

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**на тему «ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ГОТОВНОСТІ ДО
СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА**

»

Виконала: студентка II курсу, групи
8.0539- з

спеціальності 053 Психологія

Соха Олена Борисівна

Керівник: к.психол.н., доцент кафедри
психології Губа Н.О.

Рецензент: к.пед.н., доцент кафедри
психології Грединарова О.М.

Запоріжжя
2020

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

« ____ » _____ 2020 р.

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

Соха Олена Борисівна

1. Тема роботи Психологічні аспекти готовності до сурогатного материнства

керівник роботи Губа Н.О. к.психол.н., доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «14» липня 2020 року № 1032-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) розкрити сутність поняття «сурогатне материнство»; вивчити проблематику сурогатного материнства; дослідити регуювання сурогатного материнства в Україні та в зарубіжних країнах; проаналізувати мотиви і фактори, що впливають на готовність до сурогатного материнства.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) 17 рисунків, 1 таблиця

6. Консультанти розділів роботи

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

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-березень 2020 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2020 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2020 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	вересень-жовтень 2020 р.	Виконано
5	Написання висновків	жовтень 2020 р.	Виконано
6	Передзахист	листопад 2020 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	листопад 2020 р.	Виконано

Студент _____ О.Б. Соха

Керівник роботи _____ Н.О. Губа

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О.М. Грединарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 106 сторінок, 1 таблиця, 2 рисунка, 61 джерело, 2 додатка.

Об'єкт дослідження: готовність до сурогатного материнства.

Предмет дослідження: мотиви, що сприяють готовності подружніх пар та сурогатних матерів до використання допоміжних репродуктивних технологій у вигляді сурогатного материнства.

Мета: полягає у визначенні проблематики сурогатного материнства та аспектів психологічної готовності сімейних пар та замісної матері до сурогатного материнства.

Гіпотеза: на готовність жінки до сурогатного материнства впливають сукупність індивідуальних факторів. Рівень готовності залежить від психологічних особливостей жінки та ставлення до сурогатного материнства у суспільстві і його нормативного регулювання, матеріальної компоненти.

Методи дослідження:

- теоретичний (теоретичний і порівняльний аналіз психологічної та юридичної літератури),

- емпіричні (анкетування, тестування, опитування, бесіда, контент-аналіз).

Наукова новизна роботи полягає в тому, що даний напрямок становлення батьківства є новим методом народження дітей і вивчення цього питання, його проблематики, раніше в науці не здійснювалося.

Галузь використання: матеріали роботи можуть бути використані сімейними психологами, медичними психологами, у пренатальній психології, юридичній психології, для підготовки програм сурогатного материнства.

БЕЗПЛІДДЯ, СУРОГАТНЕ МАТЕРИНСТВО, ЗАМІСНА МАТИ, ДОПОМІЖНА МАТИ, ДОПОМІЖНІ РЕПРОДУКТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ, СІМЕЙНА ПАРА, ПСИХОЛОГІЧНА ГОТОВНІСТЬ, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ, ВИХОВАННЯ.

SAMMARY

Sokha O. B. Psychological aspects of readiness for surrogacy

The qualifying work of the master :106 pages, 1 table, 2 figures, 61 sources, 2 appendices.

Object of research: readiness for surrogacy.

Subject of research: motives that contribute to the readiness of married couples and surrogate mothers to use assisted reproductive technologies in the form of surrogacy.

Purpose: is to determine the problems of surrogacy and aspects of psychological readiness of married couples and surrogate mothers for surrogacy.

Hypothesis: a woman's readiness for surrogacy is influenced by a combination of individual factors. The level of readiness depends on the psycho-age characteristics of women and the attitude to surrogacy in society and its regulatory regulation, the material component.

Research methods:

- theoretical (theoretical and comparative analysis of psychological and legal literature),
- empirical (questionnaires, testing, surveys, interviews, content analysis).

The scientific novelty of the work is that this direction of parenthood is a new method of childbirth and the study of this issue, its problems, previously not carried out in science.

Field of use: materials of work can be used by family psychologists, medical psychologists, in prenatal psychology, legal psychology, for preparation of programs of surrogacy.

Key words: infertility, surrogate motherhood, substitute mother, auxiliary mother, auxiliary reproductive technologies, family couple, psychological hydological.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА.....	10
1.1. Особливості становлення та розвиток сурогатного материнства.....	10
1.2. Порівняльний аналіз стану сурогатного материнства за кордоном та в Україні.....	40
1.3. Психологологічний компоненти готовності жінок до сурогатного материнства.....	53
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ЖІНОК ДО СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА.....	65
2.1. Методика та організація дослідження.....	65
2.2. Інтерпретація результатів дослідження.....	71
ВИСНОВКИ.....	76
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	79
ДОДАТКИ.....	85

ВСТУП

Існує класифікація прав людини, яка диференціює їх відповідно до історичного розвитку, а це: право на свободу думки, совісті і релігії, на політичне, економічне, соціальне і культурне самовизначення, на користування спільним спадком людства, на мир тощо. Традиційно, їх прийнято поділяти на три покоління прав людини, але все частіше обґрунтовують позицію щодо відокремлення четвертого, яке почало формуватися у 1990-х роках та перебуває на стадії активного розвитку. Право на репродуктивну функцію є природним для людини в контексті розгляду сурогатного материнства, його можна віднести до четвертого покоління в ряді з такими новими для суспільства правами, як право на захист людини від загроз, пов'язаних з експериментами в сфері генетичної спадковості особи, на евтаназію, на розпорядження своїм тілом і навіть право на клонування [11].

Сім'я є провідним соціокультурним інститутом, який виступає дієвим інструментом соціалізації особистості, консолідації та гуманізації соціуму, толерантної взаємодії в полікультурному суспільстві. Більшість людей не уявляє сім'ю без дітей. Однак, з огляду на низку причин, останнім часом проблемою населення багатьох держав світу є безпліддя, яке набирає все більшого поширення. Безплідність у шлюбі – одна з надзвичайно важливих як особистісних, так і медико-соціальних проблем сьогодення для багатьох країн світу. За складної економічної і демографічної ситуації в Україні ця проблема є дуже значущою і для нашої країни.

Неможливість народити дитину серед інших причин може призводити до депресій, особистих трагедій, розлучень, розпаду родин. З питанням небажаного безпліддя в Україні зіштовхнулися 6,8% подружніх пар або близько одного мільйона сімей, виходячи з офіційних даних статистики Міністерства охорони здоров'я України [15]. Експерти зазначають, що для жінок рівень безпліддя становить від 3,5 % на тисячу осіб. А для чоловіків – 0,5% на тисячу

осіб. У МОЗ запевняють, що це досить невисокий показник, хоча є тенденції зростання.

Ціллю реалізації репродуктивних прав людини, в контексті прав четвертого покоління, є надання можливості допомогти таким людям саме через сурогатне материнство, як допоміжну репродуктивну технологію.

Актуальність теми полягає в тому, що Україна входить до категорії держав, де гестаційне сурогатне материнство дозволено на законодавчому рівні. На сьогоднішній день адаптація суспільства до розвитку медицини в сфері репродуктивних технологій ще не відбулася в повному обсязі, тому є необхідним знайденні шляхів для пристосування родин та суспільства до вирішення проблем бездітності сімей за допомогою замісного материнства та створенні комфортного психологічного середовища в сучасних умовах для їх життя. Вивчення психологічних аспектів готовності до сурогатного материнства надасть можливість допомагати всім учасникам цих взаємовідносин легше проходити шлях до батьківства в умовах безпліддя родини, в тому ж разі і роботі психолога по супроводженню безплідних пар, які вирішили скористатися ДРТ.

Сурогатне материнство розповсюджено в більшості штатах Америки, деяких країнах Європи та на сьогоднішній день доволі успішно діє в нашій країні. Сурогатне (або «замісне») материнство представляє собою технологію репродукції людини, при якій жінка добровільно погоджується завагітніти, виносити та народити дитину, яку потім віддає на виховання іншим – біологічним та юридичним батькам [47]. Популярність саме сурогатного материнства обумовлюється в першу чергу актуальністю допоміжної репродуктивної технології (ДРТ) у зв'язку зі зниженням народжуваності та зростання числа вимушено бездітних (безплідних) пар.

Проблему сурогатного материнства в науковій літературі в більшості досліджували в нормативно-правовому аспекті (праці Н.А. Аблятіпової, М.В. Антокольської, В.А. Ватрас Я.І. Верес, Х.І. Вонсович, К.А. Гітліна, А.П. Головащук, Л.Ю. Драгневич, Н.М. Квіт, Ю.В. Коренга, П.Ю. Козіна,

А.С. Коломойця, Р.А. Майданика, О.В. Оніщенко, К.О. Рибачка, В.В. Самойлової, Т.В. Сорокіна, Ю.Ю. Таланова та ін.). Психологічна готовність до сурогатного материнства в нашій країні майже не досліджувалася і розглядається науковцями переважно з позиції психологічної готовності до батьківства (А.В. Андрейко, О.В. Безпалько, В.Г. Захарченко, І.Д. Зверева, А.Й. Капська, З.П. Кияниця, В.О. Кузьмінський, Г.М. Лактіонова, Т.Л. Ляха, Р.В. Овчарова, А.М. Сізанов, Г.Г. Філіпова та ін.).

Об'єкт дослідження: готовність до сурогатного материнства.

Предмет дослідження: мотиви, що сприяють готовності подружніх пар та сурогатних матерів до використання допоміжних репродуктивних технологій у вигляді сурогатного материнства.

Мета: полягає у визначенні проблематики сурогатного материнства та аспектів психологічної готовності подружніх пар та замісної матері до сурогатного материнства.

Гіпотеза: на готовність жінки до сурогатного материнства впливають сукупність індивідуальних факторів. Рівень готовності залежить від психологічних особливостей жінки та ставлення до сурогатного материнства у суспільстві і його нормативного регулювання, матеріальної компоненти.

Методи дослідження:

- теоретичний (теоретичний і порівняльний аналіз психологічної та юридичної літератури)
- емпіричні (анкетування, тестування, опитування, бесіда, контент-аналіз).

Враховуючи мету і гіпотезу дослідження, були сформульовані наступні завдання:

- розкрити сутність поняття «сурогатне материнство»;
- вивчити проблематику сурогатного материнства;
- дослідити регулювання сурогатного материнства в Україні та в зарубіжних країнах;

- проаналізувати мотиви і фактори, що впливають на готовність до сурогатного материнства.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що даний напрямок становлення батьківства є новим методом народження дітей і вивчення цього питання, його проблематики, раніше в науці не здійснювалося.

Практичне значення. Матеріали роботи можуть бути використані сімейними психологами, медичними психологами, у пренатальній психології, юридичній психології, для підготовки програм сурогатного материнства.

Надійність та вірогідність дослідження забезпечувалися реалізацією теоретичних і методологічних положень, адекватністю методів дослідження його цілям і завданням, репрезентативністю вибірки досліджуваних; відповідним сучасним апаратом статистичної обробки емпіричних даних.

Структура кваліфікаційної роботи магістра. Складається зі вступу, двох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел 61 найменування. Загальний обсяг основного тексту 106 сторінки. Робота містить 2 рисунка, 1 таблицю та 2 додатка.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА

1.1. Особливості становлення та розвиток сурогатного материнства

Допоміжні репродуктивні технології є одним із вагомих досягнень ХХ століття. Перше народження дитини в результаті штучного запліднення та перенесення ембріона відбулося 25 липня 1978 року у Великобританії того часу кількість осіб, що звернулася щодо лікування з використанням репродуктивних технологій, значно зросла. Серед різноманітних методів допоміжних репродуктивних технологій (далі – ДРТ) вагоме місце посідає сурогатне материнство, яке сьогодні вважається прибутковим бізнесом, що активно розвивається в усьому світі [10].

Слід зазначити, що для повного розуміння явища сурогатного материнства, його тенденцій і частоти наразі не існує надійних статистичних даних, оскільки практично всі країни не мають системи моніторингу випадків сурогатного материнства. Натомість запроваджений в окремих країнах дозвільний режим правового регулювання сурогатного материнства практично не контролюється ніяким органом влади, що на практиці призводить до порушень прав як сурогатних матерів, так і дітей (що часто вважається продажем дітей).

В Україні сурогатне материнство має понад 30-річну історію [4, 168]. Проте скористатися програмою сурогатного материнства більшість українських сімей, що страждають від безплідності, а це 10–15 %, не можуть через її високу вартість. Натомість така програма є привабливою для іноземних громадян через недосконале українське законодавство, що регулює відносини у сфері сурогатного материнства і доступну для іноземних громадян вартість цієї програми. Наведене вище призвело до того, що Україна сьогодні є однією із

привабливих країн для «репродуктивного туризму», незважаючи на те, що правове забезпечення сурогатного материнства є одним із законодавчо нерегульованих і найскладніших питань у галузі сімейного права України та у сучасній юридичній практиці [14].

Варто відмітити, що в Україні немає єдиного нормативно-правового акта, який містив би визначення понять «сурогатне материнство», «сурогатна матір», «договір про сурогатне материнство» тощо, а також регламентував усі аспекти відносин сурогатного материнства. Відсутня також чітка регламентація комерційної програми сурогатного материнства, що може призвести до перетворення дитини і сурогатної матері на «товар». Нерегульованими є суттєві умови договору, що укладаються між сурогатною матір'ю та біологічними батьками (подружжям), що призводить до порушень прав як біологічних батьків, так і сурогатної матері.

Останнім часом проблематика сурогатного материнства стала предметом численних дискурсів як науковців, так і практиків. Незважаючи на наявність науково обґрунтованих пропозицій щодо удосконалення регулювання сурогатного материнства, вітчизняне законодавство у цій сфері є недосконалим.

Вперше поняття «сурогатна матір» було використано у доповіді Ради Європи, де сурогатна матір визначалась як жінка, яка виношує і народжує дитину для іншої особи [2]. При цьому зазначалося, що вона погодилась перед заплідненням після її народження передати дитину цій особі. Нормами чинного законодавства України не визначено поняття «сурогатна матір» і «сурогатне материнство», вони існують, як слушно зазначає Н. А. Аблятіпова, лише в суспільних відносинах, пов'язаних із сучасними ДРТ [3]. Аналіз праць учених, що досліджували поняття «сурогатне материнство», дозволяє нам зробити висновок про те, що визначення поняття «сурогатне материнство» ними наводилось із медичної точки зору [6], правової [7; 8], а також окремими ученими поняття «сурогатне материнство» і «сурогатна матір» ототожнювалися [9; 10]. У зв'язку з цим вважаємо, що слід чітко розмежувати у поняття «сурогатне материнство» і «сурогатна матір».

Так, сурогатне материнство, на думку учених, це: запліднення генетично сторонньої жінки (Ю. Ю. Таланов); штучне запліднення (Ю. Терещенко), процес зачаття (Є. А. Іваєва); вид ДРТ (Ю. В. Павлова); метод ДРТ (Т. У. Борисова); процес виношування дитини (Аніта Стомек). Сурогатна матір – це жінка, яка виношує дитину для інших батьків (Дж. Волтман), здорова жінка, що на основі договору після штучного запліднення виносила та народила дитину для іншої сім'ї (Л. К. Айвар); жінка, яка за допомогою штучного запліднення виношує та народжує дитину для іншої особи або сім'ї, які за медичними показниками не мають змоги зачати та народити дитину (М. В. Сопель); фізично здорова жінка, яка погодилася виносити та народити дитину з метою подальшої передачі подружжю за певну плату або безоплатно (Н. А. Аблятіпова) тощо.

Наведене вище доводить, що «сурогатне материнство» – це дія, яка має певні ознаки: взаємна домовленість осіб, що беруть участь у програмі сурогатного материнства; чітке визначення осіб, які мають право на участь у програмі сурогатного материнства; факт зачаття ЕКЗ з наступною імплантацією ембріона; мета – виношування і народження дитини тощо. Щодо сурогатної матері, то це – фізична особа (жінка), яка має відповідати певним критеріям для участі у програмі сурогатного материнства: вік, стан здоров'я, наявність власних здорових дітей, дієздатність (ст. 211 Сімейного кодексу України) (далі – СК України) [42].

Сурогатне материнство може набувати двох форм: «гестаційне сурогатне материнство» (коли сурогатна матір народжує дитину, але при цьому не є її генетичною матір'ю) – реалізується за допомогою штучного запліднення яйцеклітини майбутньої матері або донора, та «традиційне сурогатне материнство» (коли сурогатна матір є біологічною та генетичною матір'ю дитини) – може реалізовуватися за допомогою штучного запліднення або шляхом інсемінації: сурогатна матір надає яйцеклітину, а сперма надається або батьком, або донором [3]. Іншими словами під сурогатним материнством слід розуміти процес імплантації, виношування та народження дитини виконавцем

(сурогатною матір'ю), яка зачата з використанням генетичного матеріалу замовника (замовників) або донора, на основі договору сурогатного материнства між сурогатною мамою і можливими батьками на оплатній чи безоплатній основі. Саме гестаційне сурогатне материнство ми розглянемо в рамках цієї роботи, оскільки традиційне замісне материнство в Україні, як і у більшості країн заборонено, оскільки даний вид допоміжного материнства (ДМ) має багато етичних недоліків.

Аналіз поглядів учених щодо розуміння сутності сурогатного материнства, систематизації наукових підходів, режиму правового регулювання дозволив виокремити чотири групи наукових підходів:

1) сприйняття сурогатного материнства як некомерційного, що передбачає компенсацію витрат сурогатній матері лише на медичне обслуговування та інші витрати, пов'язані з вагітністю (Є. А. Іваєва, Ю. В. Павлова, М. В. Сопель, Ю. Ю. Терешко та інші);

2) сприйняття сурогатного материнства як комерційного, так і некомерційного (Н. А. Аблятіпова, В. А. Ватрас, В. Н. Леженін, А. О. Митрякова, Ю. В. Коренга, Р. А. Майданик та інші);

3) сприйняття суррогатного материнства як комерційного (Цікареллі Дж, С. Дженікс, Л. Бекман, Дж. Дж. Мілбанк та інші);

4) не сприйняття сурогатного материнства і його заборону (К. О. Зибак, І. К. Кидалов, О. П. Данченко, О. О. Розгон, Ю. Ю. Таланов) та інші.

Щодо вітчизняної практики, то особливістю регулювання суррогатного материнства є те, що воно передбачає як некомерційну його основу, так і комерційну. Слід також вказати на те, що мають місце певні заборони і зобов'язання. Так, забороняється укладати договори сурогатного материнства з одностатевими подружніми парами; самотніми особами; особами, які не перебувають у шлюбі між собою (згідно зі ст. 21 СК України) [16]. Варто також зазначити, що репродуктивна медицина можлива лише за медичними показниками, а не за соціальними. Слід також зазначити, що сімейне законодавство України не допускає можливості оспорування материнства

жінкою, яка виконувала функції сурогатної матері (ч. 2 ст. 123 СК України) та не зберігає за нею права залишити дитину. Європейська практика дотримується зовсім іншого підходу до регулювання питань встановлення материнства у випадку народження дитини сурогатною матір'ю і виходить з того, що матір'ю дитини є та жінка, яка її виносила та народила, що має переважну силу перед правами матері генетичної [5].

Отже, для того щоб більш розважливо та з «найменшими втратами» цей процес закріпився в нашій країні і став частиною національної свідомості, необхідно дослідити міжнародний досвід та безпосередньо історію сурогатного материнства. То що ж нам відомо про сурогатне материнство? Дана процедура нерозривно пов'язана з розвитком технологій у медичній сфері. Дійсно, використовувати сурогатне материнство саме як лікування безпліддя вперше запропонували не так давно, наприкінці 20 сторіччя. Вагомий внесок в це зробили це П. Стептоу та Р. Єдвардс, які нашоувхнулися на спротив з боку Британської медичної асоціації та витратили 4 роки на отримання дозволу на проведення програми (гестаційного) сурогатного материнства [7]. Чи дійсно «днем народження» сурогатного материнства можна вважати кінець 20-го століття?

Проаналізувавши наявну історичну літературу, дослідивши міфи, легенди, релігійні джерела, стародавні тексти, ми можемо дійти висновків, що сурогатному материнству набагато більше років. Перша знайдена згадка про сурогатне материнство датується приблизно 2000 р. до н.е. Це текст Старого Заповіту (Буття, 16), у якому розповідається про дружину Аврама Сару, яка страждала від безпліддя та найняла свою служницю Агар, щоб вона виносила дитину Аврама: «І сказала Сара Аврамові: Ось, Господь замкнув лоно моє, щоб мені не народжувати; я благаю тебе, увійди до служниці моєї: може, я буду мати дітей від неї. Авраам підкорився словам Сарі. І взяла Сара, дружина Аврамова, служницю свою, єгиптянку Агар, після десяти років перебування Аврамового на землі ханаанській, і віддала її Аврамові...» [8]. У Аврама та Агар народився хлопчик, який вважався дитиною Аврама та Сарі. Тут важливо

розглянути юридичний аспект цієї події. Агар була служницею Сарі та, по суті, її власністю, саме тому діти, народжені від служниці, також були власністю Сарі. Наявність цього факту свідчить, що церква, можливо, сама цього не бажаючи, має відношення до історії сурогатного материнства, і слід зазначити, що в тексті Старого Заповіту відсутні будь-які критичні зауваження стосовно випадку з Аврамом, Сарою та Агар.

Ще одна письмова згадка про сурогатне материнство датується 18 століттям до н.е., і це не лише згадка, а законодавчо закріплена норма кодексу законів царя Хаммурапі. В 144 – 147 статтях іде мова про правовідносини між чоловіком та жінкою, яка є безплідною. Як вихід з даної ситуації дружина може «дати» своєму чоловікові рабиню, яка народить їм дитину. Якщо перейти до сучасності і відмовитись від слів «дати» та «рабиня», то в наш час це розглядалося б як програма традиційного сурогатного материнства. Ось короткий уривок зі ст. 146 кодексу законів царя Хаммурапі: «Якщо чоловік візьме собі божу (безплідну) жону, вона дасть своєму чоловікові рабиню, і ця рабиня народить дітей...» [9]. Таким чином, правова історія сурогатного материнства налічує приблизно 3800 років.

Згадки про сурогатне материнство існують у різних народів. Так, наприклад, у джайністській міфології центральним героєм виступає Магавіра – останній 24-й тіртханкар поточного циклу народжень та смертей світу, який жив у 6-му столітті до н.е. Після його зачаття в царстві відзначався розквіт всього прекрасного, наприклад, буйне цвітіння чудових квітів. Але найцікавішим є народження Магавіра. Згідно з міфом, він народився шляхом дивовижного перенесення його ембріона від однієї жінки іншій [10, 41]. У житті, що передувало його новому народженню, він змінив свою карму і втілювався в плід, яким завагітніла Девананда, що входить до касті брахманів. Про це стало відомо богам, і того ж дня завагітніла Трішала, дружина якогось кшатрія. На третьому місяці вагітності, коли жінки опочивали в обіймах своїх мужів, боги вилучили в них обидва плоди і поміняли їх місцями. Так Магавіра не зміг нічого змінити і народився у визначеній богами сім'ї кшатріїв, щоб

стати Тиртханкармом. А Трішала і Девананда, які виносили чужих дітей, стали першими в Індії сурогатними матерями в сучасному значенні цього слова [11].

В часи Стародавньої Греції Плутарх також описував ситуацію, що нагадує сучасне сурогатне материнство: «Стратоніка, розуміючи, що її чоловікові необхідно мати законних дітей для передачі у спадок його царської влади і не народжуючи сама, переконала його зробити дітей з іншою жінкою і дозволити їй, Стратоніці, прийняти їх як своїх рідних. Дейотар, захоплений її самовідданістю, надав їй свободу дій, і вона, вибравши з числа полонених прекрасну дівчину на ім'я Електра, звела її з Дейотаром, а народжених від цього союзу дітей виховала як своїх законних, з любов'ю і прекрасною щедрістю».

У Римі того ж періоду чоловіки віддавали своїх дружин під найм подружнім парам, де дружина була безплідна, і дитина, народжена за допомогою «найманої» матері, в подальшому була законною дитиною безплідної подружньої пари.

У стародавніх євреїв бездітні дружини вдавалися до допомоги рабинь, які народжували дитину від чоловіка такої жінки (наприклад, історія народження Ізмаїла в Книзі Буття). Але першою на руки його брала законна дружина, тим самим демонструючи своє незаперечне право на немовля.

У Кікуйю (народ групи банту у Східній Африці; найбільша за чисельністю етнічна група Кенії) вдова, якщо її вік не дозволяє народити дитину, яка успадкувала би майно покійного чоловіка, від коханця, може найняти жінку, щоб вона народила такого спадкоємця. Така жінка розглядається як дружина померлого, оскільки найнята за рахунок його майна.

Пізніше, в середні віка, аж до 18 сторіччя включно, вектор відношення до сурогатного материнства схилився в інший бік, питання можливості народження дитини іншою особою, ніж дружиною, легітимно суспільством не сприймалось, народжені поза шлюбом діти вважались «бастардами», «незаконнонародженими», «ублюдками», «байстрюками», але поза людські очі безплідні пари все одно таємно використовували сторонніх жінок, служниць для народження спадкоємців, у випадку власного безпліддя.

Зважаючи на все вищесказане, можна зробити висновок, що сурогатне материнство як і все нове, є «давно забутим старим». Від минулого перейдемо до сучасності.

Перша скоординована програма традиційного сурогатного материнства в США – і у світі – була успішно реалізована в 1980 р. за сприяння заснованої за рік до цього доктором Р. М. Левіним компанії Surrogate Parenting Associates, Inc. у Луїсвіллі. Процес обстежень і узгоджень всіляких юридичних документів перед початком програми затягнувся на довгих дев'ять місяців, але сама вагітність настала з першої спроби і завершилася народженням здорового хлопчика. Через п'ять днів після пологів сурогатна мати відмовилася в місцевому суді від прав на народжену нею дитину на користь біологічного батька [59].

Щорічно у другу неділю травня відзначається всесвітній День Матері. Але за статистикою безплідних пар у нашій країні не кожна українка може стати мамою. У середньому кожна п'ята сім'я не має дітей, від 15 до 25% подружніх пар (близько 1 млн) з різних причин стикаються з проблемою безплідності, що можна розглядати як прямі репродуктивні втрати [12]. Безплідність у шлюбі – одна з надзвичайно важливих як особистісних, так і медико-соціальних проблем сьогодення для багатьох країн світу [34]. За складної економічної і демографічної ситуації в Україні ця проблема є дуже значущою і для нашої країни [5], у якій тільки за останні півроку за статистичними даними чисельність населення зменшилась на 120 тис. осіб [6].

Замісне, материнство представляє собою один з найбільш ефективних методів лікування безпліддя шляхом використання сучасних допоміжних репродуктивних технологій [6, 35]. Безплідність – нездатність зрілого організму до запліднення – серйозна проблема репродуктології, за якої є поєднання соціального, психічного і фізичного нездоров'я в сім'ї [7].

Серед соціальних факторів безплідного шлюбу виділяють:

зниження соціальної активності найбільш працездатної групи населення;

різний вплив частоти безплідного шлюбу на демографічну ситуацію у популяції і держави в цілому [7].

На загальноєвропейському рівні важливе значення при вирішенні питань, які стосуються репродукції людини, має прийнята 19 листопада 1996 року Комітетом міністрів Ради Європи Конвенція з прав людини в біомедицині, яка являє собою перший обов'язковий в сфері охорони здоров'я юридичний документ, направлений на захист людини від можливих зловживань, пов'язаних з використанням нових біологічних і медичних методів і процедур. Методи штучного запліднення на міжнародному рівні регулюються також декількома директивами, що ґрунтуються на трьох рекомендаціях Парламентської асамблеї Ради Європи, резолюціями, прийнятими 16 березня 1969 року Європейським парламентом, та рішеннями Комісії з прав людини № 6574/71 і № 7654/76 [15].

Замісне материнство в Україні врегульоване Законом України про «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Законом України «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні», Сімейним кодексом України, які визначають відносини між пацієнтами (жінками, чоловіками) та закладами охорони здоров'я, які забезпечують застосування методик допоміжних репродуктивних технологій та визначають механізм та умови. Докладніше вивчаючи ці нормативні акти ми бачимо, що законодавець передбачив та прописав моменти, які можуть виникати в процесі взаємовідносин між сурогатною (замінною) матір'ю та генетичною матір'ю дитини, і все ж таки спробував їх врегулювати, розуміючи слабкі місця. Сурогатною матір'ю відповідно до закону може бути жінка, яка не має безпосередній генетичний зв'язок з дитиною (гестаційне сурогатне материнство). Дозволяється виношування вагітності близькими родичами майбутніх батьків (мати, сестра, двоюрідна сестра тощо), яка має бути повнолітньою, дієздатною жінкою та за умови наявності власної здорової дитини. Так само визначається хто може скористатися можливістю сурогатного

(замінного материнства), і надаються певні критерії, медичні показники для генетичної матері, такі як:

- відсутність матки (вроджена або набута);
- деформація порожнини або шийки матки при вроджених вадах розвитку або внаслідок хірургічних втручань, доброякісних пухлин, при яких неможливе виношування вагітності;
- структурно-морфологічні або анатомічні зміни ендометрія, що призводять до втрати рецептивності, синехії порожнини матки, які не піддаються лікуванню;
- тяжкі соматичні захворювання, при яких виношування вагітності загрожує подальшому здоров'ю або життю реципієнта, але які не впливають на здоров'я майбутньої дитини.
- невдалі повторні спроби ДРТ (4 і більше разів) при неодноразовому отриманні ембріонів високої якості, перенесення яких не приводило до настання вагітності [4].

Визначаються також умови в яких буде виношуватись дитина, процес передачі її біологічним батькам, оплачуваність чи безоплатність такої послуги тощо.

Законодавець обмежує коло осіб, які можуть скористатись «послугами» сурогатної матері, не дозволяючи замовляти народження дітей іншою особою з «неповажних» причин, а саме: небажання самотійно виношувати задля збереження власної фігури, боязкість народжувати, відсутність часу для самотійної вагітності, з причин побудови власної кар'єри. На перший погляд можна зробити висновки, що законодавство регулює медичні, процедурні, протокольні права та обов'язки громадян у цій сфері, але все набагато глибше. Законотворець торкнувся ряду психологічних проблем, заклавши їх вирішення у юридичні норми [22].

Проаналізуємо як українське законодавство визначає особу сурогатної матері, для розуміння її образу. Якщо вимога повноліття та дієздатності не викликає великих зауважень, адже жінка повинна усвідомлювати наслідки

своїх дій, бути юридично самостійною фігурою та в змозі вступати у правовідносини, зокрема укласти договір сурогатного материнства, то виникає питання: чому обов'язковою умовою є наявність власної здорової дитини, як зазначено у законодавстві?

На перший погляд можна зробити висновок, що народивши власну здорову дитину, породілля і сурогатну дитину народить здоровою, але це твердження не є вірним, оскільки сурогатна дитина не має безпосереднього генетичного зв'язку з жінкою, що її виношує. Скоріш за все, з цієї вимоги вбачається свого роду «страховка» від можливого прив'язування, звикання до дитини і, відповідно, настання негативних наслідків у вигляді залишення малюка собі, незважаючи на укладений договір, на відміну від того, коли жінка має свою рідну дитину, то шанс на те, що залишить чужу, сурогатну, зменшується. Другим фактором може слугувати те, що матір, яка народила власну здорову дитину, вже має певні навички, розуміння, відчуття того, як має себе поводити вагітна жінка, як виношувати дитину і з якою турботою та обережністю ставитися до свого організму й організму ненародженої малечі, який ритм життя вибирати, режим навантажень та відпочинку, емоційну атмосферу, харчування, тобто іншими словами в неї вже є певний досвід і сформована психологічна готовність до виношування та народження дитини.

Стосовно виношування дитини звернімо увагу на роботу Томаса Верні, «Таємниці життя ненародженої дитини», яка червоною стрічкою несе думку про те, що найбільшим важелем у формуванні особистості людини є саме пренатальний період. Основою для її написання стало відкриття того факту, що дитина відчуває, пам'ятає і усвідомлює ще до народження, тому те, що з ним відбувається, що стається з усіма нами протягом дев'яти місяців від зачаття до пологів в значній мірі готує ґрунт і формує особистість, її спонукальні мотиви і цільову орієнтацію [2]. Останні дослідження вказують на тісний фізіологічний та емоційний зв'язок між жінкою та дитиною під час вагітності. Крім того, емоції матері, її оточення, харчування, стрес впливають на розвиток і стан здоров'я дитини. Як правило, сурогатна матір уникає емоційного зв'язку з

дитиною, формує емоційні бар'єри, усвідомлюючи, що дитина буде передана іншим особам на виховання.

У зв'язку з цим існують гіпотези, що це не може не позначитися на розвитку дитини, проте конкретні дослідження щодо такого впливу відсутні.

Незважаючи на появу і успішний розвиток перинатальної психології, вчені до цих пір висловлюють діаметрально протилежні погляди на чинники, що визначають варіативність пренатального розвитку дитини. Як і раніше головує біомедична парадигма, основні детермінанти пренатального розвитку якої - генетичні фактори, [47]. Але одразу виникає питання, чи може генетично чужа мати, надати ту любов і увагу, яку надає рідна мати протягом вагітності, разом з батьком, у процесі очікування поповнення у родині. Можливо припустити, що ні, оскільки замісна матір не відчуває саме материнської любові і прив'язаності, і, навіть, навпаки виникнення такої емоційної прив'язаності до не рідної по крові дитини може створювати майбутню небезпеку генетичним батькам. Існують також обґрунтовані побоювання того, що деяких сурогатних матерів може навпаки сильно психологічно травмувати необхідність віддати дитину, що стала «рідною» після вагітності і пологів (навіть якщо спочатку сурогатній матері здавалося, що вона зможе розлучитися з такою дитиною без особливих хвилювань). Крім того, якість прив'язаності (емоційного зв'язку між дитиною та значимим дорослим), котра визначає якість майбутнього розвитку дитини, при виношуванні однією людиною, а вихованні іншою, ставиться під сумнів деякими фахівцями, підвищує ризик порушень прив'язаності, виникнення шпиталізму та, врешті, ускладнень чи порушень у розвитку дитини, психічному і фізичному, оскільки для нової активності дитини відкритий тільки один шлях до зовнішнього світу — шлях, який пролягає через дорослу людину. Якщо фізично дитина відокремлюється від матері в момент пологів, то біологічно вона залежить від неї до самого кінця немовлячого періоду, поки не навчиться самостійно ходити, а її психологічна емансипація від матері наступить узагалі тільки в ранньому дитинстві. Тому основне новоутворення немовлячого віку — це первісна

свідомість психічної спільності з дорослим, з матір'ю, що передує виділенню власного «Я» [46].

У перинатальній психології є поняття стилю проживання вагітності (Філіппова, 2002). Воно включає кілька параметрів, в тому числі особливості відносини з дитиною і до дитини ще під час вагітності. Оптимальним для розвитку дитини є адекватний стиль проживання вагітності її матір'ю. самим складним для розвитку дитини є ігноруючий стиль, з майже відсутньою комунікацією. У програмі сурогатного материнства ми спостерігаємо частіше ігноруючий стиль як у генетичної матері (за фактом відсутності будь-якого спілкування з сурогатною матір'ю і, відповідно, з дитиною під час вагітності), так і у жінки, що виношує дитину. Ігнорування означає відстороння, дистанцію. У цих випадках психологічне «ігнорування» дитини можна розглядати як функцію психологічного захисту від прихильності до нього, щоб уберегти себе від психологічного болю при подальшому відмову від нього після пологів відповідно до договору. Зміна стилю в бік більшої включеності призведе до зростання прихильності до дитини у сурогатної матері і ризику наростання внутрішнього конфлікту між двома мотивами - матеріальним і материнським [43, 19].

Науковці часто порівнюють сурогатне материнство із ситуаціями, коли діти, покинуті батьками, передаються на всиновлення чи інші форми влаштування дітей. Крім того, дитина може бути небажаною для матері. Проте у випадку із сурогатною матір'ю ситуація складніша, оскільки з самого початку метою є виносити та народити дитину для інших осіб. До того ж науковці відзначають, що у випадку сурогатного материнства, майбутні батьки за допомогою передових технологій впливають на генетичну спадщину дитини не тільки шляхом вибору донора (або донорів), але і вибором статі майбутньої дитини. Витрачаючи значні кошти, майбутні батьки хочуть отримати якісний результат – здорову дитину.

У літературі існує приклад, коли від Гаммі, народженого сурогатною матір'ю в Таїланді, відмовилися через синдром Дауна [7]. Крім того,

замовчується проблема смертності серед сурогатних матерів. Офіційна статистика відсутня не тільки в Україні, але і в зарубіжних державах. У літературі можна знайти опис двох опублікованих випадків в Індії 2012 року, коли одна жінка померла після народження дитини для американської пари, і в неї залишилося двоє рідних дітей, а інша жінка померла після народження близнюків для норвезької пари через гепатит, набутий під час вагітності [2, 10].

Стаття 123 пункти 1,2,3, Сімейного кодексу України визначає походження дитини, яка була народжена в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій [47]. Х.І. Вонсович підкреслює, що після народження дитини в результаті програми сурогатного материнства, подружжя, яке звернулося до зазначеного способу реалізації власного права на батьківство, бере на себе рівні права та обов'язки батьків щодо майбутньої дитини, її виховання та утримання [2, 25]. Важливим чинником формування відношення батьків до дитини є рівень їх батьківської компетентності та готовності до батьківства, а й відповідно до сурогатного материнства. Тобто сурогатне материнство як і звичайна вагітність передбачає готовність сімейної пари до майбутнього батьківства. Наступною проблемою в ряді інших є вивчення питання яким є процес формування такої готовності у батьків, які протягом періоду вагітності не спостерігали за формуванням своєї дитини, наприклад, за збільшенням розмірів живота матері, як ознаки зростання ненародженого малюка, відчуття його ворухіння, «засинання та пробудження», спілкування з майбутнім нащадком та зворотного зв'язку на таку комунікацію. Все це потребує детального дослідження, оскільки має певні специфічні відмінності від формування «звичайної» готовності пар до народження дитини.

Відомо, що навіть власна вагітність жінки та народження нею дитини змушує батьків пережити цілую бурю емоцій, очікувань. А коли ця вагітність в межах програми сурогатного материнства, це викликає додаткові переживання та побоювання для сімейної пари, як на фоні власних думок і хвилювань, так і завдяки суспільним стереотипам. Треба розуміти, що труднощі із зачаттям дитини - глибоко інтимна тема, яку не хочеться обговорювати ні з

ким. А близькі люди, родичі, потенційні бабусі та дідусі, які не знають про такий негативний нюанс, лише підливають масла у вогонь питаннями про поповнення, кваплячи с народженням нащадків. Подібні ситуації іноді призводить до серйозних незлагод в сімейних відносинах, звинуваченнями і докорів, а почути в такий ситуації висновок фахівця про безпліддя – сильне потрясіння, знецінення у власних очах і в очах оточуючих. Психічне неблагополуччя, що може бути наслідком такого нервового напруження, характеризується лабільністю нервової системи, формуванням комплексу неповноцінності, розвитком тяжких психосексуальних розладів, що у результаті стає причинами або нестійких сімейних відносин, або призводить до їхнього руйнування взагалі. Безплідність у шлюбі – одна з дуже тяжких стресових ситуацій. Особистісні якості бездітних пар значно відрізняються від людей такого самого віку і соціального статусу які мають дітей. Психологічні тести характеризують більшу нестійкість, страх, невпевненість у собі, труднощі соціальних контактів [58]. Почуття провини за відсутність дітей у сім'ї вище у жінок, разом з тим у них сильніше розвинені швидкість реакції, відчуття напруження і емоції, які свідчать про наявність постійного вогнища пригнічення настрою [11].

Становище безплідної жінки з історичної та релігійної точки зору також було невігідним, з'ясувати «винуватця» безплідності за минулих часів медицина не дозволяла, а головним регулятором розвитку суспільства і його моральних засад була релігія, що не схвалювала шлюб з безплідними жінками. У суннах Пророку, які збирав Абу Дауда, ісламський стародавній вчений хадісознавець, що мають назву Сунан Абу Дауда, в одній з хадіс (запис традицій або висловлювань пророка Мухаммеда) так описують ситуацію про шлюб з безплідною жінкою з релігійної точки «Один чоловік прийшов до Посланця Аллаха і запитав: «Я познайомився з красивою жінкою з хорошого роду, але відомо, що вона безплідна. Чи можу я одружитися з нею? Посланник Аллаха відповів: «Ні». Людина прийшла і поставив це питання ще раз, але Пророк знову заборонив йому. Коли цей сподвижник прийшов втретє, Пророк

сказав йому: «Одружуйтесь на люблячих і часто народжують жінок, бо я буду пишатися вашою численністю перед іншими громадами». Коран говорить, [52, 223]. що жінки для чоловіків – поле для засіву, оскільки однією з важливих цілей шлюбу - на додаток до збереження цнотливості і задоволення своїх фізичних потреб законним чином - є дітонародження.

Теж не простий погляд в іудаїзмі та християнстві на жіноче безпліддя. Згідно Торі, Всевишній, створивши перших людей, звернувся до них з такими словами: «Плодіться і розмножуйтеся, і наповнюйте землю, і опануйте нею ...» [44, 28]. Єврейська і християнська традиції розуміють ці слова по-різному. Християни вважають, що в даному випадку мова йде про благословення, оскільки перед цим сказано: «І благословив їх Бог». Однак з єврейської точки зору цей вірш слід розуміти як заповідь, відповідно до якої людина зобов'язана мати дітей. Як писав Рамбам, «нам заповідано розмножуватися, щоб рід людський не припинивши» [34, 212]. В іудаїзмі чоловік мав право розлучитися з безплідною жінкою без її згоди, і, в свою чергу, безплідним жінкам заборонялося повторно брати шлюб. Пізніше цей закон було змінено і розлучення без згоди дружини не дозволялось. Тоді певний період розглядалась можливість дозволу чоловіку єврею брати другу дружину не розриваючи шлюбу з першою.

У християнській релігії бездітність у шлюбі розглядалась як випробування, чи як покарання послане людині за якісь гріхи, що також можна розглядати як негативне ставище до безпліддя, у контексті «ти згрішив, тому безплідний».

З огляду на вищезазначене можна вбачати, що становище жінки, яка не могла народжувати дітей мало невігідне положення, і наслідком такого положення речей був шок, фрустрація, почуття провини, депресія.

В розрізі обраної тематики дослідження потрібно надати визначення подружній парі в контексті виховання дитини та формування психологічної готовності до сурогатного материнства. Тут недоречно апелювати юридичним терміном подружжя, адже мова йде про психологічний аспект. На наше

переконання, подружня пара в більшості випадків набагато більш якісно підготовлена до сурогатного материнства, у порівнянні з одинокою жінкою. Подружня пара з психологічної точки зору характеризується психо-емоційними зв'язками один з одним.

Тож за обсягом поняття подружньої пари вже буде ширшим за поняття подружжя, адже воно включає у себе не тільки офіційно одружених чоловіка та жінку, а й чоловіка та жінку, які уклали релігійний чи традиційний шлюб. Жінка у подружній парі має більшу ступінь готовності до сурогатного материнства через підтримку з боку чоловіка. В такому разі дитина виховуватиметься у повній родині і зможе гармонійно розвиватись. Проте, на нашу думку, людей, які проживають підтримуючи фактичні шлюбні відносини неможна назвати подружньою парою, перш за все з причини меншої стійкості таких стосунків.

Тож подружня пара – це стабільний довготривалий сімейний союз жінки та чоловіка, заснований на їхньому психо-емоційному зв'язку та почутті прив'язаності один до одного. Дане визначення не можна вважати універсальним. Але в цілому тут відображаються риси властиві більшій частині подружніх пар. Відмінність подружньої пари від самотньої жінки криється у більш високому рівні психологічної готовності до сурогатного материнства.

За загальним правилом, подружня пара може дати дитині, народженій за допомогою сурогатного материнства, кращі умови життя. Крім того, жінка у подружній парі комфортніше приймає факт сурогатного материнства через підтримку з боку чоловіка. В такому разі рішення про застосування сурогатного материнства приймаються парою спільно. Отже, саме подружній парі більш оптимально використовувати сурогатне материнство, ніж окремо самотній жінці.

В сучасному суспільстві відношення до безпліддя вже не є таким категоричним, але і не сприймається позитивно. Подружні пари, що стикнулися з цією проблемою можуть страждати від інтенсивного відчуття роздратування, безвиході, втрати самовладання, заздрості до людей, які не знають такої проблеми, і депресій. Реакція чоловіків і жінок на діагноз безпліддя часто різна

і це так само може позначатися на особистих взаєминах, тому важливою складовою у проблематиці, що пов'язана з вирішенням питання безпліддя є не тільки питання впоратися з настанням материнства, але й подолати стрес чи депресію, які крокували до прийняття рішення про використання ДРТ. Подолати можливі розбіжності з другою половинкою, невдоволення собою або серйозні моральні дилеми та внутрішні конфлікти.

Безплідність у шлюбі – одна з дуже тяжких стресових ситуацій. Особистісні якості бездітних пар значно відрізняються від людей такого самого віку і соціального статусу, але які мають дітей. Психологічні тести характеризують більшу нестійкість, страх, невпевненість у собі, труднощі соціальних контактів [8]. Почуття провини за відсутність дітей у сім'ї вище у жінок, разом з тим у них сильніше розвинені швидкість реакції, відчуття напруження і емоції, які свідчать про наявність постійного вогнища пригнічення настрою [31]. Незважаючи на переконливі дані про значні психологічні відхилення у подружжя в безплідних шлюбах, до сьогодні не вирішено питання щодо первинності у виникненні даної патології: чи призвела відсутність дітей до психоемоційних розладів, чи такі відхилення спричинили порушення репродуктивної функції [52].

Аналогічна ситуація виникає під час розгляду питання про психосексуальні проблеми безплідних шлюбів: близько 30% пацієнтів мають відхилення від показників нормальної схеми сексуальної поведінки [13]. Проблема лікування безплідності подружніх пар є однією з найбільш актуальних у сучасній медицині. Допоміжні репродуктивні технології міцно посіли своє місце у комплексі медичного лікування безплідності і набувають усе більшої популярності у лікарській практиці [16], що дозволяє сьогодні «обійти» деякі фізіологічні проблеми, допомогти парам стати батьками і продовжити свій рід. ДРТ включають методики лікування, за яких маніпуляції з репродуктивними клітинами, окремі або всі етапи їхньої підготовки, процеси запліднення та розвитку ембріонів до перенесення їх у матку реципієнтки здійснюються в умовах *in vitro* [17]:

Оскільки, як з'ясовано вище, скористатись ДРТ можуть пари, які мають вади вроджені, або набути, тому на шляху до прийняття рішення про залучення сурогатної матері, такі потенційні батьки вже крокували тяжкою дорогою невдалих проб завагітніти. Саме тому вірне розуміння проблеми і шляхів її вирішення формують готовність до кроку використання допоміжних репродуктивних технологій у вигляді замісного материнства і будь-які питання, що виникають в парі з репродуктивними проблемами, потребують спеціального аналізу і фахового вивчення. Треба дослідити моральну і психологічну готовність учасників взаємовідносин у сурогатному материнстві до такої взаємодії, вивчити весь комплекс змін, що відбувається з ними, оскільки в літературі переважно представлені проблеми замісного материнства в рамках юридичної та біомедичної парадигми.

Також новий виклик, що став на шляху реалізації права на батьківство в сучасний момент, стала світова пандемія, що викликала несподівану проблему, пов'язану з реалізацією генетичними батьками свого права на возз'єднання з дитиною. Оскільки у великій більшості послугами замісних матерів користуються іноземці, що обумовлено матеріальною складовою програм сурогатного материнства.

Виходячи з наведеного вище, можна виділити такі ознаки сурогатного материнства в Україні:

- наявність взаємної домовленості між суррогатною матір'ю та замовниками;
- факт зачаття дитини шляхом проведення ЗІВ та імплантації ембріона;
- обов'язкове використання генетичного матеріалу замовників;
- специфічна мета – виношування та народження дитини для подальшого передання її генетичним батькам.

У разі використання методу сурогатного материнства для продовження свого роду виникає багато морально-етичних і психологічних проблем. Виокремлюють такі негативні особливості даного методу:

- сурогатне материнство перетворює дітей на товар;

– йде комерціалізація даної сфери, тобто сурогатні матері потроху перетворюються на «агентства» з надання такого виду послуг, за що отримують свій заробіток;

– материнство стає договірною роботою, тобто відкидаються всі моральні настанови про єдність матері та дитини [45].

Комерційне сурогатне материнство повністю легальне в Україні з 1997 р. Законодавство України дозволяє проходити процес сурогатного материнства будь-якій людині. Закон України описує всі необхідні вимоги, щоб розпочати процес абсолютно легально.

Для вивчення відношення українських жінок до використання послуг замісної матері було проведено опитування групи жінок дітородного віку, у кількості трьохсот тридцяти осіб, в місті Запоріжжі, з середньою спеціальною та вищою освітою, які мають достатній рівень життя, і було поставлено три питання:

- 1) за чи проти сурогатного материнства,
- 2) що вважаєте кращім особисто для себе у випадку необхідності, : допомогу сурогатної матері, чи всиновлення,
- 3) мотиви сурогатної матері - суто заробіток, чи заробіток та допомога бездітній родині.

Та отримані наступні відповіді

- 91% висловився за сурогатне материнство, 9% проти;
- особисто для себе 62% опитуваних жінок обрали б послуги замісної матері, а на всиновлення зважились би 38%,
- 61% вважає, що сурогатна мати керується суто мотивами заробітку і лише 39% вкладають в цей процес аспект допомоги безплідним сім'ям.

Цікавість відповідей полягає в тому, що переважна більшість висловлюється за сурогатне материнство та віддає перевагу такому вирішенню проблеми безпліддя ніж всиновлення, проте варто зазначити, що скористатися програмою сурогатного материнства більшість українських сімей, що страждають від безплідності, а це 10–15 %, не можуть через її високу вартість.

Натомість така програма є привабливою для іноземних громадян через доступну для іноземних громадян вартість цієї програми. Наведене вище призвело до того, що Україна сьогодні є однією із привабливих країн для «репродуктивного туризму».

Недостатньо дослідженими є психологічні аспекти сурогатного материнства:

- психологія дитини, народженої сурогатною матір'ю;
- психологія сурогатної матері, якій необхідно розлучитися з дитиною, що внутрішньоутробно в ній розвивалася;
- психологія потенційних батьків, які не змогли реалізувати своє право на батьківство без ДРТ, тощо.

Не викликає сумнівів лише той факт, що сім'ї потрібна допомога кваліфікованого психолога, щоб уникнути непорозуміння та конфліктів, особливо якщо сурогатна матір із близького оточення сім'ї, з ким дитина буде безпосередньо контактувати протягом життя [53].

Програма сурогатного материнства, як і будь-який інший метод, пов'язаний з певними ризиками, зокрема ймовірністю настання багатоплідної вагітності або народження дитини з вадами розвитку. Такі програми є досить тривалими, тому в житті їх учасників можуть статися суттєві зміни. Звичайно, не видається можливим передбачити всі сценарії розвитку подій, але практика підказує, як урегулювати ключові ситуації:

- у випадку народження кількох дітей батьки зобов'язуються прийняти їх усіх та зареєструвати, вказавши себе батьками;
- у разі народження дитини з вадами розвитку чи з особливими потребами, що не пов'язано з виконанням зобов'язань за договором про виношування дитини сурогатною матір'ю, подружжя не має права відмовитися від неї та зобов'язане своєчасно здійснити державну реєстрацію народження дитини, вказавши себе батьком і матір'ю;
- у випадку розірвання шлюбу або визнання його недійсним у період вагітності сурогатної матері потенційні батьки разом чи кожен окремо

зобов'язані прийняти немовля, здійснити державну реєстрацію його народження із зазначенням обох з подружжя батьками;

- у разі смерті одного з потенційних батьків або визнання померлим під час вагітності сурогатної матері всі права та обов'язки за договором про виношування дитини переходять до того з потенційних батьків, хто залишився живим. Він/вона зобов'язані прийняти новонароджену дитину та вжити заходів щодо державної реєстрації її народження із зазначенням обох з подружжя батьками;

- у випадку смерті або визнання померлими обох із подружжя, яке брало участь у програмі сурогатного материнства, до народження дитини, батьками такої дитини визнається подружжя[25].

Останній випадок, звичайно, є найскладнішим і потребує уваги до подальшої долі дитини. Найкраще інтересам немовляти відповідатиме його передання близьким родичам генетичних батьків з проведенням подальшої процедури усиновлення, і лише у випадку їх відмови від усиновлення дитина має бути передана під опіку держави.

Слід зазначити, що окрім поступового вивчення, розвитку та врегулювання феномену замісного материнства існують і його супротивники, які побоюються порочної практики перетворення дітей на товар, створення ситуації, при якій багаті люди зможуть наймати жінок для виношування своїх нащадків.

Багато феміністок вважають, що практика виношування дитини в обмін на грошову винагороду означає експлуатацію жінок, адже передбачає використання важкої репродуктивної праці жінки, її тіла за гроші, чим фактично зближується з проституюванням жінок та торгівлею людьми. Такий акцент на тілесності зводить жінку до об'єкта, а також ігнорує ризики та шкоду для здоров'я (включаючи психічну й психологічну), котрі наносяться їй вагітністю, після того, як гроші виплачено.

Існують також обґрунтовані побоювання того, що деяких сурогатних матерів може сильно психологічно травмувати необхідність віддати дитину, що

стала «рідною» після вагітності і пологів (навіть якщо спочатку сурогатній матері здавалося, що вона зможе розлучитися з такою дитиною без особливих переживань).

Не менш важливим та гострим є морально-етичний аспект процедури сурогатного материнства. Суспільство розділилося на два протилежні табори «за» і «проти». Супротивники сурогатного материнства однозначно заявляють, що: сурогатне материнство – це неприродний процес, і оскільки він не передбачений самою природою, він є абсолютно недопустимим у людському суспільстві; сурогатне материнство перетворює дітей на товар, а товар, як відомо, продається і має свою ціну; це доволі дорога процедура і тому лише для заможних, а люди, у яких недостатньо коштів та які мають ті ж самі проблеми, не можуть скористуватися нею. Проти сурогатного материнства виступає й українська православна церква, порівнюючи цю процедуру з гріхом і вважаючи її такою, що суперечить Біблії [44]. Деякі церковні групи вбачають дегуманізуючу, аморальну тенденцію, що посягає на святість шлюбу та сім'ї.

Поширення шахрайства на репродуктивному материнстві, коли винагорода за виношування дитини не виплачується, їй не надаються домовлені права, та навіть натомість втягують у судову справу, також викликає занепокоєння у міжнародній спільноті та змушує країни переглядати свої погляди на це питання.

Прихильники використання ДРТ у вигляді замісної матері мають протилежну точку зору. Вони зазначають, що іноді для бездітної сім'ї це єдиний спосіб мати дитину, і розцінюють сурогатне материнство як гуманний акт любові та співпраці. Звичайно, цей ак пов'язаний із потенційною небезпекою для сурогатної матері, але вона може її оцінити і свідомо ризикувати. Прихильники сурогатного материнства не вважають його формою експлуатації жінок, стверджуючи, що жінка, яка добровільно вирішила стати сурогатною матір'ю, отримує за виконання цієї ролі достатню матеріальну компенсацію, а також моральне задоволення від користі, що вона приносить суспільству [36, 16].

Сучасна людина вже давно використовує багато речей не передбачених природою. Найяскравіший приклад – імплантація хворій людині органів, узятих у інших людей. У разі імплантації ні у кого не виникає питань про допустимість або неприпустимість такої операції і про морально-етичні проблеми, що виникають при цьому. Це вважається правильною і благородною справою. Чому ж тоді застосування сурогатного материнства викликає стільки дискусій і запитань? Чим, по суті, відрізняється сурогатне материнство від імплантації органів з точки зору морально-етичних норм [49].

На жаль плоди наукового прогресу зіштовхуються зі стіною непорозумінь та різкою критикою. Не треба забувати, що не так давно люди вірили, що Сонце оберталось навколо Землі, а людина ніколи не зможе піднятися в небо. Дійсно, все нове повинно бути осмислене суспільством та пройти складну процедуру дискусій, досліджень і отримати свій вирок: існувати чи ні. Для сурогатного материнства цей процес ще не закінчився. Саме тому в Україні дедалі частіше програма сурогатного материнства висвітлюється в ЗМІ й стає предметом обговорень та досліджень. Усе це спрямовано на те, щоб дати відповідь на запитання: чи є в українського суспільства потреба в сурогатному материнстві? Відповідь на нього дають такі факти:

– по-перше, згідно з розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 квітня 2006 р. № 244-р «Про схвалення Концепції Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на 2006–2015 роки»» одним із важливих показників стану репродуктивного здоров'я населення є безплідність. На сьогодні 10–15 % українських сімей страждають від безплідності, що можна віднести до прямих репродуктивних втрат. Кількість безплідних подружніх пар сягає близько 1 млн [46];

– по-друге, згідно із Сімейним кодексом України (статті 49,50) жінка має право на материнство, а чоловік – на батьківство [47], і для безплідного подружжя програма сурогатного материнства може бути єдиним шляхом скористатися цим правом і стати повноцінною сім'єю;

– по-третє, в Україні сурогатне материнство (як комерційне, так і некомерційне) не заборонено і успішно проводиться вже багато років;

– і останнє, саме сурогатне материнство дає змогу поєднати безплідне подружжя з дитиною генетично, використавши їх генетичний матеріал. Тож потреба існує, але чому так багато супротивників? Проаналізувавши статті та висловлювання тих, хто заперечує сурогатне материнство з морально-етичних причин, можна зробити висновок, що більшість із них не проти самого сурогатного материнства, а проти безконтрольності цього процесу, і вони праві.

Сурогатне материнство – це лише один із сучасних біоетичних викликів перед українським та світовим суспільством. Лібералізація у сфері біомедицини охоплює значну кількість країн, однак легальне сурогатне материнство на комерційній основі залишається часткою небагатьох. Виникає закономірне питання: чому уряди тих країн, в яких дозволені маніпуляції людським життям та його знищення у вигляді широко практикованих абортів та евтаназій, все ж не дозволяють практики комерційного «замінного» материнства? Якщо сурогатне материнство – це лише одна із форм «лікування безпліддя», як про це можна почути з уст прихильників цієї практики, то чому не може така «терапія» бути оплачуваною у переважній більшості країн світу?

Існує і така точка зору, що сурогатне материнство за своєю суттю суперечить поняттю материнства як такого. Материнство передбачає дарування себе, тоді як сурогатне материнство – посідання; перше спрямовується на благо дитини, тоді як ціллю останнього є досягнення блага батьків. Природне материнство є стосунком, тоді як сурогатне материнство – засобом; для матері дитина є ціллю сама собою, тоді як для протагоністів сурогатного материнства дитина є реалізацією власних інтересів. А про права дитини у практиці допоміжного материнства взагалі не йдеться. Натомість говориться про право подружжя мати дитину. Бажання подружньої пари мати потомство, генетично споріднене з нею, є закономірним і природним, однак бажання чи привілей не є правом. Поза сумнівом, бажання пари мати дитину є законним; проте ідентифікація законного бажання з суб'єктивним правом є не вірним.

Підставою для сурогатного материнства, отже, є інтереси замовників, а також сурогатної матері (у випадку комерційного полагодження справи). Тому дитина у цьому процесі можна також розглядати, як об'єкт самоствердження подружжя, до певної міри об'єктом стає і сама сурогатна матір, попри те, що діє як суб'єкт, коли погоджується на використання свого тіла, а отже, себе самої.

Материнство, яке покликане бути глобальним досвідом для жінки, у своїй сурогатній формі стає розділеним на три види: генетичне, гестаційне та соціальне. Під поняттям генетичного материнства мається на увазі донорство генетичного матеріалу, тобто яйцеклітини. Гестаційною матір'ю є та, яка виношує дитину, тобто «позичає» лона, тоді як соціальна матір опікується дитиною після народження та бере відповідальність за її виховання. Внаслідок чого існує гіпотеза, що розділене материнство може спричинити послаблення зв'язку матір - дитина. Навіть якщо дитина перебуває в стосунку лише з однією матір'ю, свідомість існування іншої співматері (чи інших співматерів) розмиває інтенсивність цього стосунку. Змінюючи природу зв'язку між матір'ю і дитиною, феномен сурогатного материнства водночас руйнує структуру ідентичності матері. Батьківство і материнство, розділене у собі, вносить непевність і замішання у пізнання людиною своїх коренів. Парадокс сурогатного материнства полягає не лише в тому, що материнство може бути розділеним поміж трьох жінок (донором яйцеклітини, заміною матір'ю, соціальною матір'ю), а й у факті, що жодна з них не може бути з певністю названа матір'ю [35].

Слід підкреслити, що важкість визначення особи матері виникає зокрема на біологічному рівні. Помилково вважати, що біологічне материнство є еквівалентним генетичному. Генетична спадковість безсумнівно має неабияку вагу в біологічній ідентичності організму, однак не вичерпує її. Якщо одна жінка є донором генетичного матеріалу, а інша – донором лона, то обидві будуть біологічними співматерями. Від гестаційної матері немовля отримує, до прикладу, імунну систему та весь комплекс захисних механізмів організму.

Отже, якщо у практиці сурогатного материнства гестаційна матір не є водночас генетичною, можна з певністю стверджувати, що дитина має двох біологічних матерів, що саме у собі є новизною, яка найбільше бентежить і є найменше прийнятною з-поміж усього, що біогенетика створила у сфері людського дітонародження.

Ствердивши біологічну спорідненість сурогатної матері і виношеної нею дитини, необхідно також визнати психологічний зв'язок, що твориться між ними. Цей зв'язок, званий вісцеральним, тобто внутрішнім, є нерозривним за своєю природою, а отже, не може не мати впливу на подальше життя дитини. Очевидним виявом міцності зв'язку між матір'ю та дитиною в період виношування є те, що після народження дитина відразу впізнає голос матері.

Цей голос є не лише фактором відчуття безпеки для дитини, а й впливає на формування її слухового апарату. Материнський голос виконує, отже, роль неабиякої важливості і є незамінним в психо-фізичному розвитку плоду і новонародженого, а також виглядає, що є найважливішим – можливо єдиним – засобом розпізнавання новонародженим матері протягом перших трьох-чотирьох місяців життя. Тому соціальна матір, якщо вона відрізняється від гестаційної, доводиться дитині на перших етапах її життя невідомою особою. Натомість єдина особа, яку розпізнає дитина, у програмі сурогатного материнства відразу стає для неї недоступною.

Залежно від платної чи безплатної основи, сурогатне материнство ділять на два види: альтруїстичне і комерційне. Альтруїстичне сурогатне материнство не передбачає оплати послуг сурогатної матері, тоді як комерційне побудоване на договорі про грошову компенсацію за «позичання» лона. Зазвичай у першому випадку сурогатною матір'ю стає родичка когось із пожружжя - «замовників» або ж близька їм особа, тоді як у другому – невідома або маловідома жінка.

Альтруїстичне сурогатне материнство можна сприйняти як форму донорства органів, яке є даром частини власного тіла заради охорони здоров'я чи життя інших осіб. У випадку ж «позичання» свого тіла чи донорства

статевих клітин охорона здоров'я чи життя інших осіб зовсім не є метою вчинку. Такою ціллю є «продукування» нового життя, а не захист уже існуючого.

Специфічність сурогатного материнства полягає також в тому, що дитина, народжена сурогатною матір'ю, біологічно пов'язана зі своїми батьками інакше, аніж звичайно, і що вона є бажаною ними за всякий кошт. Пара, яка вдається до програми сурогатного материнства, прагне за будь-яку ціну мати дитину, генетично споріднену бодай із одним із неї. Дитина стає не ціллю сама в собі, але засобом осягнення цілі батьківства.

Сурогатна матір стикається з особливими труднощами, якщо несподівано для себе відкриває емоційно-чуттєву прив'язаність до виношуваної нею дитини. Соціальна ж матір живе «подвійною дійсністю», усвідомлюючи, що не є гестаційною матір'ю, чи взагалі не є біологічно пов'язаною з дитиною. Народження дитини сурогатною матір'ю вносить зміни в структуру та внутрішні відносини в обох сім'ях: тій, яка приймає дитину на виховання, та власне в сім'ї сурогатної матері. Щодо першої, то така сім'я руйнується втручанням третьої сторони в процес її дітонародження, оскільки подружня єдність чоловіка і жінки, через яку приводиться у світ потомство, за своєю природою виключає присутність «третьох» усередині себе.

Також цікавий момент, що можна розглядати в проблематиці сурогатного материнства це право на сурогатне материнство у осіб які мають певні особливості, а саме - мають спадкові хвороби, похилий вік тощо. В природньому плані вони позбавлена «права» продовження роду чи ні? Дискусійне питання.

Наступний дискусійний момент у проблематиці сурогатного материнства все ж таки вбачається у тому, що законодавець визначив перебування в юридичному шлюбі як за обов'язкову умову для використання цього виду ДРТ. Подружжя, як сімейний союз жінки та чоловіка зможе набагато краще впоратись із завданням щодо забезпечення виховання та розвитку дитини. Видається, що це зроблено з метою подолання кризи сімейних цінностей,

визнання сімейних цінностей на найвищому державному рівні. Шлюбні відносини мали б створити стабільність у сімейних стосунках. Репродуктивна функція є основною для сім'ї, онтологічним та аксіологічним ціннісним еквівалентом є діти. Природним правом людини є право на продовження роду, право на батьківство та материнство. Це бажання будь-якої психологічно здорової людини.

Довгий історичний етап цивілізації визначав позашлюбних дітей ізгоями суспільства, обмежуючи їх повною мірою у правах. Таке ж ставлення було і до дорослих осіб, які проживали поза шлюбом. Трансформація ідеології суспільства вплинула і на сімейні та родинні відносини. Шлюб у класичному розумінні перестав асоціюватися з необхідним елементом сімейних відносин. Кількість людей, які з різних причин не бажають пов'язувати себе узами шлюбу, значно зросла. Бажання ж мати дітей залишилось. Усе більше людей просто живуть разом і заводять спільних дітей, не звертаючи уваги на таку формальність, як “штамп у паспорті”. На думку відомого французького демографа та історика Алена Блума, сам інститут шлюбу безнадійно застарів: “Традиційний інститут шлюбу не створює передумов для збільшення народжуваності [40].

Відсутність штампа в паспорті більше не є причиною для того, щоб відмовлятися мати дитину” Так, в скандинавських країнах від 40 до 60 % дітей народжуються поза шлюбом.

Також звернемося до практичних показників суспільних відносин. При колізії між суспільною реальністю та правовими заборонами, в кінцевому результаті, перемагає суспільна реальність. Практично кожна друга сім'я зареєстрована в Україні розпадається. Так, за останні роки відсоток розлучень становив 30–40 %, а частка розірвання шлюбу серед молоді до 35 років – більше 60 % від загальної їхньої кількості. За даними державної реєстраційної служби України, ніж кількість зареєстрованих актів укладення шлюбів становила 278276, а їхнє розірвання – 49807. Це ілюстрація того, що шлюб як юридичний інститут не дає сталих сімейних відносин.

Вважаємо, що факт реєстрації шлюбу все ж таки не може бути правомірним обмеженням права на використання репродуктивних прав у разі безпліддя. Обмеження права одинокої особи, яка не перебуває у фактичних шлюбних відносинах можливості продовження роду шляхом використання сурогатного материнства також визначаємо неправомірним.

Використання методу сурогатного материнства для продовження свого покоління породжує не лише правові проблеми, але й морально-етичні та психологічні проблеми. Кожні правові аспекти, як пов'язані з репродукції людини методом сурогатного материнства мають своїх як і прихильників, так і противників. Тільки незначна кількість людей залишаються осторонь цієї проблеми. Дійсно, на ваги покладено багато – життя дитини, і бути халатним у цьому питанні не можна.

Переведення процедури сурогатного материнства з непередбаченого до відлагодженого процесу дасть змогу уникнути багатьох проблем і, можливо, основної – низької народжуваності в Україні. Не зважаючи на наявність прихильників чи супротивників сурогатного материнства, воно існує, і не лише існує, а набирає обертів як у світі, так і в Україні.

1.2. Порівняльний аналіз стану сурогатного материнства за кордоном та в Україні

Відношення суспільства до замінного материнства у світі дуже відрізняється. Альтруїстичний режим прийнятий у таких країнах: Австралія, Канада, Великобританія, Нідерланди, Бельгія. Дозвільний режим, за яким країни дозволяють сурогатне материнство на законодавчому рівні, з певним регулюванням деяких аспектів. Приклади країн: Грузія, Індія, Російська Федерація. Однак при цьому існують деякі варіації правового режиму. Наприклад, в Ізраїлі сурогатне материнство контролюється державою, тобто на

кожен крок потрібно отримати дозвіл. У Південній Африці контракт із сурогатною матір'ю повинен бути підтверджений судом.

Заборонний режим, за яким укладання договорів про сурогатне материнство не дозволяється. Країни, які вирішили прийняти такий режим, керувалися морально-етичними принципами, такими як уникнення перетворення дітей на товар та експлуатації сурогатних матерів, а також з метою захисту їхніх інтересів. Прикладами таких країн є Франція, Швеція, Угорщина, Німеччина, Ісландія, Італія, Японія, Швейцарія, Пакистан, Саудівська Аравія, Сербія [56].

Голландський доповідач з питань торгівлі людьми нещодавно опублікувала звіт, у якому довела, що «комерційне сурогатне материнство» може кваліфікуватися як торгівля людьми [8]. Визначення торгівлі людьми наведено в Протоколі ООН про попередження і припинення торгівлі людьми, особливо жінками і дітьми, і покарання за неї. Воно має три складові:

1) дія – вербування, перевезення, передача, приховування або одержання людей;

2) засіб – шляхом загрози силою або її застосування чи інших форм примусу, викрадення, шахрайства, обману, зловживання владою або уразливістю положення, або шляхом підкупу, у вигляді платежів або вигод, для одержання згоди особи, яка контролює іншу особу;

3) мета – з метою експлуатації, що також включає послуги [46, 3].

У звіті також розглядається питання того, яким чином комерційне сурогатне материнство підпадає під визначення торгівлі людьми. Наведені нею ознаки спонукають до думки з приводу спірності існування дозвільного режиму сурогатного материнства в Україні (комерційного), оскільки наявними є практично всі ознаки торгівлі людьми: сурогатні матері, залежно від конкретної ситуації, вербуються агенціями із сурогатного материнства або клініками, які надають допоміжні репродуктивні послуги.

Їх можуть розселяти у спеціальному житлі, піддавати спеціалізованим медичним процедурам та моніторингу впродовж виношування та народження

дитини. Таким чином, задовольняється перша умова визначення торгівлі людьми. Другою складовою торгівлі людьми є примус. У випадку сурогатного материнства питання полягає в тому, чи прийняла жінка рішення стати сурогатною матір'ю незалежно та самостійно. Якщо вона зробила це під тиском чоловіка або якщо жінці, яка живе в бідності, обіцяють велику суму грошей. Третім фактором є те, чи може сурогатна матір вільно пересуватися під час вагітності та чи має вона свободу вибору стосовно свого тіла.

На жаль, сьогодні у зв'язку з недосконалим законодавством, що регламентує відносини у сфері надання послуг сурогатного материнства, бідність, слабку адміністративну систему, відсутність контролю з боку держави, можливою є експлуатація сурогатних матерів і дітей.

Практика сурогатного материнства виявляє складні правові, психологічні й етико-моральні проблеми. Відомий прецедент у США: сурогатна мати не могла забути народжену дитину і згодом звернулася до суду з позовом про її повернення. Суд визнав правомірність клопотання матері.

Існує і певний прогрес медицини, зокрема штучне запліднення, яке дає змогу якось розв'язати проблему бездітних шлюбів.

У США метод штучного запліднення визнаний 1960 р. Тут у такий спосіб лише до 1985 р. народилися близько 25 тис. американців. У Каліфорнії створено "банк сперми", зокрема, від Нобелівських лауреатів, вчених, акторів (більшість з них беруть участь у програмі благодійно). Жінка може вибрати репродуктивний матеріал і народити дитину (вартість послуги — 3 тис. дол.). Проте вона не буде знати, кому зобов'язана вирішенням проблеми материнства, адже відповідний Закон охороняє таємницю донорства.

В Англії перша дівчинка за методом штучного запліднення ("з пробірки") народилася 1978 р.

Практика репродуктивної медицини поширена, наприклад, у Росії, хоча законодавство з цих питань не розроблено (тобто, діє принцип: що законом не заборонено, то дозволено). У створенні банку даних беруть участь чоловіки віком до 30 років, у яких обов'язково перевіряють стан здоров'я, в тому числі

психічний (вартість порції донорського матеріалу — 100 дол.). Тут діє програма "Еко", впроваджено новий метод штучного запліднення, народження "дітей з пробірки"; також можна запланувати стать майбутньої дитини (за 3 тис. дол.), хоча стовідсоткова гарантія неможлива. У багатьох країнах такі експерименти заборонено.

Методи репродуктивної медицини та сурогатне материнство зумовили народження 16 листопада 2005 р. хлопчика Гоші. Його батько, Андрій, помер у Санкт-Петербурзі 2003 р. (за два роки до появи на світ сина); 19-річний Андрій перебував на лікуванні в Ізраїлі, де збереглися його статеві клітини. Мати Андрія, Катерина Захарова, знайшла жінку для функції "сурогатної матері" і "замовила" собі внука. Народження Гоші створило серйозний прецедент, оскільки потрібно передусім усиновлення хлопчика, а потім внук Катерини Захарової може бути визнаний як її син.

Проведений аналіз дозволяє констатувати, що сформовано поняття сурогатного материнства як допоміжної репродуктивної технології, під час застосування якої жінка добровільно погоджується завагітніти, виносити та народити біологічно чужу їй дитину, яку після пологів передають на виховання генетичним батькам. Сурогатне материнство, саме як пересадка заплідненої яйцеклітини біологічних батьків до матки іншої жінки, уперше здійснено 1986 року в США.

Як зазначалось вище, у більшості держав дозволено тільки безоплатне сурогатне материнство (в Австралії, Бельгії, Бразилії, Великобританії, В'єтнамі, Данії, Канаді, Нідерландах, Новій Зеландії, Португалії, Угорщині, у більшості штатів США тощо), під час якого заборонено грошову винагороду й допущено компенсацію фактичних витрат. Крім того, є випадки визнання комерційного сурогатного материнства злочином (в Австралії, Бельгії, Гонконгу та інших країнах). Досі сурогатне материнство не дозволено в Німеччині, Франції, Ісландії, Італії, Китаї, Пакистані, Саудівській Аравії, Швеції, Швейцарії тощо. У деяких державах немає обмежень щодо застосування сурогатного материнства на комерційній основі, зокрема в Грузії, Росії, Таїланді, окремих

штатах США та Україні. Серед інших держав Україна, так само як Індія й Таїланд, визнається країною, де сурогатне материнство є бізнесом [20].

Як раніше зазначалося, в результаті проблематичного правового регулювання інституту сурогатного материнства у різних державах виникло таке явище, як «репродуктивний туризм». Це зумовило складність вирішення правових питань щодо регулювання безпосередньо сурогатного материнства, а окрім того, правового статусу дитини і укладення договору про сурогатне материнство. Таким чином, кожна держава по-своєму вирішує цю низку проблемних питань. Варта уваги справа Россі проти Брайса (*Rossi v. Bryce*). Суть справи полягала в тому, що дружина у зв'язку з неодноразовими невдалими спробами завагітніти вирішила після розлучення скористатися послугами сурогатної матері, позаяк внаслідок однієї з вагітностей зазнала екстирпації (видалення матки), що зумовило безпліддя. Особливістю було те, що вона була громадянкою Мальти, де сурогатне материнство є законодавчо забороненим, а чоловік – громадянином США.

Варто зазначити, що після народження потенційної дитини дружина мала на меті перевезти її в Мальту. Вищезгадане подружжя весь час проживало у штаті Меріленд, де теж такий вид ДРТ заборонений. Окрім того, у клініці, де проходила лікування дружина, в штаті Меріленд, зберігалися її 14 ембріонів, які пані Россі після розлучення хотіла передати сурогатній матері, аргументуючи тим, що вона має право на сім'ю, навіть будучи розлученою відчувати радість материнства, на будь-яку допомогу від колишнього чоловіка вона не розраховувала в майбутньому щодо потенційної дитини. Чоловік, своєю чергою, заявляв, що невдалі спроби завагітніти дружиною власне і стали причиною для розлучення, окрім того, він мав побоювання, що потенційна дитина стане тягарем для нього, оскільки він має намір створити нову сім'ю з іншою жінкою, також він вважав, що з 14 ембріонів може народитися 14 дітей. Таким чином, все вищезазначене стало приводом для звернення до суду із захистом його прав. Дружина, дізнавшись, що у цьому штаті сурогатне

материнство заборонене, вирішила скористатися послугами сурогатної матері у Вірджинії, де цей вид ДРТ дозволений.

Проте клініка, в якій зберігалися її ембріони, відмовилася передавати їх до медичного закладу у штаті Вірджинія, мотивуючи тим, що внаслідок такої дії її можуть позбавити ліцензії і притягнути медичних працівників до кримінальної відповідальності. Таким чином, ця справа розглядалася судом штату Меріленд. Суд, врахувавши той факт, що обставини справи зачіпають три юрисдикції: штату Меріленд, Вірджинії та Мальти, дійшов таких висновків. Згідно із законодавством Мальти, генетична матір може бути притягнена до кримінальної відповідальності, позаяк сурогатне материнство заборонене в цій державі та будь-які діяння, пов'язані з цим видом ДРТ, є кримінально караними. Окрім того, пан Брайян вважатиметься батьком потенційної дитини і буде зобов'язаний опікуватися нею.

Посилаючись на цей факт, суд штату Меріленд зобов'язаний вчинити всі дії, щоб запобігти виникненню такого серйозного правопорушення. Задовольняючи зустрічний позов чоловіка про відмову у наданні згоди на використання 14 ембріонів для передачі сурогатній матері, суд виходив з того, що позаяк потенційну дитину, народжену внаслідок застосування сурогатного материнства, дружина мала на меті перевезти в Мальту, де такий вид ДРТ заборонений, як і в штаті, де знаходилася клініка, в якій зберігалися 14 ембріонів, суд вважав, що ці правовідносини ускладнені іноземним елементом, де буде використовуватися право іншої держави (Мальти), а не штату Меріленд. Таким чином, з урахуванням усіх обставин справи суд Меріленду постановив, що всі правовідносини, які виникнуть з народженням дитини, повинні регулюватися мальтійським законодавством, а оскільки потенційну дитину генетична матір мала намір перевезти в Мальту, де інститут сурогатного материнства є кримінально карним, суд зобов'язаний відмовити у задоволенні її позову з метою запобігання вчинення кримінального правопорушення.

Відповідно до юридичного словника Black's мати визначається як жінка, яка виносила дитину. Термін "материнство" включає передпологовий період. До розвитку в медицині сурогатного материнства питання про те, хто є матір'ю дитини, фактично не оспорювалося. Завжди вважалося, що жінка, яка народила дитину, є її матір'ю. Але сьогодні відповідь на це запитання не є однозначною.

Сурогатна мати — це жінка, яка погодилася відповідно до контракту виносити дитину для бездітного подружжя, тому що дружина безплідна або фізично нездатна виносити плід. Цей спосіб на заході все частіше використовують також пари гомосексуалів, що хочуть мати свою дитину. Сурогатне материнство за період свого існування викликало складні етичні проблеми [55].

Положення Всесвітньої медичної асоціації зазначає, що за відсутності матки в жінки може бути використаний метод сурогатного материнства, якщо це не заборонено законом чи моральними правилами національної медичної асоціації або інших медичних організацій. При цьому всі його учасники повинні дати добровільну інформовану згоду на здійснення цієї процедури. Водночас Всесвітня медична асоціація категорично відкидає комерційний підхід, коли сперма, яйцеклітина чи ембріон є предметом купівлі-продажу[21].

В українській пресі також періодично з'являються публікації, де говориться, що Україна є одним із світових центрів комерційного сурогатного материнства. Хоча офіційна статистика відсутня, за підрахунками експертів понад 50 медичних закладів здійснюють програми сурогатного материнства, близько 80% їхніх клієнтів є іноземцями, а середній розмір компенсації сурогатним матерям становить від 12 до 18 тисяч доларів США [53].

Все це спонукало до необхідності вирішення низки етичних проблем і появі законопроекту № 8625 про внесення змін до деяких законодавчих актів України (щодо захисту прав дітей при використанні допоміжних репродуктивних технологій), в якому пропонується ввести певні обмеження щодо батьків, бажаючих скористатися послугами заміної матері, а саме:

пропонується встановити, що право на застосування допоміжних репродуктивних технологій мають лише громадяни України, а також іноземці та особи без громадянства, які постійно проживають на території України. [26], тобто є резидентами і таким чином мінімізувати комерційну складову.

Законодавство України детально не регулює процедуру сурогатного материнства. У Сімейному кодексі тільки в ст. 123 встановлено правила визначення походження дитини, народженої в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій. І зокрема в нашій державі, якщо в організм іншої жінки перенесено ембріон, зачатий подружжям, саме вони й визнаються батьками дитини. Відповідно до законодавства Греції сурогатна матір так само не має прав на дитину. Наталія Федорченко наголошує, що результатом надання послуги сурогатного материнства є саме народження дитини, а не дитина як така [14].

Безумовно, така позиція спростовує аргументи противників сурогатного материнства, що «дитина не може бути товаром», і підтверджує визнання її суб'єктом відносин. Зарубіжні науковці звертають увагу на те, що в процедурі сурогатного материнства не достатньо враховано інтереси дитини, а насамперед задовольняються інтереси дорослих осіб. На дитину, народжену сурогатною матір'ю, можуть претендувати до шести дорослих осіб: генетична матір, генетичний батько (донор сперми), сурогатна матір, її чоловік (можлива презумпція батьківства) і пара, що має намір стати батьками дитини (можуть не бути генетично пов'язані з дитиною, якщо використовувалася яйцеклітина та сперма донорів). До того ж якщо використовувалися послуги донорів, то інформація про генетичних батьків, як правило, залишається анонімною.

Отже, дитину позбавлено більшої частини інформації про своє походження [42], яким чином і як це може відобразитися на її маюютьньому психічному стані і до яких психологічних травм призвести в разі випадкового з'ясування інформації про своє зачаття та народження, якщо батьки виберуть шлях приховування походження. Та навіть якщо не приховувати, яким чином це вплине на емоційний та психологічний стан? Питань більше, ніж відповідей.

Якщо не розглядати країни, де заміне материнство заборонено, то навіть в країнах, де такий вид батьківства дозволений законом, є певні труднощі соціального та психологічного характеру для сімей, що використали вказаний шлях продовження роду, оскільки суспільство не встигає за досягненнями медицини, як приклад колишнє насторожене ставлення до дітей, що були народжені за допомогою ЄКЗ.

Засудження, неприйняття, нерозуміння, що дитина є «рідною по крові», ось все, що може зустрітись в подальшому житті таких сімей, тому в багатьох випадках вони можуть змінювати місце проживання після народження, носити бандаж, імітуючи вагітність, жити в страху щодо розкриття способу народження дитини тощо.

Слід зазначити, що для повного розуміння явища сурогатного материнства, його тенденцій і частоти наразі не існує надійних статистичних даних, оскільки практично всі країни не мають системи моніторингу випадків сурогатного материнства.

Медицина не стоїть на місці та постійно рухається в перед. Щороку здійснюються нові дослідження та відкривається щось нове. Людина хоче здобути як найбільше знань у цій галузі, щоб спромогтися продовжити своє життя та залишити після себе нащадків. Тому і відбувається такий швидкий розвиток медицини та репродуктивних технологій зокрема.

Особливе значення набувають два різновиди репродуктивних технологій – штучне запліднення і сурогатне материнство. Люди хочуть залишити після себе потомство, але в деяких випадках вони не можуть цього зробити. Репродуктивна технологія дає змогу таким людям народити дитину.

Міжнародні етичні рекомендації комітету Ради Європи з біоетики та штучних методів дітонародження полягають у тому, щоб обмежити сурогатне материнство і застосовувати його тільки за обґрунтованими показаннями.

На сьогодні сурогатне материнство в Україні займає належне місце серед репродуктивних технологій у лікуванні безплідності, але породжує певну проблематику, які в подальшому можуть стати не допомогою безплідній

родині, а, навпаки, зруйнувати сімейні блага, набуті впродовж усього подружнього життя. Доки законодавство чітко не регламентує усі положення даного питання, сурогатне материнство в багатьох випадках буде засобом маніпуляції. Саме тому важливе значення має ефективний контроль з боку держави за застосуванням сурогатного материнства, метою якого є захист інтересів як дитини, так і сурогатної матері та подружжя.

Наразі сурогатне материнство критикують, перш за все, за комерціалізацію, мотивуючи це тим, що жінка, по суті, використовується в ролі платного інкубатора. Про заборону такого використання в комерційних цілях, зокрема, ідеться в Брюссельській декларації Всесвітньої медичної асоціації (ВМА) 1985 р. Проте тенденцією останніх років стає лібералізація поглядів на сурогатне материнство у світі. Зокрема, нещодавно в Ізраїлі прийнято закон, який дозволяє скористатися послугами сурогатного материнства одиноким жінкам. Зараз схожі питання обговорюють в Іспанії та Франції, але це суперечить католицькій психології цих країн: там матір'ю вважається жінка, яка народила дитину.

В Іспанії є процедура усиновлення після сурогатного материнства, хоча, переважно, там йдеться лише про подружні пари у Німеччині дозволено тільки штучне запліднення, доступ до якого гарантовано особам, які перебувають у законному шлюбі.

Сурогатне материнство, що припускає донорство жіночих яйцеклітин, розглядається як неприпустиме. У деяких країнах закон не забороняє сурогатне материнство, але, за цього ніяк його не регламентує (Бельгія, Греція, Ірландія, деякі країни Латинської Америки й Азії). До речі, у Нідерландах, наприклад, заборонена реклама сурогатного материнства, пропозиції послуг сурогатних матерів і їх підбір, у Великобританії допускається тільки оплачування поточних витрат на надання медичної допомоги.

В Угорщині та Данії сурогатною матір'ю може стати тільки родичка генетичних батьків. В Ізраїлі застосування допоміжних репродуктивних технологій вважається найкращим варіантом вирішення проблеми безпліддя. А

щодо України, то це поки що дозволено лише тільки для пар, які перебувають у офіційному шлюбі. Такий принцип захищає інтереси дитини, аби вона могла рости у повній сім'ї.

Таким чином, можна з впевненістю стверджувати, що на сьогоднішній день сурогатне материнство є одним з ефективних способів подолання проблеми безпліддя та продовження роду. Хоча ставлення суспільства до вказаної методики репродуктивної медицини суперечливе, і часто граничить між стовідсотковим схваленням та категоричним запереченням, його користь та необхідність очевидна. Сурогатне материнство дозволяє «народити» власну дитину, забувши про діагноз «безпліддя». Звісно, такий метод передбачає залучення до процесу третьої особи – сурогатної матері, проте такий крок абсолютно виправданий, адже на світ з'являється генетично рідна вам дитина, всупереч усім медичним прогнозам.

Тож, вказаний інститут репродуктивної медицини достатньо молодий, має свої особливості залежно від країни, і тому не дивно, потребує вдосконалення, усвідомлення, прийняття суспільством та врегулювання.

На нашу думку, доцільно передбачити внесення наступних змін до чинного законодавства, що регулює відносини у сфері сурогатного материнства: визначити конкретні вимоги до подружжя, яке бажає скористатися такою послугою (окрім медичного, тобто їх дієздатність, вік); закріпити чіткий перелік обов'язкових умов договору сурогатного материнства, за відсутності хоча б однієї з яких, такий договір буде визнаний недійсним, серед яких варто передбачити: предмет, строки, ціну, відповідальність, а також форс-мажорні – потреба переривання вагітності за медичними показниками, народження більше однієї дитини, народження дитини з вадами, та ін.; встановити заборону визнання батьками дитини, народженої в результаті застосування сурогатного материнства, іноземців, в країні походження яких така процедура вважається незаконною; закріпити положення, відповідно до якого забороняється оскаржувати батьківство або материнство дитини, народженої шляхом застосування методу сурогатного материнства, окрім

випадків можливості доведення факту генетичного споріднення з нею сурогатної матері.

І дуже цікавою у цьому контексті є позиція Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка оперує не терміном “сурогатна мати”, а терміном “гестаційний кур'єр”, розуміючи під ним “жінку, у якої вагітність наступила як результат запліднення ооцитів сперматозоїдами третьої сторони – пацієнтів. Вона виношує дитину під час вагітності з тими умовами або договором, що батьками народженої дитини буде одна чи обидві людини, чиї гамети використовувалися для запліднення”[46]. Таким чином є відход від поняття «матір», що само по собі вже відсторонює ряд психологічних проблем та асоціацій, що на рівні підсвідомості асоціюються у людини зі словом «матір». Назва матір не використовується до жінки, що виношує біологічно чужу дитину, і таким чином може не проговорюватися в подальшому ні нею самою, ні оточуючими, ні прописуватися в договорі на народження дитини, та як наслідок не викликати травмуючих спогадів в подальшому та асоціацій. Це як поняття «інвалід» і «особа з інвалідність», начебто схоже звучить, а має зовсім різний зміст і наповнення.

Наступне, на що хотілось би наголосити, що виходячи з історичних та етичних коренів нашого суспільства, його моральних звичаїв, що формували етнопсихологію нації, формувались і норми, що регулюють суспільні відносини, тому в Україні скористатись програмою сурогатного материнства не можуть представники ЛГБТ, неодружені, або одинаки. Іншою мовою, якщо особи з не зареєстрували шлюб, а перебувають у фактичних шлюбних відносинах, мають право на продовження роду, проте в разі хвороби чи певної фізичної вади обмежуються в цьому праві, а саме в праві викормстання послуг замінної матері.

З якою метою законодавець визначив перебування в юридичному шлюбі як за обов'язкову умову? Видається, що це зроблено з метою подолання кризи сімейних цінностей, визнання сімейних цінностей на найвищому державному рівні. Шлюбні відносини мали б створити стабільність у сімейних стосунках.

Репродуктивна функція є основною для сім'ї, онтологічним та аксіологічним ціннісним еквівалентом є діти. Природним правом людини є право на продовження роду, право на батьківство та материнство. Це бажання будь-якої психологічно здорової людини.

Довгий історичний етап цивілізації визначав позашлюбних дітей ізгоями суспільства, обмежуючи їх повною мірою у правах. Таке ж ставлення було і до дорослих осіб, які проживали поза шлюбом. Трансформація ідеології суспільства вплинула і на сімейні та родинні відносини. Шлюб у класичному розумінні перестав асоціюватися з необхідним елементом сімейних відносин. Кількість людей, які з різних причин не бажають пов'язувати себе узами шлюбу, значно зросла. Бажання ж мати дітей залишилось. Усе більше людей просто живуть разом і заводять спільних дітей, не звертаючи уваги на таку формальність, як “штамп у паспорті”.

На думку відомого французького демографа та історика Алена Блума, сам інститут шлюбу безнадійно застарів: “Традиційний інститут шлюбу не створює передумов для збільшення народжуваності. Відсутність штампа в паспорті більше не є причиною для того, щоб відмовлятися мати дитину” [50] Так, в скандинавських країнах від 40 до 60 % дітей народжуються поза шлюбом. Також звернемося до практичних показників суспільних відносин. При колізії між суспільною реальністю та заборонами, в кінцевому результаті, перемагає суспільна реальність.

Практично кожна друга сім'я зареєстрована в Україні розпадається. Так, за останні роки відсоток розлучень становив 30–40 %, а частка розірвання шлюбу серед молоді до 35 років – більше 60 % від загальної їхньої кількості. За даними державної реєстраційної служби України, кількість зареєстрованих актів укладення шлюбів становила 278276, а їхнє розірвання – 49807 [61]. Це ілюстрація того, що шлюб як інститут не дає сталих сімейних відносин. Вважаємо, що факт реєстрації шлюбу не може бути правомірним обмеженням права на використання репродуктивних прав у разі безпліддя. Обмеження права одинокої особи, яка не перебуває у фактичних шлюбних відносинах

можливості продовження роду шляхом використання сурогатного материнства також визначаємо неправомірним.

У світі близько 48,5 млн безплідних пар. З них 19,2 млн зазнають труднощів з народженням первістка. 10,50% від всіх пар мають труднощі з народженням другої дитини. По Україні статистика в середньому така ж як у світі загалом. На сьогодні 10–15 % українських сімей страждають від безплідності, що можна віднести до прямих репродуктивних втрат. Кількість безплідних подружніх пар сягає близько 1 млн [43]. Водночас визнання за кожною людиною таких прав, як право на створення сім'ї, право на повагу приватного й сімейного життя, право на продовження роду поставило перед державою та міжнародною спільнотою завдання створення оптимальних механізмів регулювання цього, що виникли з розвитком біомедицини. Вважаємо за необхідне більш розширене визначення сурогатного материнства.

Сурогатне материнство – це право людини на продовження роду шляхом використання репродуктивних технологій, що полягає у заплідненні генетично сторонньої жінки, шляхом імплантації або трансплантації ембріона з використанням генетичного матеріалу чоловіка, жінки, або донорів, з метою виношування і народження дитини, яка надалі буде визнана такою, що є дитиною цієї пари або окремої особи.

Здійснений нами аналіз підходу к застосуванню ДРТ, дозволяє нам віднести вітчизняну практику до дозвільного режиму та зробити висновок про доцільність переорієнтації її на альтруїстичний режим. Наведене вище сприятиме мінімізації випадків перетворення на «товар» як сурогатних матерів, так і дітей. На жаль, сьогодні непоодинокими є випадки, коли посередницькі агенції та клініки отримують фінансовий зиск від угод про сурогатне материнство, а сурогатна матір отримує лише малу частину цих коштів [57].

На підставі аналізу генезису наукових думок про сутність сурогатного материнства здійснено систематизацію цих поглядів та встановлено, що практику застосування цього виду ДРТ та законодавство стосовно сурогатного материнства поділяють на три основні режими: альтруїстичний, дозвільний,

заборонний. На підставі аналізу законодавства, що регулює відносини у сфері сурогатного материнства, встановлено, що в Україні діє дозвільний режим сурогатного материнства.

1.3. Психолого-педагогічні компоненти готовності жінок до сурогатного материнства

Психологічну підготовку жінки до материнства, на нашу думку, слід розглядати як цілеспрямований психологічний вплив на особистість, результатом якого є сформована готовність до народження та виховання дитини. На сформованість цієї готовності можуть впливати різноманітні психологічні фактори, основними серед яких є: мотиваційні, що об'єднують спонукальні якості та ціннісні установки майбутньої матері (прагнення мати щасливу дитину та щасливу сім'ю, нащадка, продовжувача роду, підтримку у старості, підвищення статусу у суспільстві, позбавлення «клейма» безплідної родини); когнітивно-операційні, що зумовлюють володіння певним набором знань щодо особливостей перебігу вагітності, народження та виховання дитини, способів дій, умінь та навичок долати негативні емоційні стани, підтримувати позитивні емоції тощо; соціальнопсихологічні, що зумовлюють рівень зрілості комунікативної сфери особистості (здібності до комунікації, емпатійний характер стосунків зі своїми рідними, особливо жінками); психофізіологічні, що забезпечують готовність до саморегуляції відповідних систем організму (запобігання тривалому стресу, що негативно впливає на жінку, депресивним емоційним станам) [21, 46-49].

З урахуванням наведених психологічних факторів ми удосконалили структуру психологічної готовності молодих жінок до народження та виховання дитини як результату їхньої психологічної підготовки до материнства, що включає ціннісно-мотиваційний, інформаційно-пізнавальний, комунікативний, емпатійний та афективно-регулятивний компоненти.

Психологічну підготовку молодої жінки до майбутнього материнства ми розглядали як спеціально організований, особистісно орієнтований процес, спрямований на розвиток ціннісно-мотиваційного, інформаційнопізнавального, комунікативного, емпатійного та афективно-регулятивного компонентів готовності, наслідком якого є прийняття жінкою соціальної і психологічної ролі та функцій матері, формування специфічних операційних навичок, психологічної культури сімейного спілкування [22, 235-238].

Звичайне народження дитини несе багато змін, до яких родина повинна бути готова. Подружжя має бути готовим стати батьками та усвідомлено прийняти на себе виконання відповідних функцій. А народження дитини завдяки допоміжним репродуктивним технологіям із залученням сурогатної матері взагалі має свої особливості. По перше потрібно усвідомлення того, що народження дитини звичайним шляхом для родини неможливе, чому передуває проходження, як правило довгого шляху, пов'язаного з безпосередньо бажанням мати дитину, спробами самостійного зачаття, розчаруванням у такій неможливості, лікуванням (якщо таке можливе, в залежності від діагнозу), залучення інших репродуктивних технологій, таких, як ЕКО, наприклад, в разі можливості, розчарування та прийняття факту того, що пройдений шлях не приніс результатів, і як наслідок, готовність скористатись послугами сурогатної матері.

Як було зазначено раніше вивчення проблеми було проведено опитування групи жінок дітородного віку, у кількості трьохсот тридцяти осіб, в місті Запоріжжі, з середньою спеціальною та вищою освітою, які мають достатній рівень життя, і було поставлено три питання:

- 1) за чи проти сурогатного материнства,
- 2) що вважаєте кращім особисто для себе у випадку необхідності, : допомогу сурогатної матері, чи всиновлення,
- 3) мотиви сурогатної матері суто заробіток, чи заробіток та допомога бездітній родині.

Та отримані наступні відповіді

- 91% висловився за сурогатне материнство, 9% проти;
- особисто для себе 62% опитуваних жінок обрали б послуги заміної матері, а на всиновлення зважились би 38%,
- 61% вважає, що сурогатна мати керується суто мотивами заробітку і лише 39% вкладають в цей процес аспект допомоги безплідним сім'ям.

Цікавість відповідей полягає в тому, що переважна більшість висловлюється за сурогатне материнство та віддає перевагу такому вирішенню проблеми безпліддя ніж всиновлення, та вважає, що мотивами для заміної матері слугують матеріальні цінності, внаслідок чого можна висловити гіпотезу про те, що рівень тривожності стосовно залишенню заміною матір'ю дитини може бути зменшено, оскільки, з точки зору біологічної матері, сурогатну цікавлять, насамперед, гроші.

Мотивами ж біологічної родини до появи до появи дитини :

- Прагнення продовження роду,
- Відповідність моделі «повноцінної родини»,
- Реалізація своїх можливостей, як по передачі власного досвіду, так і по бажання бачити в дитині реалізацію власних нереалізованих можливостей,
- Рішення своїх проблем, як актуальних, так і тих, що можуть виникнути в старості,
- Реалізація емоційних потреб, таких, як любов до дитини.

Важливим чинником формування відношення батьків до дитини є рівень їх батьківської компетентності та готовності до батьківства, а й відповідно до сурогатного материнства. Сурогатне материнство представляє собою один з найбільш ефективних методів лікування безпліддя шляхом використання сучасних ДРТ. При сурогатному материнстві ембріон, який отримується шляхом запліднення яйцеклітини або біологічної матері (дружина), або донорської яйцеклітини спермою біологічного батька (чоловік), переноситься у тіло сурогатної матері (відбувається екстракорпоральне запліднення), яка виношує цю біологічно «чужу» для себе дитину.

Слід зазначити, що сурогатне материнство в нашій країні регулюється Сімейним кодексом України, а конкретно статтею 123 пунктами 1,2,3, де визначається походження дитини, яка була народжена в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій. Після народження дитини в результаті програми сурогатного материнства, подружжя, яке звернулося до зазначеного способу реалізації власного права на батьківство, бере на себе рівні права та обов'язки батьків щодо майбутньої дитини, її виховання та утримання [40]. Тобто сурогатне материнство як і звичайна вагітність передбачає готовність сімейної пари до майбутнього батьківства.

Відомо, що навіть звичайна вагітність жінки та народження дитини змушує батьків пережити цілую бурю емоцій. А коли ця вагітність в межах програми сурогатного материнства, це викликає додаткові переживання та побоювання для сімейної пари. Саме тому для успішності реалізації батьківських функцій через сурогатне материнство дуже важливим є психологічна готовність майбутніх батьків до нього.

Психологічна готовність в науковій літературі трактується по різному. Так, наприклад, одні автори (М.Д. Левітов, В.Л. Марищук, О.О. Ухтомський та ін.) розглядають готовність на функціональному фоні (як психічний стан особистості), інші (Я.Л. Коломинський, Б.Г. Ананьєв, В.А. Крутецкий, А.О. Деркач та ін.) – на особистісному фоні (як стійку характеристику особистості).

Психологічна готовність до сурогатного материнства залежить від ряду чинників: віку, виховання, освіти, моральних якостей чоловіка та жінки, особливостей сформованої у них системи ціннісних орієнтацій, світогляду, наявності бажання у обох майбутніх батьків народити дитину, індивідуальних якостей особистості тощо. Готовність до сурогатного материнства міститься не лише у бажанні сімейної пари народити дитину, але і виростити повноцінну людину, пройшовши на цьому шляху через багато різних труднощів[21, 50-52].

Психологічна готовність до сурогатного материнства – це активно-дієвий стан особистості, установка очікування власної, ще ненародженої дитини, на

здійснення в майбутньому материнської та батьківської поведінки, мобілізованість сил з метою виконання після народження малюка батьківської ролі, наявність необхідних для цього знань, умінь і навичок, налаштованості та рішучість щодо виконання всіх батьківських функцій відповідно до закону та сучасних освітніх тенденцій.

Отже, готовність до сурогатного материнства варто також розглядати як уміння сімейної пари забезпечити адекватні умови для виховання дитини, стосунки, що виражаються у встановленому зв'язку з немовля. Крім того, готовність чи неготовність сімейної пари до сурогатного материнства слід пов'язувати з цінністю дитини для майбутніх батьків.

Під терміном «готовність до батьківства» розуміється в першу чергу готовність до виховання дитини після її народження, до того, щоб бути їй батьками впродовж усього її життя. Під психологічною готовністю до батьківства можливо розуміти специфічне особистісне утворення, стержнем якого є суб'єкт-суб'єктна орієнтація по відношенню до ще ненародженої дитини. Процес формування відношення до ролі батьків починає формуватися у них ще на ранніх етапах їх дитинства і в значній своїй частині відбувається в умовах батьківської сім'ї, при безпосередньому її впливі.

Готовність сімейної пари до виховання дітей включає, перш за все, розуміння необхідності забезпечення фізичного, розумового, морального здоров'я дітей. Майбутні батьки повинні відповідально ставитися до народження дитини та мати необхідні знання стосовно догляду за нею та її виховання. Важливо вірно та зважено прийняти рішення щодо звернення до сурогатного материнства як способу реалізації власної батьківської ролі. При цьому необхідно враховувати матеріальну забезпеченість, ступінь зайнятості на роботі, побутові умови тощо. Велике значення має наявність всіх необхідних знань, умінь, навичок майбутніх батьків, які будуть необхідні після народження дитини для створення в сім'ї оптимальних умов щодо розвитку та формування її особистості.

Психологічна готовність до сурогатного материнства передбачає усвідомлене ставлення до майбутнього батьківства, під яким, в свою чергу, розуміємо практичне застосування знань щодо родинного виховання, відповідальну поведінку батьків, яка спрямована не лише на виховання дитини, а також на створення оптимальних умов для дорослішання, формування і гармонійного розвитку її особистості на усіх етапах онтогенезу. Така поведінка, природно, повинна базуватися на певній системі знань, умінь, навичок, почуттів, особистих якостей батьків, які знаходять реалізацію у свідомій і відповідальній поведінці. Таким чином, усвідомлене батьківство – в першу чергу відповідальне, яке має на увазі розуміння і усвідомлення не лише причин, але й наслідків своїх дій і вчинків відносно виховання дитини та взаємодії з нею.

Таким чином, психологічна готовність до сурогатного материнства передбачає сформованість у майбутніх батьків усвідомленого ставлення до майбутнього батьківства, тобто сформованість у них почуття відповідальності за ще ненароджену дитину і розуміння того, який вони матимуть вплив на неї. Усвідомлене батьківство передбачає наявність у батьків прагнення до постійного збагачення своїх знань, розвитку умінь і навичок, здібностей і почуттів відносно виховання своїх дітей і створення гармонійних стосунків в сім'ї, оскільки саме в такій атмосфері дитині максимально комфортно.

Психологічна готовність сімейної пари до сурогатного материнства передбачає наявність відповідальності майбутніх батьків за розвиток ембріона і свій життєвий стиль. Відповідальність, складається при любові, прийнятті себе в ролі батьків – вони не лише відповідальні перед дитиною, а й повинні самі усвідомлювати та розуміти чи співпадають їх мотиви, цінності в такому головному виборі – стати батьками. Сімейна пара має бути готова до проблем і труднощів, які зустрічаються в житті з дитиною, уміти їх правильно вирішувати та попереджати. Народження дитини принесе багато змін, до яких сімейна пара має бути готова. Тобто вони мають бути готови стати батьками, повинні усвідомлено перейняти на себе виконання батьківських функцій.

Сутність готовності сімейної пари до сурогатного материнства розкривається через наступні компоненти: фізична і фізіологічна зрілість подружжя (можливість проведення екстракорпоральне запліднення), соціальна та етико-психологічна готовність. Соціальна готовність сімейної пари до сурогатного материнства передбачає те, що майбутні батьки сприймають себе рівноправними членами суспільства, які усвідомлюють своє майбутнє батьківство, готові взяти на себе відповідальність за ще ненароджену дитину, здатні її матеріально забезпечити [18]. Етико-психологічна готовність до сурогатного материнства міститься у формуванні уявлень у майбутніх батьків про батьківські обов'язки; уміння об'єктивно оцінювати власні почуття і ставлення до майбутньої дитини; спрямованість на неї; створення сприятливого соціально-психологічного клімату для розвитку та формування особистості дитини.

Отже, аналіз наукової літератури дає змогу визначити наступні критерії психологічної готовності сімейних пар до сурогатного материнства:

- бажання мати дитину на рівні потреби в турботі, в догляді, яка без зусиль задовольнятиметься при появі дитини. Батьківство повинне зайняти в системі цінностей гідне місце, оскільки доволі часто при народженні дитини батькам доводиться жертвувати чимось (особистим часом, інтересами, способом життя, кар'єрою тощо);

- наявність необхідних знань, умінь та навичок по догляду та вихованню дитини, уміння піклуватися про дитину (для цього потрібна попередня підготовка до батьківства);

- моральна готовність до виношування дитини іншою жінкою – сурогатною матір'ю, однак сприйняття вагітності має бути як власної з метою встановлення прив'язаності до дитини (згідно з теорією прив'язаності Дж. Боулбі). Для формування у майбутніх батьків почуття прив'язаності до дитини їм вже в період вагітності сурогатної матері треба інтегрувати реальність і підсвідомі фантазії, мрії і надії, які відносяться до їх ще ненародженої дитини;

- розуміння соціальної значущості сім'ї та можливості самореалізації у ній батьківських функцій;
- сформованість батьківська позиція як потребово-мотиваційна сфера, яка включає в себе сукупність ціннісних орієнтацій, поглядів, позицій, почуття відповідальності.
- самооцінка майбутніми батьками морально-етичних якостей готовності до виконання соціальних ролей батька та матері;
- емоційна автономія від своїх батьків, друзів тощо, тобто наявність власних, незалежних поглядів і цінностей (тобто при вихованні своєї дитини батьки не повинні у всьому орієнтуватися на приклади інших людей);
- знання основних функцій батьківства та практичні навички їх виконання;
- відповідальне та усвідомлене ставлення до батьківства;
- сформована відповідна ціннісно-сміслова сфера майбутніх батьків;
- наявність позитивного досвіду любові та турботи, отриманого у своїй сім'ї (батьківській родині). Якщо ж його немає, то треба усвідомити і переробити негативний досвід.

Психологічну готовність до сурогатного материнства слід розглядати як етап розвитку самосвідомості особистості чоловіка і жінки, які звернулися до даної програми, процес вибудовування смислових меж між батьками та дитиною. Одним з найважливіших компонентів психологічної готовності сімейних пар до сурогатного материнства слід назвати прийняття на усвідомленому та неусвідомленому рівнях завдання народження дитини сурогатною матір'ю, бачення в цьому життєвого смислу.

Сурогатне материнство похитнуло загальновизнаний принцип: мати дитини це та, яка її народила. Суспільство з наукового боку поступово іде до прийняття допоміжних репродуктивних інструментів у вигляді сурогатного материнства, як одного зі шляхів продовження роду та вирішення питань безпліддя, але з етичної точки зору цей процес відбувається з певними

обмеженнями, приклад тому заборона на сурогатне материнство у ряді передових європейських держав або суворі обмеження [30].

Визнання того, що, жінка, яка добровільно вирішила стати сурогатною матір'ю, отримує за виконання цієї ролі з одного боку достатню матеріальну компенсацію, а з другого моральне задоволення від принесеної суспільству користі, є необхідним наступним кроком в зміні ставлення суспільства до замінного материнства.

Генетична сім'я отримує дитину, що надає їм радість бажаного батьківства і таким чином вирішується ряд важливих психологічних питань.

Науково технічний прогрес не стоїть на місці і ставлення людства [26] повинно змінюватись з його розвитком. Соціальна адаптація і психологічна підтримка жінок, що стали на шлях допомоги безплідним парам та родинам, які скористалися їх допомогою і насамперед дітей, є важливою складовою нашого морально здорового в цілому.

Висновки до першого розділу

Сім'я є провідним соціокультурним інститутом, який виступає дієвим інструментом соціалізації особистості, консолідації та гуманізації соціуму, толерантної взаємодії в полікультурному суспільстві. Більшість людей не уявляє сім'ю без дітей. Однак, з огляду на низку причин, останнім часом проблемою населення багатьох держав світу є безпліддя, яке набирає все більшого поширення. Одним з рішень цієї проблеми можна вважати застосування допоміжних репродуктивних технологій, в першу чергу інституту сурогатного материнства. На сьогодні характерною рисою суспільства є депопуляція, тому підвищення рівня народжуваності, в тому числі шляхом сурогатного материнства, набуває особливого значення, а, отже, потребує належного правового регулювання.

Сурогатне материнство, як правило, використовується при безплідді сімейної пари. Сутність цього методу полягає в тому, що яйцеклітина однієї

жінки запліднюється штучним шляхом, а отриманий ембріон підсаджується іншій жінці, яка його виношує, народжує і передасть подружжю. При цьому одна жінка називається донором (або генетичною матір'ю), а інша (виношує дитину) сурогатною матір'ю.

Можливо і так зване часткове сурогатне материнство, коли жінка сурогатна мати одночасно виступає і донором яйцеклітини. В цьому випадку вона ж є і генетичним батьком.

До основних моральних проблем, пов'язаних з сурогатним материнством, відносяться наступні.

1. Руйнування цілісності сімейних відносин. Сурогатне материнство стає все більш доступним і масовим, що не може не викликати занепокоєння з точки зору традиційних уявлень про сім'ю і сімейних цінностях

2. Проблема встановлення материнства і права матері. У різних країнах це питання регулюється по-різному. Є чимало випадків, коли сурогатна мати відмовлялася повертати дитину в сімейну пару. Дійсно, ситуація, коли у дитини відразу дві матері, створює гострі конфлікти. За допомогою правового регулювання прагнуть вирішити або хоча б пом'якшити цю проблему.

3. Загальна кількість батьків. Теоретично, якщо використовувати донорство статевих клітин, можливо наявність максимально *п'яти* батьків у дитини. Це жінка-донор, чоловік-донор, сурогатна мати і сімейна пара замовник (соціальні батьки). Очевидно, що це абсолютно екстраординарна ситуація.

4. Сурогатне материнство дасть можливість стати матір'ю в необмежено літньому віці. Це підриває всі традиційні поняття про материнство взагалі, а також створює загрозу правам дитини, так як навряд чи природний догляд і турбота про дитину можливі при наявності старенькій матері.

5. Комерціалізація дітонародження веде до того, що сурогатна мати, виношуючи дитину за винагороду, стає товаром, жінкою інкубатором.

6. Моральні та психологічні проблеми дитини вони можуть бути досить гострими, якщо він дізнається про своє походження.

Вивчаючи досвід зарубіжних країн щодо правового регулювання сурогатного материнства, зазначимо, що існують три основні режими його здійснення:

– альтруїстичний режим (Австралія, Канада, Великобританія, Нідерланди, Бельгія), за яким сурогатне материнство дозволяється державою, але сурогатна матір отримує компенсацію витрат лише на медичне обслуговування та інші витрати, пов'язані з вагітністю. Майбутні батьки, що укладають договір із сурогатною матір'ю, не мають права сплачувати за послугу щодо виношування та народження дитини. Подібна практика покликана запобігати перетворенню на товар як сурогатної матері, так і дитини;

– дозвільний режим (Грузія, Індія, Російська Федерація, Україна), за яким країни дозволяють сурогатне материнство на законодавчому рівні, з певним регулюванням деяких аспектів та окремими варіаціями правового режиму. Наприклад, в Ізраїлі сурогатне материнство контролюється державою, тобто на кожен крок потрібно отримати дозвіл. У Південній Африці контракт із сурогатною матір'ю повинен бути підтверджений судом;

– заборонний режим (Франція, Швеція, Угорщина, Німеччина, Ісландія, Італія, Японія, Швейцарія, Пакистан, Саудівська Аравія, Сербія), за яким укладання договорів про сурогатне материнство не дозволяється. Країни, які вирішили прийняти такий режим, керувалися морально-етичними принципами, зокрема, мова йде про уникнення перетворення дітей на товар та експлуатації сурогатних матерів

Психологічну готовність до сурогатного материнства слід розглядати як етап розвитку самосвідомості особистості чоловіка і жінки, які звернулися до даної програми, процес вибудовування смислових меж між батьками та дитиною. Одним з найважливіших компонентів психологічної готовності сімейних пар до сурогатного материнства слід назвати прийняття на усвідомленому та неусвідомленому рівнях завдання народження дитини сурогатною матір'ю, бачення в цьому життєвого смислу.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ЖІНОК ДО СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА

2.1.Методика та організація дослідження

Як ми вже розглянули у теоретичній частині нашого дослідження, що сурогатне материнство входить до категорії держав, де гестаційне сурогатне материнство дозволено на законодавчому рівні. Але сьогоднішній день адаптація суспільства до розвитку медицини в сфері репродуктивних технологій ще не відбулася в повному обсязі, тому є необхідним знайденні шляхів для пристосування родин та суспільства до вирішення проблем бездітності сімей за допомогою замісного материнства та створення комфортного психологічного середовища в сучасних умовах для їх життя. Вивчення психологічних аспектів готовності до сурогатного материнства надасть нам можливість допомагати учасникам цих взаємовідносин легше проходити шлях до батьківства в умовах безпліддя родини, в тому ж разі і роботі психолога по супроводженню безплідних пар, вирішили скористатися допоміжною репродуктивною технологією.

З цього було сформовано об'єкт, предмет, мету та гіпотезу нашого дослідження:

Об'єкт дослідження: готовність до сурогатного материнства.

Предмет дослідження: мотиви, що сприяють готовності подружніх пар та сурогатних матерів до використання допоміжних репродуктивних технологій у вигляді сурогатного материнства.

Мета: полягає у визначенні проблематики сурогатного материнства та аспектів психологічної готовності подружніх пар та замісної матері до сурогатного материнства.

Гіпотеза: на готовність жінки до сурогатного материнства впливають сукупність індивідуальних факторів. Рівень готовності залежить від психологічних особливостей жінки та ставлення до сурогатного материнства у суспільстві і його нормативного регулювання, матеріальної компоненти.

У роботі застосовувались теоретичні методи (теоретико – порівняльний аналіз психолого–педагогічної літератури) та емпіричні (тестування, опитування), математична та статистична обробка даних. Для розв’язання емпіричних завдань, в якості діагностичного матеріалу було використано наступні методики: тест відносин вагітної жінки (Добряков І.В.), опитувальник «Репродуктивних рольових орієнтацій дітонародження» (Родштейн М.Н.), авторська анкета-опитувальник з вивчення репродуктивних мотивацій у вагітних жінок (Магденко О.В.) [36];

Для дослідження було обрано 65 чоловік, різні по віку від 19 до 40 років, зі сроком вагітності від 5 до 29 тижнів, до яких звернулись сімейні пари які мають проблеми з зачаттям та виношуванням дитини.

Дослідження проводилось в он-лайн режимі-опитування. Респонденти були обрані за бажанням анонімно прийняти участь в дослідженні різних областей України, також, громадяни Білорусі, Росії та стран Прибалтики. Тривалість дослідження було впродовж 2 місяців.

Таким чином, ми обрали вибірку для проведення нашого дослідження, яка склала 65 чоловік, а також, підібрали методики, які допоможуть нам у проведенні нашого дослідження, для виявлення мотивів, що сприяють готовності подружніх пар та жінок до використання допоміжних репродуктивних технологій у вигляді сурогатного материнства.

Емпіричне дослідження проводилось в три етапи в режимі он-лайн проходження опитування в якому застосовувались такі методики:

1. Тест відносин вагітної призначений для визначення типу переживання вагітності у майбутньої матері (Ейдемільер Е. Г., Добряков І. В., Микільська І. М., 2003).

Концептуальними основами створення тесту послужили теорія психології відносин В. Н. Мясичева (1960), що дозволило розглядати вагітність через призму єдності організму і особистості, а також поняття «гестаційної домінанти». На основі вчення А. А. Ухтомського про домінанту І. А. Аршавским була запропонована теорія про існування в період виношування дитини гестаційної домінанти (від лат. Gestatio-вагітність, dominans-панівний). Поняття «гестаційна домінанта» найбільш вдало відображає особливості перебігу фізіологічних і нервово-психічних процесів в організмі вагітної жінки. Вона забезпечує спрямованість всіх реакцій організму на створення оптимальних умов для розвитку ембріона, а потім плоду. Це відбувається шляхом формування під впливом факторів зовнішнього і внутрішнього середовища стійкого вогнища збудження в центральній нервовій системі, що володіє підвищеною чутливістю до подразників, що мають відношення до вагітності і здатним надавати гальмівний вплив на інші нервові центри (Ейдемільер Е. Г., Добряков І. В., Микільська І. М., 2003).

Розрізняють фізіологічний і психологічний компоненти гестаційної домінанти, які, відповідно, визначаються біологічними або психічeskими змінами, що відбуваються в організмі жінки, спрямованими на виношування, народження і виходжування дитини. Психологічний компонент гестаційної домінанти (ПКГД) викликає особливий інтерес перинатальних психологів і психотерапевтів. Він являє собою сукупність механізмів психічної саморегуляції, включаючихся у жінки при виникненні вагітності, спрямованих на збереження гестації та створення умов для розвитку майбутньої дитини, формують ставлення жінки до своєї вагітності, її поведінкові стереотипи.

У результаті вивчення анамнестичних відомостей, клініко-психологічних спостережень за вагітними жінками і бесід з ними І. В. Добряквим було виділено п'ять типів ПКГД: оптимальний, гіпогестогнозическій, ейфоричний, тривожний і депресивний.

Оптимальний тип ПКГД відзначається у жінок, які ставляться до своєї вагітності відповідально, але без зайвої тривоги. У цих випадках, як правило,

подружній холон зрілий, відносини в сім'ї гармонійні, вагітність бажана обома подружжям. Вагітна жінка продовжує вести активний спосіб життя, але своєчасно встає на облік в жіночу консультацію, виконує рекомендації лікарів, стежить за своїм здоров'ям, із задоволенням і успішно займається на курсах допологової підготовки. Оптимальний тип сприяє формуванню гармонійного типу сімейного виховання дитини.

Гіпогестогнозическій тип ПКГД (від грец. Нуро - приставка, що означає слабку вираженість; лат. Gestatio - вагітність; грец. Gnosis - знання) нерідко зустрічається у жінок, які не закінчили навчання, захоплених роботою. Серед них зустрічаються як юні студентки, так і жінки, яким скоро виповниться або вже виповнилося 30 років. Перші не бажають брати академічну відпустку, продовжують здавати іспити, відвідувати дискотеки, займатися спортом, ходити в походи. Вагітність у них часто незапланована. Жінки другої підгрупи, як правило, вже мають професію, захоплені роботою, нерідко займають керівні пости. Вони планують вагітність, так як справедливо побоюються, що з віком підвищується ризик виникнення ускладнень. З іншого боку, ці жінки не схильні змінювати життєвий стереотип, у них «не вистачає часу» встати на облік в жіночу консультацію, відвідувати лікарів, виконувати їх призначення. Жінки з гіпогестогнозическім типом ПКГД нерідко скептично ставляться до курсів допологової підготовки, нехтують заняттями. Догляд за дітьми, як правило, передовіряється іншим особам (бабусям, няням), так як самі матері «дуже зайняті». Нерідко цей тип ПКГД також зустрічається у багатодітних матерів. Найчастіше йому супроводжують такі типи сімейного виховання, як гіпопротекція, емоційне відкидання, нерозвиненість батьківських почуттів.

Ейфорійний тип ПКГД, (від грец. Їй - добре; рhew-переносити) відзначається у жінок з істеричними рисами особистості, а також у тривало лікувалися від безпліддя. Нерідко вагітність у них стає засобом маніпулювання, способом зміни відносин з чоловіком, досягнення меркантильних цілей. При цьому декларується надмірна любов до майбутньої дитині, що виникають нездужання і труднощі перебільшуються. Жінки претензійні, вимагають від

оточуючих підвищеної уваги, виконання будь-яких забаганок. Лікарі, курси допологової підготовки відвідуються, але далеко не до всіх порад пацієнтки прислухаються і не всі рекомендації виконують або роблять це формально. Ейфоричного типу ПКГД відповідає розширення сфери батьківських почуттів до дитини, потворствующая гиперпротекция, перевагу дитячих якостей. Нерідко відзначається винесення конфлікту між подружжям у сферу виховання.

Тривожний тип - характеризується високим рівнем тривоги у вагітної, що впливає на її соматичне стан. Тривога може бути цілком виправданою і зрозумілою (наявність гострих або хронічних захворювань, дисгармонійні відносини в сім'ї, незадовільні матеріально-побутові умови і т. п.). У деяких випадках вагітна жінка або переоцінює наявні проблеми, або не може пояснити, з чим пов'язана тривога, яку вона постійно відчуває. Нерідко тривога супроводжується іпохон-дрічністю. Підвищену тривожність неважко виявити як лікарю жіночої консультації, так і ведучим курси допологової підготовки, проте вагітні жінки з цим типом ПКГД далеко не завжди отримують адекватну оцінку і допомогу.

На жаль, саме неправильні дії медичних працівників досить часто сприяють підвищенню тривоги у жінок. У цих випадках підвищений рівень тривожності у вагітної жінки повинен розцінюватися як ятрогенний, тобто пов'язаний з неправильним наданням медичної допомоги. Більшість вагітних жінок з цим типом ПКГД потребують допомоги психотерапевта. Ставши матерями, вони відрізняються підвищеною моральною відповідальністю, не впевнені у своїх силах і здібностях виховувати дитину. Виховання дітей найчастіше носить характер домінуючої гиперпротекции. Поширена і винесення конфлікту між подружжям у сферу взаємодії з дитиною, яка обумовлює суперечливий тип виховання.

Депресивний тип ЯАГ проявляється, перш за все, різко зниженим фоном настрою у вагітних. Жінка, яка мріяла про дитину, може стверджувати, що тепер не хоче його, не вірить у свою здатність виносити і народити здорове дитя, боїться померти в пологах. Часто у неї виникають думки про власний

потворності. Жінки вважають, що вагітність «знівечила їх», бояться бути покинутими чоловіком, часто плачуть. У деяких сім'ях подібна поведінка майбутньої матері може дійсно погіршити її відносини з родичами, що пояснюють все капризами, які не розуміють, що жінка нездорова. Це ще більше посилює її стан. У важких випадках з'являються надцінні, а іноді і маревні іпохондрические ідеї, ідеї самознищення, виявляються суїцидальні тенденції. Гінекологові, акушера, психологу всім, хто спілкується з вагітною, дуже важливо своєчасно виявити подібну симптоматику і направити жінку на консультацію до психотерапевта чи психіатра, який зможе визначити невротичний або психотичний характер депресії і провести відповідний курс лікування. На жаль, депресивний тип ПКГД, як і тривожний, нерідко формується у вагітної жінки у зв'язку з необережними висловлюваннями, вчинками медичного персоналу, що є ятрогенним.

Відхилення в процесі сімейного виховання при цьому типі ПКГД аналогічні тим, що розвиваються при тривожному типі, але виражені більшою мірою. Зустрічаються також емоційне відкидання, жорстоке поводження. При цьому мати відчуває почуття провини, усугубляючої її стан.

Визначення типу ПКГД може істотно допомогти розібратися в ситуації, за якої виношувався і народилася дитина, зрозуміти, як склалися стосунки в сім'ї у зв'язку з його народженням, яким чином формувалася стиль сімейного виховання. Тип ПКГД відображає, перш за все, особистісні зміни і реакції жінки, тобто ті зміни, які відбулися в системі її відносин.

2. ***Рольовий опитувальник дітородіння (РОД) Родштейн М.М.***
 Опитувальник РОД є особистішим опитувальником, призначеним для психодіагностики жінок дітородного віку у фазі настроювання на дітородіння (призначений для групових і індивідуальних досліджень). Опитувальник має дві біполярні шкали, кожна з яких узагальнює 20 уявлень про дітородіння, які оцінюються на основі бального вибору згоди/незгоди. Загальний показник розраховується по формулі: $PU = (\text{генофілія} - \text{генофобія}) + (\text{репродуктивна}$

активність - репродуктивна пасивність) Сумарна оцінка є метричним індексом установки

3. *Авторська анкета-опитувальник репродуктивних мотивацій (Магденко О.В.)*. Першим етапом побудови анкети-опитувальника було формулювання властивостей досліджуваного явища. На підставі спостережень за вагітними жінками, опитування, бесіди, анкетування, фактами повсякденному житті автори спробували сформулювати зв'язок між поведінкою жінки в стані вагітності і з'ясуванням мотивів, причин і обставин, які спонукали жінку до збереження даної вагітності. Анкета, складається з 70 тверджень, які стосуються різних мотивів вагітності. В анкеті представлені найбільш значущі соціальні, психологічні та економічні мотиви, які впливають на репродуктивну мотивацію. Дана анкета дає можливість виявлення конструктивних і деструктивних репродуктивних мотивацій у вагітних жінок різного віку і в будь-якому триместрі вагітності.

2.2. Інтерпретація результатів дослідження

При роботі в емпіричній частині нашого дослідження на першому етапі, ми встановили, що для більшості жінкам характерно прояв таких деструктивних репродуктивних мотивацій, як бажання відповідати соціальним очікуванням (15,79%), зберігати вагітність заради власного здоров'я (17,32%), отримання матеріальної вигоди (23,98%) і збереження відносин. (3,45%).

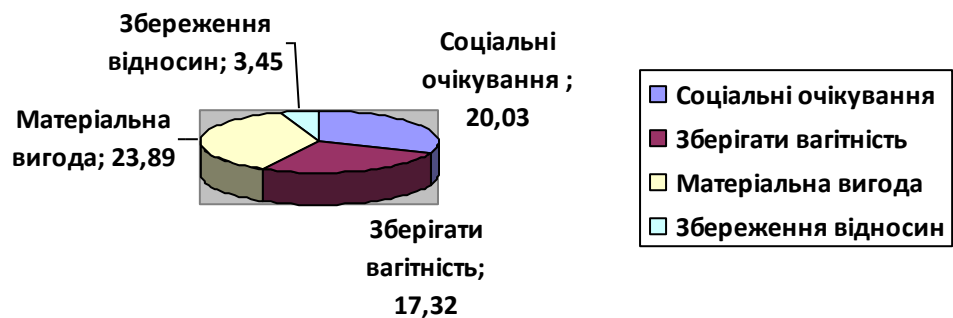


Рис. 2.1. Деструктивні репродуктивні мотивації жінок у %

Також відзначаються мотивації вагітності заради народження дитини певної статі (5,63%), як ухилення від самотності (4,85%), як протесту (1,92%), за релігійними уявленнями (1,86%), для отримання підтримки в старості (1,40%). В цілому деструктивні репродуктивні мотивації у вибірці дослідження становлять 53 випадків (92,2%). Тільки у дванадцяти жінок (7,8%) відзначаються конструктивні мотивації дітонародження - збереження вагітності заради самої дитини.

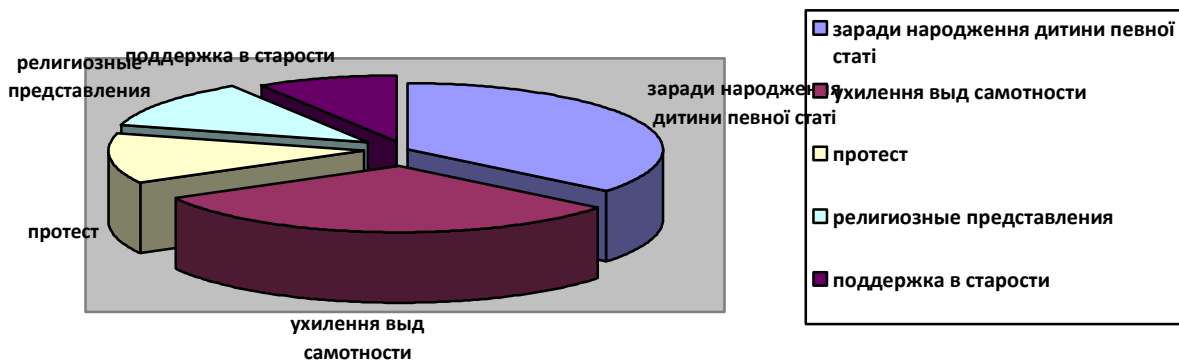


Рис. 2.2. Мотивації вагітності жінок

Показники суб'єктивних переваг рольових орієнтацій дітонародження представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Переваги репродуктивних рольових орієнтацій дітонародження у вагітних жінок

№	Рольових орієнтацій дітонародження	Вибірка
1.	Думаючи про народження дітей відчуваю страх	29 (44,37%)
2.	Я відчуваю що не готова до материнства	26 (39,78%)
3.	Материнство важливіше кар'єри	20 (30,6%)
4.	Кар'єра важливіше материнства	18 (27,54%)
5.	Жінка може не мати дітей і бути щасливою	19 (29,07%)
6.	Життя жінки може бути щасливою і без дітей	23 (35,19%)
7.	Народження дитини це перешкода успіху жінки	17 (26,01)

В таблиці ми зафіксували результати репродуктивних рольових орієнтацій дітонародження у вагітних жінок за авторською анкетую-опитувальником репродуктивних мотивацій, які набрали найвищій показник.

Результати дослідження свідчать про переважання у вибірці дослідження страхів, пов'язаних з народженням дітей, відсутність готовності до материнства, перевагу материнству професійної кар'єри, можливість повноцінного існування без наявності дітей, уявлення про те, що народження дитини - це перешкода успіху. У цих перевагах нерідко виявляється прагнення жінок зберегти свою незалежність, уникнути материнства, захистити егоїстичні цілі на користь кар'єри і матеріального благополуччя. Ці уявлення висвітлюють негативних установках, пов'язаних з народженням дітей.

Багато жінок реалізацію репродуктивної функції пов'язують зі страхами, тривогою, побоюваннями, що свідчить про психологічної напруженості і стані фрустрації. Можна констатувати, що представлені рольові орієнтації дітонародження є результатом внутрішньоособистісної конфліктної взаємодії домінуючих потреб і репродуктивних мотивацій. Спотворення цінностей материнства і дітородіння порушує становлення материнської рольової ідентичності і свідчить про недостатність психологічної готовності до материнства.

Визначення типу ПКГД може істотно доповнити уявлення про ставлення до вагітності і майбутній дитині. Дана інформація допомагає психологу визначити умови, в яких виношується і народжується дитина, зрозуміти, як складаються стосунки в родині в зв'язку з народженням дитини. Все це необхідно враховувати при проведенні психокорекційної роботи.

У вибірці дослідження виявлено такі типи психологічного компонента гестаційної домінанти: оптимальний тип - 18,69% випадків, гіпогестогнозическій тип ПКГД - 40,36%, ейфорійний тип - 15,39%, тривожний тип - 27,40%, депресивний тип - 3,12 %.

Для оптимального типу ПКГД характерно відповідальне, адекватне ставлення до вагітності, почуття радості при відчутті дитини, спрямованість на очікування його народження.

Гіпогестогнозическій тип характеризується недостатністю планування народження дитини, випадкової вагітністю і ставленням до майбутньої дитини як такого, що порушує плани професійного зростання.

При тривожному типі ПКГД характерний високий рівень тривоги і занепокоєння з приводу власного здоров'я, його ускладнень під час вагітності, переживають за здоров'я дитини, а також невпевнені в своїй материнській ролі. Вони переживають за майбутньої дитини, відчувають невпевненість з приводу рольового входження в материнство.

Для жінок, які тривалий час лікувалися від безпліддя, більш характерно ейфоричний ставлення до переживань вагітності. Вони емоційні, демонструють надмірну любов до ще не народженої дитини, претензійно, вимагають від оточуючих підвищеної уваги, виконання будь-яких забаганок, підкреслено потребують турботи (особливо з боку чоловіка).

Для депресивного типу психологічного компонента гестаційної домінанти характерний пригнічений, пригнічений, недовірливий стан, що може привести до розвитку патологічних станів. Жінки цієї групи важко виношують вагітність.

В цілому дисгармонійні типи ПКГД представлені у вибірці дослідження в 79,98% випадків.

Таким чином, інтеграційні дані, отримані в результаті психологічного дослідження мотивацій дітонародження і ставлення до вагітності і майбутній дитині, дозволяють виділити фактори ризику при становленні материнської рольової ідентичності. До них відносяться відкидає ставлення до материнства, наявність негативної установки дітонародження, переважання деструктивних репродуктивних мотивацій, відсутність психологічної готовності до материнства. Виявлено спотворення цінностей материнства, труднощі в ухваленні нової ролі матері, вузький репертуар самоідентифікацій, переважання дисгармонійних типів психологічного компонента гестаційної домінанти.

Результати дослідження мають прогностичне значення в плані виявлення комплексних психологічних характеристик вагітних жінок, що дозволяють визначити напрямки психологічної допомоги. Ці дані свідчать про необхідність психологічної роботи, спрямованої на зміну деструктивної репродуктивної мотивації вагітних жінок і набуття досвіду в освоєнні ролі матері.

Виходячи з усього вище сказаного, ми можемо зробити висновок, що на готовність жінки до сурогатного материнства впливають сукупність індивідуальних факторів. Рівень готовності залежить від психо-вікових особливостей жінки та ставлення до сурогатного материнства у суспільстві і його нормативного регулювання, матеріального компонента.

ВИСНОВКИ

Сім'я є провідним соціокультурним інститутом, який виступає дієвим інструментом соціалізації особистості, консолідації та гуманізації соціуму, толерантної взаємодії в полікультурному суспільстві. Більшість людей не уявляє сім'ю без дітей. Однак, з огляду на низку причин, останнім часом проблемою населення багатьох держав світу є безпліддя, яке набирає все більшого поширення. Одним з рішень цієї проблеми можна вважати застосування допоміжних репродуктивних технологій, в першу чергу інституту сурогатного материнства. На сьогодні характерною рисою суспільства є депопуляція, тому підвищення рівня народжуваності, в тому числі шляхом сурогатного материнства, набуває особливого значення, а, отже, потребує належного правового регулювання.

В теоретичній частині нашого дослідження, ми проаналізували, що сурогатне материнство, як правило, використовується при безплідді сімейної пари. Сутність цього методу полягає в тому, що яйцеклітина однієї жінки запліднюється штучним шляхом, а отриманий ембріон підсаджується іншій жінці, яка його виношує, народжує і передасть подружжю. При цьому одна жінка називається донором (або генетичною матір'ю), а інша (виношує дитину) сурогатною матір'ю.

Можливо і так зване часткове сурогатне материнство, коли жінка сурогатна мати одночасно виступає і донором яйцеклітини. В цьому випадку вона ж є і генетичним батьком.

До основних моральних проблем, пов'язаних з сурогатним материнством, відносяться наступні.

1. Руйнування цілісності сімейних відносин. Сурогатне материнство стає все більш доступним і масовим, що не може не викликати занепокоєння з точки зору традиційних уявлень про сім'ю і сімейних цінностях

2. Проблема встановлення материнства і права матері. У різних країнах це питання регулюється по-різному. Є чимало випадків, коли сурогатна мати відмовлялася повертати дитину в сімейну пару. Дійсно, ситуація, коли у дитини відразу дві матері, створює гострі конфлікти. За допомогою правового регулювання прагнуть вирішити або хоча б пом'якшити цю проблему.

3. Загальна кількість батьків. Теоретично, якщо використовувати донорство статевих клітин, можливо наявність максимально *п'яти* батьків у дитини. Це жінка-донор, чоловік-донор, сурогатна мати і сімейна пара замовник (соціальні батьки). Очевидно, що це абсолютно екстраординарна ситуація.

4. Сурогатне материнство дасть можливість стати матір'ю в необмежено літньому віці. Це підриває всі традиційні поняття про материнство взагалі, а також створює загрозу правам дитини, так як навряд чи природний догляд і турбота про дитину можливі при наявності старенькій матері.

5. Комерціалізація дітонародження веде до того, що сурогатна мати, виношуючи дитину за винагороду, стає товаром, жінкою інкубатором.

6. Моральні та психологічні проблеми дитини вони можуть бути досить гострими, якщо він дізнається про своє походження.

Психологічну готовність до сурогатного материнства слід розглядати як етап розвитку самосвідомості особистості чоловіка і жінки, які звернулися до даної програми, процес вибудовування смислових меж між батьками та дитиною. Одним з найважливіших компонентів психологічної готовності сімейних пар до сурогатного материнства слід назвати прийняття на усвідомленому та неусвідомленому рівнях завдання народження дитини сурогатною матір'ю, бачення в цьому життєвого смислу.

В емпіричному дослідженні, ми використали три методики, які допомогли провести комплексне дослідження та отримати результати мотивацій дітонародження і ставлення до вагітності і майбутній дитині, які дозволяють виділити фактори ризику при становленні материнської рольової ідентичності. До них відносяться відкидає ставлення до материнства, наявність

негативної установки дітонародження, переважання деструктивних репродуктивних мотивацій, відсутність психологічної готовності до материнства. Виявлено спотворення цінностей материнства, труднощі в ухваленні нової ролі матері, вузький репертуар самоідентифікацій, переважання дисгармонійних типів психологічного компонента гестаційної домінанти.

Також, ми отримали результати прогностичного значення в плані виявлення комплексних психологічних характеристик вагітних жінок, які дозволяють визначити напрямки психологічної допомоги. Ці дані свідчать про необхідність психологічної роботи, спрямованої на зміну деструктивної репродуктивної мотивації вагітних жінок і набуття досвіду в освоєнні ролі матері.

Виходячи з усього вище сказаного, ми можемо зробити висновок, що на готовність жінки до сурогатного материнства впливають сукупність індивідуальних факторів. Рівень готовності залежить від психо-вікових особливостей жінки та ставлення до сурогатного материнства у суспільстві і його нормативного регулювання, матеріального компонента.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни. К. А. Абульханова-Славская. М. : Мысль, 1991. 299 с.
2. Аймедов К. В. Психологія вагітної. К. В. Аймедов, Л. Р. Нікогосян. Одес. нац. мед. ун- т. ; О. : ОНМедУ : Симекс-прінт, 2013. 87 с.
3. Аршавский И.А. Доминанта беременности и проблема физиологически полноценного онтогенеза. *Труды Научно-исслед. ин-та биологии*. Харьков, 1956. Т. 24. С. 161–181.
4. Бриш Карл SAFE Грамматика воспитания. Время ожидания и первый год жизни ребенка. Карл Бриш. М. : Теревинф, 2013. 210 с.
5. Васильченко О. М. Репродуктивна поведінка особистості. Соціально-психологічний аналіз: *монографія*. О. М. Васильченко. Луганськ : Вид-во «Ноулідж», 2013. 547 с.
6. Васильченко О.М. Діагностика та корекція репродуктивної поведінки особистості: навчально-методичне видання. О.М. Васильченко. К.: 2012. 96 с.
7. Ватрас В. А. Суб'єктний склад правовідносин щодо імплантації ембріона дитини жінці із генетичного матеріалу подружжя. В. А. Ватрас. Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права. 2002. № 4. С. 73-74.
8. Верес Я. І. Проблеми правового регулювання сурогатного материнства. Я. І. Верес. Адвокат. 2013. №3 (150). С. 27-31.
9. Гитлина К.А. Суррогатное материнство ив законодательстве Израиля и России. К.А. Гитлина. *Ученые труды Российской академии адвокатуры и нотариата*. 2015. № 1 (36). с.103-106
10. Головащук А.П. Правові аспекти договору про сурогатне материнство. А. П. Головащук. Бюлетень Міністерства юстиції України. 2013. № 9. С. 73-78.

11. Добряков И. В. Перинатальная психология. И. В. Добряков. СПб. : Питер, 2010. – 272 с.
12. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010.
13. Івачевська О. В. Дослідження особливостей репродуктивної мотивації молодих жінок: проблеми і перспективи. О. В. Івачевська. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. К. : Мілленіум, 2013. С. 152–163.
14. Квіт Н. М. Інститут сурогатного материнства: проблеми колізійного регулювання. Н. М. Квіт. *Альманах міжнародного права*. 2016. Вип. С. 38-48.
15. Конвенція ООН про права дитини, прийнята резолюцією 44/25 Генеральної Асамблеї ООН від 20 листопада 1989 р. *Бюлетень законодавства і юридичної практики України*. 1997. № 5. С. 35–53.
16. Конституція України. Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. Ст. 141.
17. Коренга Ю. В. Договір сурогатного материнства. Ю. В. Коренга. *Бюлетень Міністерства юстиції України*. 2012. № 5. С. 133-137.
18. Красницька Л. Визначення походження дитини при застосуванні форм репродуктивної медицини за законодавством України. Л. Красницька. *Підприємництво, господарство та право*. 2004. № 7. С.31-33.
19. Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). Д.А. Леонтьев. 2-е изд. М. : Смысл, 2000. 18 с.
20. Магденко О. В. Психологическая помощь беременным женщинам при становлении материнской ролевой идентичности. О.В. Магденко, И. Я. Стоянова. Новосибирск : Полиграфическая компания, ИП Малыгин А. М., 2012. 224 с.
21. Магденко О.В. Мотивы сохранения беременности. Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Теоретические и прикладные аспекты перинатальной психологии: проблемы и перспективы». НГУ, 2007. С. 115–119.
22. Магденко О.В., Иглина Н.Г. Психодиагностический метод, направленный на выявление мотивов сохранения беременности и

психологических особенностей беременной женщины. Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Мониторинг психического здоровья различных групп населения». под ред. академика РАМН В.Я. Семке. Томск, Новокузнецк, 17-18 октября, 2006. С. 117–120.

23. Магденко О.В., Стоянова И.Я. Психологическая помощь беременным женщинам при становлении материнской ролевой идентичности. Новосибирск: Полиграфическая компания И.П. Малыгина, 2012. – 224 с.

24. Магденко О.В., Стоянова И.Я. Условия становления репродуктивной мотивации и формирования материнской ролевой идентичности. Клиническая персонология в медицинской и социальной практике: тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции (Томск, 31 мая 2010 г.). под ред. В.Я. Семке. Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2010. С. 100–104.

25. Мацко Л. А. Основи психології та педагогіки: лабораторний практикум. Л. А. Мацко, М. Д. Прищак, Т. В. Первушина. Вінниця : ВНТУ, 2011. 139 с.

26. Митрякова Е.С. Правовое регулирование суррогатного материнства в России: *дис. к.ю.н.*: 12.00.03. Е. С. Митрякова. Тюмень, 2006. 169 с. С. 82.

27. Москалюк В. Договір про сурогатне материнство. В. Москалюк. Нотаріат для Вас. 2006. № 12 (86). С. 69-71.

28. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего. Ж. Нюттен. Под ред. Д. А. Леонтьева. М. : Смысл, 2004. 608 с. 59

29. Обіход С. В. Соціально–психологічні аспекти регулювання демографічних процесів в умовах нестабільності. С. В. Обіход. Вісник ЖДТУ. 2010. №3(53). С. 337–341.

30. Пестрикова А. А. Обязательства суррогатного материнства: *дис. к.ю.н.*: 12.00.03. А.А. Пестрикова. Самара, 2007. 202с.

31. Пестрикова А. А. Субъектный состав договора суррогатного материнства. А. А. Пестрикова. Цивилист. 2007. № 2. С. 84-86.

32. Петров В.С., Авакян М.М. Концепция перинатального образования граждан РФ. Перинатальная психология и медицина: сборник материалов конференции. Спб.: 2001. С.17–22.

33. Про допоміжне материнство : проект Закону від 17 червня 2011 р. №8703. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_2?id=&pf3516=8703&skl=7.

34. Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 9 вересня 2013 р. № 787. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13>.

35. Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині: Закон України від 16 липня 1999 р. № 1007-14. Відомості Верховної Ради України (ВВР). 1999. - N 41. Ст.377.

36. Психологические тесты. сост. С. Касьянов. М. : Эксмо, 2006. 608 с.

37. Пушкарьова Т. Н. Депрессивные и тревожные расстройства матери как фактор риска развития психопатологии у ребенка. Т. Н. Пушкарьова // Арх. психіатрії. 2002. № 3 (30). С. 132 –140.

38. Реан А. А. Практическая психодиагностика личности. А. А. Реан. СПб. : Изд-во СПб ун-та, 2001. 224 с.

39. Реан А. А. Психология человека от рождения до смерти. Психологический атлас человека. А. А. Реан. М. : АСТ, 2010. 661 с.

40. Родштейн М. Н. Гендерно-ролевая идентичность как фактор репродуктивной установки женщин : дисс ... канд. психол. наук 19.00.05. Мария Николаевна Родштейн; Самарский Гос. пед. ун-т. Самара, 2006. 222 с.

41. Родштейн М.Н. Рулина Т.К. Методологические принципы социально-психологического анализа материнской установки. Известия Самарского научного центра Российской Академии Наук. Самара, 2005.

42. Розгон О. Сурогатне материнство: проблеми правового та договірнього регулювання. О. Розгон. Мала енциклопедія нотаріуса. 2010. №3 (51). С.120-140.

43. Самойлова В.В. Суррогатное материнство как правовой институт. В.В. Самойлова. Теория и практика общественного развития. 2014. № 4. С. 234 – 236

44. Ситдикова Л.Б. Понятие и правовая природа договора суррогатного материнства. Л. Б. Ситдикова. Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: Юридические науки. 2014. № 4 (16). С. 82-88.

45. Сімейний кодекс України від 10 січня 2002 р. №2947-III // Відомості Верховної Ради України. 2002. № 21-22. Ст. 135.

46. Сопель М.В. Правові аспекти суррогатного материнства: США та Україна. М.В. Сопель. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції 17—18.04.2008. м. Львів. С. 314-318.

47. Сорокина Т.В. Суррогатное материнство: понятие и критерии его определения. Т.В. Сорокина. Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 5: Юриспруденция. 2010. Т. 5. № 2 (13). С. 216.

48. Справочник практического психолога. Психодиагностика под общ. ред. С.Т. Посоховой. М.: АСТ; СПб.: Сова, 2005.

49. Стеценко С. Г. Медичне право України : підручник / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. С. Г. Стеценка. Стеценко С. Г., Стеценко В. Ю., Сенюта І. Я. – К. : Всеукраїнська асоціація видавців “Правова єдність”, 2008. 507 с.415 25..

50. Стоянова И.Я., Магденко О.В. Методологические подходы к исследованию материнской идентичности у беременных женщин. Сибирский психологический журнал. 2010. № 4. С. 52–63.

51. Татенко В. О. Суб'єктно-вчинкова парадигма в сучасній психології. В. О. Татенко. Людина. Суб'єкт. Вчинок: Філософсько-психологічні студії / за заг. ред. В. О. Татенка. К. : Либідь, 2006. С. 316–358.
52. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. М. : Изд-во ун-та психотерапии, 2002. 490 с.
53. Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 р. №435-IV. Відомості Верховної Ради України. 2003. №№40-44. Ст. 356.
54. Шевчук Г. С. Материнська ідентичність у структурі Я-концепції жінки. Г. С. Шевчук. Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України. 2010. №9 С. 765–777.
55. Шлюб, сім'я та дітородні орієнтації в Україні : *Монографія*. Авт. кол. Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України та Українського центру соціальних реформ під кер. Е. М. Лібанової. К. : АДЕФ-Україна, 2008. 256 с.
56. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2003. 336 с.
57. Явор О. А. Правові аспекти сурогатного материнства. О. А. Явор. *Університетські наукові записки*. 2012. №4 (44). С. 127-133
58. Bibring G.L., Valenstein A.F. Psychological aspects of pregnancy. *J. clin. Obstetrics and gynecol.* 1976. Vol. 19, № 2. P. 357–372.
59. Erikson E.H. Identity and the Life Cycle. Issues, Monogr 1. New York: International Universities Press, 1959.
60. Maslow A.H. Motivation and personality (3rd ed.). New York: Harper and Row, 1987. P. 24–45.
61. Wieder S. et al. Identifying the multy-risk family prenatally: Antecedent psychological factors and infant developmental trends. *Infant-Mental Health J.* 1983. Vol. 4, № 3. P. 165–201.

ДОДАТОК А

Тест відносин вагітної призначений для визначення типу переживання вагітності у майбутньої матері

(Ейдемільер Е. Г., Добряков І. В., Микільська І. М., 2003).

Концептуальними основами створення тесту послужили теорія психології відносин В. Н. Мясищева (1960), що дозволило розглядати вагітність через призму єдності організму і особистості, а також поняття «гестаційної домінанти». На основі вчення А. А. Ухтомського про домінанту І. А. Аршавським була запропонована теорія про існування в період виношування дитини гестаційної домінанти (від лат. Gestatio-вагітність, dominans-панівний). Поняття «гестаційна домінанта» найбільш вдало відображає особливості перебігу фізіологічних і нервово-психічних процесів в організмі вагітної жінки. Вона забезпечує спрямованість всіх реакцій організму на створення оптимальних умов для розвитку ембріона, а потім плоду. Це відбувається шляхом формування під впливом факторів зовнішнього і внутрішнього середовища стійкого вогнища збудження в центральній нервовій системі, що володіє підвищеною чутливістю до подразників, що мають відношення до вагітності і здатним надавати гальмівний вплив на інші нервові центри (Ейдемільер Е. Г., Добряков І. В., Микільська І. М., 2003).

Розрізняють фізіологічний і психологічний компоненти гестаційної домінанти, які, відповідно, визначаються біологічними або психічeskими змінами, що відбуваються в організмі жінки, спрямованими на виношування, народження і виходжування дитини. Психологічний компонент гестаційної домінанти (ПКГД) викликає особливий інтерес перинатальних психологів і психотерапевтів. Він являє собою сукупність механізмів психічної саморегуляції, включаючихся у жінки при виникненні вагітності, спрямованих на збереження гестації та створення умов для розвитку майбутньої дитини, формують ставлення жінки до своєї вагітності, її поведінкові стереотипи.

У результаті вивчення анамнестичних відомостей, клініко-психологічних спостережень за вагітними жінками і бесід з ними І. В. Добряквим було виділено п'ять типів ПКГД: оптимальний, гіпогестогнозическій, ейфоричний, тривожний і депресивний .

Оптимальний тип ПКГД відзначається у жінок, які ставляться до своєї вагітності відповідально, але без зайвої тривоги. У цих випадках, як правило, подружній холон зрілий, відносини в сім'ї гармонійні, вагітність бажана обома подружжям. Вагітна жінка продовжує вести активний спосіб життя, але своєчасно встає на облік в жіночу консультацію, виконує рекомендації лікарів, стежить за своїм здоров'ям, із задоволенням і успішно займається на курсах допологової підготовки. Оптимальний тип сприяє формуванню гармонійного типу сімейного виховання дитини.

Гіпогестогнозическій тип ПКГД (від грец. Нуро - приставка, що означає слабку вираженість; лат. Gestatio - вагітність; грец. Gnosis - знання) нерідко зустрічається у жінок, які не закінчили навчання, захоплених роботою. Серед них зустрічаються як юні студентки, так і жінки, яким скоро виповниться або вже виповнилося 30 років. Перші не бажають брати академічну відпустку, продовжують здавати іспити, відвідувати дискотеки, займатися спортом, ходити в походи. Вагітність у них часто незапланована. Жінки другої підгрупи, як правило, вже мають професію, захоплені роботою, нерідко займають керівні пости. Вони планують вагітність, так як справедливо побоюються, що з віком підвищується ризик виникнення ускладнень. З іншого боку, ці жінки не схильні змінювати життєвий стереотип, у них «не вистачає часу» встати на облік в жіночу консультацію, відвідувати лікарів, виконувати їх призначення. Жінки з гіпогестогнозическім типом ПКГД нерідко скептично ставляться до курсів допологової підготовки, нехтують заняттями. Догляд за дітьми, як правило, передовіряється іншим особам (бабусям, няням), так як самі матері «дуже зайняті». Нерідко цей тип ПКГД також зустрічається у багатодітних матерів. Найчастіше йому супроводжують такі типи сімейного виховання, як гіпопротекція, емоційне відкидання, нерозвиненість батьківських почуттів.

Ейфорійний тип ПКГД, (від грец. Їй - добре; phew-переносити) відзначається у жінок з істеричними рисами особистості, а також у тривало лікувалися від безпліддя. Нерідко вагітність у них стає засобом маніпулювання, способом зміни відносин з чоловіком, досягнення меркантильних цілей. При цьому декларується надмірна любов до майбутньої дитини, що виникають нездужання і труднощі перебільшуються. Жінки претензійні, вимагають від оточуючих підвищеної уваги, виконання будь-яких забаганок. Лікарі, курси допологової підготовки відвідуються, але далеко не до всіх порад пацієнтки прислухаються і не всі рекомендації виконують або роблять це формально. Ейфоричного типу ПКГД відповідає розширення сфери батьківських почуттів до дитини, потворствуюча гиперпротекция, перевагу дитячих якостей. Нерідко відзначається винесення конфлікту між подружжям у сферу виховання.

Тривожний тип - характеризується високим рівнем тривоги у вагітної, що впливає на її соматичне стан. Тривога може бути цілком виправданою і зрозумілою (наявність гострих або хронічних захворювань, дисгармонійні відносини в сім'ї, незадовільні матеріально-побутові умови і т. п.). У деяких випадках вагітна жінка або переоцінює наявні проблеми, або не може пояснити, з чим пов'язана тривога, яку вона постійно відчуває. Нерідко тривога супроводжується іпохон-дрічністю. Підвищену тривожність неважко виявити як лікарю жіночої консультації, так і ведучим курси допологової підготовки, проте вагітні жінки з цим типом ПКГД далеко не завжди отримують адекватну оцінку і допомогу.

На жаль, саме неправильні дії медичних працівників досить часто сприяють підвищенню тривоги у жінок. У цих випадках підвищений рівень тривожності у вагітної жінки повинен розцінюватися як ятрогенний, тобто пов'язаний з неправильним наданням медичної допомоги. Більшість вагітних жінок з цим типом ПКГД потребують допомоги психотерапевта. Ставши матерями, вони відрізняються підвищеною моральною відповідальністю, не впевнені у своїх силах і здібностях виховувати дитину. Виховання дітей найчастіше носить характер домінуючої гиперпротекции. Поширена і

винесення конфлікту між подружжям у сферу взаємодії з дитиною, яка обумовлює суперечливий тип виховання.

Депресивний тип ЯАТ проявляється, перш за все, різко зниженим фоном настрою у вагітних. Жінка, яка мріяла про дитину, може стверджувати, що тепер не хоче його, не вірить у свою здатність виносити і народити здорове дитя, боїться померти в пологах. Часто у неї виникають думки про власний потворності. Жінки вважають, що вагітність «знівечила їх», бояться бути покинутими чоловіком, часто плачуть. У деяких сім'ях подібна поведінка майбутньої матері може дійсно погіршити її відносини з родичами, що пояснюють все капризами, які не розуміють, що жінка нездорова. Це ще більше посилює її стан. У важких випадках з'являються надцінні, а іноді і маревні іпохондрические ідеї, ідеї самознищення, виявляються суїцидальні тенденції. Гінекологові, акушера, психологу всім, хто спілкується з вагітною, дуже важливо своєчасно виявити подібну симптоматику і направити жінку на консультацію до психотерапевта чи психіатра, який зможе визначити невротичний або психотичний характер депресії і провести відповідний курс лікування. На жаль, депресивний тип ПКГД, як і тривожний, нерідко формується у вагітної жінки у зв'язку з необережними висловлюваннями, вчинками медичного персоналу, що є ятрогенним.

Відхилення в процесі сімейного виховання при цьому типі ПКГД аналогічні тим, що розвиваються при тривожному типі, але виражені більшою мірою. Зустрічаються також емоційне відкидання, жорстоке поводження. При цьому мати відчуває почуття провини, усугубляючої її стан. Визначення типу ПКГД може істотно допомогти розібратися в ситуації, за якої виношувався і народилася дитина, зрозуміти, як склалися стосунки в сім'ї у зв'язку з його народженням, яким чином формувалася стиль сімейного виховання. Тип ПКГД відображає, перш за все, особистісні зміни і реакції жінки, тобто ті зміни, які відбулися в системі її відносин.

Опис методики

Тест містить три блоки тверджень, що відображають ставлення вагітної жінки:

1. До себе вагітної (блок А).
2. До формується системі «мати-дитя» (блок Б).
3. До того, як до неї ставляться оточуючі (блок В).

У кожному блоці є три розділи, в яких шкалюються різні поняття. Вони представлені п'ятьма твердженнями, що відбивають п'ять різних типів ПКГД. Випробуваної пропонується вибрати один з них, найбільш відповідний її стану. Блок А (відношення жінки до себе вагітною) представлений наступними розділами:

1. Ставлення до вагітності.
2. Ставлення до способу життя під час вагітності.
3. Ставлення під час вагітності до майбутніх пологів.

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

1. Ставлення до себе як до матері.
2. Ставлення до своєї дитини.
3. Ставлення до вигодовування дитини грудьми.

Блок В (відношення вагітної жінки до того, як до неї ставляться оточуючі) представлений наступними розділами:

1. Ставлення до мене вагітної чоловіка.
2. Ставлення до мене вагітної родичів і близьких.
3. Ставлення до мене вагітної сторонніх людей.

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

А

1	1 Ніщо не приносить мені такого щастя, як свідомість того, 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
	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
	2	3 Вагітність я не вважаю приводом для того, щоб змінювати спосіб життя
	4	Вагітність так змінила образ мого життя, що вона стала прекрасною
	5	Вагітність змусила мене відмовитися від багатьох планів, тепер не судилося збутися багатьом моїм надіям
	1	Я намагаюся взагалі не думати ні про вагітність, ні про майбутні пологи
	2	Я постійно думаю про пологи, дуже їх боюся
	3	3 Я думаю, що під час пологів все можу зробити правильно і не відчуваю особливого страху перед ними
	4	4 Коли я замислююся про майбутні пологи, настрій у мене погіршується, так як я майже не сумніваюся в їх поганому кінці
	5	5 Я думаю про пологи, як про майбутнє свято
	Б	
	1	1 Я сумніваюся в тому, що зможу справлятися з обов'язками матері
	2	2 Я вважаю, що не зможу стати хорошою матір'ю
	1	3 Я не замислююся про майбутнє материнство
	4	4 Я впевнена, що стану прекрасною матір'ю

5	Я вважаю, що якщо постараюся, то зможу стати хорошою матір'ю
1	Я часто із 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
2 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 якимось- небудь неповноцінним, і дуже боюся цього
1	Я не думаю про те, як буду годувати дитину грудьми
2	Я із захопленням уявляю собі, як буду годувати дитину грудьми
3 3	Я думаю, що буду годувати дитину грудьми
4	Я турбуюся про те, що у мене будуть проблеми з годуванням грудьми
5	Я майже впевнена, що навряд чи зможу годувати дитину грудьми

В

1	Вважаю, що вагітність зробила мене ще прекрасніше в очах батька моєї дитини
2	Моя вагітність ніяк не змінила ставлення до мене батька моєї дитини
1 3	Через вагітність батько моєї дитини став уважніше і тепліше ставитися до мене
4	Через вагітність я стала некрасивою, 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
2 1	Більшість близьких мені людей розділяють мою радість з приводу вагітності, і мені добре з ними

2	Не всі близькі мені люди досить 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, мої 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
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»

Обробка результатів

Після виконання завдання необхідно перенести результати в таблицю, зазначивши відповідну твердженням цифру (таблиця 11).

Таблиця 11 Результати обстеження ТОБ (б)

Блоки	Розділи	О	Г	Э	Т	д
1	1	4	2	1	3	5
	2	2	3	4	1	5
	3	3	1	5	2	4
2	1	5	3	4	1	2
	2	1	4	2	3	5
	3	3	1	2	5	4

3	1	3	2	1	5	4
	2	1	4	2	5	3
	3	5	4	3	2	1 --- I, -
	Всього					

У нижньому рядку таблиці - "Всього" - виставляється результат підрахунку кількості зазначених цифр (балів, не суми цифр!) В кожному стовпці. Стовпець «О» відображає твердження, що характеризують переважно оптимальний тип ПКГД, «Г» - гіпогестогнозическій, «Е» - ейфоричний, «Т» - тривожний, «Д» - депресивний.

Якщо в результаті тестування набрано 7-9 балів, що відповідають одному з типів ПКГД, він може вважатися визначальним.

Якщо ні за яким типом ПКГД переважання балів не спостерігається, неважко визначити, які підсистеми ПКГД у жінки потребують корекції. Для наочності можна побудувати профіль ПКГД у вигляді гістограми. По вертикалі відзначаються обрані бали, а по горизонталі - типи ПКГТ

Пример___«Тест відносин вагітної» був заповнений майбутньою матір'ю. Результати обстеження були занесені у відповідну таблицю.

Як видно з таблиці і рис. б, найбільше число обраних тверджень належать першій графі. На підставі цього факту тип ПКГД визначається як переважно оптимальний.

Тест дозволяє не тільки визначити тип ПКГД за переважанням обраних тверджень, а й зробити якісний аналіз, виявити ті відносини, які потребують корекції.

Приклад: В іншої жінки, яка звернулася за психологічною допомогою, було виявлено ейфоричний ставлення до своєї вагітності і тривожне ставлення до себе - матері.

Отримані в результаті застосування тесту дані наведені в таблиці:

Вивчивши затвердження, вибрані випробуваної, неважко встановити, що у жінки відзначається ейфоричний ставлення до своєї вагітності, оптимістичне ставлення до майбутньої дитини, оточуючим її стороннім і близьким людям, в той час як підвищена тривога пов'язана з майбутніми обов'язками матері.

На основі результатів дослідження вагітну можна віднести до однієї з трьох груп, що вимагають різної тактики проведення допологової підготовки і, при необхідності, надання психологічної допомоги.

Перша група включає в себе практично здорових вагітних жінок, які перебувають у стані психологічного комфорту, мають оптимальний тип ПКГД.

Друга група може бути названа «групою ризику». У неї слід включати жінок, які мають ейфорійний, гіпогестогнозическій, іноді тривожний типи ПКГД. У них відзначається підвищена ймовірність розвитку нервово-психічних порушень, соматичних захворювань або загострення хронічних розладів.

Третя група складається з жінок, що також мають гіпогестогнозическій і тривожний типи ПКГД, однак вираженість їх клінічних проявів більш значна, ніж у представниць другої групи. Крім того, сюди слід включати всіх жінок, що характеризуються депресивним типом ПКГД. Багато вагітні жінки з цієї групи виявляють нервово-психічні розлади різного ступеня тяжкості і потребують індивідуального спостереженні та лікуванні у психотерапевта чи психіатра.

Таким чином, тест дозволяє виявляти нервово-психічні порушення у вагітних жінок вже на ранніх етапах розвитку дитини, пов'язувати їх з особливостями сімейних відносин і орієнтувати психологів на надання відповідної допомоги. Результати, отримані при використанні методики, можуть бути задіяні безпосередньо при наданні психологічної допомоги, наприклад, в якості тем психотерапевтичної бесіди. Таким чином, завдяки обстеженню корекція виявлених відхилень може здійснюватися більш цілеспрямовано.

Простота використання тесту дає можливість впровадження його в практику роботи жіночих консультацій, застосування акушерами-гінекологами, терапевтами. При виявленні виражених порушень у вагітних жінок їм може

бути рекомендовано звернення за допомогою до психолога або до психотерапевта. Рекомендується проводити тестування в другому і третьому триместрах вагітності. Вчасно і адекватно надана допомога не тільки покращує ситуацію в сім'ї, перебіг вагітності та пологів, але і є профілактикою нестачі грудного молока, післяпологових невротичних і психічних розладів.

Тест може бути використаний також з метою визначення ефективності надання психологічної допомоги та курсів допологової підготовки: у такому випадку він проводиться до початку курсу або зустрічей з психологом і після його завершення. Зміни результатів тестування можна використовувати для оцінки ефективності даної роботи. При цьому не рекомендується проводити тестування частіше одного разу на місяць.

ДОДАТОК В

Рольовий опитувальник дітородіння (РОД) Родштейн М.М

Для виявлення структури й змісту репродуктивної установки жінок М.М. Родштейн був розроблений рольовий опитувальник дітородіння (РОД) в основу якого були покладені інтеракціоністський і психосемантичний підходи.

Символічний інтеракціонізм (Дж. Мід, Т. Шибутані) розглядає репродуктивну роль як конвенційну, стосовно якої існують стереотипні уявлення про те, які повинні бути поведінкові орієнтації що до заданої ролі.

Психосемантичний підхід дозволяє реконструювати семантичний простір певної області диспозицій установки, вербальні форми яких були сконструйовані на основі теорій потреб у продовженні роду (У. Мак-Дауголл, В.К. Вілюнас, Г.А. Мюррей), теорії потреби в метаіндивідуальній представленості в дітях В.В. Оськіної.

В основу розробки опитувальника М.М. Родштейн був покладений критеріально-аналітичний принцип - принцип конструювання діагностичного інструмента на основі виявлення обмеженого обумовленого розроблювачем кола факторів з наступною факторизацією вихідної матриці. Фактор-конструкт - операціонально обумовлений факторними навантаженнями. Під факторними навантаженнями розуміються значення кореляції змінних з даним фактором. Опитувальник вимірює змінну "установка", структура якої є двохфакторною: **генофілія - генофобія; репродуктивна активність - репродуктивна пасивність**. Відповідно завданням факторного аналізу було здійснення переходу від сукупності шкал до комплексних узагальнених факторів (на основі результатів факторного аналізу в пілотажному дослідженні). Жінкам був запропонований перелік з 40 біполярних суджень, по яких необхідно було виділити один з варіантів відповіді (\pm відповідно до полюса): ± 2 - повністю згодний; ± 1 - частково згодний; 0 - важко відповісти. При обчисленні індивідуального навантаження на кожний фактор потрібно просумувати бали наступних питань:

"Генофілія" - (+ полюс суджень) № 1, 6, 8, 10, 12, 14, 18, 20, 21, 23, 24, 26, 28, 30,31,32,34, 38,40.

"Генофобія" (- полюс суджень) № 1, 6, 8,10,12,14,18,20,21,23,24,26,28, 30,31,32,34,38,40.

"Репродуктивна активність" (+ полюс суджень) № 2, 3,4, 5, 7, 9, 11, 15, 16, 17,19,22,25,27,29,33,35,37,39.

"Репродуктивна пасивність" (- полюс суджень) № 2, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 15,16, 17,19,22,25,27,29,33,35,37, 39.

Психометричні характеристики опитувальника.

Опитувальник РОД є особистішим опитувальником, призначеним для психодіагностики жінок дітородного віку у фазі настроювання на дітородіння (призначений для групових і індивідуальних досліджень). Опитувальник має дві біполярні шкали, кожна з яких узагальнює 20 уявлень про дітородіння, які оцінюються на основі бального вибору згоди/незгоди. Загальний показник розраховується по формулі: $PU = (\text{генофілія} - \text{генофобія}) + (\text{репродуктивна активність} - \text{репродуктивна пасивність})$ Сумарна оцінка є метричним індексом установки.

Конструктивна й змістовна валідність опитувальника формувалася за допомогою фокус-груп, пілотажного дослідження репродуктивної установки на вибірках жінок з різним репродуктивним статусом (бездітні - 50 осіб, дітні - 50 осіб). Виявлені значущі розходження, що свідчать про валідність методики (U значимо на рівні $p < 0,001$). Надійність частин опитувальника як паралельних форм кореляції обґрунтовувалася за допомогою коефіцієнта Спірмена: $m = 0,58$ (дискримінанта надійність). Розроблений для проведення факторного аналізу опитувальник пройшов ретестову перевірку в процедурах факторизації змінних, що передбачають попереднє тестування результатів вибірки на критерій нормалізації КМО й сферичності Бартлета. Ступінь застосування факторного аналізу до даних вибірок відповідно такі: до вибірки жінок з фемінною ідентичністю більше 0,8 - висока адекватність; до вибірки жінок з андрогінною ідентичністю - більше 0,7 - прийнятна адекватність; до вибірки жінок з маскулінною ідентичністю 0,5 - низька адекватність (критерій адекватності вибірок Кайзера - Мейера-Олкіна).

Таблиця 1.1.

Опитувальник рольових орієнтації дітородіння М.М. Родштейн

№	(А)	БАЛЛ	(Б)				
			1	0	-1	-2	
1	Дети - это смысл жизни	2	1	0	-1	-2	Дети - это бремя и обуза
2	Думая о рождении детей, не испытываю страха	2	1	0	-1	-2	Думая о рождении детей, испытываю страх
3	Рожать ребенка буду и при отсутствии полной семьи	2	1	0	-1	-2	Рожать ребенка буду только при условии полной семьи
4	Решусь на рождение ребенка, даже если это ухудшит мой уровень жизни	2	1	0	-1	-2	Не решусь на рождение ребенка, если это ухудшит мой уровень жизни
5	Детей следует рожать, когда этого хочешь	2	1	0	-1	-2	Детей следует рожать, когда есть условия
6	Я чувствую, что готова к материнству	2	1	0	-1	-2	Я чувствую, что не готова к материнству
7	С интересом слушаю, когда другие рассказывают о своих детях	2	1	0	-1	-2	Разговоры о детях не интересуют меня
8	Я готова поставить интересы ребенка выше собственных	2	1	0	-1	-2	Я не готова поставить интересы ребенка выше собственных

9	Рождение детей - это забота о сохранении жизни	2	1	0	-1	-2	Рождение детей - это семейная повинность
10	Я хочу иметь детей	2	1	0	-1	-2	Я не хочу иметь детей
11	Сохраню ребенка и при незапланированной беременности	2	1	0	-1	-2	Обязательно прерву беременность, если она не запланирована
12	Ради материнства могу отказаться от привычных удовольствий	2	1	0	-1	-2	Не откажусь ради материнства от привычных удовольствий
13	Материнство важнее карьеры	2	1	0	-1	-2	Карьера важнее материнства
14	Я хотела бы иметь более 1 ребенка	2	1	0	-1	-2	Я хотела бы иметь только 1 ребенка
15	Когда прихожу туда, где есть дети, всегда с ними играю	2	1	0	-1	-2	Никогда не играю с чужими детьми
16	Решаясь на рождение ребенка, буду рассчитывать на себя	2	1	0	-1	-2	Решусь на рождение ребенка только при условии материальной помощи со стороны
17	Я стремлюсь к материнству	2	1	0	-1	-2	Я ничего хорошего от материнства не жду
18	Я испытываю жалость к	2	1	0	-1	-2	Я не испытываю жалости к

	бездетным женщинам							бездетным женщинам
19	В современных условиях, имея детей, легко самореализоваться	2	1	0	-1	-2		В современных условиях, имея детей, сложно самореализоваться
20	Забота о детях дает полноту жизни	2	1	0	-1	-2		Забота о детях может окупиться в будущем
21	Детям нужна любящая семья	2	1	0	-1	-2		Детям нужен материальный достаток
22	Детей нужно рожать, независимо от материального благосостояния	2	1	0	-1	-2		Детей нужно рожать, когда это не мешает росту благосостояния родителей
23	Согласна отказаться от удовлетворения личных материальных потребностей в пользу ребенка	2	1	0	-1	-2		Не согласна отказаться от удовлетворения личных материальных потребностей в пользу ребенка
24	У меня вызывают приятные чувства беременные женщины и женщины с детьми	2	1	0	-1	-2		Беременные женщины и женщины с детьми вызывают у меня неприязнь
25	Литература о детях и материнстве меня волнует	2	1	0	-1	-2		Литература о детях и материнстве не вызывает у меня эмоций
26	Женщина должна иметь детей, чтобы быть счастливой	2	1	0	-1	-2		Женщина может не иметь детей и быть счастливой

27	Материнство развивает женщину	2	1	0	-1	-2	Материнство тормозит развитие женщины
28	Преступно отказываться от больных детей	2	1	0	-1	-2	Больных детей лучше оставлять в специальных учреждениях
29	Берегу свое здоровье ради материнства	2	1	0	-1	-2	Берегу здоровье не ради материнства
30	Материнство украшает женщину	2		0		-.2	Материнство обезображивает женщину
31	Даже в нищете женщина не должна бросать своих детей	2		0		-2	Я понимаю женщин, бросающих своих детей из-за бедности
32	Жизнь женщины полноценна только с детьми	2		0		-2	Жизнь женщины может быть полноценна и без детей
33	При высоком материальном достатке родила бы много детей	2		0		-2	Даже при высоком материальном достатке не стала рожать более 1 ребенка
34	Испытываю приятные чувства, глядя на игру детей	2		0		-2	Меня раздражает возня детей
35	Иметь много детей престижно всегда	2		0		-2	Иметь много детей в наше время не престижно
36	Принимая любое серьезное решение, думаю о том, как это отразится на моем материнстве	2		0		-2	Принимая любое серьезное решение, думаю только о том, как это отразится на мне
37	Важно, чтобы мой мужчина был хорошим отцом моим детям	2		0		-2	Важно, чтобы мой мужчина обеспечивал меня
38	Решаясь на рождение ребенка, не думаю о материальной стороне дела	2		0		-2	Решаясь на рождение ребенка, я рассчитываю на материальную отдачу в старости
	Рождение ребенка - это вершина						Рождение ребенка - это помеха

39	успеха женщины	2	0	-2	успеху женщины
40	Дети вызывают у меня умиление	2	0	-2	Дети раздражают меня

Таблица 1.2.

Кодування узагальнених факторів [репродуктивної установки](#)

№	Фактор	№ питання										
		1	6	8	10	12	13	14	18	20	21	
1	Гснофшія - генофобія	23	24	26	28	30	31	32	34	38	40	
2	Репродуктивна активність - репродуктивна пасивність	2	3	4	5	7	9	11	15	16	17	

Таблица 1.3.

Розподіл середніх значень репродуктивної установки жінок з різною гендерно-рольовою ідентичністю.

№ питання	маскуліна		андрогіна		феміна	
	А	Б	А	Б	А	Б
	12,29%		60,57%		27,15%	
1	0,70		0,16		0,58	
2	0,16		0,64		0,86	
3		-0,56		-0,03	0,09	

4		-0,65		-0,30	0,16	
5		-0,33		-0,44	0,46	
6		-0,51		-0,21	0,58	
7	0,21		0,85		1,14	
8		-0,58		-0,06	0,20	
9	0,44		0,78		1,13	
10		-1,00	1,10		1,27	
11		-0,47	0,41		0,42	
12		-0,26		-0,09	0,42	
13	0,33		0,50		0,89	
14	0,40		0,30		0,59	
15	0,09		0,70		0,68	
16	0,65			-0,06	0,14	
17	0,26		0,66		0,61	
18	0,14		0,51		0,82	
19		-0,35	0,28			-0,01
20		-0,21	0,11		0,43	

21	0,58			-0,64	0,58	
22		-0,51		-0,13		-0,14
23		-0,58		-0,13	0,23	
24		-0,51	1,13		1,30	
25		-0,05	0,75		0,92	
26		-0,98	1,01		1,33	
27		-0,30	0,19		0,01	
28	0,84		1,34		1,48	
29		-0,26	0,53		0,89	
30		-0,44	1,06		1,33	
31	1,05		1,24		1,42	
32		-0,60	0,89		1,19	
33	0,42		0,33		0,44	
34		-0,67	0,75		1,13	
35		-0,26	0,40		0,40	
36	0,21		0,50		0,53	
37	0,49		0,49		0,73	

38	0,19		0,47		0,93	
39		-0,63	1,05		1,12	
40		-0,77	0,95		1,32	
Середнє значення	7,16		21,5		28,99	
по групі						

Таблиця 1.4.

Міжгрупові розбіжності в рівнях репродуктивної установки

(однофакторний дисперсійний аналіз (критерій Шоффе))

група	N	F	P	гр.1	гр.2	гр.3
маскуліна	43			Meap= 125,70		
андрогіна	212	7,470	0,001		Meap=139,30	
феміна	95					Meap= 148,23