спілкування). Виконання всіх названих функцій впливає на характер репродуктивного процесу. Порушення функціонування сім'ї зазвичай пов'язані з критичними фруструючими подіями, які мають такі характеристики: їх можна датувати і локалізувати в часі та просторі; вони супроводжуються стійкими емоційними реакціями та потребують великих витрат на адаптацію [19].

Стан вагітності, як зазначалося Н.О. Татенко, повністю відповідає таким критеріям [48]. Ще до моменту зачаття і початку вагітності слід виділити період формування ментального простору для майбутньої дитини. В цьому просторі складається певний ти взаємовідносин між матір'ю та батьком дитини, які визначають такі важливі предиспозиційні характеристики для розвитку майбутньої дитини, як мотиви зачаття, які можуть бути конструктивними або неконструктивними (руйнівними). Конструктивні, як правило, пов'язані з відчуттям любові та можуть виражатись у прагненні до безсмертя шляхом повтору себе в дитині, у вираженні вдячності коханій людині, у прояві сумісної творчості .

Аналіз науково-психологічної літератури вказує на те, що проблема вивчення емоційної сфери вагітних жінок у сучасній перинатальній психології була актуальною в різні періоди. Так, більшість психоаналітиків бачить у вагітності специфічний психофізичний і психосоціальний феномен, що є невід'ємною частиною психосексуального розвитку особистості вагітної жінки, представники порівняльного підходу до вагітності серед найважливіших

виділяють моральні, комунікативні, інтелектуальні якості вагітної, що впливають на її емоційний стан. Вчені психологічного підходу зосереджують свою увагу на таких значущих якостях вагітної, як готовність до контактів, раціональність у встановленні й підтримуванні стосунків, інтелектуальність, самокритичність, вольові, морально-регулятивні, комунікативні якості тощо. Представники соціально-психологічного підходу аналізують діалогічність, комунікабельність, емпатійність, продуктивність у встановленні й підтриманні контактів, впевненість, емоційну врівноваженість, тощо.

Огляд наукових праць засвідчує, що вивчення емоційної сфери вагітних жінок у сучасній перинатальній психології здійснюється за кількома напрямками: визначається ступень проявів психічних процесів вагітної, обґрунтовується життєвий та соціальний досвід жінки в період вагітності.

Таким чином, на підставі аналізу позицій вчених щодо емоційної сфери вагітних жінок, під емоційною сферою вагітних жінок ми розуміємо низку важливих особистісних якостей, які сприяють успішному перебігу вагітності, ефективному розв'язанню виникаючих проблем особистісного та соціального плану. У якості детермінант емоційної сфери вагітної жінки розглядаються особистісні характеристики жінки, особливості її взаємостосунків з членами батьківської сім'ї, з сексуальним партнером.

1.2. Психологічні особливості переживання жінкою стану вагітності

Переживання жінкою вагітності включає фізичне і емоційне переживання моменту ідентифікації вагітності, переживання симптоматики вагітності, динаміки переживання симптоматики по триместрах вагітності, переважний фон настрою по триместрах вагітності, переживання першого ворухіння, переживання ворухінь протягом усієї другої половини вагітності, зміст

активності жінки в третій триместр вагітності.

Згідно Перун М., переживання - особлива діяльність, яка спрямована на перебудову психологічного світу, на встановлення змістового відповідності між свідомістю і реальністю. Діяльність по переживанню виникає в ситуації, в якій неможливо реалізувати внутрішні потреби життя суб'єкта. Таким чином, можна стверджувати, що переживання - «боротьба проти неможливості за створення можливості в ситуації життєвих мотивів» [38].

За характером переважного переживання Байгузіна І. Ч., розподіляла період вагітності на три етапи: 1) прийняття жінкою рішення про збереження або штучне переривання вагітності, 2) початок руху плоду, 3) підготовка до пологів і появи дитини в будинку [2].

Вагітність справляє позитивний вплив на жінок з невротичними розладами. Проте при ендогенних психічних захворюваннях (шизофренія, афектні розлади) вагітність нерідко сприяє маніфестації або загостренню психічних порушень. У разі неповноцінності ендокрино-дієнцефальної системи унаслідок негативних чинників, що мали місце в перинатальний період, перенесених травм, інфекційних захворювань тощо вагітність може викликати декомпенсацію як з боку соматичної сфери, так і з боку психіки, що найчастіше виявляється психопатичними або психопатоподібними розладами [43].

Вплив психічного стану вагітної на це самопочуття може виявлятися по-різному. Сучасними дослідженнями доведено, що у жінок, що не планували мати дитини, частіше спостерігаються явища токсикозу вагітності, ніж у жінок, для яких вагітність є бажаною.

Під стилем переживання вагітності Грищенко В.І. розуміла «фізичне та емоційне переживання моменту ідентифікації вагітності і її динаміки по триместрах, переважний фон настрою, переживання ворухіння плоду, зміст активності жінки» [11, 212].

Автором описано варіанти стилів переживання вагітності:

1. Адекватний стиль. Вагітність протікає без сильних, тривалих і негативних емоцій. У I триместрі можливе зниження настрою без депресивних епізодів у II - благополучне емоційний стан; в III - підвищення тривожності зі зниженням до останніх тижнях вагітності. Активність жінки спрямована на підготовку до післяпологовий період. При адекватному стилі перше ворушіння дитини вагітні відчувають в 16-20 тижнів ставляться до нього позитивно, воно приємно по соматичних відчуттів; ворушіння чітко диференціюють інші соматичні відчуття.

2. Тривожний стиль. Стан жінки тривожне, зі страхом та занепокоєнням, живіт занадто великого або занадто маленького розміру, соматичний компонент сильно виражений за типом хворобливого стану.

У I триместрі відзначається тривожний або депресивний стан; у II - повторюються тривожні або депресивні епізоди, пригніченість, смуток, сльози; в III - це стан посилюється. Активність пов'язана зі страхом за результат вагітності, пологів та післяпологовий період. Перше ворушіння відчувається рано, супроводжується тривалими ваганнями. Жінка весь час до них прислухається, переживає з тривогою або переляком як часті ворушіння, так і тривала відсутність їх. При цьому можливі різні хворобливі відчуття, які в подальшому супроводжуються тривогою з приводу свого здоров'я і здоров'я дитини. Такі вагітні часто відвідують лікарів, ходять на безліч (нерідко непотрібних) обстежень, активно відстежують додаткові відомості, вивчають літературу, шукають відповіді на свої запитання в інтернеті.

3. Ейфоричний стиль. Цьому стилю характерно некритичне відношення до можливих проблем вагітності і материнства. Жінка вибудовує нереальні фантазії з приводу вагітності і перебігу пологів, не бачить реалій післяпологового періоду. Вона неадекватно оцінює все, що відбувається. Диференційоване ставлення до характеру ворушіння дитини відсутня, вона не може його

охарактеризувати. Можливі ускладнення під кінець вагітності та при пологах, неблагополуччя в післяпологовому періоді. Якщо до пологів не проводиться психокорекція, то в післяпологовому періоді дуже часто виникають проблеми щодо матері до немовляти.

4. Ігноруючий стиль. Жінка надто пізно усвідомлює себе вагітною. Зміна стану інтерпретується як отруєння, грип, порушення циклу, супроводжується почуттям досади або неприємного подиву. Живіт занадто маленький, соматичний компонент або не виражений взагалі, або стан навіть краще, ніж до вагітності. Перше ворухіння дитини відчувається дуже пізно, наступні - носять характер фізіологічних переживань, а до кінця вагітності доставляють фізична незручність. Динаміки емоційного стану по триместрах або не спостерігається, або відзначається підвищення активності та загального емоційного тону до III триместру, але воно не пов'язане з підготовкою до пологів і зустрічі з дитиною.

5. Амбівалентний стиль. Загальна симптоматика вагітності подібна з тривожним стилем. Характерні різкі зміни настрою (сьогодні вагітність бажана, завтра - ні), протилежні за фізичним та емоційним відчуттям переживання ворухіння дитини, часто виникають больові відчуття. Негативні емоції інтерпретуються жінками, як страх за дитину, за результат вагітності та пологів. Можливі депресивні епізоди. Майбутні матері схильні шукати причини свого неблагополуччя у зовнішніх обставин - винять, приміром, у всіх бідах родичів, сусідів та ін.

6. Ігноруючий стиль. Ідентифікація вагітності супроводжується негативними емоціями, вся симптоматика виражена різко негативно фізично і емоційно. Вагітність переживається як покарання, перешкода, ворухіння дитини - фізіологічно неприємно, супроводжується незручністю і гидливістю. До кінця вагітності можливі сплески депресивного та афективного станів [15].

Зрозуміло, в кожному конкретному випадку спостерігаються індивідуальні особливості протікання вагітності.

В медичній психології, як відзначалося Запорожан В.М., простежується зв'язок різних стилів протікання вагітності з формуванням ставлення до дитини, з його цінністю для майбутньої матері. Так, адекватний стиль переживання вагітності співвідноситься з адекватною цінністю дитини; тривожний і амбівалентний - з підвищеною або зниженою; ігнорує і відкидає - з низькою цінністю і заміною на інші пріоритети. Дуже складний для психологічної корекції є ейфоричний стиль, при якому цінність дитини неадекватна, хоча зовні це не виражено. Піднесений настрій і некритичне відношення до змін в житті - наслідок особистісної незрілості і неготовності до прийняття материнської ролі. Жінка не усвідомлює, що вже не може зняти з себе відповідальність за малюка. Будь-яке порушення ідеального перебігу вагітності та пологів веде до різкої зміни настрою [21]

Сама вагітність, що навіть протікає без якої-небудь паталогії, виявляється для жінки джерелом психологічного напруги і сприяє виникненню різноманітних особистісних реакцій.

Психологічні прояви і можливі психічні порушення у перебігу вагітності мають певну динаміку.

Так, на початку вагітності (I триместр) найпомітнішими в переживаннях і бажаннях жінки є емоційні прояви, спектр яких дуже широкий і залежить від її фізичного самопочуття і психологічної ситуації. Наприклад, одні жінки відчують щастя майбутнього материнства, вони задоволені своїм станом, відчують підйом настрою і життєвих сил. У інших — емоційний стан характеризується нестійкістю з підвищеної примхливості, образливістю, бажанням одержувати більше турботи і уваги. Також можливі тривожні розлади, причиною яких можуть стати ситуації, які раніше здавалися незначними [9].

В клінічній психології визначено, що афектні порушення, зокрема депресивного характеру, звичайно проходять до 4-5-го місяця вагітності, навіть якщо ситуація залишається нерозв'язаною. Проте за наявності виражених

аномальних рис вдачі, перешкоджаючих адаптації, або у разі повторних психогеній депресія може набути затяжного характеру і продовжуватися до кінця вагітності. В таких випадках жінкам необхідна психотерапевтична допомога, а при виражених депресивних проявах - і допомога психіатра. При цьому слід пам'ятати, що прийом більшості психотропних препаратів, включаючи і антидспрессанти, протипоказаний протягом всієї вагітності через їх можливий несприятливий вплив на дитину [15].

Середина вагітності (II триместр) вважається в перинатальній психології найспокійніший періодом відносно психічних порушень. При відсутності у жінки соматичної або психічної паталогії, що робить несприятливий вплив на перебіг вагітності і відсутності паталогії самої вагітності жінка, як правило, почуває себе достатньо спокійно і упевнено, готуючись до майбутнього материнства [24].

До кінця вагітності (III триместр) психологічна напруга у вагітної звичайно наростає, і знову відчуються психічні порушення. Це пов'язано як з фізичним самопочуттям (значне збільшення ваги, утруднення пересування, порушення сечовипускання і ін.), так і з тим, що пологи, що наближаються, все більше примушують жінку занурюватися в свої відчуття, чекаючи можливих ознак початку пологів. Побоювання і можлива тривога, турбота торкаються перш за все благополучного результату пологів (передчасні пологи, неправильне положення плоду тощо).

Н.О. Татенко зазначалося, що в цей період у деяких вагітних у зв'язку з тривожним станом спостерігається гіперактивність, викликана бажанням прискорити події [48]. Тобто, переживання майбутньої матері перш за все пов'язані з майбутньою дитиною, аналізом чинників, здатних робити несприятливий вплив (попередні аборти і викидні, перенесені захворювання, прийняття ліків, різні виробничі шкідники тощо). Зазначимо, що особливо характерні подібні переживання та тривоги для вразливих натури.

І.А. Жабченко доведено, що важливу роль у становленні материнства грає материнська ідентичність [18]. Так, зріла материнська ідентичність - це особлива позиція по відношенню до себе і своїй дитині, яка має наступні аспекти.

1) когнітивний (пізнавальний) аспект: мати володіє необхідними знаннями про дитину, причому це не тільки зовнішні знання, але й інтуїтивні уміння визначати потреби дитини, розуміти йдуть від нього сигнали ще на пренатальній стадії.

2) емоційно-смісловий аспект: мати цілком приймає дитину як самостійну цінність, він не стає для неї засобом самореалізації чи втримання партнера.

3) поведінковий аспект: мати компетентно взаємодіє з дитиною, адекватно його потребам; здатна до відповідального вибору.

У психології виділяються різні стадії материнства: прийняття рішення про народження дитини, вагітність, період становлення батьківства, період зрілого батьківства, період «постбатьківства» (для бабусь і дідусів). Вагітність, виступаючи як подія з життя жінки, набуває емоційне забарвлення. Ступінь усвідомленості емоційного переживання вагітності залежить від значущості цієї події для життя жінки. Вагітність, спираючись на теорію Левицька А.В., можна розглядати як критичну ситуацію, яка може бути і як стресовій та фрустраційної, так і конфліктної і кризової. Тому переживання вагітності є переживання критичної ситуації, що відбувається по вищевикладеному механізму [29].

Іщук О. Ю. виділяла стадію прийняття рішення про збереження вагітності, період вагітності до ворухіння плода, період після ворухіння, пологи, післяпологовий період [23]. Материнство, будучи якісно новою ситуацією розвитку жінки, запускає процес інтеграції її власних життєвих завдань і завдань розвитку дитини в її світ. На перших порах цей процес найчастіше некерований з боку жінки. Він викликає потік нових різноманітних переживань, який заповнює внутрішнє психологічний простір матері. Сміслові переживання материнства стає тим утворенням, яке дозволяє жінці управляти процесом інтеграції

суперечливих переживань, які супроводжують розвиток її відносин з дитиною, і здійснювати осмислений вибір батьківської позиції та стратегії батьківської поведінки.

Зауважимо, що при вивченні емоційного стану вагітних жінок не можна пройти повз такої психологічної особливості як готовність жінки до материнства. Народження дитини принесе багато змін, до яких жінка повинна бути готова. Тобто вона повинна бути готова стати матір'ю, повинна усвідомлено прийняти на себе виконання материнських функцій.

Більшість авторів (Бондарчук О.І., Л.П. Шелестова, Р. С. Аллахвердієв, В. Г.), які досліджують проблему готовності до материнства, вважають, що готовність до материнства формується впродовж всього життя [2; 28]. На процес формування впливають як біологічні, так і соціальні чинники, оскільки готовність до материнства має з одного боку потужну інстинктивну основу, а з іншого виступає як особистісне утворення, в якому відбивається весь попередній досвід її взаємин зі своїми батьками, однолітками, чоловіком та іншими людьми.

Одна з дослідників психологічної готовності до материнства Т.М Коваленко розглядає цей концепт як специфічне особистісне утворення, стрижневою твірною якого є суб'єктно-об'єктна орієнтація у відношенні до ще не народженої дитини [56].

Така позиція у визначенні готовності до материнства пояснюється припущенням Т.М Коваленко про те, що суб'єктне відношення до майбутньої дитини проектується в стиль материнської поведінки і тим самим забезпечує найбільш сприятливі умови для психічного розвитку немовляти, найважливішими показниками якого є рівень спілкування дитини з матір'ю, особливості становлення в нього образу себе і потреби в співпереживанні. Автор виділяє декілька груп показників психологічної готовності до материнства. У першу групу включені особливості комунікативного досвіду жінок з її раннього дитинства. До показників другої групи віднесені переживання жінкою

відношення до ще не народженої дитини. Найбільш сприятливою ситуацією для майбутнього материнського поведінки є бажаність дитини, наявність суб'єктного відношення матері до ще не народженої немовляті, яке проявляється в любові до нього, уявній або вербальною адресованності, прагненні інтерпретувати рухи плоду як акти спілкування. Третю групу показників склали установки на стратегію виховання дитини. Те, як майбутня мати має намір здійснювати догляд за ним, з точки зору автора, також свідчить про переважання суб'єктного або об'єктного ставлення до дитини [56].

Т.М Коваленко, не претендуючи на повноту і остаточну завершеність моделі психологічної готовності до материнства, припускає, що виділені показники в сукупності можуть відображати її рівень і служити підставою для прогнозу ефективності подальшого материнського поведінки.

Степанківська Г.К. розглядає готовність до материнства як здатність матері забезпечувати адекватні умови для розвитку дитини, що виявляється в певному типі ставлення матері до дитини. Тип материнського відношення, відповідний готовності або неготовності до материнства, автор пов'язує з цінністю дитини для матері [46].

Астахов В. М., досліджуючи психологічні чинники порушення материнства, розглядала психологічну готовність до материнства як провідний чинник адаптації до вагітності і материнства. В якості складових психологічної готовності до материнства були виділені цінність майбутньої дитини; себе як матері; материнська компетентність [1].

Астахов В. М. виділяє наступні основні мотиви материнства:

- досягти бажаного соціального і вікового статусу (я - доросла, самостійна жінка, що займає певне положення в суспільстві, що має право на відповідне ставлення до себе в сім'ї та суспільстві);

- задоволення моделі «повноцінного життя» (людина повинна і може мати певні речі, без цього його життя не повна, не така як у інших);

- прагнення продовжити себе, свій рід (залишити після себе щось в житті, що само також буде це продовження забезпечувати, - народжувати дітей, моїх онуків, правнуків);

- реалізація своїх можливостей (виховати дитину, передати йому свої знання, життєвий досвід);

- компенсація своїх життєвих проблем (щоб став краще, розумніше, гарніше, щасливішим за мене, одержав те, що не змогла отримати в житті я);

- рішення своїх життєвих проблем (укласти або укріпити брак, довести собі й іншим, що я здатна народити і бути матір'ю; врятуватися від самотності; знайти помічника в старості);

- любов до дітей (найскладніший мотив, в якому поєднується задоволення від спілкування з дитиною, інтерес до його внутрішнього світу, уміння і бажання сприяти розвитку його індивідуальності і усвідомлення того, що дитина стане самостійним, «не моїм», любитиме інших);

- досягнення критичного для дітородіння віку [1].

Вважаємо, що чим більше поведінка матері орієнтована на особистість дитини, на співпереживання їй, на бажання створити максимально сприятливі умови, чим більше відкрито і емоційно вона може виразити свою любов, тим більш сприятливі умови вона забезпечить дитині вперше місяці і роки її життя.

Перинатальний період має великий вплив на майбутнє людини. Перинатальні події можна розділити на наступні етапи: вагітність, пологи та післяпологовий період [3].

Вагітність, фізіологічний процес, при якому в матці розвивається новий організм, що виник в результаті запліднення. У людини триває в середньому 280 днів (40 тижнів, або 10 місячних місяців). Під впливом нових умов, що виникли при розвитку плоду, в організмі вагітної жінки з'являються численні та складні зміни. Пологи - природний фізіологічний процес, що завершує вагітність і полягає у вигнанні плоду і посліду з матки через канал шийки матки і піхву,

званими в цьому випадку родовими шляхами.

Післяродовий період - це період, протягом якого у породіллі закінчується зворотний розвиток (інволюція) тих органів і систем, які зазнали змін у зв'язку з вагітністю та пологами. Тривалість післяпологового періоду з моменту народження посліду (плаценти з оболонками) становить приблизно 6-8 тижнів з урахуванням індивідуальних особливостей перебігу вагітності та пологів.

В медичній психології зазначено, що перинатальний період (синонім околородової період) - період від 28 тижня вагітності, включає період пологів і закінчується через 168 годин після народження. За класифікацією ВООЗ, прийнятої в ряді країн, перинатальний період починається з 22 тижня вагітності (коли маса плоду досягає 500г і більше) [12]. Тривалість перинатального періоду різна і залежить від ряду факторів, що визначають наступ пологів.

З точки зору Г. Сюсюка, тривалість перинатального періоду обумовлена тим часом, протягом якого існує система «мати - дитя», що характеризується наступними ознаками: наявність симбіотичної зв'язку матері та дитини; несамостійність психіки дитини, залежність її від особливостей материнських психічних функцій; відсутність у дитини самосвідомості, нездатність його виділяти себе з навколишнього світу [35].

Таким чином, аналіз психологічної літератури довів, що, ми знаходимо недостатньо теоретичного й емпіричного матеріалу, який стосується емоційної сфери вагітних жінок. Фахівцями в області акушерства коротко описані стани тривоги, хвилювання самої матері в цей період, а емоційні перенапруги зводяться до гормональних перебудов в організмі. Встановлено, що в вагітних підвищується почуття обов'язку, відповідальність за результат вагітності, окреслюється індивідуальність вагітної жінки; формуються готовність до майбутнього материнства. Отже, переживання вагітності є переживаннями критичної ситуації в житті жінки.

1.3. Роль психологічного компоненту в структурі гестаційної домінанти вагітних жінок

Нервова система матері відіграє провідну роль у сприйнятті численних імпульсів, що надходять від плода. Значні зміни під час вагітності зазнає функція центральної нервової системи (ЦНС). З моменту виникнення вагітності, в ЦНС матері починає надходити зростаючий потік імпульсації, що викликає появу в корі великого мозку місцевого осередку підвищеної збудливості - гестаційної домінанти [10]. Навколо гестаційної домінанти по фізіологічним законам індукції створюється поле гальмування нервових процесів.

На основі вчень в підручнику Запорожан В.М. було запропоноване поняття «гестаційної домінанти» (від лат. Gestation - вагітність, dominans - пануючий) [21]. Воно найбільш удаło відбиває особливості протікання фізіологічних і нервово-психічних процесів в організмі вагітної жінки. Гестаційна домінанта забезпечує спрямованість усіх реакцій організму на створення оптимальних умов для розвитку ембріону, а потім плоду. Це відбувається шляхом формування, під впливом факторів зовнішнього і внутрішнього середовища, стійкого осередку порушення у центральній нервовій системі, наділеного підвищеною чутливістю до подразників, що мають відношення до вагітності і здатним впливати на інші нервові центри.

Розрізняють фізіологічний і психологічний компоненти гестаційної домінанти, що, відповідно, визначаються біологічними чи психічними змінами, котрі відбуваються в організмі жінки, спрямованими на виношування, народження й виходжування дитини.

Психологічний компонент гестаційної домінанти (ПКГД) викликає особливий інтерес перинатальних психологів і психотерапевтів. Він являє собою сукупність механізмів психічної саморегуляції, що включаються у жінки при виникненні вагітності, спрямованих на збереження гестації і створення умов для

розвитку майбутньої дитини, що формують відношення жінки до своєї вагітності, її поведінкові стереотипи [51].

Клінічно цей процес проявляється в деякому загальмованому стані вагітної, переважанні у неї інтересів безпосередньо пов'язаних з народженням і здоров'ям майбутньої дитини. У той же час інші інтереси як би відходять на другий план. При виникненні різних стресових ситуацій (переляк, страх, сильні емоційні переживання та ін) в ЦНС вагітної можуть поряд з гестаційною домінантою виникати й інші осередки стійких збуджень. Це в значній мірі послаблює дію гестаційною домінанти і нерідко супроводжується патологічним перебігом вагітності. Саме виходячи з цього всім вагітним необхідно по можливості створити умови психічного спокою як на роботі, так і в домашніх умовах [32].

Т.М. Коваленко виділяє кілька типів психологічного компонента вагітності.

1. Оптимальний тип. Жінка відповідально ставиться до своєї вагітності і без зайвої тривоги оцінює свій стан. Вона вчасно стає на облік в жіночу консультація, виконує рекомендації лікаря і продовжує вести активний спосіб життя. Як правило в такій сім'ї взаємини між подружжям гармонійні і дитина бажана обома партнерами. Оптимальний варіант психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД) відзначається у жінок, які раді, що вагітні. Вони відповідально, але без зайвої тривоги відносяться до вагітності, адекватно реагують на виникаючі проблеми, конструктивно з ними справляються. Жінка, упевнившись, що вагітна, продовжує вести активний спосіб життя, стежить за своїм здоров'ям, із задоволенням і успішно займається на курсах допологової підготовки. Тобто вагітність не змушує жінку істотно змінити спосіб життя, так як гестації і народження дитини входили в її життєві плани, але де в чому без особливих зусиль і прикрощів вона себе обмежує.

При оптимальному типі ПКГД у здорової вагітної жінки біологічної та психологічної основою формування психіки дитини є досвід вихідного симбіотичного єдності пренейта і матері в періоді безтурботного, майже ідеального внутрішньоутробного існування, що є запорукою здоров'я і благополучного розвитку дитини. Ставлення жінки до пренейту, а потім до народженої дитини характеризується любов'ю і відповідальністю. Пренейта вона сприймає як частку себе, але в тяж час часто із задоволенням намагається уявити собі дитину, яку виношує, спілкується з ним. Коли з'являються ворухіння, жінка намагається зрозуміти, які емоції пренейта вони відображають, що він хоче їй повідати.

Жінка з оптимальним типом ПКГД при виникненні ускладнень вагітності адекватно ставиться до них, конструктивно співпрацює з лікарями. Вона не боїться майбутніх пологів і вважає, що все зможе зробити правильно. Вона впевнена в своїй материнській компетенції, спочатку налаштована годувати дитину грудьми і, як правило, проблем з лактацією в неї не буває. Оптимальний тип ПКГД сприяє формуванню гармонійного типу сімейного виховання здорової дитини.

Однією з важливих характеристик оптимального типу ПКГД є формування у жінки адекватного стилю переживання вагітності [56]. Слід зазначити, що оптимальний варіант ПКГТ є найбільш сприятливим для становлення фізіологічного компонента доміанти вагітності і родової доміанти, благополучного перебігу післяпологового періоду, розвитку немовляти.

2. Гіпогестогнозическій тип (грец. *huro* - приставка, що означає слабку виразність; лат. *Gestatio* - вагітність; грец. *Gnosis* - знання). Він зустрічається у жінок, які не закінчили навчання або не хочуть розлучатися з улюбленою роботою, часто вагітність є не запланованою і несподіваною для жінки. Такі вагітні не схильні змінювати свій устрій життя і звички, вони скептично ставляться до лікарів і часто у них немає часу на відвідування доктора. Після

пологів, в родині як правило буде спостерігатися нерозвиненість почуттів до дитини, емоційно дитина буде відкинута і частіше її вихованням будуть займатися інші особи (бабусі або няні).

Гіпогестогнозическій тип ПКГД характерний для жінок з явним або, частіше, прихованим, несвідомим неприйняттям своєї вагітності [9]. Нерідко до того моменту, коли не зважати зі змінами в організмі жінка вже не може, у неї відзначається атіофоріогнозія (грец. а - заперечення; tiophoria-вагітність; gnosis - знання). Як правило, вони байдужі до того, помічають оточуючі у них ознаки вагітності чи ні, але підвищена увага, розпитування з приводу вагітності, стану здоров'я, спроби особливого ставлення, пропозиції допомоги викликають у таких жінок роздратування. Жінка з гіпогестогнозическім типом ПКГД ніби забуває про вагітність, намагається ігнорувати її прояви. Рухової незручності, пов'язаної зі збільшенням власної ваги, такі жінки перший час не відчують, але чим більше термін, тим більше дратують їх соматичні прояви вагітності.

Х. Дойч вважає, що у формуванні даного стану певну роль відіграють психологічні захисні механізми витіснення небажаних, травмуючих переживань [59]. Багато в чому поведінка жінок з гіпогестогнозическім типом ПКГД визначається формуванням у них ігноруючого стилю переживання вагітності. Однією з основних особливостей цього стилю досить пізніше усвідомлення жінкою того, що вона вагітна. При цьому вона, як правило, неприємно здивована, випробовує досаду. Соматичний стан її цілком нормально, а деколи вона відчуває себе навіть краще, ніж до вагітності.

Динаміки емоційного стану по триместрах або не спостерігається, або відзначається підвищення активності та загального емоційного тону. Перше ворухіння відзначається дуже пізно; наступні ворухіння носять характер фізіологічних переживань, що викликають дискомфорт. Активність у третьому триместрі підвищується, але її зміст пов'язано не з майбутніми пологами та

материнськими турботами післяпологового періоду, а з особистими планами і облаштуванням життя після дозволу від набридливої вагітності.

3. Ейфоричний тип психологічного компонента гестаційної доміанти. Дані тип часто зустрічається у жінок, які тривало не могли завагітніти, а також у жінок з істеричними рисами особистості (егоцентризм, жага уваги зі сторони, захоплення і співчуття, потреба у визнанні). Іноді в такому випадку вагітність є способом маніпуляції чоловіком, труднощі перебільшуються, явно демонструється надмірна любов до дитини, жінка вимагає постійної підвищеної уваги оточуючих і виконання всі її бажань. В подальшому формується потурати стиль виховання дитини, конфлікти між подружжям завжди виносяться в сферу виховання дитини [13].

При ейфорійному (грец. eu - добре; phero - переносити) варіанті ПКГД у вагітних жінок переважає підвищений фон настрою. Вони бачать майбутнє тільки в рожевому світлі, упевнені в успішному результаті пологів. Переконавшись у виникненні вагітності, жінка з ейфоричним варіантом ПКГТ різко змінює спосіб життя. Їй дуже приємно, коли оточуючі, в тому числі сторонні, помічають, що вона вагітна, надають їй в зв'язку з цим знаки уваги. Вагітність робить жінку претензійною, вона постійно вимагає до себе особливого ставлення і незадоволена, якщо не відчуває достатньої, з її точки зору, уваги до своєї особи. Нерідко це створює напругу в стосунках з близькими людьми, так як вона вважає, що багато з них недостатньо раді її вагітності, не розуміють, що вона тепер потребує особливого ставлення. Деякі з жінок з ейфоричним типом ПКГД пізно встають на облік в жіночій консультації, не ходять на курси допологової підготовки, вважаючи, що їм це не потрібно. Інші жінки цього типу, навпаки, дуже активно відвідують заняття, особливо якщо вони включають елементи арт-терапії, а провідні заняття підтримують їх ейфорію. При виникненні будь-яких проблем, ускладнень перебігу вагітності жінки стають надмірно емоційними. За допомогою до лікарів вони звертаються,

але не до всіх порад прислухаються, не всі рекомендації виконують або виконують формально. Часто збирають думки кількох лікарів, вимагають консультації професорів. Труднощі, пов'язані з пологами, післяпологовим періодом, турботи про малюка також виявляються для них несподівано гнітючими.

Важливою складовою ейфорійного типу ПКГД є те, що в цих жінок виробляється ейфоричний стиль переживання вагітності [32]. Він характеризується тим, що виникає в першому триместрі ейфоричний фон настрою. Цей фон тримається протягом всього періоду гестації. Ставлення жінки до можливих проблем вагітності і материнства некритично. У другому триместрі жінка вперше із захопленням відчуває ворухіння пренейта, але не може навчитися їх диференціювати. У третьому триместрі нерідко поява ускладнень вагітності, до яких жінка виявляється не готова і ставиться до них безвідповідально.

4. Тривожний тип психологічного компонента гестаційної домінанти.

Особливості цього типу ПКГД відображені в його назві. Проблеми тривожності і тривоги, страхів і фобій вагітних широко представлені в роботах перинатальних психологів. При цьому тлумачення цих термінів не завжди однозначні. У зв'язку з цим доцільно зупинитися на визначеннях обговорюваних понять.

Як зазначено В.Г. Сюсюка, тривога - це «психічний стан, що відбиває переживання очікування, що виникають в ситуації невизначеності, що допускає несприятливий розвиток подій» [37]. Саме в такій ситуації опиняється вагітна жінка. Чим більше невизначеність майбутнього, тим вище тривога.

У психологічній літературі тривожність розглядають як рису особистості, яка виявляється в тому, що об'єктивно безпечні обставини сприймаються як містять загрозу [41]. Вважаємо, що закономірно і нормально деяке підвищення рівня тривоги і виникнення страхів, відзначаються у більшості жінок, що

відчувають під час вагітності дефіцит інформації про те, як буде протікати вагітність, йти розвиток пренейта, яким чином і з яким результатом станеться розродження. Завдяки цим емоціям жінки стають більш відповідальними, обережними, дбайливіше ставляться до свого здоров'я.

Таким чином, тривога і страх сприяють адаптації жінки до її нового стану. Ознаками відповідних тривоги і страху є їх адекватність, логічність, зниження при вирішенні тривожної ситуації. Патологічний характер тривоги та страху обумовлено невідповідністю їх інтенсивності та особливостей їх проявів. Зазначимо, що при цьому тривога перестає грати адаптивну роль і, навпаки, призводить до формування тривожного типу ПКГД [32].

У жінок з тривожним типом ПКГД досить часто відзначається поєднання спочатку високого рівня тривожності (як стійкої особистісної характеристики) і реакцій на актуальні проблеми (акушерсько-гінекологічні ускладнення, сімейні проблеми, що насувається термін розродження). З моменту усвідомлення своєї вагітності вони знаходяться у владі поганих передчуттів, в постійному нервовому напруженні. Виникаючі при цьому соматовегетативні реакції впливають на суб'єктивне самопочуття, посилюють стан. Їх характеризують такі особистісні риси, як вразливість, помисливість, підвищена стомлюваність, метушливість, емоційна лабільність. Вони не впевнені в собі, легко розбудовуються і втрачають душевну рівновагу. Їх відрізняє високе почуття відповідальності.

У таких жінок, на думку Де Пауло Р., важливою складовою тривожного типу ПКГД є тривожний стиль переживання вагітності [16]. При цьому на тлі тривожних переживань протягом всього періоду гестації вагітність сприймається ними як соматично хворобливий стан. У першому триместрі емоційний фон тривожно-депресивний. У другому триместрі стан жінки не поліпшується, спорадично виникає підвищення рівня тривоги. Перше ворухіння пренейта відчувається рано, але жінка або сумнівається і насилу відрізняє його від інших

відчуттів, або, навпаки, чітко пам'ятає дату, годину, ситуацію, коли відчула ворущіння вперше. І в тому і в іншому випадку першого ворущіння пренейта супроводжують негативні емоції: переляк, наростання тривоги, неприємні, іноді хворобливі відчуття. Подальші ворущіння часто інтерпретуються як прояву можливих порушень у розвитку пренейта. У третьому триместрі, як зазначено в роботах Тофан Н. І., стан погіршується, тривога наростає. Активність у третьому триместрі визначається страхами за результат вагітності, пологів, післяпологовий період [42].

5. Депресивний тип. Він характеризується зниженим фоном настрою у вагітної, жінка, так бажала дитини, може раптом стверджувати, що не хоче його, що не зможе виносити й народити здорову дитину. Вагітна з таким типом психологічного компонента боїться втратити чоловіка через зміненого зовнішнього вигляду та інших стосунків у парі, часто плаче. Така поведінка жінки може дійсно погіршити її взаємини з родичами. Лікарі й близькі, всі хто спілкується з вагітною і може помітити дані прояви повинні обов'язково направити її до психолога або психотерапевта, адже у важких випадках прояви депресивного типу можуть з'явитися комплекс приниження (почуття провини, відчуття безсилля і неможливості впоратися) і суїцидальні думки.

Відзначимо, що гестаційна домінанта відображає особливості протікання фізіологічних і нервово-психічних процесів в організмі вагітної жінки, дана домінанта має не тільки психологічний компонент, але і фізіологічний. Фізіологічний компонент визначається біологічними змінами в організмі жінки, а психологічний компонент визначається психічними змінами, ті й інші зміни готують жінку до виношування та народження малюка. Гестаційна домінанта визначає спрямованість всіх цих змін на створення певних умов для розвитку дитини. На прояви психологічного компонента вагітності роблять вплив зовнішнє середовище і особистісні особливості жінки, у відповідь на дію яких виникає збудження в центральній нервовій системі в тих осередках, які більш

чутливі до процесу вагітності [51].

Таким чином, той чи інший тип психологічного компонента гестаційної домінанти залежить від особистісного стану жінки, її характеру, темпераменту і загального підходу до життя, а також від зовнішнього (соціального) світу, який жінку оточує (чоловік, сім'я, лікарі).

1.4. Фактори, що впливають на розвиток гестаційної домінанти у вагітних жінок

На відношення жінок до вагітності впливають соціальні, психологічні, морально-етичні, економічні фактори. Вони залежить і від особливостей особистості жінки. Незважаючи на те, що в сучасному суспільстві відношення до вагітної жінки не визначається тим, перебуває вона у шлюбі чи ні, і закон охороняє всі права як заміжньої вагітної так і матері-одиначки, все ж таки забобони і старі погляди на незаконнонародженість ще існують. Зустріч з подібними поглядами у родичів і інших значущих для вагітної жінки осіб може з'явитися джерелом психічної травми. Народження дитини поза шлюбом, вагітність від некоханого чоловіка або у заміжньої жінки — від коханої людини, з якою через якісь обставини вона не може зв'язати життя, викликають у жінки складні психологічні переживання, здатні надалі привести до психічного зриву. Звертаючись до лікаря, вагітна жінка шукає у нього підтримки і рішення питань, пов'язаних з мораллю, соціальним положенням і етичними принципами

Багатьма дослідниками (М. Енкін, М. Кейрсі, Д. Нейлсон) підкреслюється несприятливий вплив емоційного стресу матері на вагітність і пологи. Виділяється внутрішньоутробна гіпоксія, порушення плацентарного кровообігу, аномалії родових сил та перебігу пологів [57].

М. Б. Гасюк, Г. С. Шевчук виявили, що характерними патологіями вагітних з емоційним стресом є токсикоз першої половини вагітності, ранній розвиток гестозів, хронічна плацентарна недостатність в третьому триместрі. В результаті новонароджені народжуються в стані гіпоксії різного ступеня і складних випадках їм потрібна тривала реабілітаційна терапія. Вагітність у жінок з ознаками емоційного стресу закінчується передчасними пологами чи викиднями [9].

Авторами були систематизовані психологічні фактори, які сприяють появі емоційного стресу при вагітності, серед яких не останню роль відіграє тривожність - схильність до занепокоєння і страхів.

Левицька А.В. довела, що тривалий психічний стрес і стан загального психологічного неблагополуччя є провідними причинами розвитку гістаційної домінанти у вагітних жінок [29]. Таким чином, ми бачимо, що психологічний стрес несе з собою цілий комплекс перинатальних проблем.

До основних етіопатогенетичних чинників гістаційної домінанти у вагітних жінок Н.М. Лукашевич відносить: спадкову схильність; супутні і перенесені захворювання, насамперед, ендокринні; дисбаланс систем органів, особливо функцій печінки і залоз внутрішньої секреції; порушення гормонального і імунного статусів; розлад процесів метаболізму; негативні соціально-побутові умови; наявність стресових ситуацій, психічних і сексуальних розладів; особистісні особливості пацієнтки. У свою чергу, як зазначено науковцем, больові відчуття, наявність почуття страху перед вагітністю погіршують і без того порушений соматичний і психічний стан жінок. Все це призводить до розвитку дістрес-синдрому, що ще більш ускладнює перебіг і погіршує прогноз вагітності [31].

Климчук В., Мойсієнко було виділено такі основні несприятливі псіхосоціальні фактори, що призводять до тривожних станів під час вагітності:

- незаплановану вагітність;

- небажаність вагітності (як на свідомому рівні, так і на несвідомому) жінкою, чоловіком, її значущими близькими родичами;
- дисгармонійні подружні відносини;
- дисгармонійні стосунки з близькими родичами;
- бажана по неконструктивним мотивах вагітність;
- настання вагітності в несприятливу стадію формування подружнього Холона (поза шлюбом, на стадіях конфронтації, екзистенціального особистісної кризи);
- перебіг вагітності на тлі значних повсякденних перевантажень;
- хронічна психотравмуюча ситуація, на тлі якої протікає вагітність, загрозна порушенням меж, втратою значущих цінностей, здоров'я, життя;
- критичні події під час вагітності, які можна датувати і локалізувати в часі і в просторі;
- стрес і пов'язана з ним психічна травма, тобто подія високої інтенсивності, що перевищує пристосувальний потенціал вагітної і призводить до порушень адаптації;
- відсутність материнського досвіду вагітна жінка може відчувати раптові емоційні сплески [27].

Всі ці страхи можуть призвести до виникнення безлічі негативних емоцій - таких, як хвилювання, депресія, роздратування, занепокоєння, стрес, гнів, почуття самотності, сум'яття. Найбільш часто зміни психоемоційного фону під час вагітності приводять до розвитку депресивних і тривожних розладів. До кінця патогенез цих змін неясний, обговорюється кілька теорій, вважається, що зміна гормонального фону під час вагітності, в тому числі значне збільшення естрогенів, і особливо прогестерону, в сироватці крові можуть посилювати наявні емоційні порушення.

Одним значущим фактором прояву гістаційної домінанти у вагітних жінок є нерегулярність і незадоволеність сексуальним життям. Так, у дослідженні В.В.

Воробйова встановлена наявність у вагітних пацієнток порушень сексуального здоров'я і пов'язаних з цим емоційних переживань: вагітні жінки вказали на відсутність статевого життя, у більшості пацієнток відзначили повну відсутність сексуальної задоволеності [50].

На думку дослідників В. Г. Сюсюка, Ю. В. Котлова, найбільш важливим психологічним фактором, що визначає ставлення жінки до своєї вагітності і до майбутньої дитини, є бажаність (заплановані) і небажання (випадковість) даної вагітності. Запланована вагітність може бути планована обома партнерами або тільки жінкою. Випадкової називається вагітність, яка є небажаною або несподіваною для подружжя [52].

Як відзначено Н.П. Коваленко-Маджугою навіть сама бажана вагітність забарвлюється суперечливим афектом, в якому одночасно співіснують радість, оптимізм, надія і насторожене очікування, страх. Тут і побоювання, і страхи, що пов'язані з майбутніми пологами, іноді вагітні доходять до паніки і невпевненості у своїх силах народити дитину чи стати повноцінною матір'ю; і страх за здоров'я майбутньої дитини, стурбованість можливим погіршенням матеріального становища сім'ї [39].

Шевчук Г.С. зазначає, що одночасно можуть співіснувати кілька факторів збереження вагітності, але лише один з них є основним (домінуючим). При цьому слід розрізняти конструктивні фактори збереження вагітності, які сприяють реалізації почуття материнства, особистісному зростанню подружжя, розкриттю творчих здібностей, і деструктивні, при яких ще ненароджена дитина є засобом маніпулювання або способом досягнення будь-яких меркантильних цілей, що призводять до внутрішнього конфлікту особистості, нервово-психічному напрузі і складною психотравмуючої ситуації в родині [55].

Приховані деструктивні фактори збереження вагітності в подальшому можуть сформувати відповідну гістаційну домінанту у вагітних жінок і призвести до наростання емоційного відчуження між матір'ю і дитиною,

нехтування потребами дитини, виникненню насильства і негативного психологічного клімату в сім'ї, появі дисгармонійних сімейних відносин.

Перун М. дотримується точки зору, що вагітність, пологи і материнство - це певні шаблі формування зрілої жіночої ідентичності. На її думку, ці етапи пов'язані між собою таким чином, що від того, наскільки повно жінка проживе попередній етап, залежить можливість проходження наступного. Розглядаючи вагітність як стадію розвитку, можна виділити основні фактори формування гістаційної доміанти у вагітних жінок. На погляд автора, до них слід віднести психологічний і психофізіологічний фактори [38].

На думку дослідників В. Г. Сюсюка, О. В. Комарова, О. В. Пейчева, фактори появи гістаційної доміанти у вагітних жінок обумовлено мотивами вагітності, які визначають психічний стан особистості, що спонукає вагітну до досягнення різного роду цілей та особистісної реалізації через народження певної кількості дітей [41]. Мотив вагітності характеризується особистісним сенсом появи на світ дитини будь-якій черговості. Діти при цьому виявляються засобом досягнення тих чи інших цілей. Серед мотивів збереження вагітності автори виділяють наступні:

- 1) економічні;
- 2) соціальні;
- 3) психологічні [40].

Економічні мотиви обумовлюють народження певної кількості дітей. За допомогою народження дитини досягаються певні економічні цілі: прагнення придбати якісь матеріальні вигоди або підвищити (зберегти) економічний статус. Соціальні мотиви визначають народження певної кількості а дітей в межах існуючих соціокультурних норм і є індивідуальною реакцією на ці норми. Психологічні мотиви через народження певного числа дітей досягаються якісь суто індивідуальні потреби особистості.

Сухан В.С., Дичка Л.В., Блага О.С. виділяє наступні мотиви збереження вагітності, які впливають на фактори розвитку гістаційної домінанти у вагітних жінок: збереження вагітності для самої дитини; вагітність від коханої людини; вагітність як відповідність соціальним очікуванням; вагітність як протест; вагітність заради збереження відносин; вагітність як відмова від минулого; вагітність як відхід від цього; вагітність заради збереження власного здоров'я; вагітність для отримання матеріальної вигоди [30].

Таким чином, враховуючи вищевикладене, на сьогоднішній день існує нагальна необхідність вивчення впливу психологічних і сексуальних чинників, як вагомих причинних факторів ризику розвитку депресивних станів у вагітних, для розробки цілісних стратегій психокорекційних і психопрофілактичних заходів і впровадження їх в комплексне лікування даного недоліка. Слід визначити наступні фактори, що впливають на розвиток гістаційної домінанти у вагітних жінок: біологічні, психологічні, соціально-психологічні та соціальні.

Висновки до першого розділу.

В першому розділі магістерської роботи було проведено теоретичний аналіз проблеми становлення гістаційної домінанти вагітних жінок, здійснено огляд концептуальних підходів до вивчення емоційної сфери вагітних жінок у сучасній перинатальній психології, встановлено психологічні особливості переживання жінкою стану вагітності, визначено роль психологічного компоненту в структурі гістаційної домінанти вагітних жінок, узагальнено фактори, що впливають на розвиток гістаційної домінанти у вагітних жінок.

Аналіз наукових праць засвідчив, що у сучасній перинатальній психології приділено значну увагу вивченню емоційної сфери вагітних жінок, яке здійснюється за двома напрямками: визначається ступень проявів психічних процесів вагітної, обґрунтовується життєвий та соціальний досвід жінки в період вагітності. Під емоційною сферою вагітних жінок науковці розуміють низку важливих особистісних якостей, які сприяють успішному перебігу вагітності,

ефективному розв'язанню виникаючих проблем особистісного та соціального плану.

Визначено роль психологічного компоненту в структурі гістаційної домінанти вагітних жінок: материнська рольова ідентичність виступає як категорія індивідуальна, що обумовлена соціальним оточенням вагітної, а також системою її мотивів і цінностей. Переживання вагітності є переживаннями критичної ситуації в житті жінки. З позицій комплексного підходу з врахуванням багатовимірності забезпечення здоров'я вагітної жінки слід визначити наступні фактори, що впливають на розвиток гістаційної домінанти у вагітних жінок: біологічні, психологічні, соціально-психологічні та соціальні.

Таким чином, теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми становлення гістаційної домінанти вагітних жінок свідчить про те, що вагітність сприймається як складний і багатосторонній біопсихосоціальний феномен, як частина соціального та особистісного життя жінки, в основі якого є біологічні, психологічні та соціальні фактори. Вони обумовлюють формування материнської рольової ідентичності

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ГІСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

2.1. Методика і процедура дослідження

З метою вивчення психологічних особливостей формування гістаційної домінанти у вагітних жінок нами було проведено комплексне дослідження, в якому брало участь 20 вагітних жінок віком від 18 до 37 років: 10 вагітних без ускладнень в діагнозі і 10 вагітних з ускладненнями в діагнозі. В залежності від мети експерименту піддослідні вагітні були розподілені за триместрами: 10% вагітним у I триместрі вагітності, 40% - у II триместрі, 50% - у III триместрі вагітності. Виборка складала тільки 20 респондентів у зв'язку з тим, що група вагітних належить до специфічного контингенту та багато жінок відмовилися від участі в експерименті. Дослідження проводилось на кафедрі акушерства і гінекології клінічного пологового будинку №3, у період 2021-2022 рр.

Всім вагітним було проведено комплексне обстеження. Клінічне дослідження включало аналіз анамнезу, спостереження, вивчення соматичного і психічного статусу вагітних жінок. Спостерігали психічний стан жінок, структуру емоційних порушень та визначення психологічного компонента гістаційної домінанти у вагітних досліджували за допомогою методики «Тест відношень вагітної до свого стану» (Додаток А); встановлення мотивів збереження вагітності здійснено за допомогою нової експериментальної методики «Методика дослідження мотивів збереження вагітності», готовність до розвитку невротичної симптоматики встановлювали за допомогою об'єктивізації рівню особистісної і реактивної тривожності (за методикою «Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна»).

Мета експериментального дослідження - вивчити вплив рівнів тривожності вагітних жінок на психологічний компонент гістаціональної домінанти.

Завдання експерименту:

1) Провести спостереження за динамікою емоційних станів вагітних різних триместрів;

2) Провести дослідження ситуативної та особистісної тривожності вагітних жінок за методикою «Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна»;

3) Встановити психологічний компонент гістаціональної домінанти у вагітних за методикою «Тест відношень вагітної до свого стану»;

4) Визначити мотиви збереження вагітності за «Методикою дослідження мотивів збереження вагітності»;

5) Зробити висновок про перевірку гіпотези дослідження.

Гіпотеза дослідження ґрунтується на припущеннях, що:

- вагітність викликає ряд негативних психологічних станів, тому рівень тривожності у вагітних жінок, як з ускладненнями в діагнозі так і без ускладнень, впливає на складову психологічного компонента гестаційною домінанти в залежності від триместру вагітності;

- серед мотивів збереження вагітності у вагітних перебільшують конструктивні мотиви, які впливають на формування психологічного компоненту гістаціональної домінанти у вагітних.

Методика «Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна» дозволяє встановити рівні ситуативної та особистісної тривожності респондентів. Вимірювання тривожності як властивості особистості вагітних особливо важливо, так як ця властивість багато в чому обумовлює поведінку жінок в період вагітності. Відомо, що певний рівень тривожності - природна й обов'язкова особливість активної діяльної особистості. У кожної людини існує

свій оптимальний, або бажаний, рівень тривожності - це так звана корисна тривожність.

Під особистісною тривожністю розуміється стійка індивідуальна характеристика, яка відображає схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широкий «віяло» ситуацій як загрозові, відповідаючи на кожен з них певною реакцією. Як схильність, особиста тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів, що розцінюються людиною як небезпечні для самооцінки, самоповаги. Ситуативна або реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічністю в часі.

Методика «Тест відношень вагітної до свого стану» дозволяє встановити психологічний компонент гістаціонної домінанти (ПКГД) у вагітних. Ця методика містить три блока стверджень, що відображають:

- А. Відношення жінки до собі як до вагітної;
- Б. Відношення жінки системі «мати-дитя» що формується;
- В. Відношення вагітної жінки до відношень до неї оточуючих.

В кожному блоку є 3 розділи, вони представлені 5 висловлюваннями, що відбивають 5 різноманітних типів ПКГД. Досліджуемій пропонується вибрати одне з них, найбільш відповідне її стану.

Блок А (відношення жінки до собі вагітної) представлений наступними розділами:

1. Відношення до вагітності;
2. Відношення до образу життя під час вагітності;
3. Відношення під час вагітності до майбутніх пологів.

Блок Б (відношення жінки на протязі 9 місяців вагітності до системи «мати-дитя» що формується) представлений наступними розділами:

1. Відношення до собі, як до матері;
2. Відношення до своєї дитини;
3. Відношення до годування дитини грудьми.

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

1. Відношення до мені вагітної чоловіка;
2. Відношення до мені вагітної родичів і близьких;
3. Відношення до мені вагітної сторонніх людей.

При обстеженні жінка одержувала стандартний бланк і інструкцію згадати свої переживання під час вагітності даною дитиною і вибрати з 5 стверджень, наведених в блоках, одне, найбільш повно відбиваюче її стан. Після виконання завдання було проведено обробку результатів тестування.

Отже, тест дозволяє виявляти нервово-психічні порушення у вагітних жінок на ранніх етапах їх розвитку, пов'язувати його з особливостями сімейних відносин також орієнтувати лікарів і психологів для подання відповідної допомоги. Вчасно і адекватно надана допомога як покращує ситуації у сім'ї, протягом вагітності та пологів, а є профілактикою проблеми з грудним вигодовуванням, післяпологових невротичних і психічних розладів. Зауважимо, що простота використання тесту дає можливість запровадження його у практику роботи жіночих консультацій, застосування акушерами-гінекологами, терапевтами. Виявив виражені порушення у вагітних жінок, можуть рекомендувати їм звернутися по допомогу до психолога або до психотерапевта. Це сприятиме ранньої діагностиці нервово-психічних розладів у вагітних.

«Методику дослідження мотивів збереження вагітності». Діагностична частина опитувальника складається з 78 тверджень, об'єднаних в 10.

Перший блок (5 тверджень) опитувальника присвячений визначенню того на скільки бажана вагітність, чи сумнівається жінка в правильності свого рішення чи ні. Наскільки вагітність була несподіваною або ж вона планувалася

завчасно. У даному блоці опитувальника сума балів не підсумовується, а лише дозволяє розділити вагітних жінок на аналізовані групи з запланована і желанности вагітності.

Другий блок (5 тверджень) виявляє суб'єктивне ставлення до матеріальних (фінансових) труднощів. Цей блок містить твердження, що стосуються відсутності сприятливих житлових умов для малюка; загальну стурбованість матері за майбутнє малюка.

Третій блок (10 тверджень) відображає істинне прагнення жінки бути матір'ю, як результат психофізіологічної готовності жінки до материнства. Високий бал за цим блоком опитувальника свідчить про конструктивні мотиви збереження вагітності.

Четвертий блок (8 тверджень) виявляє суб'єктивне відчуття обмеження волі, егоїстичні тенденції особистості вагітної, неготовність жертвувати своїм часом і розвагами заради дітей і сім'ї. Високі бали за цим блоком опитувальника, можуть інтерпретуватися, як деяка неготовність присвятити себе материнству в даний момент. І можуть розцінюватися, як «група ризику» для подальшого розвитку материнської сфери та дитячо-батьківських відносин.

П'ятий блок опитувальника (8 тверджень) виявляє стурбованість власним здоров'ям вагітної; стиль переживання вагітності характеризує страхи, що стосуються зміни тіла; страхи втрати дітородної функції. Високі бали опитувальника можуть свідчити як про негативні думки про наслідки вагітності для свого здоров'я.

Шостий блок опитувальника (9 тверджень) виявляє високу ступінь тривожності до материнства, песимістичний настрій. Високі бали опитувальника можуть свідчити про низьку мотивацію до материнства, про деструктивні мотиви збереження вагітності.

Сьомий блок (10 тверджень) свідчить про прагнення вагітної жінки відповідати соціальним очікуванням. Мотивом збереження вагітності, як

правило, є соціальні стереотипи та очікування суспільства.

Восьмий блок (10 тверджень) відображає прагнення матері мати дитину, яка втілить нереалізовані плани, мрії і бажання матері. Даний блок опитувальника допомагає виявити надії жінки на те, що «діти зможуть допомогти в літньому віці» і «дитина буде допомагати по дому», а «народження другої дитини поліпшить матеріальне становище сім'ї».

Дев'ятий блок (6 тверджень) виявляє деструктивні мотиви збереження вагітності, як способу збереження відносин і утримання чоловіка в шлюбі. Високий бал за цим блоком свідчить про ставлення до вагітності, як до засобу маніпулювання відносинами.

Десятий блок (7 тверджень) виявляє страхи і компенсації жінки. Високі бали за цим блоком свідчать про те, що дана категорія жінок потребує психокоррекційних заходів.

Таким чином, методика дослідження психологічних особливостей формування психологічного компоненту гістаціональної домінанти у вагітних жінок являє собою комплексне обстеження, яке включало аналіз анамнезу вагітних, спостереження за поведінкою вагітних в різних триместрах вагітності, вивчення соматичного і психічного статусу вагітних жінок за допомогою методик «Тест відношень вагітної до свого стану», «Методика дослідження мотивів збереження вагітності», «Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна».

2.2. Аналіз результатів дослідження та їх інтерпретації

У відповідності до мети і завдань експерименту спочатку було проведено аналіз анамнезу вагітних, спостереження за поведінкою вагітних в різних триместрах вагітності. За результатами анамнезу вагітних і результатами

спостережень за поведінкою вагітних нами було встановлено, що динаміка емоційних станів у вагітних першого триместру не пов'язана з психологічним компонентом гістаційної доміанти. За результатами спостережень група вагітних другого триместру характеризується ранньої ідентифікацією вагітності без сильних і тривалих емоцій. За результатами спостережень група вагітних третього триместру характеризується появою афективних станів, підвищенням загального емоційного стану.

Аналіз результатів діагностики рівнів тривожності вагітних нами узагальнено в таблиці Б.1 Додатку Б. Результати діагностики рівнів ситуативної й особистісної тривожності вагітних відображено у таблицях 2.1. і 2.2.

Таблиця 2.1

Результати діагностики рівня ситуативної тривожності вагітних

Характеристика вагітних	Рівень ситуативної тривожності (у %)		
	Високий	Помірний	Низький
Вагітні без ускладнень в діагнозі	0%	0%	100,00%
Вагітні з ускладненнями в діагнозі	0%	20,00%	80,00%
Всього	0%	10,00%	90,00%

Високого рівня ситуативної тривожності у вагітних не було встановлено. Помірний рівень ситуативної тривожності визначено у 2 вагітних з ускладненнями в діагнозі з другого триместру і не визначено у вагітних з ускладненнями в діагнозі з третього триместру. Низький рівень ситуативної тривожності визначено у всіх вагітних без ускладнень в діагнозі й у 8 вагітних з ускладненнями в діагнозі.

Таблиця 2.2

Результати діагностики рівня особистісної тривожності вагітних

Характеристика вагітних	Рівень особистісної тривожності (в %)		
	Високий	Помірний	Низький
Вагітні без ускладнень в діагнозі	30,00%	70,00%	0%
Вагітні з ускладненнями в діагнозі	20,00%	80,00%	0%
Всього	25,00%	75,00%	0%

Відзначимо, що у вагітних відсутній низький рівень особистісної тривожності. 3 вагітних без ускладнень в діагнозі і 2 вагітних з ускладненнями в діагнозі мають високий рівень особистісної тривожності. Встановлено, що 7 вагітних без ускладнень в діагнозі і 8 вагітних з ускладненнями в діагнозі мають помірний рівень особистісної тривожності. Для вагітних з високої особистісної тривожністю була характерна дуже пізня ідентифікація вагітності, яка супроводжувалася почуттям досади.

Стосовно визначення впливу триместрів вагітності на рівні ситуативної й особистісної тривожності нами було визначено коефіцієнт парної кореляції Пирсона за допомогою програми Excel і результатів таблиці Б.2. Додатку Б.

$$r = \frac{S_{xy}}{S_x \cdot S_y} \quad (2.1)$$

де: x – ознака (в балах) самооцінки батьків про власну дитину;

y – ознака (в балах) власної самооцінки дитини

S_{xy} – коваріація; S_x, S_y – відповідні стандартні відношення.

Встановлено, що коефіцієнт парної кореляції Пирсона між триместрами вагітності і відповідними рівнями ситуативної тривожності респондентів,

обчислений за формулою (2.1) дорівнював «- 0,12». Це свідчило про наявність слабого зворотнього зв'язку. Отже, у вагітних встановлено слабку зворотню залежність між зростанням тижнів вагітності та показниками рівнів ситуативної тривожності тобто чим більше кількість тижнів вагітності, тим нижче, в слабкій мірі, рівень ситуативної тривожності вагітних. Ми вважаємо, що це пов'язано з тим, що жінка вже звикла до свого стану вагітності і він в неї не викликає ситуативної тривожності.

Коефіцієнт парної кореляції Пірсона між триместрами вагітності і відповідними рівнями особистої тривожності респондентів за даними таблиці Б.2. Додатку Б та обчислюваннями Excel і за формулою (2.1) дорівнював «0,30». Це свідчило про наявність слабого прямого зв'язку між зростанням тижнів вагітності і підвищенням рівнів особистісної тривожності у вагітних. Тобто, чим вище кількість тижнів вагітності, тим вище особистісна тривожність жінок у стані вагітності. Ми вважаємо, що це пов'язано з формуванням у вагітних почуття відповідальності за появу дитини.

Узагальнюючи результати діагностики тривожності вагітних відзначимо, що в певні триместри вагітності у жінок як без ускладнень в діагнозі так і з ускладненнями в діагнозі виявлено різні рівні як особистісної, так і ситуативної тривожності.

Результати діагностування психологічного компонента гістаціональної домінанти у вагітних нами надано в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Результати діагностування психологічного компонента гістационної домінанти

	кількість тижнів	оптимальний тип	гіпогестогнозичний тип	ейфорійний тип	тривожний тип	депресивний тип
Вагітні без ускладнень в діагнозу						
	1	2	3	4	5	6
	32	4	1	3	1	-
	29	5	1	3	-	-
	21	2	1	4	2	-
	15	3	4	1	1	-
	32	7	-	-	2	-
	16	5	-	2	2	-
	37	5	-	3	1	-
	32	6	1	1	1	-
	9	6	-	3	-	-
	22	9	-	-	-	
Вагітні з ускладненнями в діагнозу						
1	8	6	1	-	2	1
2	14	4	-	1	3	1
3	33	5	-	2	2	-
4	20	3	1	3	2	-
5	38	4	-	1	4	-
6	14	6	1	-	2	-
7	17	5	-	4	-	-
8	27	8	-	1	-	-
9	33	7	-	2	-	-
0	30	6	1	1	-	-
сього	-	20	9	16	13	2

Результати діагностування за методикою «Тест відносин вагітної (ТВВ)» ми маємо, що: 100 % вагітних жінок мають переважно оптимальний тип ПКГД; гіпогестогнозичний тип ПКГД встановлено у 45,00%; ейфорійний тип – у 80,00%, тривожний тип ПКГД у 44,83% та депресивний тип ПКГД – у 10,00%.

Отже, у всіх вагітних (100%) виявлено наявність певних рівнів прояву оптимального типу психологічного компоненту гестаційної домінанти; у 7 вагітних (35,00%) спостерігалися прояви чотирьох типів психологічного компоненту гестаційної домінанти. У 9 вагітних (45,00%) визначено прояви трьох типів психологічного компоненту гестаційної домінанти: оптимального, і гіпогестогнозичного, ейфорійного або ж оптимального, тривожного і ейфорійного. Відзначимо, що у 2 (10,00%) вагітних визначено проявів депресивного типу психологічного компоненту гестаційної домінанти. Це були вагітні з ускладненнями в діагнозу.

За підсумками результатів діагностування за методикою «Тест відношень вагітної до свого стану» вагітних жінок можна зарахувати до однією з трьох груп, які потребують різної тактики проведення допологової підготовки.

Перша група жінок включає у собі практично здорових вагітних жінок, що у стані психологічного комфорту, мають оптимальний тип психологічного компонента гестаційної домінанти. Другу ж групу можна назвати «групою ризику». До неї слід залучити жінок, що мають ейфоричний, гіпогнозичний, іноді тривожний типи психологічного компонента гестаційної домінанти. Але вони відзначаються підвищеною ймовірністю розвитку нервово-психічних порушень, соматичних захворювань чи загострення хронічних розладів.

Третю групу складають вагітні жінки, які мають гіпогестогнозичний і тривожний типи психологічного компонента гестаційної домінанти, але виразність їх клінічних проявів значно більше, ніж в представниць другої групи. До тієї ж групи слід залучити всіх, що мають депресивний тип психологічного компонента гестаційної домінанти. Відзначимо, що багато вагітних жінок цієї

групи при індивідуальних бесідах виявляють нервово-психічні розлади різноманітного ступеня тяжкості і потребують індивідуального спостереження і лікування у психотерапевта чи психіатра.

Для перевірки гіпотези результати діагностик методики «Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна» та методики «Тест відношень вагітної до свого стану» ми узагальнили в зведену таблицю Б.1 (Додаток Б).

За даними таблиці Б.1 з Додатку Б отримано, що у 1 (5,00%) вагітної з ускладненням діагнозу, у якої ситуативна тривога помірна, а особистісна - висока спостерігалось прояви всіх чотирьох типів психологічного компоненту гістаціональної домінанти: оптимального, гіпогестогнозичного, тривожного і депресивного. Також у 1 (5,00%) вагітної з ускладненням діагнозу, у якої ситуативна тривога низька, а особистісна - висока спостерігалось прояви всіх чотирьох типів психологічного компоненту гістаціональної домінанти: оптимального, ейфорійного, тривожного і депресивного. Так у 3 (15,00%) вагітних з ускладненням діагнозу з низькою ситуативною тривожністю і помірною особистісною тривожністю встановлено прояви трьох типів психологічного компоненту гістаціональної домінанти. А у 1 (5,00%) вагітної без ускладнень в діагнозу з проявами трьох типів психологічного компоненту гістаціональної домінанти встановлено високий рівень особистісної тривожності та низький рівень ситуативної тривожності. Важливо відзначити, що всі визначені вагітні відносяться до різних триместрів, але найбільша їх кількість (3 осіб з 5) мають I триместр вагітності.

Результати проведення «Методики дослідження мотивів збереження вагітності» відображено в Додатку В. Визначені середні показники мотивів збереження вагітності нами надано в Таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Середні показники мотивів збереження вагітності

Середні показники	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Вагітні без ускладнень в діагнозі	13,10	46,60	15,20	15,40	16,90	20,00	37,00	12,00	14,00
Вагітні з ускладненнями в діагнозі	11,30	52,20	18,80	19,50	17,60	23,60	35,80	16,00	14,50
Загальний показник	12,20	49,40	17,00	17,45	17,25	21,80	36,40	14,00	14,25

Найбільший середній показник у вагітних без ускладнень в діагнозі встановлено для третього блоку тверджень, який відображає істинне прагнення жінки бути матір'ю, як результат психофізіологічної готовності жінки до материнства. Високий середній бал (46,60 балів) за цим блоком опитувальника свідчить про конструктивні мотиви збереження вагітності у вагітних без ускладнень в діагнозі. Значний показник (37,00 балів) встановлено для восьмого блоку тверджень, що свідчить про прагнення вагітної жінки відповідати соціальним очікуванням.

Спостерігаємо, що високі показники мотивів збереження вагітності у вагітних з ускладненнями в діагнозі також відповідають третьому блоку тверджень. Високий середній бал (52,20 балів) за цим блоком опитувальника свідчить про конструктивні мотиви збереження вагітності. Також у вагітних визначено вище за середнє (35,80 балів у відповідності до восьмого блоку тверджень) прагнення вагітної жінки відповідати соціальним очікуванням.

Загальні показники середніх значень для визначених категорій вагітних свідчать про конструктивні мотиви збереження вагітності. Отже, підтверджено припущення про те, що серед мотивів збереження вагітності у вагітних перебільшують конструктивні мотиви, які впливають на формування психологічного компоненту гістаціонної домінанти у вагітних.

Отже, висунута нами гіпотеза дослідження підтверджується частково. Дійсно виходячи з припущення, що вагітність спричиняє ряд негативних психологічних станів у вагітних жінок, ми можемо припустити, що в ряді випадків рівень тривожності (особистісної або ситуативної) у вагітних жінок, як з ускладненнями в діагнозі так і без ускладнень, впливає на складову психологічного компаненту гестаційної домінанти в залежності від триместру вагітності.

Висновки до другого розділу.

В другому розділі нами створено методичку експериментального дослідження і здійснено перевірку висунутої гіпотези. Встановлено виборку респондентів в кількості 20 вагітних: 10 вагітних різних триместрів з ускладненнями в діагнозі і 10 вагітних – без ускладнень в діагнозі.

Доведено, що динаміка емоційних станів у вагітних першого триместру не пов'язана з психологічним компонентом гістаціонної домінанти. За результатами спостережень група вагітних другого триместру характеризується ранньої ідентифікацією вагітності без сильних і тривалих емоцій, а результати спостережень групи вагітних третього триместру характеризували появу афективних станів, підвищення загального емоційного стану у вагітних.

Результати діагностики ситуативної і особистісної тривожності вагітних відзначили, що в певні триместри вагітності у жінок, як без ускладнень в діагнозі так і з ускладненнями в діагнозі, виявлено різні рівні тривожності. За даними кореляційного аналізу встановлено, що коефіцієнт парної кореляції Пірсона між триместрами вагітності і відповідними рівнями ситуативної тривожності

респондентів свідчив про наявність у вагітних слабкої зворотньої залежності між зростанням тижнів вагітності та показниками рівнів ситуативної тривожності. Коефіцієнт парної кореляції Пірсона між триместрами вагітності і відповідними рівнями особистої тривожності респондентів свідчив про наявність слабого прямого зв'язку між зростанням тижнів вагітності і підвищенням рівнів особистісної тривожності у вагітних. Отже, чим вище кількість тижнів вагітності, тим вище особистісна тривожність жінок у стані вагітності. Це пов'язано з формуванням у вагітних почуття відповідальності за появу дитини.

Результати діагностування психологічного компоненту гістаціональної домінанти у вагітних довели, що: 100 % вагітних жінок мають переважно оптимальний тип ПКГД; гіпогестогнозичний тип ПКГД встановлено у 45,00%; ейфорійний тип – у 80,00% вагітних, тривожний тип ПКГД - у 44,83% та депресивний тип ПКГД – у 10,00% вагітних. Серед виділених стилів переживання вагітності перевагу слід віддати оптимальному (адекватному) стилю.

Найбільший середній показник мотивів збереження вагітності у вагітних встановлено для третього блоку тверджень, який відображає істинне прагнення жінки бути матір'ю, як результат психофізіологічної готовності жінки до материнства. Це свідчить про наявність у вагітних жінок конструктивних мотивів збереження вагітності.

Таким чином, отримані в результаті діагностування результати дозволили зробити висновок, що гіпотезу дослідження підтверджено частково.

РОЗДІЛ 3

ТЕХНІКИ ФОРМУВАННЯ ГІСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК В УМОВАХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

3.1. Специфіка роботи психолога медичного закладу з вагітними жінками

Сучасні тенденції розвитку практичної психології в Україні ставлять перед науковцями щоразу нові завдання, одним з яких є розробка методів роботи з психологічної підготовки вагітних жінок до пологів. Питаннями надання психологічної підготовки їх до пологів, онтогенетичні та філогенетичні аспекти становлення материнства й інші проблеми психології вагітності і материнства вивчались такими науковцями, як Байгузіна І. Ч., Гасюк М. Б., В.І. Грищенко, Ю.С. Паращук, Т.С. Елям – Вердиева та ін. Численні теоретичні та практичні дослідження глибинно-психологічних аспектів вагітності, особливостей її переживання як фактора впливу на розвиток особистості матері й дитини були проведені представниками зарубіжної психології (Е. Бадінтер, Д. Боулбі, Д. В. Віннікотт, С. Гроф, М. Кляйн, М. Д. Марконе, М. Мід, З. Фрейд та ін.).

Вітчизняною дослідницею особливостей комунікативної взаємодії лікаря-психолога і пацієнта А.С. Борисюк зазначено, що психологічна підготовленість жінки до пологів є чинником зменшення больових відчуттів та зменшення ймовірності виникнення різноманітних ускладнень під час народження дитини і в післяпологовому періоді (як у матері, так і в дитини). Розроблені численні напрями, методи психологічної підготовки вагітних до пологів (метод ASPO/Ламаза, метод Р. Бредлі, школа М. Одена, психопрофілактична підготовка вагітних до пологів (І.З. Вельвовський) й багато інших) [4]. Їх представники, на думку автора, пропонують певний комплекс занять, специфіка яких

диференціюється співвідносно до черговості пологів жінки: підготовка до перших пологів, других тощо.

Важко уявити виникнення і перебіг більшості соматичних захворювань без значного впливу психологічних чинників, які може коригувати медичний психолог. Він бере участь у диференціальній діагностиці, лікуванні, профілактиці захворювань, враховуючи індивідуально-типологічні особливості пацієнта. Окрім цього, професійної допомоги психолога часто потребують і лікарі, адже їхня професія є надзвичайно стресогенною і психологічно небезпечною, насамперед через синдром емоційного вигорання. Суттєву допомогу може надати медичний психолог і адміністраціям лікувальних та лікувально-профілактичних закладів у питаннях менеджменту, кадрового підбору та адаптації, зв'язків із громадськістю тощо.

Сьогодні в медицині все більше зростає роль інструментальних і прикладних методів дослідження, що може спричинити її дегуманізацію. Медичний психолог покликаний, зберігаючи клінічне мислення, гуманізувати терапевтичний процес.

В психологічній практиці існує широке коло досліджень присвячених вивченню специфіки роботи психолога з вагітними. Сьогодні, у зв'язку з якісною трансформацією моделі материнства та батьківства в цілому, все частіше в поведінці вагітних жінок можна спостерігати неготовність до прийняття та адекватного виконання нової соціальної ролі, відповідних норм та форм поведінки, зміни ціннісних орієнтацій та настанов, навіть до неприйняття власної вагітності та власної майбутньої дитини.

Одним із ефективних засобів психопрофілактики можливих відхилень під час вагітності постає психологічний супровід вагітної жінки або сімейної пари, головними завданнями якого є формування батьківської відповідальності, готовності до прийняття та виконання нових соціальних ролей, підвищення рівня психолого-педагогічної компетенції щодо особливостей розвитку дитини,

починаючи з внутрішньоутробного періоду, а також опанування різноманітними техніками саморегуляції власних функціональних станів організму.

Вивчення основних стратегій психологічної допомоги вагітній жінці дозволило констатувати, що оптимальним та найбільш доступним видом роботи є психологічний супровід, який, на думку О.Ю. Іщук, включає комплекс взаємопов'язаних та взаємозумовлених заходів і методів, котрі спрямовані на забезпечення оптимальних соціально-психологічних умов для збереження і розвитку психологічного здоров'я особистості [23]. Відзначимо, що серед таких заходів пріоритетними є інформування (психологічна просвіта), навчання, проведення тренінгів тощо, а серед методів – переконання і навіювання.

Психологічний супровід під час вагітності може бути представлений роботою на особистісному, емоційному, когнітивному, психофізіологічному та операційному рівнях особистості жінки. Так, на думку психолога В.Г. Сюсюки [32], робота на особистісному рівні передбачає формування у вагітної адекватних мотивацій та настанов, пов'язаних з материнством (бажання бути вагітною, сприяння нормальному плину вагітності та народженню здорової дитини). Робота на емоційному рівні пов'язана зі стабілізацією психоемоційного стану жінки під час вагітності. На когнітивному рівні жінка має отримати конкретні знання, що пов'язані з особливостями якісних змін, які відбуваються в її організмі під час вагітності, розвитком внутрішньоутробного плоду, принципами догляду за новонародженою дитиною. Результатом роботи на психофізіологічному рівні є здатність жінки використовувати різного роду психотерапевтичні методи та техніки, з метою регуляції власних психічних станів, підвищення рівня стресостійкості. На операційному рівні у вагітної повинні сформуватися необхідні вміння та навички щодо поведінки під час пологів, догляду за дитиною та ефективної взаємодії з нею.

Психологи, як зазначено В. Г. Сюсюка, І. М. Волошина, які працюють з вагітними жінками і займається психологічною підготовкою їх до пологів, має

«звертати увагу в першу чергу на особливості психологічної готовності їх до материнства» [40]. Розвиток самоусвідомлення жінкою себе як матері, усвідомлення значення материнства у своєму житті і житті дитини має виступати ключовою ланкою системи психологічної допомоги з формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів.

Для психопрофілактики порушень у процесі формування гістаційної домінанти у вагітних жінок психологу медичного закладу необхідно, на наш погляд, проведення психологічного консультування і психотерапії з родинами. Напрямки сімейної терапії, у наш час, украй різноманітні і їхній вибір повинний ґрунтуватися на урахуванні неповторності і специфічності ситуації кожної родини окремо. Що ж стосується специфіки психологічної практики за даною проблемою в Україні, то, найбільше часто при психокорекції особистості вагітної, вітчизняні психологи віддають перевагу еkleктичній манері проведення процесу психологічної корекції. Це означає, що на різних етапах роботи з клієнтом психолог застосовує психотехніки і принципи різноманітних психотерапевтичних парадигм.

На сучасному етапі розвитку системи пренатального виховання спостерігається поширення різного роду шкіл підготовки до майбутнього батьківства, що, безумовно, є позитивним явищем. У роботі сучасних практичних перинатальних психологів відмічається використання низки спеціальних методик та психотерапевтичних технік, які дозволяють виявляти особливості психічного стану жінок в період вагітності та в післяпологовий період. На жаль, таке різноманіття методів в роботі інколи може призводити до відсутності у фахівців конкретної позиції та чіткого усвідомлення завдань психологічної допомоги вагітній та родині загалом, а також неадекватне, а значить й неефективне використання того чи іншого методу в кожному окремому випадку. У зв'язку з цим, як зазначалося Астахов В. М., часто психологічна допомога спрямовується не стільки на підготовку майбутніх

батьків до відповідального виконання батьківських функцій, скільки на впровадження найрізноманітніших технік так званої альтернативної допомоги під час пологів, що інколи може призводити до спричинення шкоди фізичному і психічному здоров'ю як матері, так і дитини [1]. Відтак, не виникає сумнівів у тому, що головними умовами ефективної психологічної допомоги породіллі постають, перш за все, врахування індивідуально-психологічних властивостей жінок, а також високий рівень професійної підготовки фахівців та обов'язкове дотримання ними морально-етичних принципів при роботі з вагітними або родинними парами, які очікують народження дитини.

Лукашевич Н. М. зазначала, що основною метою психологічного впливу в різних формах соціально-психологічного тренінгу (СПТ) є розвиток психологічної компетентності у вагітних жінок [31]. Відповідно, актуальність практичного та теоретичного засвоєння вказаних форм диктується зростаючою значимістю компетентного спілкування у всіх сферах життєдіяльності жінки. Розвиток компетентності дає можливість допомогти у розв'язанні цілої низки соціально-психологічних питань, що виникають під час вагітності.

В самому широкому змісті під СПТ слід розуміти певні своєрідні форми навчання знанням і окремим умінням в мотиваційній сфері, а також форми відповідної їй корекції. З точки зору змісту низки задач, які вирішуються засобами СПТ широкий і різноманітний у відповідності до різних форм тренінгу. Вся кількість цих форм може бути поділена на певні класи:

- а) формування синдрому досягнень, тобто переживання у вагітної прагнення до успіху над прагненням уникати неуспіху;
- б) навчання способам поведінки, типовим для вагітної з високорозвиненою мотивацією до материнства;
- в) самоаналіз вагітною власної поведінки під час вагітності;
- г) напрацювання оптимальної тактики цілеутворення в конкретних видах поведінки і в житті в цілому, вивчення конкретних

прикладів з життя жінок, що мають високорозвинену мотивацію до материнства, аналіз цих прикладів;

д) міжособистісна підтримка [31].

Що стосується методів СПТ, то поряд з використанням традиційних - лекцій, семінарів, бесід з соціально-психологічної тематики ставиться акцент на роботу так званих активних методів. Існує безліч класифікацій цих методів тренінга, але по суті всі вони більш чи менш явно виділяють два великих, частково перетинаючи сфери групової дискусії та гри. Метод групової дискусії використовується, в основному, у формі аналізу конкретних ситуацій і у формі групового аналізу. Серед ігрових методів СПТ найбільш широке розповсюдження отримав метод рольових ігор. Ці методи можуть використовуватися кожний окремо, однак частіше вони входять складовою частиною в комплексні програми, що включають набір різних методів - в залежності від поставлених задач і матеріальних можливостей.

Отже, СПТ спрямований на оволодіння деякими соціально-психологічними знаннями, розвиток мотивації, здібностей аналізувати ситуацію, поведінку і стан, вміння адекватно сприймати себе і оточуючих. При цьому виробляються і коректуються форми особистісної поведінки, і міжособистісної поведінки, і міжособистісної взаємодії, а також розвивається здатність гнучко реагувати на ситуацію, швидко перебудовуватися в різних умовах.

Тренінг проводиться із спеціально підібраними для цієї роботи групами вагітних. СПТ також ефективний при підвищенні психологічної компетенції майбутніх матерів, напрацювання найбільш придатних засобів самомотивування, самоспонування, а також вмотивування, спонування до материнства.

Відзначимо, що специфіка діяльності психолога з вагітними ґрунтується на наступних положеннях:

- психічні властивості вагітної жінки проявляються і формуються в її поведінці, діях, вчинках. При цьому потенційні можливості вагітної актуалізуються в реальних складових відповідного типу гістаційної домінанти;

- у роботі психолога з вагітними слід використовувати положення гуманістичної психології про те, що люди за своєю природою вільні й добрі. Конструктивна взаємодія можлива лише в тому випадку, коли психологу вдається спрямувати зусилля на створення необхідних і достатніх умов гуманізації будь-яких міжособистісних відносин з вагітною, які забезпечують конструктивні особистісні зміни, безоцінне прийняття іншої людини, активне емпатійне слухання та її конгруентне самовираження у спілкуванні з нею;

- конструктивна робота вагітної над власною поведінкою може здійснюватися в згуртованій, психологічно розвинутій атмосфері, за рахунок позитивного забарвлення активного спілкування;

- використання ігрового методу під час занять з вагітними допомагає зняти суб'єктивні бар'єри (побоювання помилки, неправильного рішення, невміння вербалізувати свої переживання тощо), дає змогу відпрацювати вміння соціальної перцепції, поглибленого самопізнання і розкріпачити людину. Використання ігрових ситуацій, їх незвичайність, новизна викликають інтерес, який має підтримуватися тим, що учасники усвідомлюють важливість того, що відбувається саме з ними, а також позитивними емоціями, які з'являються в процесі взаємодії у групі;

- у процесі психологічної корекції стимулюється дедалі більше усвідомлення себе, осмислення своїх особливостей, оскільки самопізнання безпосередньо пов'язане з процесом саморозкриття;

- побудова занять повинна спрямовуватися на те, щоб у вагітних виникла потреба в тісному контакті з іншими людьми, а конкретна взаємодія викликала б стійкі позитивні емоції і почуття задоволеності. Таким чином підтримувалася б і формувалася потреба в позитивному налаштуванні на іншу людину;

- програма психокорекційних занять має передбачати рівність усіх, що означає відсутність критичної особи. Психологічна корекція настільки актуалізує відношення жінки до майбутнього материнства, що воно успішно відбувається без зовнішніх примусових засобів; тобто відсутні схвалення і покарання, оцінні судження, поради, критика. Весь процес корекції зорієнтований на отримання індивідуально значущих результатів.

Таким чином, специфіка діяльності психолога з вагітними полягає у впровадженні комплексних програм психологічної допомоги жінкам під час вагітності, які здебільшого мають значний позитивний вплив на характер протікання вагітності та пологів, а також на процес формування адекватної материнської поведінки. Психологічна допомога дозволяє не тільки покращити фізичний та психічний стан майбутньої матері та дитини, а й вирішити низку соціально-психологічних проблем сучасного суспільства, пов'язаних із різними порушеннями системи дитячо-батьківських стосунків. Встановлено, що основними формами взаємодії психолога з вагітними жінками є психологічне консультування (індивідуальне та групове), психологічний супровід й соціально-психологічний тренінг.

3.2. Зміст програми з формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів

Сучасні тенденції розвитку практичної психології в Україні ставлять перед науковцями щоразу нові завдання, одним з яких є розробка методів роботи з формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів. Увага науковців під час вивчення періоду вагітності зосереджена на закономірностях і особливостях емоційних, психологічних, духовних та інших змінах розвитку жінки під час дев'ятимісячного періоду виношування дитини.

Аналіз методологічних проблем психології вагітності та материнства дали змогу виокремити першочергові завдання галузі, а саме: побудова гнучкої щодо індивідуальних особливостей вагітних жінок системи психологічної підготовки їх до пологів. Стверджується, що найбільш ефективного результату у цій сфері можна досягти завдяки створенню експрес-методів роботи.

Враховуючи вимоги і принципи роботи у даному напрямку, нами була розроблена спеціальна комплексна програма психологічної допомоги з формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів, головною метою якої стало своєчасне виявлення груп ризику та ранніх виявів девіантної материнської поведінки в період вагітності, адаптація жінки до нової соціальної ролі, а також формування відповідальності за власні дії та життя власної дитини. Основними методологічними принципами, що використовувалися нами під час роботи, поставали положення особистісно-орієнтованого підходу К. Роджерса [60].

Психологічна допомога з формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів повинна здійснюватися за такими напрямками: 1) підвищення особистісної зрілості жінки; 2) формування батьківських настанов та форм взаємодії з дитиною; 3) оптимізація мотивів, пов'язаних з дитиною та материнством в цілому; 4) зниження рівнів особистісної і ситуативної тривожності; 5) корекція можливих відхилень під час становлення материнської сфери.

Програма впровадження психологічної допомоги з формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів (у короткотривалій програмі експрес-підготовки) проводиться протягом трьох етапів. Кількість занять від трьох до п'яти, кожне з яких триває 1,5-2 год.

Мета програми: сформувати позитивний емоційний стан при стилях переживання жінками стану вагітності.

Завдання програми: формування материнської відповідальності, готовності до прийняття та виконання нових соціальних ролей; зниження рівня тривожності; розширення конструктивних мотивів збереження вагітності; опанування вагітними різноманітними техніками саморегуляції власних функціональних станів організму.

Зміст першого етапу включає знайомство, налагодження психоемоційного контакту психолога з вагітними, поточення значущої інформації; отримання інформації про психологічні особливості перебігу вагітності, діагностику психологічної готовності до пологів. Головним завданням цього етапу є виявлення чинника бажаності-небажаності дитини, що в подальшому дозволяє надавати підтримку в формуванні адекватного материнського ставлення та прогнозувати можливі відхилення під час його становлення. Результатом занять на цьому етапі повинно стати встановлення довірливих стосунків та виявлення очікувань і побажань з боку вагітної щодо подальшої форми роботи.

Методи першого етапу: структуроване інтерв'ю, бесіда.

Другий етап – налагодження психоемоційного контакту, створення дружньої, довірливої атмосфери, активізація творчого потенціалу досліджуваних, зменшення психологічного супротиву та усунення захистів, психодіагностика готовності до пологів на основі інтерпретації тематичного малюнку, використання результатів інтерпретації тематичного малюнку, як засобу терапевтичного впливу. Основним завданням другого етапу є формування образу та цінності дитини.

Методи другого етапу: бесіда, тематичні малюнки, психотерапевтична інтерпретація.

Зміст третього етапу полягає у тому, що на основі аналізу попередньої діагностичної процедури проводяться корекційні заходи, зокрема, побудова когнітивних, емоційно-оціночних та поведінкових патернів стосовно майбутніх пологів. Основними завданнями цього етапу є прийняття вагітними нової

соціальної ролі, формування відповідних паттернів поведінки, мотивів та адекватних стилів виховання.

Методи третього етапу: бесіда, переконання, навіювання, перегляд тематичного відеофільму. Кількість та інформаційне насичення занять залежать від індивідуально психологічних та вікових особливостей жінок, виявлених під час психодіагностики.

Отже, програма розрахована на три етапи, кожний з яких складається від трьох до п'яти занять, які охоплюють певні методи і прийоми роботи. По-перше, це проведення індивідуально-групових бесід, які спрямовані на встановлення довірливих, дружніх стосунків, а також на з'ясування певних аспектів самосприйняття вагітності кожною окремою жінкою. По-друге, тренінгові форми роботи, головна мета яких – зниження психоемоційної напруги та формування необхідних вмінь та навичок. По-третє, це використання низки психотерапевтичних технік (тілесно-орієнтована терапія, арттерапія, асоціативна терапія, психодрама) та рольових ігор. Останнє заняття запропонованої програми присвячено підбиттю підсумків роботи психолога, при цьому її результативність оцінюється на основі появи у вагітної таких новоутворень, як формування психологічної готовності до пологів та материнства, конструктивних мотивів збереження вагітності; гармонізація психоемоційного стану; посилення позитивних відчуттів, пов'язаних з материнством; адекватне прийняття нової соціальної ролі, відповідальності за власні дії та життя майбутньої дитини.

Окремою формою роботи упродовж всього циклу занять постає психодіагностика особистісних властивостей вагітних, що допомагає планувати та за необхідності корегувати подальшу роботу з жінками, враховуючи їх індивідуальні особливості. Нами було підібрано спеціальні психодіагностичні методи та методики, які дозволяють достатньо надійно виявляти різного роду емоційні стани та особливості ставлення жінки до вагітності, майбутньої дитини

та материнства загалом. Варто також зазначити, що реалізація програми передбачає роботу як окремо з вагітними жінками, так і з подружніми парами, які очікують народження дитини. Заняття проводяться один раз на тиждень з 14-15 тижня вагітності.

Програма психологічної допомоги з формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів спрямована на роботу з жінками у вагітності терміном від 18 до 30 тижнів. Даний інтервал позначається на підставі факторів, необхідних для визначення стилю переживання вагітності та ефективності корекційної роботи. Нижня межа інтервалу визначається початком ворущіння плоду (що необхідно для визначення стилю переживання вагітності, заснованого зокрема на суб'єктивних переживаннях ворущіння), верхня - наявністю необхідного періоду часу для проведення корекції і пролонгування (загалом 2-3 місяці).

Встановлено, що типовими страхами під час вагітності є: боязнь можливих ускладнень під час вагітності, які можуть вплинути на здоров'я майбутньої дитини, боязнь пологів (очікування болю, відчуття безпорадності, відсутність влади над власним тілом), генетичні страхи (страх народження неповноцінної дитини внаслідок необоротних природних причин), боязнь смерті дитини, боязнь інфекцій, естетичні страхи (страх тих змін, які відбуваються з фігурою), страх стати поганою матір'ю (сумнів у власній здатності правильно доглядати за дитиною). Внаслідок наявності такої великої кількості причин для формування стилю переживання вагітності, у програмі розглядається корекція трьох найбільш поширених видів страху під час вагітності: боязнь можливих ускладнень під час вагітності, які можуть вплинути на здоров'я майбутньої дитини, боязнь пологів (очікування болю, відчуття безпорадності, відсутність влади над власним тілом) і страх стати поганою матір'ю.

Перше заняття спрямоване на усунення страху можливих ускладнень під час вагітності, які можуть вплинути на здоров'я майбутньої дитини. З цією

метою проводилося вироблення у жінок свідомого ставлення до свого становища шляхом освіти про процес і стадіях вагітності, особливості формування плоду, зовнішніх впливах, які можуть вплинути на здоров'я майбутньої дитини в процесі вагітності і як забезпечити себе і дитину від цих впливів. Була проведена лекція на тему « Вплив середовища на перинатальне розвиток». Дана лекція підкріплювалася наочним матеріалом (слайдами, відео) і може проводитися як психологом самостійно, так і з залученням медиків. Наприкінці заняття вагітні отримали брошури, що містять найважливішу інформацію про внутрішньоутробний розвиток їх майбутньої дитини і про правила способу життя матері в період вагітності.

Друге і третє заняття спрямовані на усунення страху пологів (очікування болю, відчуття безпорадності, відсутність влади над власним тілом). Для досягнення цієї мети відбувалося навчання психологом жінок сприймати пологи як природний фізіологічний процес, а також навчання поводитися в пологах як жінок, так і їх партнерів у разі присутності при пологах.

Друге заняття починалося з лекції про процесі і стадіях пологів і подоланні можливої родової болю (30 хв). Дана лекція підкріплювалася наочним матеріалом (слайдами, відео) і може проводитися як психологом самостійно, так і з залученням медиків. Далі проводилися вправи («Глас в пустелю» (5 хв.), «Повне дихання» (5 хв.), «Підрахунок дихання» (5хв.), «Термометр» (5 хв.)), спрямовані на оволодіння технікою дихання, прийняття та оволодіння власним тілом і розвиток довіри і взаєморозуміння з партнером, що знаходяться поруч з майбутньою матір'ю в період вагітності і, можливо, при пологах.

Третє заняття, як і друге, спрямоване на оволодіння технікою дихання, розвиток взаєморозуміння з партнером, оволодіння власним тілом, а також на оволодіння технікою релаксації і спеціальною гімнастикою. Мета цього заняття: групове згуртування, розвиток уміння володіти власним тілом і невербальної комунікацією. Використовувалися вправи «Скульптура» (10 хв.), «Азбука

тіла» (10 хв.), «Сіамські близнюки» (10 хв.), «Котяча спина» (3 хв.), «Релаксація» (10 хв.) [Пузь].

Четверте заняття було спрямоване на усунення страху вагітних стати поганою матір'ю. З цією метою на заняття запрошувалися неонатологи, які розповідали про правила догляду за новонародженим, про годування, купання, режимі дня, спеціальної гімнастики для новонароджених тощо.

Відзначимо, що діяльність психолога вважається ефективною, і можна говорити про формування позитивного емоційного стану вагітних і зниженні тривожності на підставі виявленому на контрольному етапі експерименту оптимальному типі ПКГД по таких аспектах як: 1) ставлення до вагітності, 2) ставлення під час вагітності до майбутніх пологів і 3) ставлення до себе як до матері, які характеризують наявність тих страхів, які коригуються даною програмою. Вагітним, емоційний стан яких не відрізняється від вихідного або тривожність знизилася незначно, необхідно приділити особливу увагу і застосовувати індивідуальний підхід в ході пролонгування корекційної роботи.

Для перевірки ефективності розробленої нами програми було сформовано експериментальну (ЕГ) групу вагітних. В ЕГ увійшли вагітні II-III триместру вагітності як з ускладненнями в діагнозі так і без них в кількості 17 осіб. Вік досліджуваних складав від 19 до 32 років. Перед початком програми всі учасниці були проінформовані стосовно мети експерименту та дали згоду на участь в ньому. Вагітні інформувалися про існування стилів переживання вагітності (оптимального, тривожного, ейфорійного, що ігнорує, депресивного) і вираженості у них того чи іншого стилю.

На першому етапі програми нами було проведено психодіагностичне дослідження з метою виявлення особливостей психоемоційного стану вагітних, їхнього ставлення до ситуації вагітності, до майбутньої дитини та материнства загалом. За допомогою спеціального структурованого інтерв'ю нами були виявлені деякі особливості соціального статусу досліджуваних жінок. Так, 14

(82,4%) учасниць належить до соціально захищеної категорії населення, а 3 (17,6%) – до соціально незахищеної категорії. Було виявлено, що 11 вагітних (64,7%) знаходяться в офіційному шлюбі, а 6 (35,3%) – в громадянському. Варто також зазначити, що 4 (23,5%) жінки навчаються у вищих начальних закладах, 9 (52,9%) вагітних вже мають повну вищу освіту та постійне місце роботи. Необхідно підкреслити, що у 12 (70,5%) учасниць вагітність була першою, а у 5 (29,5%) – повторною (попередні закінчилися штучним її перериванням). Для 9 (52,9%) жінок дана вагітність є планованою та бажаною, для 3 (17,6%) жінок – бажаною, але не планованою, для 5 (29,5%) жінок – непланованою та небажаною.

Оцінювання динаміки психоемоційного стану досліджуваних під час проходження ними запропонованої програми проводилося з використанням методики «Шкала особистісної та ситуативної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна». Для оцінювання ставлення жінок до ситуації вагітності, майбутньої дитини та материнства в цілому використовувалася методика визначення типу психологічного компонента гестаційної домінанти «Тест відношень вагітної до свого стану».

Аналізуючи результати дослідження на першому етапі, були виявлені деякі спільні характерні особливості вагітних жінок. Так, за методикою Спілбергера-Ханіна у 47,1% досліджуваних відмічається достатньо високий рівень особистісної, а у 41,1% – ситуативної тривожності.

Оцінюючи характер ставлення учасниць програми до ситуації вагітності та майбутньої дитини за методикою, були отримані наступні результати. Для 11,7% досліджуваних характерним є переживання гіпогностичного варіанту ПКГД, головними ознаками якого є несвідоме неприйняття власної вагітності; для 47,1% – тривожного варіанту ПКГД; для 17,6% – оптимального варіанту ПКГД; для 5,8% – ейфорійного варіанту ПКГД; для 17,6% – змішаного варіанту ПКГД (рис. 3.1).

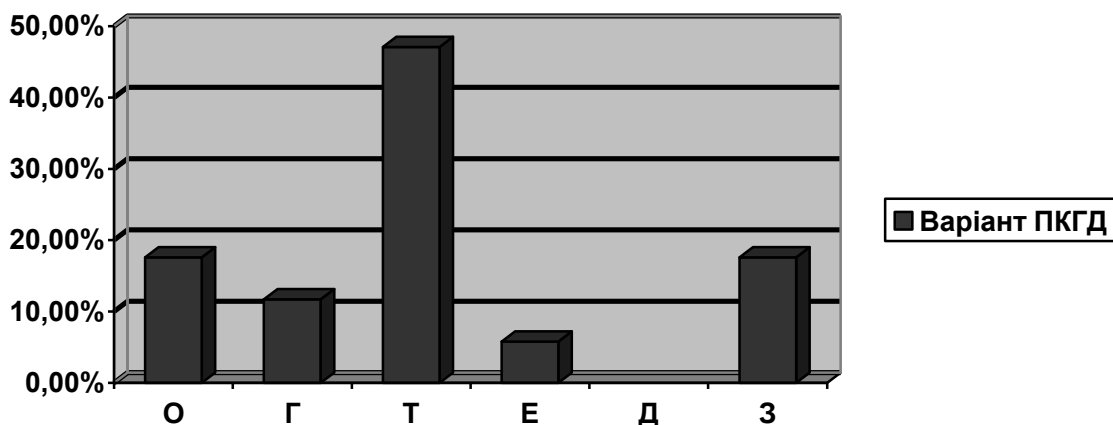


Рис. 3.1. Розподіл вагітних за типами ПКГД перед початком програми

Враховуючи отримані результати психодіагностичного дослідження, з учасницями була розпочата реалізація програми. Робота з жінками проводилася відповідно до запропонованих етапів. Враховуючи особливості змін, які відбуваються з жінками на різних термінах вагітності, а також їхні індивідуально-психологічні властивості, заняття проводилися як в індивідуальній, так і в груповій формах. Варто також зазначити, що деяким з вагітних надано додаткове психологічне консультування, з метою гармонізації взаєностосунків та зниження ризику виникнення сімейних конфліктів.

Після закінчення курсу програми з жінками, які до цього часу вже перебували на 37-39 тижні вагітності, була проведена повторна психодіагностика з використанням вищезазначених методик. Виявлено, що унаслідок проведення комплексу спеціальних занять у 94,1% досліджуваних спостерігалася позитивна динаміка психоемоційного стану, яка виявлялася зниженням рівня тривожності та психоемоційного напруження, а також різного роду побоювань та страхів, пов'язаних з пологами та післяпологовим періодом. Згідно аналізу показників самопочуття перед пологами, майже у 76,4% жінок спостерігається стабілізація настрою, активності та самопочуття. Також у 82,3% учасниць дослідження виявляється якісна позитивна зміна стилю переживання

вагітності та майбутнього материнства, що свідчить про їх здатність до адекватного прийняття нової соціальної ролі та виконання відповідних моделей поведінки (рис.3.2).

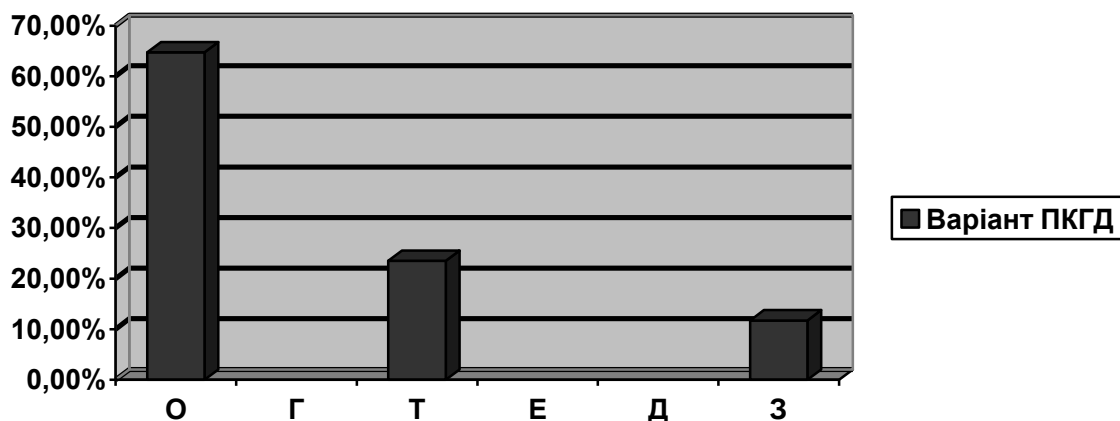


Рис. 3.2. Розподіл вагітних за типами ПКГД після проведення програми

Оцінюючи ефективність запропонованої програми, не можна не відзначити її позитивний вплив і на характер взаєностосунків між жінкою та її чоловіком. Так, жінки, які проходили програму, відзначали, що їх відносини з чоловіками стали більш відкритими та теплими, що безпосередньо відобразилося на підвищенні рівня взаєморозуміння між ними.

Узагальнюючи отримані результати дослідження, дійшли висновків: запропонована програма психологічної допомоги з формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів є однією з можливих форм роботи з вагітними жінками, яка дозволяє, по-перше, стабілізувати психічний та фізичний стани вагітної жінки, по-друге, сформувати більш тісний емоційний зв'язок між матір'ю та дитиною ще на етапі вагітності; по-третє, знизити ризик виникнення різних форм вияву девіантного материнства; по-четверте, запобігти негативні наслідки для фізичного та психічного розвитку плоду та майбутньої дитини; по-п'яте, створити оптимальні умови для гармонійного розвитку дитини з ранніх етапів онтогенезу.

Таким чином, аналізуючи вищевикладене, можна зробити висновки про доцільність та важливість впровадження комплексних програм психологічної допомоги з формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів, які здебільшого мають значний позитивний вплив на характер протікання вагітності та пологів, а також на покращення фізичного та психічного стану майбутньої матері.

3.3. Психологічні рекомендації щодо оптимізації процесу формування гістаційної домінанти у вагітних жінок

При проведенні психокорекційних заходів щодо емоційної сфери вагітних жінок необхідно призводити докладний психологічний аналіз життєвої історії особистості жінки. Тому, на наш погляд, у випадках психологічної роботи з різноманітного роду порушеннями в емоційній сфері вагітних буде вмісно звести промову про психотерапевтичну корекцію в роботі з вагітними.

Історія психологічної практики пропонує нам досить широкий, але далеко недосконалий спектр психотерапевтичних парадигм, використання яких можливо при роботі з проблемою вагітної жінки. Цей спектр варіюється від ортодоксального психоаналізу до нейролінгвістичного програмування і символдрами. І все ж таки, не дивлячись на таке різномайття вибору, Н.М. Лукашевич вважає, що жодна з відомих у сучасному психологічному світі психотерапевтичних парадигм не задовольняє всім об'єктивним вимогам для успішної роботи з проблемою формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів [31].

Психоаналітична робота з вагітними жінками успішно проводиться й у наші дні. І хоча, процес проведення психоаналізу достатньо добре освітлювався у різноманітного роду психологічній літературі і уявляється всім добре відомим,

ми вважаємо потрібним охарактеризувати деякі аспекти цього процесу саме у світлі роботи з вагітними. У своїй характеристиці ми б хотіли ґрунтуватися на класифікації психотерапевтичних парадигм, що будується на основі того, на якому із субрівнів свідомості людини упроваджується психологічна корекція.

Загально визнаним вважається той факт, що дезгармонічні, деструктивні сім'ї породжують невротичних особистостей. Приміром, родина, де дівчинка депривована стосовно своїх батьків і не одержує тепла, уваги і пестощів, що необхідні дитині для його нормального психоемоційного розвитку. Така дівчинка подорослішав, цілком можливо бути, відчуває емоційну, невротичну залежність від людини, котра перша проявить стосовно неї щиросердечну щирість, і на який вона, у свою чергу, обрушатиме увесь потік своїх незатребуваних і, тому, невтрачених почуттів. Подібного роду небезпеку, як зазначено Жилка Н. Я., подають у цьому випадку сім'ї, де дівчинка надмірно, «гіпер» опікувана батьками. Подорослішав, така жінка, якої потреба у коханні і замилювання з боку близьких людей має першорядне значення. Така жінка в любовних стосунках має великі шанси відчути невротичну залежність від свого партнера, як від «постачальника» настільки необхідної їй коханні до неї ж самої [19].

Пошук і розробка активних методів навчання характерні для всієї сучасної психології і суміжних з нею дисциплін. Одним з таких методів є груповий тренінг. У процесі групової взаємодії відбувається прийняття цінностей і потреб інших людей. Спостерігаючи взаємодію, яка відбувається в групі, учасники можуть ідентифікувати себе з іншими членами групи і використовувати зворотний зв'язок, оцінюючи власні почуття і поведінку. Група може також полегшувати процес інтроспекції та самодослідження.

Мета групи – розвиток соціально-психологічної компетентності особистості, тобто здатності індивіда ефективно взаємодіяти з людьми, які його оточують. Виділяють також соціальні цілі:

1) розвиток активної соціально-психологічної позиції учасника тренінгу, тобто здатності людини робити суспільно значущі перетворення у сфері міжособистісних відносин;

2) підвищення психологічної культури як суттєвого аспекту всебічного розвитку індивіда.

У ході пролонгування корекційної роботи можливе проведення тілесно-орієнтованих вправ у поєднанні з індивідуальними консультаціями та груповими бесідами. При проведенні тілесно-орієнтованих вправ слід пам'ятати, що в період з 17 до 31 тижня особлива увага приділяється вправам, спрямованим на зміцнення м'язів черевного преса і спини, які несуть навантаження через зміщення центру ваги, а також м'язів стопи у зв'язку з можливим уплощенням і плоскостопістю. Для цього використовуються рухи, які б збільшення гнучкості і пластичності хребта і тазових зчленувань, при цьому багато вправи виконуються з гімнастичною палицею. У період максимальної функціонального навантаження на серце (28-32 тижні) доцільно зменшити загальну фізичне навантаження за рахунок введення великої кількості дихальних вправ. Широко використовуються рухи для зміцнення м'язів ніг з метою профілактики можливого застою в нижніх кінцівках. Одночасно вагітна повинна навчитися повністю розслабляти всі м'язи. З цією метою рекомендується періодично напружувати і розслабляти різні групи м'язів. Ці вправи доцільно проводити сидячи або в положенні на колінах і на ліктях. У заключний період вагітності слід багато ходити, дотримуючись активний руховий режим, поєднуючи вправи на регулювання дихання з вправами, спрямованими на розслаблення м'язів.

Психологи рекомендують проводити з вагітними соціально-психологічні тренінги по відношенню до материнства. Вони побудовані у вигляді рольових ігор, ситуацій. Рольові ігри, ситуації - метод, суть якого полягає у «програванні ролей». Рольова гра дає змогу виявити свою індивідуальність, творчі можливості, реальні почуття і думки, розвинути вміння «входити у стан» інших

людей, краще розуміти їхні позиції і почуття, а також створювати умови для кращого осмислення норм і правил поведінки і спілкування. Гра стає ніби навчанням, яке готує до неігрової, «серйозної» ситуації.

Для психологічної роботи з жінкою і її родиною у період очікування дитини необхідні чіткі уявлення про те, що розуміється під готовністю до материнства. У такій готовності виділяють 5 основних блоків:

1. Особистісна готовність: загальна особистісна зрілість (адекватна віково-статева ідентифікація; спроможність до прийняття рішень і відповідальності; тривка прихильність; внутрішня каузальна атрибуція та внутрішній локус контролю; відсутність залежностей) і особистісні якості, необхідні для ефективного материнства (емпатія; спроможність до спільної діяльності; спроможність бути «тут і тепер»; творчі здібності; інтерес до розвитку іншої особистості; інтерес до діяльності вирощування і виховання; уміння одержувати задоволення; культура тіла).

2. Адекватна модель батьківства: адекватність моделей материнської і батьківської ролей, що сформувалися в своїй родині, по відношенню до моделі особистості, сім'ї і батьківства своєї культури; оптимальні для народження і виховання дитини батьківські настановлення, позиції, виховні стратегії, материнські відношення.

3. Мотиваційна готовність: зрілість мотивації народження дитини, при якій дитина не стає засобом: засобом статеворолевої, вікової і особистісної самореалізації жінки; засобом утримання партнера або зміцнення родини; засобом компенсації своїх дитячо-батьківських відносин; засобом досягнення певного соціального статусу тощо.

4. Сформованість материнської компетентності: відношення до дитини як до суб'єкту не тільки фізичних, але і психологічних потреб і суб'єктивних переживань; сензитивність до стимуляції від дитини; спроможність до адекватного реагування на прояви дитини; спроможність орієнтуватися для

розуміння стану дитини в період її розвитку; необхідні знання про фізичний і психічний розвиток дитини, особливо вікові особливості її взаємодії з миром; спроможність до спільної діяльності з дитиною; навички виховання і навчання, адекватні віковим особливостям дитини.

5. Сформованість материнської сфери. Материнство як частина особистісної сфери жінки (материнська потрібнісно-мотиваційна сфера) включає три блоки (емоційно-потрібнісний; операціональний; ціннісно-змістовий), зміст яких виявляється в онтогенезі жінки (у взаємодії з власною матір'ю і іншими носіями материнських функцій; у сюжетно-рольовій грі в ляльки і родину; у взаємодії з немовлям до народження своєї дитини; в період статевого визрівання; у взаємодії з власними дітьми).

З нашої точки зору, у кожному блоку повинні бути сформовані необхідні компоненти. В емоційно-потрібнісному: реакція на всі компоненти гештальта дитинства (фізичні, поведінкові, продуктивно-діяльнісні особливості дитини); об'єднання компонентів гештальта дитинства на дитину як об'єкта материнської сфери; потреби у взаємодії з дитиною, у турботі і догляді за нею; потреби в материнстві (в переживанні відповідних виконанню материнських функцій станів). В операціональному: операції вербального і невербального спілкування з дитиною; адекватний стиль емоційного супроводу взаємодії з дитиною; операції догляду за дитиною з необхідними стильовими характеристиками (впевненість, дбайливість, м'якість рухів). У ціннісно-смісловому: адекватна цінність дитини (дитина як самостійна цінність) і материнства; оптимальний баланс цінностей материнської і інших потрібнісно-мотиваційних сфер жінки.

У відношенні самої вагітності і пологів краще отримати консультацію у фахівців, в оптимальному варіанті у того, хто буде приймати пологи. Корисні курси з психопрофілактики, якщо вони проводяться за сучасною технологією. Консультація вагітної у фахівця з питання наявності або відсутності невротичного стану як психогенного захворювання особистості.

Народження дитини – це, певно не тільки медичний факт, але й найважливіша соціальна і психологічна віха на шляху розвитку родини. Фаза «вона чекає дитину» означає, що майбутня мати робить в своєму житті деякі зміни, що пов'язані з новими ролями і відношеннями. Ці важливі життєві зміни часто супроводжуються стресом і вимагають результативного спілкування при спільному вирішенні проблем.

Висновки до третього розділу

В третьому розділі нами проаналізовано специфіку роботи психолога медичного закладу з вагітними жінками, складено зміст програми з формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів й розроблено психологічні рекомендації щодо оптимізації процесу формування гістаційної домінанти у вагітних жінок.

Встановлено, що основними формами взаємодії психолога медичного закладу з вагітними жінками є психологічне консультування (індивідуальне та групове), психологічний супровід й соціально-психологічний тренінг. Психологічна допомога з формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів повинна здійснюватися за такими напрямками як підвищення особистісної зрілості жінки, формування батьківських настанов та форм взаємодії з дитиною, оптимізація мотивів, пов'язаних з дитиною та материнством в цілому. зниження рівнів особистісної і ситуативної тривожності, корекція можливих відхилень під час становлення материнської сфери.

Програма впровадження психологічної допомоги з формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів була спрямована на формування позитивного емоційного стану вагітних при стилях переживання жінками стану вагітності. За результатами впровадження програми доведено, що запропонована програма є однією з можливих ефективних форм роботи з вагітними жінками в умовах медичних закладів, яка дозволяє, стабілізувати

психічний та фізичний стани вагітної жінки та сформувати більш тісний емоційний зв'язок між матір'ю та дитиною ще на етапі вагітності.

Психологічні рекомендації щодо оптимізації процесу формування гістаційної доміанти у вагітних жінок побудовані на використанні в роботі психолога психотерапевтичних парадигм і активних методів психологічної корекції емоційного стану вагітних.

ВИСНОВКИ

Проведений теоретичний аналіз показав, що проблема формування, гістаційної домінанти у вагітних жінок незважаючи на її важливість, ще не знайшла достатнього відображення у медичній психологічній теорії і практиці.

Аналіз наукових праць засвідчив, що у сучасній перінатальній психології приділено значну увагу вивченню емоційної сфери вагітних жінок. Під емоційною сферою вагітних жінок психологи розуміють низку важливих особистісних якостей, які сприяють успішному перебігу вагітності, ефективному розв'язанню виникаючих проблем особистісного та соціального плану.

Доведено, що психологічні особливості переживання жінкою стану вагітності слід обумовлено існуючим стилями ідентифікації вагітності, до яких віднесено: оптимальний (адекватний), тривожний, ейфоричний, ігноруючий, амбівалентний та ігноруючий стиль. Встановлено, що в вагітних підвищується почуття обов'язку, відповідальність за результат вагітності, окреслюється індивідуальність вагітної жінки; формуються готовність до майбутнього материнства. Гестаційна домінанта, як елемент емоційної сфери, відображає особливості протікання фізіологічних і нервово-психічних процесів в організмі вагітної жінки, дана домінанта має не тільки психологічний компонент, але і фізіологічний.

Визначено роль психологічного компоненту в структурі гістаційної домінанти вагітних жінок: материнська рольова ідентичність виступає як категорія індивідуальна, що обумовлена соціальним оточенням вагітної, а також системою її мотивів і цінностей. З позицій комплексного підходу з врахуванням багатовимірності забезпечення здоров'я вагітної жінки визначено наступні фактори, що впливають на розвиток гістаційної домінанти у вагітних жінок: біологічні, психологічні, соціально-психологічні та соціальні.

Вивчення психологічних особливостей формування гістаційної домінанти у вагітних жінок було проведено комплексно. Клінічне дослідження включало аналіз анамнезу, спостереження, вивчення соматичного і психічного статусу вагітних жінок. Психічний стан вагітних досліджували спільно з лікарем-генікологом; структуру емоційних порушень та визначення психологічного компонента гістаційної домінанти у вагітних досліджували за допомогою методики «Тест відношень вагітної до свого стану»; встановлення мотивів збереження вагітності здійснено за допомогою експериментальної методики «Методика дослідження мотивів збереження вагітності, готовність до розвитку невротичної симптоматики встановлювали за допомогою об'єктивізації рівню особистісної і реактивної тривожності (за методикою «Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна».

Встановлено, що динаміка емоційних станів у вагітних першого триместру не пов'язана з психологічним компонентом гістаційної домінанти. Результати діагностики ситуативної і особистісної тривожності вагітних відзначили, що в певні триместри вагітності у жінок, як без ускладнень в діагнозі так і з ускладненнями в діагнозі, виявлено різні рівні тривожності. За даними кореляційного аналізу встановлено, що між триместрами вагітності і відповідними рівнями ситуативної тривожності у вагітних існує слабка зворотня залежність, а між триместрами вагітності і відповідними рівнями особистої тривожності вагітних спостерігається наявність слабого прямого зв'язку. Отже, чим більше кількість тижнів вагітності, тим вище особистісна тривожність жінок у стані вагітності. Це пов'язано з формуванням у вагітних почуття відповідальності за появу дитини. Результати діагностування психологічного компоненту гістаційної домінанти у вагітних довели, що вагітні жінки мають переважно оптимальний тип ПКГД, але в них виявлено тривожний тип ПКГД (44,83%) та депресивний тип (10,00%). Найбільший середній показник мотивів збереження вагітності у вагітних встановлено для блоку тверджень, який

відображає істинне прагнення жінки бути матір'ю, як результат психофізіологічної готовності жінки до материнства. Це свідчить про наявність у вагітних жінок конструктивних мотивів збереження вагітності.

Таким чином, отримані в результаті діагностування результати дозволили зробити висновок, що гіпотезу дослідження підтверджено частково.

Обґрунтовано, що специфіка діяльності психолога з вагітними полягає у впровадженні комплексних програм психологічної допомоги жінкам під час вагітності. Встановлено, що основними формами взаємодії психолога з вагітними жінками є психологічне консультування (індивідуальне та групове), психологічний супровід й соціально-психологічний тренінг.

Програма впровадження психологічної допомоги з формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів (у короткотривалій програмі експрес-підготовки) була спрямована на реалізацію наступних напрямків психологічної допомоги: підвищення особистісної зрілості жінки; формування батьківських настанов та форм взаємодії з дитиною; оптимізація мотивів, пов'язаних з дитиною та материнством в цілому; зниження рівнів особистісної і ситуативної тривожності; корекція можливих відхилень під час становлення материнської сфери.

Для перевірки ефективності розробленої нами програми було сформовано експериментальну (ЕГ) групу вагітних. В ЕГ увійшли вагітні II-III триместру вагітності як з ускладненнями в діагнозі так і без них в кількості 17 осіб. Виявлено, що внаслідок проведення комплексу спеціальних занять вагітних (94,1%) спостерігалася позитивна динаміка психоемоційного стану, яка виявлялася зниженням рівня тривожності та психоемоційного напруження, а також різного роду побоювань та страхів, пов'язаних з пологами та післяпологовим періодом. У більшості учасниць дослідження виявляється якісна позитивна зміна стилю переживання вагітності та майбутнього материнства, що свідчить про їх здатність до адекватного прийняття нової соціальної ролі та

виконання відповідних моделей поведінки. Дослідження доведо доцільність та важливість впровадження комплексних програм психологічної допомоги з формування гістаційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів. Таким чином, мета та завдання дослідження виконані.

В подальшому вбачаємо вивчення проблеми врахування значення вікових аспектів у процесі формування гістаційної домінанти у вагітних жінок. Врахування вікових та індивідуально-психологічних особливостей залишається недостатньо дослідженим питанням як у сфері психологічної підготовки вагітних жінок до пологів, так і в сфері вивчення характеру адаптації жінки до вагітності і материнства, особливостей сформованості та змісту материнської ідентичності жінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Астахов В. М. Підготовка до батьківства як етап соціалізації особистості / В. М. Астахов, О. В. Бацилева / Збірник наук. праць Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України / За ред. Максименка С.Д. Т.Х, Ч.2. Київ, 2008. С.13-20.
2. Байгузіна І. Ч. Психоаналітично орієнтована діагностика та терапія в перинатальній психології / І. Ч. Байгузіна// Медична психологія. 2010. № 10. – С. 10-14.
3. Бондарчук О.І. Психологія сім'ї: Курс лекцій. Київ: МАУП, 2001. 96 с.
4. Борисюк А. С. Психологічні особливості комунікативної взаємодії лікаря-психолога і пацієнта/ А. С. Борисюк // Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. Івано-Франківськ.: Плай, 2002. Вип. 7. Ч.1. С. 267-275.
5. Варій М. Й. Основи психології і педагогіки: навч. пос. для студ. вищ. навч. закл. / М. Й. Варій, В. Л. Ортинський. 2-ге вид. Київ: Центр учбової літератури, 2009. 112 с.
6. Венцівська І.Б. Гінекологія: підручник / І.Б. Венцівська. Київ: Медицина, 2010. 160с. Библиогр.: С. 92-95.
7. Воробйов В. В. Функціонування сім'ї та його порушення як фактор ризику мастопатії у жінок / В. В. Воробйов // Вестник психиатрии и психофармакотерапии. 2008. №2 (14). С. 77 – 81.
8. Всесвітня організація охорони здоров'я. Електронний ресурс: www.who.int/countries/ukr/ru/
9. Гасюк М. Б. Психологічні особливості емоційного стану жінки у першому триместрі вагітності (виношування першої дитини)/ М. Б. Гасюк, Г. С.

Шевчук//Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. Івано-Франківськ: ВДВ ЦІТ, 2006. Вип.11. Ч.2. С.118 – 124.

10. Гасюк М.Б. Психологічні особливості емоційного стану жінки у першому триместрі вагітності (виношування першої дитини): збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія / М.Б. Гасяук, Г.С. Шевчук, О.Ю. Іщук. Івано-Франківськ: ВДВ ЦІТ, 2006. Вип.17. Ч.1. С.81-87.

11. Грищенко В.І. Акушерство і гінекологія: підручник / В.І. Грищенко, М.О. Щербини. Київ: ВСВ «Медицина», 2011. 376 с. + 8 ст. кольор. вкл. Бібліогр.: С. 211-219.

12. Грищенко В.І. Акушерство: підручник / В.І. Грищенко, М.О. Щербини. Київ: Медицина, 2009. 408 с. - Бібліогр.: С. 57-61.

13. Грищенко В.І. Акушерство: підручник / В.І. Грищенко. Харків: Основа, 2000. 352 с. 27 с.

14. Грищенко В.І. Фізична і психопрофілактична підготовка вагітних до пологів та фізична реабілітація жінок після пологів: навчальний посібник / В.І. Грищенко, Ю.С. Парашук, Т.С. Елям – Вердієва. Харків: ТО Ексклюзив, 2003. 306 с. Бібліогр.: С.268-271.

15. Громова А.М. Акушерство і гінекологія: підручник / А. М. Громова. Полтава, 2000. 608 с. 38 с.

16. Де Пауло Р. Зрозуміти депресію: Що ми знаємо про депресію та як з нею боротися / пер. с англ. Ю. Езерского. Київ: Бизнес Букс, 2004. С. 15-104.

17. Довідник з питань репродуктивного здоров'я / за заг. ред. Н. Г. Гойди. Київ: Вид-во Раєвського, 2004. 128 с

18. Жабченко І. А. Порушення психічної адаптації та нейроендокринної регуляції у вагітних з лейоміомою матки / І. А. Жабченко, Т. С. Черненко, О. М. Бондаренко, О. І. Буткова, Г. Є. Яремко // Медико-соціальні проблеми сім'ї. 2006. Т. 11. № 2. С. 115-118.

19. Жилка Н. Я. Психологічне оточення вагітної жінки//Для дому та сім'ї. 2006. №9 - 10. С. 24-28.
20. Заброцький М. М. Вікова психологія/ М. М. Заброцький. Київ: ОЛМА-ПРЕСС, 1998. С. 45-57.
21. Запорожан В.М. Акушерство і гінекологія: підручник т. 2. / В.М. Запорожан, М.Р. Цегельський, Н.М. Рожковська. Одеса: Одес. держ. мед. ун_т, 2015. - 420 с. Бібліогр.: С. 177-192.
22. Запорожан В.М. Акушерська патологія: атлас, навчальний посібник / В.М. Запорожан, В.П. Міщенко. Одеса: Одес. держ. мед. ун_т, 2005. 292 с. 58.
23. Іщук О. Ю. Розвиток системи психологічної підготовки вагітних жінок до пологів: історичний аспект/ О. Ю. Іщук //Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. Івано-Франківськ: ВДВ ЦІТ Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника, 2008. Вип..13. Ч.2. С.217–224.
24. Іщук О.Ю. Психологічна експрес-підготовка вагітних до пологів: особливості групової роботи з використанням методів арт-терапі/ О. Ю. Іщук//Актуальні проблеми практичної психології. Збірник наукових праць. Херсон, ПП. Вишемирський В.С., 2007. С.231 – 236.
25. Клапчук В.В. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина: підручник / В.В. Клапчук. Київ. 1995. 217 с. Бібліогр.: С.191193. 92
26. Климчик В.О. Клінічна (медична) психологія: навчальна робоча програма. Житомир, 2004.- 41с.
27. Климчук В., Мойсієнко Я. Життєвий шлях особистості: принципи біографічного дослідження // Практична психологія та соціальна робота. 2007. № 6. С. 32-44.
28. Комплексна прегравідарна підготовка жінок із дефіцитом маси тіла / Л.П. Шелестова, Р. С. Аллахвердієв, В. Г. Сюсюка // Запорож. мед. журн. 2016. N 6. С. 51-56

29. Левицька А.В. Вплив стресу на перебіг вагітності у жінок після ЕКЗ: збірник наукових праць співробітників Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика / А.В. Левицька. Вип. 18, книга 2, 2009. С.701–707.

30. Лікувальна фізична культура в акушерстві та гінекології: методичні рекомендації; уклад.: Сухан В.С., Дичка Л.В., Блага О.С.; Ужгородський національний університет. Ужгород., 2014. 42с.

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

32. Мотиваційні аспекти психоемоційного стану жінок під час вагітності. Аналіз характеристик гестаційної домінанти у контексті тривожності [Текст] = Motivational aspects of psychoemotional state of women during pregnancy. Analysis of characteristics of gestational dominant within the framework of anxiety / В. Г. Сюсюка [и др.] // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології : науково-практичний журнал. 2017. N 1 (19). С. 115-119 . ISSN 2411-4944

33. Мухін В.М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін. Київ: Видавництво НУФВСУ "Олімпійська література", 2005.- 470 с. Бібліогр.: С. 441455.

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

35. Оцінка впливу програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних на перинатальні наслідки їх розродження / В. Г. Сюсюка // Перинатологія та педіатрія. 2016. N 3. С. 43-48
Библиогр.: с.47-48

36. Оцінка параметрів вегетативного балансу та активності регуляторних систем у вагітних з урахуванням їх психоемоційного стану / В.Г. Сюсюка // Перинатологія та педіатрія. 2017. N 2. С. 64-68. Библиогр. в конце ст.

37. Перебіг вагітності, пологів та перинатальні наслідки розродження жінок з психоемоційними порушеннями, обумовленими тривожністю / В.Г. Сюсюка // Современная педиатрия. 2016. N 6. С. 115-119. Бібліогр.: с. 118
38. Перун М. Діагностичні можливості методики «Я і моя дитина» у роботі з породіллями та матерями передчасно народжених дітей / Марія Перун // Психологічні перспективи. 2009. Вип. 14. С. 107 – 114.
39. Психодіагностика і корекція. Навчально-методичний посібник з практичної психології/ За ред. О. М. Олейника. Миколаїв: ПП «Принт-Експрес», 2010. 218 с.
40. Психологічна та фізична підготовка сім'ї до пологів: історичний аспект і сучасні тенденції / В. Г. Сюсюка, І. М. Волошина // Здоров'я жінки. 2020. № 4. С. 7-12.
41. Рівень гормонів стрес-лімітуючої системи у вагітних із психоемоційними порушеннями, зумовленими тривожністю = Level of hormones of stress limiting system of pregnant women with psycho-emotional disorders stipulated by anxiety / В. Г. Сюсюка, О. В. Комарова, О. В. Пейчева // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології : науково-практичний журнал. 2018. N 1 (21). С. 112-117. ISSN 2411-4944
42. Рухові режими і комплекси ЛФК для вагітних жінок. Методичні рекомендації. уклад.: Владимиров О. А., Тофан Н. І., Кліменко С. К. Київ: ІПАГ Україна. 2004. 32с.
43. Семиченко В.А., Заслуженюк В.С. Мистецтво взаєморозуміння. Психологія та педагогіка сімейного спілкування: Навч. Посібник для студентів вищ. Нав.закладів.2-ге вид. Київ: Веселка, 1998. 214с.
44. Ситуаційний аналіз становища дітей та жінок в Україні.- Київ , 2001р
45. Стан регуляторних та адаптаційних процесів системи мати-плацента-плід. Оцінка параметрів кардіоритму плода / В. Г. Сюсюка // Современная педиатрия. 2017. N 3. С. 128-131. Бібліогр.: с. 131

46. Степанківська Г.К. Акушерство. / Г.К. Степанківська, О.Т. Михайленко. Київ.: Здоров'я. 2010. 307 с. Бібліогр.: С. 263 – 277.
47. Татенко Н. О. Психологічні передумови репродуктивного вибору житті жінки: можливості трансценденції/ Н. О. Татенко// Практична психологія та соціальна робота. №7, 2004. С. 74-77.
48. Татенко Н.О. Психологічні передумови репродуктивного вибору в житті жінки: можливості трансценденції// Практична психологія та соціальна робота. №7, 2004. С. 74-77.
49. Терлецька Л. Г. Психокорекція засобами малюнку/ Л. Г. Терлецька. Київ: Главник, 2007. 144 с.
50. Формування сексуальної культури молоді/ Балакірева О.М., Галустян Ю.М., Коре гін О.Я., Новицька В.П., Цисар І., Яременко О.О. Київ: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, Український ін-т соціальних досліджень, 2004. Кн.9.-132с.
51. Функціональні аспекти психоемоційних порушень у жінок в період гестації, що зумовлені тривожністю = Functional aspects of psycho-emotional disorders of women during gestation period stipulated by anxiety / В. Г. Сюсюка // Вісник наукових досліджень : науково-практичний журнал. - 2017. N 1 (86). С. 95-98. ISSN 1681-276X
52. Характеристика перинатальних наслідків розродження жінок з екстрагенітальною патологією, які пройшли етап санаторної реабілітації / В. Г. Сюсюка, Ю. В. Котлова // Перинатология и педиатрия. 2015. № 1. С. 24-27
53. Швець О. А. Вагітність та пологи як чинники зміни смисложиттєвих орієнтацій жінки: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / О. А. Швець ; Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка. Київ, 2011. 16 с.
54. Шевченко Н. Ф. Практикум із психологічної допомоги соматичним хворим: Навчальний посібник/ Н. Ф. Шевченко. Запоріжжя: "Інссервіс", 2003. 56с.

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

56. Яремко ГЄ, Жабченко ІА, Коваленко ТМ. Ретроспективна оцінка факторів ризику розвитку переношеної вагітності [Retrospective assessment of the risk factors for the development of a post-term pregnancy]. Жіночий лікар. 2014; (51): 40-1.

57. Arfaie K, Nahidi F, Simbar M, Bakhtiari M. The role of fear of childbirth in pregnancy related anxiety in Iranian women: a qualitative research. Electron Physician. 2017 Feb 25; 9(2):3733-40.

58. Billert H. Tokophobia – a multidisciplinary problem. Ginekol Pol. 2007. Oct; 78(10):807-11.

59. Demšar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I, Globevnik Velikonja V. Tokophobia (fearofchildbirth): prevalence and riskfactors. J Perinat Med. 2018 Feb 23;46(2):151-4.

60. DiPietro JA, Irizarry RA, Costigan KA, Gurewitsch ED. The psychophysiology of the maternal-fetal relationship. Psychophysiology. 2004;41:510–520.

61. Molgora S, Fenaroli V, Prino LE, Rollè L, Sechi C. Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety, depression, and couple adjustment. Women Birth. 2018 Apr; 31(2):117-23.

Тест відносин вагітної

У результаті вивчення анамнестичних відомостей, клініко-психологічних спостережень за вагітними жінками і бесід з ними І.В. Добрякова (1996) було виділено п'ять типів ПКГД: оптимальний, гіпогестогнозическій, ейфорійний, тривожний і депресивний. Про тип ПКГД можна судити, ґрунтуючись на результатах дослідження значущих відносин вагітної.

На цій підставі розроблено тест відносин вагітної (1996).

Тест містить три блоки тверджень, що відбивають:

А. Ставлення жінки до себе вагітною.

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

В. Ставлення вагітної жінки до стосунків до неї оточуючих.

У кожному блоці є три розділи, в яких шкалюючіє різні поняття. Вони представлені п'ятьма твердженнями, що відбивають п'ять різних типів ПКГД. Випробуваної пропонується вибрати один з них, найбільш відповідний її станом.

Блок А (відношення жінки до себе вагітної) представлений наступними розділами:

І. Ставлення до вагітності.

ІІ. Ставлення до способу життя під час вагітності.

ІІІ. Ставлення під час вагітності до майбутніх пологів.

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

І. Ставлення до себе як до матері.

ІІ. Ставлення до своєї дитини.

ІІІ. Ставлення до вигодовування дитини грудьми.

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

І. Ставлення до мене вагітної чоловіка.

ІІ. Ставлення до мене вагітної родичів і близьких.

ІІІ. Ставлення до мене вагітної сторонніх людей.

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

А			
I	1	Ніщо не приносить мені такого щастя, як усвідомлення, що я вагітна	
	2	Я не відчуваю жодних особливих емоцій, пов'язаних з тим, що я вагітна	
	3	З тих пір, як я дізналася, що вагітна, я перебуваю в нервовій напрузі	
	4	В основному мені приємно усвідомлювати, що я вагітна	
	5	Я дуже засмучена тим, що вагітна	
II	1	Вагітність змусила мене повністю змінити спосіб життя	
	2	Вагітність не змусила мене суттєво змінити спосіб життя, але я стала де в чому себе обмежувати	
	3	Вагітність я не вважаю приводом для того, щоб змінювати спосіб життя	
	4	Вагітність так змінила мій спосіб життя, що вона стала прекрасною	
	5	Вагітність змусила мене відмовитися від багатьох планів, тепер багатьом моїм планам не судилося збутися	
III	1	Я намагаюся взагалі не думати ні про вагітність, ні про майбутні пологи	
	2	Я постійно думаю про пологи, дуже їх боюся	
	3	Я думаю, що під час пологів все зможу зробити правильно, і не відчуваю особливого страху перед ними	
	4	Ніколи не замислююся про майбутні пологи, настрої у мене погіршуються, тому що я майже не сумніваюся в їх поганому кінці	

	5	Я думаю про пологи, як про майбутнє свято	
Б			
I	1	Я сумніваюся в тому, що зможу впоратися з обов'язками матері	
	2	Я вважаю, що не зможу стати хорошою матір'ю	
	3	Я не замислююся про майбутнє материнство	
	4	Я впевнена, що стану прекрасною матір'ю	
	5	Я вважаю, що якщо постараюся, то зможу стати хорошою матір'ю	
II	1	Я часто з задоволенням уявляю собі дитину, яку виношую, розмовляю з ним	
	2	Я розумію дитини, якого виношую, захоплююся ним і вважаю, що він знає і розуміє все, про що я думаю	
	3	Я постійно турбуюся про стан здоров'я дитини, якого виношую, намагаюся його відчутти	
	4	Я не думаю про те, яким буде дитина, якого виношую	
	5	Я часто думаю про те, що дитина, яку виношую, буде яким-небудь неповноцінним і дуже боюся цього	
III	1	Я не думаю про те, як буду годувати дитину грудьми	
	2	Я із захопленням уявляю собі, як буду годувати дитину грудьми	
	3	Я думаю, що буду годувати дитину грудьми	
	4	Я турбуюся про те, що у мене будуть проблеми з годуванням дитини грудьми	

	5	Я майже впевнена, що навряд чи зможу годувати дитину грудьми	
У			
I	1	Я вважаю, що вагітність зробила мене ще прекрасніше в очах батька моєї дитини	
	2	Моя вагітність ніяк не змінила ставлення до мене батька моєї дитини	
	3	Через вагітність батько моєї дитини став уважніше і тепліше ставитися до мене	
	4	Через вагітність я стала негарною, і батько моєї дитини став холодніше ставитися до мене	
	5	Боюся, що зміни, пов'язані з вагітністю, можуть погіршити ставлення до мене батька моєї дитини	
II	1	Більшість близьких мені людей розділяють мою радість з приводу вагітності, і мені добре з ними	
	2	Не всі близькі мені люди раді тому, що я вагітна, не всі розуміють, що я тепер потребую особливе ставлення	
	3	Більшість близьких мені людей не схвалюють те, що я вагітна, відносини з ними погіршилися	
	4	Мене мало цікавить ставлення до моєї вагітності навіть близьких мені людей	
	5	Деякі близькі мені люди ставляться до моєї вагітності неоднозначно, і це мене турбує	
III	1	Мені завжди болісно соромно, коли оточуючі помічають, що я «в положенні»	
	2	Мені трохи не по собі, коли оточуючі помічають, що я «в положенні»	
	3	Мені приємно, коли оточуючі помічають, що я «в положенні»	

4	Мені наплювати, помічають оточуючі чи ні, що я «в положенні»	
5	Я не відчуваю особливої незручності, якщо оточуючі помічають, що я «в положенні»	

Після виконання завдання жінці пропонується перенести результати в таблицю, зазначивши відповідну твердженням цифру.

Таблиця для внесення результатів обстеження

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

У нижньому рядку таблиці («Усього») виставляється результат підрахунку **кількості (!)** Відмічених цифр (але не суми цифр!) У кожному стовпці.

Стовпець «О» відображає твердження, що характеризують переважно

оптимальний тип ПКГД, «Г» - гіпогестогнозичний, «Е» - ейфорійний, «Т» - тривожний, «Д» - депресивний.

Результати діагностування

Таблиця Б.1.

№	кількість тижнів	оптимальний	гіпогестогнозичний	ейфорійний	тривожний	депресивний	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
Вагітні без ускладнень в діагнозі								
1	32	4	1	3	1	-	15- низька	44- помірна
2	29	5	1	3	-	-	22- низька	40- помірна
3	21	2	1	4	2	-	19- низька	60- висока
4	15	3	4	1	1	-	24- низька	42- помірна
5	32	7	-	-	2	-	24- низька	53- висока
6	16	5	-	2	2	-	27- низька	55- висока
7	37	5	-	3	1	-	15- низька	36- помірна
8	32	6	1	1	1	-	29- низька	40- помірна
9	9	6	-	3	-	-	19- низька	37- помірна
10	22	9	-	-	-	-	13- низька	49- висока
Вагітні з ускладненнями в діагнозі								
11	8	6	1	-	2	1	33- помірна	62- висока
12	14	4	-	1	3	1	27- низька	45- помірна
13	33	5	-	2	2	-	36- помірна	48- помірна
14	20	3	1	3	2	-	17- низька	48- помірна
15	38	4	-	1	4	-	20- низька	43- помірна
16	14	6	1	-	2	-	22- низька	49- висока
17	17	5	-	4	-	-	14- низька	35- помірна
18	27	8	-	1	-	-	20- низька	41- помірна
19	33	7	-	2	-	-	18- низька	38- помірна
20	30	6	1	1	-	-	24- низька	47- помірна
Всього	-	20	9	16	13	2	18- низька; 2- помірна	14-помірна; 6- висока

Таблиця Б.2.

Результати кореляційного аналізу

№	Кількість тижнів вагітності	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
1	32	15- низька	44- помірна
2	29	22- низька	40- помірна
3	21	19- низька	60- висока
4	15	24- низька	42- помірна
5	32	24- низька	53- висока
6	16	27- низька	55- висока
7	37	15- низька	36- помірна
8	32	29- низька	40- помірна
9	9	19- низька	37- помірна
10	22	13- низька	49- висока

11	8	33- помірна	62- висока
12	14	27- низька	45- помірна
13	33	36- помірна	48- помірна
14	20	17- низька	48- помірна
15	38	20- низька	43- помірна
16	14	22- низька	49- висока
17	17	14- низька	35- помірна
18	27	20- низька	41- помірна
19	33	18- низька	38- помірна
20	30	24- низька	47- помірна

Коефіцієнт парної кореляції Пірсона обчислено за програмою Excel.

Так, між тижнями вагітності і рівнями ситуативної тривожності він дорівнював «-0,12», а між тижнями вагітності і рівнями особистісної тривожності «0,