

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**на тему: ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОЯВІВ БЕЗПЛІДНЯ У
ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ**

Виконала: студентка II курсу,
групи 8.0530-3з
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Артемова Яна Вадимівна
Керівник: к.психол.н., доцент кафедри
психології Поплавська А.П.
Рецензент: к.псих.н., доцент кафедри
психології Гредінарова О.М.

Запоріжжя

2021

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

« _____ » _____ 20
21 р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Артемової Яни Вадимівни

Тема роботи Психологічні аспекти проявів безпліддя у жінок середнього віку
керівник роботи Поплавська А.П., к.психол.н., доцент кафедри психології
затверджені наказом ЗНУ від «30» липня 2021 року № 1137-с

2. Строк подання студентом роботи _____

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

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки проаналізувати теоретичні дослідження психологічних чинників безпліддя; розкрити поняття жіночого та чоловічого безпліддя; визначити психологічні аспекти безпліддя; дослідити особистісні особливості жінок середнього віку, які перебувають в очікуванні бажаної вагітності; визначити зв'язок між безпліддям та психологічними станами обстежуваних жінок.

5. Перелік графічного матеріалу: _____ рисунків.

.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Поплавська А.П., доцент		
Розділ 1	Поплавська А.П., доцент		
Розділ 2	Поплавська А.П., доцент		
Висновки	Поплавська А.П., 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 2021 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2021 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2021 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	червень-липень 2021 р.	Виконано
5	Написання висновків за розділами	вересень 2021 р.	Виконано
6	Написання загальних висновків	жовтень 2021 р.	Виконано
7	Передзахист	листопад 2021 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2020 р.	Виконано

Студент _____ Я.В. Артемова

Керівник роботи _____ А.П. Поплавська

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О.М. Грединарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 81 сторінка, 3 рисунка, 3 таблиці, 72 джерела, 3 додатка.

Об'єкт: безпліддя у жінок середнього віку.

Предмет: психологічні аспекти безпліддя.

На підставі цього була поставлена мета:

Мета: встановити зв'язок між психологічними аспектами життя жінок середнього віку, які перебувають в очікуванні бажаної вагітності.

Гіпотеза:

1. Існує прямий зв'язок між психологічними аспектами життя жінок середнього віку та їхнім впливом на безпліддя та на психологічні стани жінок, які формуються довгим очікуванням бажаної вагітності.

Методи дослідження: теоретичні (теоретичний і порівняльний аналіз психолого-педагогічної літератури); емпіричні (спостереження; бесіда; тестування)

Наукова новизна роботи полягає в тому, що був проведений комплексний аналіз психологічних аспектів проблеми безпліддя жінок середнього віку та досліджені психологічні стани, які формуються довгим очікуванням бажаної вагітності.

Отримані в результаті дослідження дані, можуть застосовуватися психологами-практиками в роботі з жінками середнього віку, які знаходяться в очікуванні бажаної вагітності та з жінками з діагнозом безпліддя.

ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ БЕЗПЛІДДЯ, БЕЗПЛІДДЯ ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН, ЖІНКИ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ, ЯКІ ОЧІКУЮТЬ БАЖАНОЇ ВАГІТНОСТІ, ПСИХОЛОГІЧНІ СТАНИ ЖІНОК

SAMMARY

Master's qualification work: 81 pages, 3 figures, 3 tables, 72 sources, 3 appendices.

Qualifying work of the master: page, drawings, sources, applications.

Object: infertility in middle-aged women.

Subject: psychological aspects of infertility.

Based on this, the goal was set:

Objective: to establish a link between the psychological aspects of the lives of middle-aged women who are waiting for the desired pregnancy.

Research methods: theoretical (theoretical and comparative analysis of psychological and pedagogical literature); empirical (observation; conversation; testing)

The scientific novelty of the work is that a comprehensive analysis of the psychological aspects of the problem of infertility in middle-aged women and studied the psychological states that are formed by long waits for the desired pregnancy.

The data obtained from the study can be used by practicing psychologists in working with middle-aged women who are expecting a desired pregnancy and with women diagnosed with infertility.

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF INFERTILITY, INFERTILITY AS A PSYCHOLOGICAL PHENOMENON, MIDDLE AGE WOMEN EXPECTING THE DESIRED PREGNANCY, PREGNANCY

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНИХ АНАЛІЗ РІЗНИХ АСПЕКТІВ ПРОЯВІВ БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ.....	10
1.1. Психологічне забезпечення психічного здоров'я жінок середнього віку та чинники, які на нього впливають.	10
1.2. Особливості становлення материнської сфери. Медико-психологічні аспекти вагітності.....	14
1.3. Медико-соціальні, психологічні та демографічні проблеми безпліддя...	17
1.4. Причини безпліддя у жінок: фізіологічні та психологічні.....	23
1.5. Психологічні причини безпліддя у жінок середнього віку.....	28
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ПРОЯВІВ БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ.....	47
2.1. Організація та методологія дослідження.....	47
2.2. Аналіз результатів дослідження.....	49
2.3. Рекомендації щодо подолання психологічних причин безпліддя.....	57
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74
ДОДАТКИ.....	82

ВСТУП

Актуальність дослідження. Частота безплідних шлюбів коливається в широких межах і не має тенденції до зниження в усіх країнах світу. Так, поширеність безпліддя у країнах Європи становить приблизно 14%. В Україні кожна п'ята із 15 млн пар не може завагітніти природним шляхом, а ефективність лікування явно недостатня (Volyanska Y., 2018). Тривале безрезультатне лікування безпліддя супроводжується гамою психоемоційних реакцій – від невротичних до тяжких депресивних розладів. Порушуються партнерські відносини, що призводить до особистісних і сімейних криз. Таким чином, безпліддя набуває не лише медичного, психологічного, але й соціального значення.

Шлюб вважають безплідним, якщо вагітність не настає протягом одного року активного статевого життя без застосування засобів контрацепції (WHO, 2018). Безплідний шлюб може бути зумовлений як чоловічим, так і жіночим фактором.

Серед різноманіття форм жіночого безпліддя особливу групу становлять пацієнтки із безпліддям «неясної етіології». Частка жінок із таким діагнозом коливається в межах 4–40% загальної кількості інфертильних. «Невстановлене» («психогенне», «ідіопатичне») безпліддя діагностують у тому разі, якщо результати медичного обстеження пацієнтки та її постійного партнера щодо виявлення біологічних причин порушення репродуктивної функції свідчать про біологічну фертильність пари.

Неможливість народити дитину – одна з найтяжчих хронічних психологічно травмуючих, емоційно виснажливих ситуацій у сім'ї. Материнство слід розглядати не лише з фізіологічної, але й психологічної та соціальної сторін. Це унікальна ситуація розвитку особистості жінки, необхідна для її самореалізації, що забезпечує виконання найважливіших соціальних ролей та становлення ідентичності в цілому. Засвоєні протягом

життя цінності та специфічні рольові приписи спричиняють психологічно травмуюче сприйняття жінкою безпліддя, переживання фрустрації, особливе її ставлення до світу і себе.

Вивченню психоемоційного стану у жінок з акушерською та екстрагенітальною патологією присвячена велика кількість наукових досліджень, основні з яких представлені дисертаційними роботами: Рibaкова Н.А., 2002; Могілевкіна І.О., 2004; Єгорова М.О., 2005; Жарких А.В. та співавт., 2006; Галич С.Р., 2006; Пушкарьова Т.М., 2006; Остапенко О.І., 2007; Туленкова Т.Е., 2007; Качаліна Т.С. та співавт., 2008; Лисенко О.В., 2008; Бабич Т.Ю., 2009; Грищенко О.В., Козуб Т.О., 2010; Добряков І.В., Нікольська І.М., 2011; Знаменська С.І. та співавт., 2011; Нечаєва М.А., Берєбін М.А., 2011; Гончаров Д.А. та співавт., 2012; Генік Н.І., Якимчук Н.В., 2012; Анісімова К.А., 2013; Аймедов К.В., Нікогосян Л.Р., 2013; Криворотько Я.В., 2014; Кушнір Е.А., 2014; Рабовалюк Л.Н., 2014; Божук О.А., 2014; Ефремова М.Е., 2015; Жук С.І. та співавт., 2016; Авраменко Т.В., Шевченко О.А., 2016; Худавердян Д.Н., 2016; Вдовиченко С.Ю., 2017.

Ми вважаємо, що одним з найважливіших чинників, що впливає на формування психологічного безпліддя є минулий життєвий досвід та психологічні стани, які формуються з кожною невдалою спробою жінки завагітніти.

У зв'язку з тим, що на сьогодні недостатньо вивчено вплив психологічних чинників на безпліддя, ми обрали тему дослідження “Психологічні аспекти проявів безпліддя у жінок середнього віку”.

Об'єкт дослідження: безпліддя у жінок середнього віку.

Предмет дослідження : психологічні аспекти безпліддя.

На підставі цього була поставлена мета: встановити зв'язок між психологічними аспектами життя жінок середнього віку, які перебувають в очікуванні бажаної вагітності.

В основу нашого дослідження покладено наступну гіпотезу: існує прямий зв'язок між психологічними аспектами життя жінок середнього віку та їхнім впливом на безпліддя та на психологічні стани жінок, які формуються довгим очікуванням бажаної вагітності.

Методи дослідження: теоретичні (теоретичний і порівняльний аналіз психолого-педагогічної літератури); емпіричні (спостереження; бесіда; тестування)

Враховуючи мету і гіпотезу дослідження, були сформульовані наступні завдання:

1. Розкрити поняття безпліддя.
2. Визначити психологічні чинники, які впливають на безпліддя жінок середнього віку.
3. Дослідити психологічні стани жінок, які перебувають в очікуванні бажаної вагітності.
4. Встановити взаємозв'язок психологічних чинників, психологічних станів та неможливості завагітніти.

Методи дослідження. У роботі застосовувалися теоретичні методи (теоретико-порівняльний аналіз психологічної літератури з досліджуваної проблеми) і емпіричні (психологічне тестування, анкетування). Окрім цього були застосовані методи математичної статистики.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що був проведений комплексний аналіз психологічних аспектів проблеми безпліддя жінок середнього віку та досліджені психологічні стани, які формуються довгим очікуванням бажаної вагітності.

Отримані в результаті дослідження дані, можуть застосовуватися психологами-практиками в роботі з жінками середнього віку, які знаходяться в очікуванні бажаної вагітності та з жінками з діагнозом безпліддя.

Надійність і достовірність результатів дослідження забезпечувалася: теоретико-методологічним обґрунтуванням вихідних теоретичних положень, використанням комплексу надійних і валідних психодіагностичних

процедур, створенням адекватних умов діагностування, використанням кількісного і якісного аналізу емпіричних даних, репрезентативністю складу експериментальної групи, використанням методів математичної статистики.

РОЗДІЛ 1

ПСИХОЛОГІЧНИХ АНАЛІЗ РІЗНИХ АСПЕКТІВ ПРОЯВІВ БЕЗПЛІДНЯ У ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ

1.1. Психологічне забезпечення психічного здоров'я жінок середнього віку та чинники, які на нього впливають

Сучасне суспільство характеризує глибокий ідеологічний та духовний дефіцит внаслідок зміни соціальних, морально-ідеологічних пріоритетів, що в багатьох країнах світу, зокрема в Україні, супроводжуються зниженням народжуваності відносно показників загальної смертності [11]. Вікова структура населення в Запорізькій області, як і в Україні в цілому, нині не сприяє підвищенню дітонародження. В майбутнє десятиліття тим більш при умові такої ж кількості дітей в сім'ях, становище тільки погіршиться [66]. Запорізький регіон характеризується високим показником дитячої смертності та низькою очікуваною тривалістю життя при народженні [16]. Стан репродуктивного здоров'я, викликає особливе занепокоєння, так як є невід'ємною складовою нації в цілому і має стратегічне значення для забезпечення сталого розвитку суспільства [25], тому саме скорочення частоти репродуктивних втрат може стати резервом підвищення народжуваності в умовах демографічної кризи [66].

Сучасні соціально-економічні умови висувають нові вимоги до організації охорони здоров'я. Тому зміцнення здоров'я нації, збільшення народжуваності й очікуваної тривалості життя населення, підвищення інтелектуального та культурного потенціалу нації, поліпшення якості та забезпечення доступності соціальних послуг для людини, а також зростання добробуту населення, що є основною метою соціальної політики в плані стратегічних домінант на найближчу перспективу [22].

Однак кожен з стресорів поряд зі стереотипним синдромом індукує специфічні для саме цього агента, деякі риси відповіді. Відповідь живої системи на вплив кожного стресора є поєднання, комбінація, єдність неспецифічного та специфічного компонентів [13].

Стан хронічного емоційного напруження може бути обумовлений перш за все впливом психотравмуючих стресових факторів, також психологічними конфліктами особистості (психосоціальна модель тривожних розладів), генетичною схильністю (біологічна модель тривожних розладів), умовно-рефлекторним закріпленням негативних емоційних та неадекватних поведінкових реакцій у відповідь на певний стимул (поведінкова модель тривожних розладів) [34]. Серед розмаїття стресових реакцій організму можна виділити психологічні, психоемоційні і психосоціальні стреси, як результат змін власної реактивності [14]. Слід зазначити, що не відмічається чіткого розмежування між термінами «психологічний стрес» і «психічна напруженість» [59]. Терміни «психічний стрес», «емоційне напруження», «психічна напруженість» розглядаються як синоніми. Нерідко використовуються вони як синоніми для позначення сукупності неспецифічних психофізіологічних реакцій організму на певні дії. Стан психічного стресу багато в чому споріднений з негативним емоційним станом [34]. Виникнення даного терміну підкреслює нерозривний зв'язок стресу та емоцій, а до його змісту включаються як первинні емоційні та поведінкові реакції на екстремальні впливи біологічного або соціального середовища, так і фізіологічні механізми, які знаходяться в їх основі [39]. Іноді стрес розглядається як крайній ступінь психічної напруженості, що надає сильний та негативний вплив на діяльність, в той час як психічна напруженість характеризує підвищене й адекватне умовам функціонування організму та особистості [59]. Багаторічні дослідження стресу показали, що найбільш чутливим індикатором стресу, особливо хронічного, був не фізіологічний, а саме «психічний рівень адаптації», тому для людини стрес зводиться, в першу чергу, до емоційного. Виділення категорії «емоційний

стрес» і протиставлення його поняттю стресу, як загального адаптаційного синдрому, було прогресивним явищем. Цим був позначений об'єднуючий критерій, який дозволив узагальнити велике розмаїття зовнішніх впливів, орієнтованих на людину або тварину, з позиції їх психологічної сутності для даного індивіда [37]. Слід зауважити, що в медицині основний акцент у оцінці сутності емоційного стресу робиться не на початкових станах, а на кінцевих фазах емоційно-стресового процесу, є патогенетичною основою багатьох захворювань [37]. Типовими емоційними стресовими реакціями є переживання страху, печалі та гніву [1].

Надають велике значення мікростресорам, повсякденним складнощам, Kanner A.D., Coyne J.C., Schaefer C., Lazarus R.S (1981 р.). Вони показали проблеми, які найбільш часто зустрічаються: невдоволення власною вагою та зовнішністю; стан здоров'я когось із членів сім'ї, що потребує необхідність доглядати за ним; прикрі непорозуміння, пов'язані з веденням господарства; підвищення цін на споживчі товари, стрес на роботі, грошові турботи, оплата податків [37]. З їх точки зору люди сходять з розуму не через великі примхи долі, а з вини безперервних, дрібних, щоденних «трагедій». Повсякденні складності незалежно від більш важких стресів можуть безпосередньо впливати на самопочуття, психічні або соматичні функції. Вони можуть посилювати ефекти сильніших, а також хронічних стресів. При цьому обговорюються різні класи повсякденних навантажень, які іноді складно відмежувати один від одного, а також від критичних життєвих подій [1]. Саме у сучасних жінок, які хочуть бути одночасно хорошою домогосподаркою, матір'ю і займатися професійною діяльністю, все частіше виявляються рольові стресори [34].

Специфіка емоційних реакцій при стресі опосередкована як гормональними, так і багатьма іншими фізіологічними реакціями організму, зокрема нервовою системою. Виявлено, що при гніві у людини активізується деякі парасимпатичні реакції; при страху – симпатичні, а при впливах, які викликають почуття огиди – ті та інші. Дослідження свідчать про можливість

використання показників стресових змін фізіологічних функцій в якості «об'єктивних». Однак не для всіх психологічних проявів стресу можна знайти корелюючі з ними фізіологічні зміни [59].

Останнім часом часто зловживають терміном «стрес» і говорять про нього де це потрібно та не потрібно, забуваючи при цьому, що стрес займає основну еволюційну роль, як ланка адаптації [199]. Тому важливими моментами, які дали змогу осмислити патологічні процеси стало відкриття неспецифічних адаптаційних реакцій на дію подразників звичайної (слабкої або середньої) сили – реакцій тренування та активації [64]. Адаптивні реакції, які генетично детерміновані або закріплені у ході індивідуального розвитку механізми, проявляються пристосувальними змінами різних фізіологічних параметрів, що залежать від мінливих умов зовнішнього або внутрішнього середовища. На клітинному або тканинному рівні ці реакції відносно автономні. Але в цілісному організмі всі адаптивні процеси організовані за ієрархічним принципом: нижчі рівні можуть бути підпорядковані вищим залежно від важливості біологічних процесів або мотивацій, опосередковуваних цим рівнем. Під впливом екзогенних та ендогенних факторів ризику, саме зміна реактивності організму, призводить до зниження його адаптаційних можливостей – дезадаптації та розвитку патології [34]. Вагітність і пологи – нормальні події в житті жінки. В той же час, це великий фізіологічний стрес, джерело переважно позитивних емоцій, але воно поєднане з серйозною перебудовою організму жінки та з можливими негативними подіями: гестозом, загрозою переривання вагітності, іншими її ускладненнями [24]. В умовах негативного демографічного балансу, патологічний перебіг вагітності та ускладнені пологи як і раніше залишаються актуальними в Україні [139]. Функціональний і фазовий характер репродуктивної системи жінки з навколишньою її емоційною атмосферою обумовлює ситуаційний фізіологічний стрес, біологічні, емоційні та функціональні модифікації якого можуть трансформувати нормальну ситуацію в патологічний стрес, створюючи умови

психосоматичного ризику [160, 201].

1.2. Особливості становлення материнської сфери. Медико-психологічні аспекти вагітності

Дослідження науковців протягом десятиліть дозволили істотно переосмислити класичну уяву про системну організацію процесів жіночої репродукції та в значній мірі її доповнити. Отримані дані свідчать не тільки про тимчасову, але і про просторову узгодженість предгестаційних та гестаційних процесів, кожен з яких детермінований генетично і може бути реалізований тільки в континуумі індивідуального латерального фенотипу. Координатором цих процесів стає нервова система, найважливішим принципом поточної функціональної організації якої є домінанта [36]. А.А. Ухтомський вперше виявив ефект корроборації (перемикання), якому він дав назву «домінанта» (від латинського *dominans* – панувати), котра є головним системоутворюючим фактором антропосоціогенезу [26, 86, 16, 26, 35, 36]. Основними властивостями домінанти є підвищена збудженість, стійкість збудження, інертність збудження та здатність поєднувати збудження [26]. Паралельно вченню про домінанту прогресувала розквітом рефлексорна теорія І.П.Павлова. Ці два основних фізіологічних вчених напрямки якнайкраще доповнювали один одного [26, 36]. Уява про домінанту, як про локальне вогнище збудження у мозку, істотно змінилося. А.А. Ухтомський згодом став розглядати її як констеляцію збуджених мозкових структур та включив до домінанти (домінантна системи) не тільки субкортикальний, але й вегетативний і гуморальний компоненти [26, 36].

Серед усіх теоретичних та експериментальних досліджень, особливе місце належить домінанті, яка пов'язана з репродукцією, що в науковий обіг увійшло терміном «статева домінанта». Принцип її існування полягає в тому, що домінанта припиняє своє існування після реалізації біологічної потреби

або після того, як в силу тих чи інших причин припиняється підтримуючий її вплив аферентних нервових або гуморальних сигналів. Домінанта зникає в тих випадках, коли вона витісняється новою домінантою [26, 36]. І.А. Аршавським було запропоновано поняття материнської домінанти – це послідовно виникаючі внаслідок репродуктивної функції і змінюючі один одного домінантні стани в організмі жінки, детерміновані біологічними (перш за все гормональними) змінами, психологічними та соціальними факторами [86]. У жіночому організмі відбувається послідовна зміна 4-х домінантних установок: перша, яка пов'язана з так званою статевою домінантою, котра забезпечує пошук, зближення з протилежною статтю та оптимальні умови для запліднення; друга необхідна для нормального перебігу вагітності (домінанта вагітності); третя забезпечує підготовку до пологів і пологового процесу (домінанта пологів); четверта – лактаційна [26, 36]. Згодом, його послідовниками була сформульована концепція гестаційної асиметрії, згідно з якою однією з найважливіших умов нормального розвитку вагітності є просторова спрямованість функціональної асиметрії, а точніше – гестаційної домінанти головного мозку та морфофункціональної асиметрії матково- плацентарного комплексу. Це забезпечує повноцінну центрально-периферичну інтеграцію та оптимальний розвиток системи «мати - плацента - плід», зокрема, за рахунок підвищення її неспецифічної резистентності. Саме превалювання активації центральних і скроневих областей півкуль головного мозку, контралатеральне розташування плаценти може розглядатися як ще одна ознака гестаційної домінанти, яка сприяє нормальному перебігу вагітності. У свою чергу, відсутність або інверсія активації міжпівкульної асиметрії є прогностичною та ранньою діагностичною ознакою загрози переривання вагітності [26, 36, 38].

Гестаційна домінанта викликає не тільки фізіологічну перебудову в організмі матері, але і впливає на її емоційний стан. В результаті вагітні стають більш вразливими, чутливими до стресових впливів, у них легше розвиваються невротичні реакції. Особливу проблему представляють

ситуації, коли сама вагітність стає психотравмуючим фактором [15]. Гестаційна домінанта включає фізіологічний та психологічний компоненти, які відповідно визначаються біологічними або психічними змінами. Вона забезпечує спрямованість усіх реакцій організму на створення оптимальних умов для розвитку ембріона, а потім плода. Стиль переживання вагітності за Г.Г. Філіпповою є однією з важливих характеристик психологічного компоненту гестаційної домінанти (ПКГД) та багато в чому відповідає виділеному J.Raphael-Leff типу відносин жінки до вагітності [86]. Стиль переживання вагітності (СПВ) супроводжує акушерську патологію. За сприятливої динаміки акушерської ситуації СПВ наближається до адекватного [22]. Основною причиною ускладнень вагітності розглядають саме порушення послідовної зміни домінанти зачаття на домінанту вагітності, внаслідок чого ПКГД формується слідом за фізіологічним [16].

Під час вагітності особистість жінки змінюється на фізіологічному, когнітивному, емоційному, поведінковому, екзистенціально-стенціальному рівні [14]. Материнство, як процес, що поєднує періоди вагітності, народження та виховання дитини, у різних народів вважався священним обов'язком, а іноді й головним призначенням жінки [402]. Материнство, може бути розглянуто в різних теоретичних контекстах: по-перше, як інтегральний прояв репродуктивної функції; по-друге, як особлива якість міжособистісних відносин, які характеризуються безумовністю прийняття і поваги дитини; по- третє, як особливе особистісне утворення, яке може бути концептуалізоване в категоріях «соціальних ролей», ідентичності тощо, тобто як чисто особистісна структура [81, 42]. Ставлення жінок до материнства змінилося під впливом соціально-психологічної ситуації, яка неодмінно позначається на материнській ролі та її функціонуванні. Продовження відпустки по догляду за дитиною, активна пропаганда та підтримка грудного вигодовування до двох років. Годування за вимогою замість чіткого погодинного є результатом позитивних змін, що суттєво вплинуло на характер материнської поведінки, проте цінність знаходження матері в перші

роки розвитку дитини досі усвідомлюють не всі [38]. Батьківське ставлення до майбутньої дитини ґрунтується на батьківських уявленнях та установках. У сучасному суспільстві, жінки незалежно від наявності-відсутності або очікування дитини практично однаково розподіляють мотиви її народження. На перший план виходять мотиви, пов'язані безпосередньо з самою дитиною, що робить її самоціллю, а не засобом досягнення інших цілей [25]. Але не тільки бажання народити дитину та стати матір'ю є мотивами збереження вагітності. Це може бути вагітність заради коханого чоловіка, або збереження відносин як відповідність соціальним очікуванням, як протест, як відмова від минулого, або теперішнього, вагітність заради власного здоров'я. Такі мотивації, як правило, не існують у психіці жінки в чистому вигляді, а взаємодоповнюють один одного на тлі однієї домінуючої [18].

1.3. Медико-соціальні, психологічні та демографічні проблеми безпліддя

Важливим фактором розвитку економіки держави є чисельність населення, яке забезпечує відтворення трудового потенціалу. В Україні соціально-економічна криза обумовила швидкий ріст депопуляції. По показникам коефіцієнта народжуваності, Україна відноситься до 8 країн з найменшим рівнем дітородної активності. В теперішній час можна говорити про серйозну загрозу генофонду держави. За даними останнього перепису населення, українців 45 мільйонів. Однак, Державний комітет статистики України відмітив за останні декілька років зниження коефіцієнту народжуваності з 13,3 до 8,1, що призвело до скорочення чисельності населення на 1 мільйон 488 тисяч та процесу старіння. Все це говорить про загрожуючий стан репродуктивного здоров'я українців [4,6,9,79].

Частота безпліддя в світі коливається від 10-15 до 18-29% та існує стійка тенденція до її швидкого збільшення, в зв'язку з чим дана патологія є

державною проблемою.

Безпліддям слід вважати стан подружжя, при якому за тими чи іншими причинами, що відбуваються в організмі жінки або чоловіка або обох партнерів, вагітність не настає при регулярному статевому житті без використання будь-яких засобів контрацепції протягом 12 місяців при умові дітородного віку [5,11,88].

До демографічних наслідків безпліддя відноситься загальне зниження народжуваності. При частоті безплідних шлюбів 15% та вище вплив його на демографічні показники значно перевищує сумарний вплив невиношування та перинатальних втрат. Соціальне значення проблеми, пов'язане з відсутністю дітей в шлюбі, важко переоцінити. Це і нестійкість сімейних відносин, виникнення комплексів неповноцінності подружжя, а також зниження їх соціальної активності. З відсутністю дітей пов'язаний значний відсоток розлучень. За деякими даними, до 70% безплідних шлюбів розриваються, тоді як в родинях з дітьми кількість розлучень складає лише 8%. Соціально-психологічний аспект даної проблеми виражається в особистих душевних переживаннях, сімейних конфліктах, позашлюбних зв'язках та алкоголізмі серед подружжя, які знаходяться в безплідному шлюбі. У безплідних жінок відмічено збільшення тривожності, агресивності, зменшення загальної активності із зниженням працездатності. Біологічний бік проблеми полягає в тому, що безпліддя сприяє більш ранньому старінню. У жінок, які тривало страждають на безпліддя, збільшується можливість розвитку злякисних новоутворень. Великої уваги заслуговують також медико-генетичні аспекти безпліддя. Не виключене збільшення спадкової патології, яка передається від батька до матері, в зв'язку з можливістю виникнення патологічних мутацій в процесі обстеження та лікування безплідної пари. Суто медична значимість питання визначається необхідністю рішення цілої низки завдань, пов'язаних з своєчасною діагностикою та підвищенням ефективності лікування, а також організацією та проведенням профілактики безпліддя. Таким чином, безплідний шлюб в

силу своєї практичної багатозначності розглядається як медико-демографічна, соціально-психологічна, біологічна, медико-генетична та загально медична проблема [42,59, 62, 64].

Виходячи з сучасних даних, виділяють жіноче безпліддя, чоловіче безпліддя, а також «відносне безпліддя». Частота їх зустрічаємості коливається в різних дослідженнях. Середня частота жіночого безпліддя при безплідному шлюбі складає 40-50%, чоловічого – 30-40%. Однак низка авторів вказують, що жіноче безпліддя в 2-3 рази перевищує чоловіче. Хоча маються вказівки на те, що рівень чоловічого безпліддя в 2 рази перевищує жіноче. За зовнішнім протиріччям даних ховається факт регіональних особливостей структури безплідного шлюбу, або ж внаслідок недостатньої розробки даного питання та різних методичних підходів.

Жіночим вважається безпліддя, якщо внаслідок різних змін в організмі жінки не відбувається зачаття. Виділяють безпліддя первинне, якщо у жінки не було жодної вагітності при регулярному статевому житті, та вторинне, якщо вагітності були.

В структурі жіночого безпліддя превалює вторинне безпліддя, яке складає 66% всіх випадків в містах та 82% в сільській місцевості. При узагальненні результатів епідеміологічних досліджень ВОЗ також було виявлено перевагу вторинного безпліддя.

За етіопатологічною ознакою всі випадки жіночого безпліддя поділяють трубне, яке виникає внаслідок непрохідності маткових труб, ендокринне – внаслідок порушення функції залоз ендокринної системи, імунологічне – в результаті утворення антиспермальних антитіл, що перешкоджають зачаттю, безпліддя внаслідок вроджених або набутих змін анатомічного характеру та поєднане безпліддя внаслідок поєднання декількох факторів. Безпліддя, яке виникає внаслідок функціональних порушень репродуктивної системи при збереженні нормальної анатомічної структури органів малого таза вважається функціональним безпліддям [22, 28, 51].

Серед факторів жіночого безпліддя домінують запальні захворювання жіночої статеві сфери, що низкою авторів розглядається як наслідок штучних абортів, після виконання яких спостерігається 49% випадків вторинного безпліддя. Деякі дані свідчать про прямий зв'язок рівня гінекологічної захворюваності з рівнем жіночого безпліддя. Серед факторів вторинного безпліддя одно з ведучих місць займає порушення прохідності маткових труб як наслідок перенесених запальних захворювань геніталій. За даними С.М. Омарова в 52,2% випадків у мешканок міста та в 42% випадків у сільських жінок безпліддя є наслідком запалення внутрішніх статевих органів. За іншими даними цей показник досягає 60%. За даними українських авторів, трубно-перітонеальний фактор в структурі безпліддя в країнах Європи займає перше місце, а частота викликаного ним безпліддя досягає 18-37% [36,98].

Виявлення спектру вірусно-бактеріальних факторів, індукуючих безпліддя в шлюбі, вказує на значну роль хламідійної інфекції, яка діагностується у 65,8% жінок, страждаючих трубно-перітонеальним безпліддям. В цілому хламідією інфіковано від 500 мільйонів до 1 мільярда людей. Вітчизняні автори приводять наступні дані про інфікування жінок, що звернулися з приводу безпліддя: хламідії спостерігалися в 30%, цитомегаловірусна інфекція – в 24%, гарднерели – в 19%, уреоплазма – в 15%, токсоплазма – в 13%, мікоплазма – в 10% та вірус краснухи – в 8% випадків.

Певна роль в розвитку безпліддя належить ендометріозу, який за даними лапароскопії, зустрічається в залежності від регіону у 2,6-20% жінок. Н.А. Щербіна з співавторами приводять наступні теорії розвитку трубно-перітонеального безпліддя при ендометріозі. Ендометріюїдні вогнища, внаслідок свого функціонування та потрапляння на очеревину малого таза, призводять до активації тканинно-макрофагальної та в подальшому сполучнотканинної систем, що є однією з причин утворення злукового процесу, що порушує прохідність труб. Згідно іншої концепції,

ендометріюїдні імпланти продукують простагландини, які призводять до порушення перистальтики маткових труб та порушенню процесів просування яйцеклітини. Розвиток трубно-перітонеального безпліддя також пов'язаний з імунологічним дисбалансом. Аутоімунні зміни, які відбуваються в маткових трубах, є однією з причин порушення транспорту гамет [59,76].

Безпліддя спостерігається також при міомах матки та пухлинах яєчників. Виявлена роль аномалії статевих хромосом в генезі жіночого безпліддя. Особливої уваги заслуговує група пацієток з підвищеним рівнем пролактину в зв'язку з високою частотою наявності в них мікро- та макроаденом гіпофіза. Ця група жінок складає до 40% всіх хворих на безпліддя. В групі пацієток з нормальним рівнем пролактину найбільш частим фактором безпліддя є СПКЯ, гіперандрогенні стани різного генезу тощо.

Деякі автори суттєве значення надають так званім психогенним або психосоматичним факторам жіночого безпліддя, під яким розуміють недостатню частоту статевих актів, страх відсутності вагітності, невротичні приступи, розлади сексуального розвитку, недостатнє відчуття материнства, фригідність, свідоме бажання не завагітніти. Доля цих факторів може досягати 20-25% та їх наявність пояснює безпліддя в родинях з відсутністю зовнішніх функціонально-фізіологічних уражень статевої сфери подружжя [62,85,87].

Серед причин ендокринного безпліддя домінують фактори гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової недостатності та тісно пов'язані з нею овуляторні порушення. Найбільш маніфестним проявом дисфункції репродуктивної системи є порушення менструального циклу. У переважній кількості (84,3%) жінок з гормонально-обумовленим безпліддям такі порушення спостерігаються з періоду статевого дозрівання. За думкою авторів, стійка тривала ановуляція, а також відсутність корекції порушень менструальної функції призводять до розвитку ендокринно-залежних гінекологічних захворювань, одним з проявів яких є первинне безпліддя. Найбільші

складності в клінічному відношенні зустрічаються у пацієнок з безпліддям та регулярними менструаціями. Частота безпліддя при регулярному менструальному циклі за даними різних авторів коливається від 30% до 70%. Роль ендокринної патології як причини безпліддя у пацієнок з збереженим менструальним ритмом широко обговорюються.

Певну цікавість представляє так зване безпліддя неясного генезу або ідіопатичне безпліддя, під яким слід розуміти відсутність настання вагітності серед подружжя, які не мають явних порушень фертильності. Частота такого виду безпліддя складає близько 15%. Пацієнтки з даним діагнозом мають регулярний менструальний цикл, прохідні маткові труби, фертильну сперму чоловіка. В них виключена патологія органів малого таза, оцінений гормональний профіль та проведено патоморфологічне дослідження ендометрію. Безпліддя неясного генезу є достатньо складною проблемою, що пов'язане з відсутністю у даних пацієнок явних ознак порушення репродуктивної функції, що визначає більш поглиблений аналіз стану окремих ланок репродуктивної системи, як функціонального так і морфологічного характеру [75,76].

Отже необхідно відмітити, що виявлення причин безпліддя уявляє собою досить складне завдання, так як це явище нерідко визначається не одним, а декількома факторами соматичного, психологічного та соціального характеру, при цьому для оцінки перспектив лікування важливо визначити, який з вказаних факторів відіграє ведучу роль.

В той же час необхідно констатувати, що ефективність лікування безпліддя навіть з використанням новітніх методик, інструментарію та препаратів не перевищує 35-40%. Це можна пояснити недостатнім вивченням цілої низки причин, які призводять до порушення фертильності.

Комплексні підходи до діагностики та лікування безпліддя з урахуванням всіх ланок патогенезу з позиції ліквідації тазового венозного повнокров'я, поліпшення кровопостачання статевих залоз та покращенням гормонального гомеостазу висвітлена в невеликій кількості робіт та потребує

подальшого вивчення [85, 87, 99].

1.4. Причини безпліддя у жінок: фізіологічні та психологічні аспекти

Безпліддя це неможливість до вагітності протягом 12 місяців за умови наявності статевих контактів не менше одного разу на п'ять-сім днів без використання контрацептивів. За статистикою близько 5% пар не можуть завести дітей. Причиною безпліддя можуть бути як фізіологічні, так і психологічні чинники. Розглянемо їх по-окремо.

Всесвітня Організація Охорони здоров'я виділяє 22 причини викликають безпліддя. Їх поділяють на абсолютні і відносні. Безумовно і на жаль, до абсолютних відносять причини, пов'язані з невиліковними захворюваннями, вродженими вадами в репродуктивній системі, відсутністю сперматозоїдів в спермі, хірургічними втручаннями та травмами, які зробили процес зачаття неможливими. Більш того, всі інші причини відносять до відносних, а отже, завагітніти можна і навіть потрібно. Основними причинами безпліддя у жінок прийнято вважати:

- Патології матки. Різновидів патології дуже багато, але так як вони всі ставляться до одного органу, то їх об'єднують в одну причину. Одні з найбільш частих патологій матки, це ендометрит, поліпоз, міоми, внутрішньоматкові перегородки.
- Проблеми з фаллопієвих трубами, такі як непрохідність мул і їх повна відсутність. Непрохідність виникає в слідстві спайок. А ось відсутність, як правило, через хірургічного втручання з яких-небудь причин.
- Перитонеальна причина безпліддя. Одна з найпоширеніших у жінок. Полягає в наявності спайок в малому тазу. Причини можуть бути різні, від запальних процесів до ендометріозу.

- Ендометріоз, як причина. Полягає в розростанні ендометрія понад норму. В даному випадку слід зауважити, що він ланцюговою реакцією може викликати появу і інших причин. Тим самим ускладнивши процеси лікування. Своєчасна діагностика запобігає цьому.

- Імунологічні причини. До них відносять все, що пов'язане зі сприйняттям жіночим організмом сперматозоїдів.

Крім того, для більш оптимального лікування жіноче безпліддя розділять на 3 види:

- Ендокринне безпліддя. Найпоширеніше і пов'язане з гормональними порушеннями. Зустрічається в трьох формах – Ановуляторне, Недостатність лютеїнової фази і Синдром лютеїнізації неовуліруючого фолікула. Причинами можуть бути порушення в роботі гіпофіза, надниркових залоз, щитовидної залози або яєчників.

- Маточне безпліддя. До цього виду відносять всі порушення пов'язані з дефектами матки. Як вроджені, так і придбані.

- Трубно-перитонеального безпліддя. Сюди відносять всі проблеми, пов'язані з фаллопієвих трубами і спайками малого таза. Так як зазвичай причини пов'язані між собою, то і відносять їх до одного виду. Причинами можуть бути і дисбаланс чоловічих і жіночих гормонів, і ендометріоз, і запалення.

В контексті нашого дослідження ми будемо робити акцент на *психологічні причини безпліддя*. Як відомо, все, що відбувається в організмі залежить від команд, які дає мозок. Саме тому, будь-які переживання, партнерів, страхи, навіть дитячі потрясіння можуть ними сприйматись як небажання зачаття або унеможливлення зачаття при марних спробах. На сьогоднішній день в медицині введено термін неясного генезу – це коли задача аналізів і первинне обстеження показують відсутність негативних факторів і абсолютне здоров'я обох партнерів. В цьому випадку психологічна консультація необхідна в першу чергу, так як вона може допомогти без

подальшого звернення до репродуктивної медицини і великих грошових витрат уникнути проблем безпліддя.

Дослідження показали що 85% пар заводять дитину протягом першого року активного статевого життя, 95% – протягом наступного року. Деякі пари піддають себе стресам, якщо у них нічого не виходить по закінченню декількох місяців, тим самим ще сильніше збільшуючи погане становище. В першу чергу потрібно побороти в собі такі симптоми, якщо вони є:

- сильні стресові ситуації на роботі;
- психологічне потрясіння пов'язане з негативною подією в житті (аварія, смерть близького, стихійне лихо);
- відсутність віри в свого партнера, як батька майбутніх дітей;
- постійний тиск і закиди з боку родичів за відсутність вагітності;
- депресія в будь-яких її проявах.

Встановлено, що у жінок із безпліддям наявні особистісно-психологічні риси сімейних відносин, які можуть виступати в ролі ймовірнісних патогенетичних факторів. Їх слід враховувати при проведенні профілактичних заходів і комплексного лікування безпліддя. Психологічні аспекти порушення репродуктивного здоров'я мають свою специфіку, яка істотно відрізняється від співвідношень психічних і соматичних систем людини, які сформульовані в загальній психосоматиці та загальній психології.

Досліджуючи і тестуючи психологічні особливості жінок із безпліддям, вдалося визначити, що ці жінки мають не лише *підвищений рівень тривоги*, але й *порушення статево-рольової ідентифікації, емоційну незрілість, порушення материнської сфери, що виявляє різні форми психологічної неготовності до материнства*. У переважної більшості пацієнток виявляють порушення мотиваційної (найважливішої) складової психологічної готовності до материнства, яка забезпечує формування домінанти материнства, встановлення діадичних відносин і подальшу сепарацію в діаді «мати — дитина».

Домінантою материнства вважають об'єднання родової, лактаційної домінанти і поки ще недостатньо певної з психофізіологічної точки зору домінанти, що забезпечує зв'язок матері з дитиною після закінчення лактації.

Психологічна складова останньої позначається як внутрішня батьківська позиція, що означає прихильність матері до дитини, спрямованість на турботу про неї та її виховання. Вивчення і систематизація цих «субдомінант» на сьогодні у стадії становлення, проте розвиток цього напрямку в Україні надзвичайно перспективний для розуміння сучасних проблем, які виникають в реалізації репродуктивної функції (використання ДРТ, донорських яйцеклітин, суррогатного материнства, усиновлення тощо).

У наявних в цій галузі дослідженнях показано, що психологічним фактором, який провокує і збільшує порушення репродуктивного здоров'я, є конфлікт у материнській сфері жінки, що виражається в бажанні стати матір'ю, але неготовності до прийняття материнської ролі.

Остання пов'язана з особистісними рисами, негативним досвідом взаємодії із власною матір'ю, психологічними моментами раннього розвитку і статево-рольовою ідентичністю, сімейною історією і ланцюжком інших психологічних причин. Цей *внутрішній конфлікт* створює ситуацію гострого напруження, вихід з якої жінка не може знайти самостійно. Це призводить до появи соматизацій, які виявляються у порушенні репродуктивної функції. На фізіологічному рівні тривалий стрес накладає відбиток на діяльність усіх органів і систем, в тому числі відбуваються зміни в яєчниках, маткових трубах і шийці матки, слабшає імунітет. Постійний стрес зачіпає і вищі центри мозку, що провокує гормональні зрушення, які можуть знижувати вірогідність зачаття.

Сьогодні в Україні існує нова наукова течія – «репродуктивна психологія, репродуктивна психосоматика». Це молодий напрям для нашої країни, запит з боку сучасної науки на визначення ролі психічного компоненту в етіології порушень репродуктивної функції у жінок та чоловіків, а також розробку діагностичних методик, прийомів практичної

роботи психолога в цій галузі. Взаємозв'язок соматичної і психічної об'єднаний у психосоматичному, психічної і фізіології нервової системи – у психофізіологічному підході, психічної і тілесності – у психології тілесності.

На жаль, досі немає методів, за допомогою яких можна було б розглянути об'єднання всіх механізмів для реалізації однієї з основних програм життєдіяльності, для забезпечення якої необхідне поєднання всіх психічних механізмів (когнітивних, емоційних, мотиваційних, ціннісно-смыслових), фізіологічних (які включають фізіологічні, нейрогуморальні, соматичні компоненти) і поведінкових (тілесний рівень). Саме таким і є одне із завдань життєдіяльності – репродуктивна функція. Мати дитину – це здатність не лише зачати і виносити, але й перебудувати своє життя для її вирощування і виховання. Тож, конкретизуючи ідеї П.К. Анохіна (1980), О.О. Ухтомського (1966), В.С. Мерліна (1986), узагальнимо, що всі системи суб'єкта ієрархічно організовані для реалізації певної функції життєдіяльності, яка в даний момент є провідною. У реалізації репродуктивної функції задіяні всі етапи психіки людини як єдиної системи.

Для характеристики потреб репродуктивної сфери пропонуємо скористатися класифікацією І.П. Павлова, який розділив усі потреби на індивідуальні (спрямовані на збереження індивіда) і видові (спрямовані на збереження виду).

Потреба в розмноженні є видовою і вітальною (життєво необхідною) для виду, але не індивіда. Індивідуальна потреба у відтворенні можлива у людини на основі усвідомлення. Оскільки народження дітей є соціально зумовленим завданням, то протиріччя між необхідністю його виконання і неготовністю до цього зазвичай не усвідомлюється і проявляється у формі різних захисних механізмів, у тому числі соматичних. Виходить, що для здійснення репродуктивної функції необхідне виконання двох незалежних один від одного на *мотиваційному* і *поведінковому* рівні видів активності: *батьківської* та *статевої*.

Статева поведінка реалізується в задоволенні статевої потреби, яка на суб'єктивному рівні переживається як індивідуальна і має вроджене забезпечення у вигляді потреби у статевому задоволенні, а *батьківська* – реалізує видові потреби, майже не має вроджених механізмів і практично повністю формується у процесі дорослішання, тобто протягом життя. Підтвердженням цьому є численні девіації і порушення батьківської поведінки від повної відсутності материнської компетентності до спотворення материнських почуттів і відчуження від дитини.

1.5. Психологічні причини безпліддя у жінок середнього віку

Кажуть, що всі хвороби від нервів. І в цьому є велика частка правди. Сьогодні багато лікарів часто вказують на психологічні причини того або іншого захворювання. Наші проблеми, стреси, комплекси і негативні думки дійсно роблять великий вплив на роботу органів зокрема і всього організму в цілому. Вже нікого не дивує, що виразкова хвороба, деякі форми бронхіальної астми, діабету, гіпертонії, та інші хвороби мають психологічне коріння.

Так само і безпліддя може виникнути від того, що підсвідомо жінка не хоче, не готова, народити і виростити дитину. Як правило, *причини лежать у особистому досвіді дитинства*. Можливо, в дитинстві сталася яка-небудь травмуюча подія. Наприклад, маленька дівчинка почула, що жінка померла під час пологів, і всі причитання з приводу того, що ось коли б не дитя, то жила б собі, поживала. Або в її сім'ї прийнятий такий життєвий сценарій: з історії предків дівчина знає, що раніше у них по жіночій лінії було багато дітей, через покоління вже удвічі менше, у своєї мами вона одна, а у неї самої – безпліддя. Протягом свого життя вона весь час чує, що коли б не діти, то кар'єра б склалася, і з іншим чоловіком своє життя бабуся могла побудувати інакше і була б щаслива і багата, і мама все своє життя їй присвятила. І

поступово відкладається у дівчини в голові, що дитя – це перешкода особистого життя і великі проблеми. Буває і так, що жінка відноситься до себе і до свого тіла так, що вагітність і народження дитини вона сприймає як катастрофічну загрозу своєму організму, фізичному і психічному здоров'ю. І виникає ланцюжок: вагітність – загроза організму.

Іншими словами, якийсь негативний досвід, отриманий раніше, за певних причин виявився не пережитим до кінця, психіка не змогла його прийняти, переробити і впоратися з ним, і щоб уберегти людину від ще більшої травматизації, заганяє цей досвід подалі, в підсвідомість. Але він нікуди не зник, і здалека продовжує диктувати жінці свої умови життя. Вона ж сама і не усвідомлює цього впливу і не пам'ятає вже тих давніх подій. Але психіка вже включила захисні механізми і стоїть на варті і як би запобігає, що якщо настане вагітність, то це загрожуватиме здоров'ю і, можливо, і життю. І вагітність не настає. Таким чином, психіка охороняє людину від можливої зустрічі з травмуючою подією, а ще більш з його наслідками.

Причин психологічного безпліддя безліч, стільки ж, скільки і жінок, страждаючих від нього. Вони суто індивідуальні. З'ясування їх, знаходження їх у минулому і переробка того, не пережитого негативного досвіду, може привести до того, що безпліддя пройде «саме собою».

Причинами психологічного безпліддя можуть бути і насильство в дитинстві, і смерть близьких, розлучення, погані стосунки з батьками, а так само особистісні особливості жінки: підвищена тривожність, боязнь, що її не підтримують близькі, не нададуть допомоги, попередній невдалий досвід вагітності, пологів. Крім того, жінка може бути цілком дорослою за віком, але абсолютно незрілою в психологічному плані, інфантильною.

В сучасному світі все частіше зустрічається і інша причина психологічного безпліддя. Це бажання зробити кар'єру, відбутися в професійному плані. Тим паче, що такий шлях дуже вітається суспільством. Багато жінок вважають себе нікчемними, якщо вони не досягли кар'єрних висот нарівні з чоловіками. І ось усередині них відбувається боротьба за, як

їм здається, рівноцінні цінності: і дитину пора народити, оскільки вік підійшов, але і з професійного життя піти страшно. Адже це може привести і до внутрішньої самотності, і до ізоляції від суспільства на тривалий термін, і до погіршення матеріального положення. І підсвідомо жінка не готова до зачаття. Хоча зовні є і її бажання, і зусилля. На тлі неможливості завагітніти розвивається депресія, що ще більше блокує можливість завагітніти.

У нашому суспільстві все більше і частіше вагітність в 18-20 років розглядається як украй небажана. Всі батьки намагаються вберегти своїх дочок від цього, вкладаючи їм, що спочатку треба освіту отримати, нагулятися, світ пізнати, а потім вже і дітей можна народжувати. А дівчата вступають у інтимні відносини вже з 14-15 років і весь цей час їх переслідує страх завагітніти. Тобто створюється негативна установка на вагітність, і як наслідок можливість психологічного безпліддя. Часто буває особливо в молодому віці, що дитя незаплановане, і хлопець просить зробити аборт, але ніхто навіть не усвідомлює того, що може одним незваженим вчинком зламати життя одразу трьом людям. Коли немає відповідальності за вчинки, то це на все життя, адже люди не змінюються. Їх світогляд та психіка формується з раннього дитинства і саме тоді дитині потрібно вкласти всі труднощі і перипетії життя. Тим більше, коли є кохання і людина здатна брати відповідальність на себе, то ніяка дитина не буде тягарем, яким би раннім не був вік....

Але проходить час, дівчина чи жінка виходить заміж, можливо навіть за іншого хлопця чи чоловіка йдуть роки, а дітей немає. Оточуючі починають «ненав`язливо» цікавитися: «ну коли ж, нарешті?» Жінка починає нервувати від того, що нічого не виходить. Її нервозність ще більше живить психологічне безпліддя і виникає замкнене коло. Вона починає себе накручувати: «А чому так? А чому я?». Мозок постійно працює в одному напрямку і думки постійно циркулюють навколо одного і того ж. Це призводить до депресії, до роздратованості оточуючих і звинувачень лікарів. Винні всі крім себе самої.

До речі, жінка цілком може мати супутній виправдувальний діагноз безпліддя, який у іншої жінки може і не бути перешкодою до настання вагітності. Буває навіть так, що жінка підсвідомо вибирає собі партнера, від якого не може завагітніти. У сприятливий для зачаття період партнери починають сваритися, уникати сексу, виїжджати у відрядження, захворювати, загалом, робити все, щоб унеможливити зачаття. Чи навпаки робити це лише для того, щоб зачати дитину, а не отримати задоволення та насолодитися своєю половинкою. Подружні пари можуть якби грати в гру під назвою «безпліддя». Зовні вони роблять все можливе, щоб довгоочікувана вагітність настала, але на ділі це чомусь не зовсім видно.

Відомо чимало випадків, коли і без допомоги психолога подружжя, зневірившись народити рідну дитину, всиновлюють немовля, ростуть його, а через якийсь час народжують свою власну дитину. Зрозумівши, швидше навіть прийнявши той факт, що дитя – це не лише позбавлення, але і щастя, тіло жінки погоджується на вагітність. Або ж, навпаки, жінка перестає нарікати на весь світ, а за допомогою психолога чи рідної людини, яка їй не дорікає, а старається допомогти, вагітніє без зайвих методів та лікування. Ми обговорювали жіноче психологічне безпліддя, але і у чоловіків воно може зустрічатися. По тих же самих причинах організм чоловіка може виробляти антитіла до власних сперматозоїдів, зменшувати їх рухливість, погіршувати якість сперми. Але повна гармонія вміння любити та йти пліч-о-пліч подолають всі перешкоди в тому числі й психологічне безпліддя.

Діагноз «непліддя» ставиться після одного року безуспішних спроб зачати дитину.

Вірогідно, партнери підозрювали про можливі проблеми в репродуктивній сфері ще до того, як був поставлений заключний діагноз, але часто буває важко змиритися з дійсністю.

Здатність зачати дитину здається чимось, що стається саме собою, і більшість людей не можуть навіть уявити собі повноцінне життя без дітей.

Хоча, в багатьох випадках, сучасні методи лікування дозволяють досягти бажаної вагітності, перша зустріч з діагнозом «непліддя», як правило, веде за собою важкі переживання.

Якщо у партнерів виявлено те чи інше захворювання репродуктивної системи, що перешкоджає зачаттю, то вони далеко не єдині, хто зіткнувся з цією проблемою. Реакція різних людей на цей діагноз різна і залежить від індивідуальних особливостей і характеру людини. Хоча, можливо, у пари є друзі і знайомі з такою ж проблемою, і пара усвідомлює, що це захворювання досить часто зустрічається. Звістка про те, що дружина або чоловік страждають на безпліддя, зазвичай є абсолютно несподіваною.

Емоційні переживання, пов'язані з безпліддям (у тому числі з психологічним безпліддям). При безплідді напруженість і спрямованість емоцій постійно змінюється, і в різні періоди можуть бути різні почуття і потреби. У цього стану немає фіксованих «етапів», і іноді емоції будуть болісно загострені і напружені, а в інші моменти вони будуть притуплюватися. Емоційні переживання, пов'язані з безпліддям, у різних людей значно відрізняються, так само як і способи їх подолання.

Шок – причина психологічного безпліддя. Першою реакцією багатьох пацієнтів, які вперше дізналися про своє безпліддя, є шок і недовіра. Після багатьох років, протягом яких люди були впевнені, що рано чи пізно з'являться діти, партнери можуть відчувати почуття, що життєві плани повністю зруйновані. Шок зазвичай триває недовго і насправді є захисною реакцією психіки, що допомагає примиритися з дійсністю.

Заперечення – причина психологічного безпліддя. Першою думкою може бути – «це не могло статися зі мною», і заперечення цієї проблеми замість її аналізу. Фаза заперечення служить визначеною метою, дозволяючи парі за певний термін звикнути до думки про безпліддя. Заперечення стає нав'язливим і небезпечним, якщо воно триває протягом тривалого часу і не дозволяє усвідомити наявність цієї проблеми. У цьому випадку час може

бути втрачено, і ефективність подальшого лікування може бути нижче, так як результативність усіх методів лікування безпліддя знижується з віком жінки.

Провина – причина психологічного безпліддя. В деякі моменти партнери можуть думати, що безпліддя – це покарання за якісь вчинки в минулому, наприклад, за сексуальну активність або аборт. Крім того, жінка може відчувати себе винною у тому, що позбавляє здорового чоловіка можливості мати дітей, а батьків – можливості мати онуків, особливо якщо ви їх єдина дитина. Вина – абсолютно неконструктивне почуття, але, на жаль, часто зустрічається у безплідних пацієнтів.

Звернення до релігії. Це дуже поширена реакція, особливо якщо партнери вірять в Бога. Партнери, або один з партнерів починають молитися, відвідують церкву, мечеть або синагогу, вносять пожертвування, і обіцяють собі, що будуть хорошими людьми до кінця своїх днів, якщо тільки Бог подарує вам вагітність. Деякі здійснюють паломництво по святих місцях і відвідують численні храми і чудотворні ікони. Інші ж звертаються до різних знахарів, екстрасенсів, «народних цілителів», і нерідко встигають витратити багато часу і грошей на таке «лікування», перш ніж вирішують звернутися за допомогою до традиційної медицини.

Злість – причина психологічного безпліддя. Злість породжується відчуттям, що безпліддя – це несправедливо. Дізнавшись про своє безпліддя, жінка можете відчувати величезну злість і розчарування через неможливість змінити ситуацію. Вагітні жінки можуть викликати гнів, і може з'явитися злість на лікарів, друзів, родичів, які, як здається, не розуміють саме ваших проблем і переживань. Ці почуття абсолютно нормальні, але, якщо злість загнати всередину, вона може перерости в депресію.

Депресія – причина психологічного безпліддя. Переживання, пов'язані з безпліддям, нерідко призводять до депресії. Безпліддя руйнує мрії про довгоочікувану вагітність, народження дитини, материнство і батьківство. Скорбота – це скорбота про те, що могло б бути, про нездійснений життєвий досвід, і цю втрату буває особливо важко пережити. При безплідді

жінка ніколи не можете бути впевнені в тому, що їй вдасться завагітніти, і навіть причина безпліддя може бути до кінця незрозуміла. Тому смутку нема на чому сконцентруватися, і жінка перебуває в постійній надії, що «може бути, вийде на цей раз». Друзі та родичі часто недооцінюють психологічні проблеми безплідного подружжя, і в результаті безплідна пара відчуває себе в ізоляції. Депресія – це нормальна відповідь психіки на ту ненормальну ситуацію, в якій опинилась безплідна родина.

Самотність. Відчуття самотності робить боротьбу з безпліддям набагато важчою. Багато людей не в змозі зрозуміти складні почуття, які відчувають безплідні пари. «Перестань про це думати, розслабся, і ти швидко завагітнієш» або «усиновить дитину, і потім у Вас народиться і своя власна» – це приклади нетактовних зауважень, які можуть заподіяти багато болю. У таких пар можуть змінитися відносини з друзями і членами сім'ї, які не розуміють і не можуть розділити ваші почуття.

Втрата контролю. Багато пар планують народження дитини так само, як і інші важливі події у своєму житті. До певного моменту такі пари, мабуть, цілком успішно досягали поставлених перед собою цілей. Коли партнери усвідомлюють, що не можуть контролювати цю сторону свого життя, це може вплинути на самооцінку. Буде здаватися, що ви не в змозі контролювати не тільки свої життєві плани, але й своє власне тіло. Можливо, партнери перестануть приділяти достатньо уваги іншим проблемам і будуть відкладати їх вирішення, сконцентрувавшись на подоланні безпліддя. Однак чим більше пара буде нехтувати іншими аспектами свого життя, приділяючи всю увагу безпліддю, тим сильніше буде відчувати, що не в змозі контролювати своє життя.

Безвихідь. Почуття безвиході є результатом циклів емоційного підйому та занепаду, пов'язаних з безпліддям і його лікуванням. Партнери можуть бути сповнені надій на початку лікування, поступово втрачаючи всяку надію в разі повторних безуспішних спроб. Може здаватися, що з плином часу стане легше, але це не так, і при кожній невдачі старі рани (які, як партнери

сподівалися, вже загоєні) відкриваються знову. Зрештою, кожен раз, коли пара починає лікувальний цикл (особливо коли це новий метод, який ще жодного разу не пробували, або новий лікар), завжди йдете на це з надією, що цього разу у вас все вийде. Дуже складно зберігати надію і позитивний настрій після численних розчарувань. Для цього може знадобитися консультація професійного психолога .

Вплив безпліддя на подружні стосунки. Важливо пам'ятати, що безпліддя – це проблема сімейної пари. Нерідко ті чи інші фактори безпліддя є і у чоловіка, і у жінки, а не тільки у одного з подружжя. Але, що б не було причиною безпліддя, подружжя зазвичай по-різному на нього реагують. Особиста реакція залежить від власного характеру, життєвого досвіду, відношення до подолання труднощів. Партнери можуть відчувати надію і оптимізм в той час, як партнер відчуває безвихідь і смуток, або партнери можуть звинувачувати один одного, особливо якщо тільки один з партнерів безплідний.

Чоловіки та жінки по-різному ставляться до безпліддя. Більшість жінок з підвищеною увагою стежать за своїм менструальним циклом. В результаті, початок кожної менструації може приносити важкі психологічні переживання. Він свідчить про відсутність вагітності після місяця надії і про необхідність починати все заново. Чоловіки зазвичай мовчки переносять страждання, пов'язані з безпліддям, оскільки вони не звикли ділитися репродуктивними проблемами, в той час як жінки більш вільно обговорюють проблеми подібного роду.

Спілкування. У ході діагностики та лікування безпліддя стиль спілкування у безплідній сім'ї може змінитися. Можливо, партнери будуть уникати відкритого висловлювання своїх думок, щоб захистити партнера від неприємних переживань. Однак, придушення своїх почуттів породжує злість і образу, створюючи додаткову напруженість у стосунках. Постарайтеся не забувати про взаємини зі своїм партнером. Необхідно переконатись, що партнер розуміє, які почуття переживає інший партнер на кожному етапі

лікування. Ви обоє можете переживати суперечливі почуття з приводу лікування і навіть з приводу необхідності мати дітей. Це нормальна реакція, і взаємні очікування повинні бути реалістичними. Необхідно підтримувати відкриті відносини зі своїм партнером в цей важкий час. Спробуйте ближче познайомитися в Медичному центрі або через Інтернет з іншими безплідними парами. Ви не тільки відчуєте себе менш самотніми, але й зможете дізнатися про різні шляхи подолання стресу, пов'язаного з безпліддям. У безплідних сім'ях жінка, як правило, є більш говірким і емоційним партнером. Це часто веде до того, що вона постійно думає і говорить про безпліддя, і весь її світ обертається навколо того, як зачати дитину. Вона каже (або скаржиться, або кричить, або плаче) про це, і бажає, щоб чоловік зміг відчути всю глибину її болю. Він намагається підтримувати її, але, схоже, ніколи не може зробити або сказати саме те, що потрібно, тому він замикається і відмовляється говорити на цю тему, створюючи цим ще більшу напругу. Щоб не допустити того, що безпліддя стане всепоглинаючим фактором, і розірвати це порочне коло нескінченних монологів, при якому не відбувається продуктивного спілкування, Мерле Бомбардєрі з американської асоціації безплідних пацієнтів РЕЗОЛВ радить застосовувати «20-хвилинне правило». Кожен вечір Ви повинні виділити певний час на те, щоб поговорити про безпліддя. Використовуйте таймер, щоб обмежити час кожного із подружжя двадцятьма хвилинами, і нехай спочатку говорить один, а потім інший. Той, хто в даний момент мовчить, повинен уважно слухати. Ця методика допомагає досягти таких результатів:

- Дружина буде говорити про безпліддя менше, і виражатися більш коротко.
- Чоловік буде готовий її вислухати, тому що у нього буде впевненість в тому, що це триватиме не дуже довго.
- Дружина буде відчувати, що у неї є зацікавлений слухач, і що її підтримують.
- Залишок вечора можна провести за більш приємними заняттями.

- Вам обом буде легше, якщо ви будете бачити, що інший відчувається краще.

- Цілком імовірно, що, в міру того, як дружина буде відчувати меншу потребу говорити про безпліддя, чоловік стане більш відкрито висловлювати свої почуття, і дружині вже не доведеться «страждати за двох». Безпліддя вносить в сімейні стосунки значну напругу. Нерідко шлюби розпадаються через той тиск, якому їх піддає безпліддя. Проте, якщо у Вас буде достатньо витримки, щоб разом подолати цю життєву кризу, Ви побачите, що, навчившись боротися, Ви і Ваш партнер стали ближче, оскільки Ви ділили переживання в цей важкий час, - і Ваш шлюб стане міцнішим, ніж більшість шлюбів, тому що разом Ви пройшли через всі випробування і вистояли.

Секс. Секс – це теж один з видів спілкування, але лікування безпліддя, безумовно, накладає відбиток на ваші сексуальні відносини. Проблеми із зачаттям діють руйнівню на самооцінку і сексуальність. Ці негативні емоції знаходять відображення і в спальні, де, власне кажучи, і почалися всі проблеми.

Проведення статевих актів за графіком може знищити спонтанність і інтимність. Секс може сприйматися як обов'язок, а не як задоволення. Дуже важливо, щоб Ви з партнером приділяли якийсь час інтимним стосункам для взаємного задоволення, без думок про зачаття. Взаємний масаж або романтична вечеря допоможуть підтримати ваші любовні відносини. Намагайтеся зробити духовну близькість і задоволення одним із пріоритетів свого життя.

Розрізняють медичний аспект безпліддя і психологічний аспект безпліддя. З точки зору медицини, безпліддя – це коли протягом двох років, при регулярному статевому житті, вагітність не настає.

З точки зору психології, психологічне безпліддя, це фактор, який заважає зачаттю дитини з причин, не пов'язаних з фізичним станом потенційної матері або потенційного батька.

Причини психологічного безпліддя:

1) *хронічний стрес* або дуже сильне бажання мати дітей, зацикленість на мрії про материнство – не страх завагітніти, а, навпаки, страх не завагітніти.

Еволюційно так було влаштовано, що коли людина перебувала в "підвішеному" або небезпечному стані (а саме про це сигналізує стрес), організм блокував можливість розмноження, інакше і людина, і потомство загинули б. Часи змінюються, але сформовані реакції залишаються з нами. Тому, в разі безпліддя, психолог, перш за все, працює з рівнем стресу в парі. Саме цією причиною можна пояснити той факт, що багато сімей «вагітніють», як тільки перестають приділяти спробам багато уваги. Зацикленість на проблемі – це все той же хронічний стрес, і коли він пропадає, зникає причина безпліддя.

Страхи:

- страх переривання вагітності (якщо вже було переривання вагітності – медичний аборт, викидень, завмерла вагітність);
- страх перед змінами в майбутньому;
- страх перед пологами у жінок;
- страх відповідальності;
- страх втрати краси у жінок;
- страх втратити роботу;
- страх не зуміти виростити дитину;
- страх глобальних катаклізмів і війни.

Всі ці страхи діють за принципом хронічного стресу, викликаючи вироблення адреналіну і інших хімічних речовин, які роблять неможливим зачаття. Страх необхідно усвідомити і прийняти, адже він завжди дає щось позитивне, оберігає вас від чогось. Іноді в його основі лежить невизначеність - відсутність уявлень про предмет страху.

Наприклад: Молода пара протягом двох років не могла завагітніти. Пройшли обстеження в різних медичних центрах. Причину безпліддя не

виявили. Лікарі ставлять діагноз безпліддя незрозумілого генезу. Під час роботи з психологом з'ясовується, що один з партнерів відчуває страх відповідальності, боїться що з народженням дитини дружина буде мало приділяти йому уваги (на підсвідомому рівні). Було виявлено його дитячі страхи – він виховувався в родині без батька (батьки розлучені), є молодший брат, якому мама приділяла більше уваги, ніж йому. Стосовно нього була надмірно строга. Брак любові і розуміння в дитинстві призвів до появи різних страхів. Завдяки роботі психолога за допомогою різних методик на усвідомлення джерел проблеми, у пари налагодилися взаємовідносини, і незабаром настала довгоочікувана вагітність.

2) *Внутрішні конфлікти.* У багатьох жінок спостерігається внутрішня боротьба між бажанням стати матір'ю і зробити кар'єру. Цьому перешкоджає страх вийти з соціального життя, втратити престижну і високооплачувану роботу, свій бізнес через вагітність і виховання дітей. Поки ці різні за спрямованістю, але однакові за інтенсивністю бажання залишаються в свідомості жінки, вагітність не настане, в такому випадку варто швидше визначитися з пріоритетами або придумувати, як поєднати і те і інше.

3) *Соціальні заборони або батьківські установки.* У нашому суспільстві вагітність у 18-20 років розглядається швидше як небажана. Батьки намагаються вберегти своїх дочок від цього, переконуючи їх, що спочатку треба освіту отримати, нагулятися, світ дізнатися, а потім вже і дітей можна народжувати. А дівчата вступають в інтимні стосунки вже з 14-15 років, а то й раніше, і весь цей час їх переслідує страх завагітніти. Тобто створюється негативна установка на вагітність, і як наслідок можливість психологічного безпліддя. Але минає час, дівчина виходить заміж, йдуть роки, а дітей немає. І оточуючі починають «ненав'язливо» цікавитися, ну, коли ж, нарешті? Жінка починає нервувати від того, що нічого не виходить. Її нервозність ще більше живить психологічне безпліддя і виникає замкнуте коло. У наш час суспільство не заохочує ранні шлюби і раннє материнство.

Саме тому багато батьків, з дитинства, намагаючись вберегти своїх дочок від подібних «фатальних помилок», завзято лякають їх жахливими наслідками.

4) *Протизаплідна установка.* Молоді люди починають статеве життя занадто рано – в середньому близько 14 років, і мотивом цієї установки стає запобігання небажаної вагітності. Ця установка теж панує в свідомості досить довго, в результаті чого стає домінуючою, і її силу дуже складно переламати в майбутньому, коли з'являється бажання народити дитину.

Що робити?

- Робота над собою (зі своїми думками). Змінити ставлення до подій. У всьому можна знайти не тільки негативні, а й позитивні моменти. Так, поки що не завагітніла, але за цей час встигла зробити те-то і те-то, змогла краще підготуватися до пологів, оздоровитися. А це - великі плюси. Подружіться зі своїми страхами, а не закривайте на них очі. Кожен страх відображає те в вас, над чим потрібно попрацювати і що в кінцевому рахунку приведе вас до досягнення мети.

Приклад роботи зі страхами:

- Візьміть аркуш паперу і випишіть їх (або намалюйте), подумайте над тим, чим вони викликані, куди в кінцевому рахунку призведуть, і, пробачивши себе за них, пошліть цьому страху свою любов, подякуйте йому, за те, що він був весь цей час з вами (адже якби не він, ви не отримали б досвід (мудрість), не покращили б події в житті (відносини з чоловіком і т. ін.) і попрощайтесь зі страхом, відпустіть його, а потім порвіть або спаліть аркуш паперу!

- Якщо родичі дошкуляють вам питаннями, коли ж у вас буде дитина, вирішите між собою, як слід відповідати на такі питання. Не дозволяйте ні своїм батькам, ні друзям втручатися у ваше особисте життя. Твердження, які допоможуть заспокоїтися, розслабитися і поліпшити ваш настрій на зачаття: «Все буде найкращим чином», «Всьому свій час», «Моє життя і народження дитини в руках Бога». Дуже корисно сформулювати позитивний образ протікання вагітності - уявити ту радість, яку ви будете

відчувати, відчуваючи себе мамою і татом. Все повинно бути яскравим і барвистим!

- Навчіться розслаблятися – в цьому допоможе плавання, масаж, заняття йогою.

- Змініть життєві орієнтири. А саме – не ставте вагітність за єдиноважливу ціль. Не квапте події. Якщо поки що вона не настає, займіть себе чимось іншим. Не зациклюйтеся на одному – живіть повноцінним життям! Спорт, творчість, праця – багато сфер, де Ви можете реалізовувати себе увесь цей час.

Поради чоловікам:

- Навчіться слухати і чути один одного. Запитайте свою дружину, чи хоче вона з Вами поговорити. Дайте їй зрозуміти, що Ви завжди готові вислухати її. Слухаючи, намагайтеся бути об'єктивним і готовим допомогти. Нагадайте їй, що Ви будете любити її, незважаючи ні на що. Якщо їй потрібна додаткова підтримка, наприклад на консультації, - сходите разом з нею на консультацію, а якщо необхідно, відвідайте лікаря самі.

- Будьте терплячим. Пам'ятайте, що вирішення проблеми безпліддя - це процес, що вимагає витрат часу. У безплідді немає ніяких гарантій, жодних правильних відповідей і ніяких поспішних рішень. Вашій дружині теж доведеться бути терплячою в міру того, як її почуття будуть змінюватися. Не принижуйте і не оцінюйте її почуття. Просто дозвольте їй відчувати, і дайте їй час.

- Будьте добре поінформованим. Це допоможе Вам зберегти перспективне бачення того, які різноманітні альтернативи існують у Вас як у пари. Чим більше у Вас інформації, тим більше обдумані рішення Ви обоє зможете прийняти.

- Робіть все разом. Маленькі спільні розваги – наприклад сніданок удвох, поїздка по магазинах або відвідування музею – допоможуть жінці відчувати, що життя не зводиться тільки до безпліддя. Це лише декілька порад з приводу того, як подолати психологічне безпліддя. Насправді їх набагато

більше, і, тільки жіноче серце знайде саме той ключ, який відкриє їй двері до материнства.

Чому виникає психологічне безпліддя

Причин може бути безліч. У самодостатньої людини, яку з дитинства оточували турботою і увагою, ризиків мати психологічне безпліддя менше. Якщо ж з самого дитинства були якісь проблеми в сім'ї, вихованні, взаєминах з іншими, є ймовірність виникнення складнощів і з зачаттям. Дуже часто жінка дітородного віку, здорова і повна сил, просто морально не готова до материнства. На неї тиснуть батьки, чоловік, суспільство: потрібно народжувати. А вона ніби й не проти, але не виходить.

Природа дивно розумна. Організм відчуває: щось не те, є якась небезпека зовні, не на часі вагітніти. Ці затиски потрібно знімати, відвідуючи не гінеколога, а психолога або навіть психотерапевта, – пояснюють психологи. До речі, деякі з них вважають за краще не використовувати слово «безплідність». Вони замінюють його терміном «нереалізоване бажання мати дитину». Адже психологічне безпліддя досить легко піддається лікуванню, тому цей діагноз тимчасовий і має на увазі, що пара поки не може зачати дитину.

Деякі фахівці впевнені: у безпліддя – психосоматична природа. Неможливість зачати дитини розглядається в цьому випадку як реакція на психологічний або емоційний конфлікт.

Психологічних причин безпліддя дуже багато. Ось тільки частина з них:

- боязнь відповідальності і небажання міняти своє життя через малюка,
- страх пологів,
- недовіру до партнера,
- підсвідомий страх зіпсувати фігуру, отримати розтяжки і розриви,

- фінансове неблагополуччя і, як наслідок, невпевненість в завтрашньому дні,
- невпевненість в тому, що можеш стати для своєї дитини хорошим батьком,
- психологічна незрілість: «я ще сам (а) дитина, які мені діти»,
- тиск з боку оточуючих: мене всі змушують подорослішати і завести спадкоємця. Організм включає захист: принципово не буду йти на поводу у «всіх».
- сімейні сценарії.

Остання причина пов'язана з тим, що кожна людина є хранителем всієї або частини сімейної історії, того, що вона почула, побачила, пережила. «Я не хочу бути тим, хто я є»: ця ситуація може бути причиною безпліддя, коли жінка несвідомо намагається перешкодити появі потомства, щоб перервати рід, представників якого вона соромиться. Ще одним психосоматичним аспектом безпліддя може бути наступне: «не бути такою, якою тебе хочуть бачити батьки». Це такий несвідомий протест проти батьків.

Причиною безпліддя може стати громадянський шлюб, адже будь-якій жінці необхідна стабільність і безпека. А народження дитини в небезпечній обстановці – серйозний стрес для майбутньої мами.

Події навколишнього світу, в яких знаходиться жінка, можуть впливати на функціонування її репродуктивної системи.

Відомий феномен аменореї військового часу, коли у жінок не було місячних. Жіночий організм отримував команду: «не на часі для зачаття» і переставав працювати так, як велить йому природа. Жінці і нащадку нічого начебто не загрожує, а кнопка «вкл» не натиснута.

У мирний час жінки не менше відчують небезпеку і несвідомо не дозволяють собі завагітніти, наприклад, в період економічної кризи. Тим більше, якщо у жінки є фінансові труднощі, – пояснюють психологи.

Нерідко психологічне безпліддя у жінки виникає через страх болю, страх померти під час пологів або втратити немовляти. Особливо гостро це може відчуватися, якщо подібні випадки вже були в роду.

Несвідоме відчуття того, що материнство – це горе, може сприяти внутрішній відмові від цього

Є культури, в яких вітається народження хлопчиків і ставлення до жінки залежить від того, дитину якої статі вона народила. Неусвідомлений страх завагітніти дівчинкою може придушити репродукцію. Релігійні установки так само впливають на реалізацію материнської сфери. Жінки – емоційні створіння, вони чітко відчують ставлення до себе в суспільстві і реалізують це через свою репродуктивну поведінку. Однією з важливих складових психологічних чинників неплідності є мотиваційний конфлікт в психіці жінки. Вона робить все, щоб завагітніти, при цьому для дитини немає місця в її зовнішньому і внутрішньому просторах. Часто жінці важливо не вдарити в бруд обличчям, вона задає собі питання: чи зможу я стати хорошою матір'ю? Це сильно нервує майбутню матір. Тривоги, побоювання – все це негативно позначається на можливості завагітніти,

Психологи впевнені: важливо вчасно вирішувати психологічні проблеми, які заважають завагітніти. Адже вони накопичуються і утворюють величезний сніжний ком, з яким згодом все складніше впоратися.

Одна з можливих причин психологічного безпліддя – недовіра до партнера

Жінка або взагалі не може вибрати собі постійного супутника життя, або не дуже довіряє чоловікові, який є в її житті.

З цього випливає багато психосоматичних ситуацій, які заважають спокійному зачаттю. Іноді виходить якесь замкнуте коло. Жінка намагається завагітніти, у неї не відразу це виходить, і з'являється страх: раптом у мене взагалі не вийде. Виникає багато питань: чому не виходить? Що зі мною не так? Все це негативно позначається на репродуктивній функції і завагітніти стає ще складніше.

Жінка може боятися нової ролі. Що станеться, коли вона стане мамою? З'являється страх втратити незалежність, свободу, статус і становище в суспільстві. Як справлятися з дитиною? Як пережити пологи? В який бік зміниться моє життя? Побоювань дуже багато. Такі неусвідомлені страхи породжують психологічні затиски в тілі, сприяють виробленню «неправильних» гормонів, які перешкоджають зачаттю. Якщо людина підсвідомо відчуває ці страхи, природно, тіло наповнюється зажимами і гормонами, що не дають розслабитися і жити тут і зараз.

Постійна напруга і гонка за результатом, в даному випадку, за двома смужками на тесті – все це тільки погіршує ситуацію. Якщо жінка одержима ідеєю завагітніти, і все заняття любов'ю з чоловіком зводяться тільки до одного: зачати малюка, це може дати зворотний ефект і спричинити психологічне безпліддя. Невдача призводить до ще більшого страху, потім трапляється наступна невдача, страх посилюється. Виходить снігова куля. Психологічне безпліддя нерідко зароджується, коли спроби завести дитину переходять з трепетного очікування в розряд: «треба» і «повинна».

Психологічні причини неможливості зачати дитину у жінок зустрічаються набагато частіше, ніж у чоловіків. Останні все-таки частіше безплідні фізіологічно. Однак є і психологічні причини, через які чоловік може виявитися не здатний зачати малюка. Чоловік, наприклад, не боїться народжувати, однак може відчувати страх, що його кохана жінка помре при пологах, особливо якщо в історії його родини були такі випадки.

Так, чоловік несвідомо в потрібний для зачаття термін (овуляція) може уникати сексуального контакту, тим самим запобігаючи вагітності жінки.

Під час зустрічей з психологом виявляються причини, які заважають зачати або виносити дитину. Дуже важливо зрозуміти, що саме цій парі заважає стати батьками. Іноді буває так, що чоловіки, самі того не усвідомлюючи і не бажаючи, стають головною причиною психологічного безпліддя своєї коханої дружини. Іноді чоловік не розуміє свою дружину, не вміє або не хоче підтримувати дружину в такий відповідальний момент

життя. Байдужість і відстороненість у сім'ї приводять жінку чи чоловіка до думки про неготовність до дітей. Буває і так, що чоловік підсвідомо або навіть свідомо не хоче дітей від конкретної жінки або зовсім не бажає ставати батьком. В цьому випадку його організм може виробляти антитіла, що знижують якість сперми або рухливість сперматозоїдів.

Отже, якщо при діагностиці з'ясовується, що з фізіологічної точки зору у пари все добре, рекомендується шукати причини безпліддя на консультаціях у перинатального психолога. Спеціаліст виявить справжні причини неможливості зачати дитину і допоможе побороти страхи.

Щоб успішно зачати дитину, дбайте про себе, добре харчуйтеся, займайтеся спортом, практикуйте повноцінний сон і відпочинок, уникайте стресів. Крім психотерапії, можна використовувати інші методи, наприклад, подорожі. І обов'язково працюйте з професійним психологом: він допоможе подолати всі страхи і комплекси.

Психологи запевняють: важливо зрозуміти, що дитина – це не тільки труднощі, а й велике щастя. Тоді жіночий організм «ввізьме» вагітність і «погодиться» виносити малюка.

Досить часто потрібно просто «відпустити» ситуацію і максимально розслабитися.

– Як тільки жінка сприймає ситуацію, розслабляється і перестає переживати про те, що не вдається завагітніти, у неї все виходить. Діти приходять саме в той момент, коли батьки максимально радісні, коли вони наповнені спокоєм, умиротворенням і любов'ю. Коли вони не переживають, а живуть тут і зараз.

Навіть фізіологічні проблеми із зачаттям можуть мати психологічний корінь. Вони часто пов'язані з неприйняттям жінкою своєї ролі: вона соромиться себе, своєї фізіології, жіночності, сексуальності. Всі ці комплекси й затиски потрібно прибирати, тоді довгоочікувана вагітність обов'язково настане.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ПРОЯВІВ БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ

Сьогодні ефективним методом вирішення проблеми безпліддя вважають використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), зокрема методу екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), однак ефективність цієї методики ледь наближається до 28%. Безпліддя саме по собі викликає складні психологічні стани, а використання ДРТ супроводжується додатковими специфічними переживаннями, пов'язаними з лікуванням. За офіційними даними, в Україні у 2016 р. зареєстровано 38 998 і 11 210 випадків жіночого та чоловічого безпліддя відповідно. Серед розпочатих циклів вікова група 30-34 роки становить 31,16%, 35-39 років – 27,81%, більше 40 років – 17,94%, 25-29 років – 16,09%, менше 25 років – 2,5 %. У 2015 р. розпочато 18871 лікувальний цикл ЕКЗ. У 2016 р. після лікувальних циклів за допомогою ДРТ народилося живими 7582 немовляти, з них у терміні 22-27 тиж – 130, 28 тиж – 7452 (ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», Лесовська С.Г., 2017).

2.1. Організація та методологія дослідження

Для дослідження психологічних аспектів проявів безпліддя у жінок середнього віку ми провели емпіричне дослідження, в процесі якого ми використовували комплекс психодіагностичних методик, які спрямовані на дослідження психологічного стану жінок, які не мають змоги завагітніти та ці методики дають можливість оцінити як характер, так і ступінь особистісних і ситуативних змін у контексті індивідуального розвитку жінки. Їх застосування дозволяє одержати більш детальне уявлення про адаптацію

жінки до стану очікування можливої і неможливої вагітності, як фізіологічного та психосоматичного стану, так і адаптацію до можливого материнства, прийняття ролі матері та формування материнської позиції. Саме дослідження індивідуальних та особистісних рис досліджуваних, а також урахування ролі психосоматичного компоненту дасть можливість відстежити значущі аспекти проявів безпліддя у жінок середнього віку. Проаналізуємо наступні методика, які використовували в нашому дослідженні.

1. Індивідуально-типологічний опитувальник (ІТО Л.М. Собчик).

Дана методика, розроблена Л.М. Собчик, незважаючи на свою лаконічність, є досить інформативною. У першу чергу, за допомогою ІТО легко визначаються типологічні особливості обстежуваної, провідні риси її характеру. Опитувальник включає 91 твердження, що не викликають настороженості при проведенні дослідження. ІТО також має шкалу достовірності («брехня» і «агравация»), які дозволяють судити про те, наскільки мотиваційні спотворення можуть вплинути на результати тестування.

Інтерпретація результатів знаходиться в прямій залежності від кількості значущих відповідей за 8 шкалами (виключаючи шкали «брехня» і «агравация»):

0-1 бал – гіпомотивність, погане саморозуміння або нещирість при обстеженні;

3-4 бали (норма) – гармонійна особистість;

5-7 балів (помірна вираженість) – акцентуовані риси; [1-1]; [SEP]

8-9 балів (надлишкова вираженість) – стан емоційної напруженості, утруднена адаптація. Тенденції, компенсовані полярними властивостями, є свідченням значної емоційної напруженості і ознакою наявності внутрішнього конфлікту, якщо показники вище 5 балів. Для норми (в межах 4 балів) це свідчення збалансованості різноспрямованих властивостей [28].

2. Опитувальник EPQ Айзенка (H.J. Eysenck).

Опитувальник містить 101 питання, на які випробувані повинні відповісти «так», або «ні». Опитувальник вимірює такі психічні властивості, як нейропсихічна лабільність, екстраверсія і психотизм. Також можна вивести наявність рис особистості таких, як емоційно-вольова стабільність та віднесення темпераментів до класичних типів: холерик, сангвінік, флегматик, меланхолік. Опитувальник показує зв'язок між цими чотирма типами темпераментів і результатами факторно-аналітичного опису особистості. Методика містить 4 шкали: екстраверсія – інтроверсія, нейротизм, психотизм і специфічна шкала, призначена для оцінки щирості опитуваного, його ставлення до обстеження [14, 16, 18, 23].

3. Методика діагностики темпераменту Я. Стреляу.

Опитувальник спрямований на вивчення трьох основних характеристик типу нервової діяльності: рівня сили процесів збудження, рівня сили процесів гальмування, рівня рухливості нервових процесів, так само розраховується показник врівноваженості процесів збудження і гальмування за силою. Тест містить три шкали, які реалізовані у вигляді переліку із 134 питань, які передбачають один з трьох можливих варіантів відповіді: «так», «важко відповісти», «ні» [5, 18, 19, 23, 28].

2.2. Аналіз результатів дослідження

Аналіз тривожності за шкалою «нейротизм – емоційна стабільність», який дозволяє встановити індивідуальну ретенцію субклінічних рівнів тривоги при рутинному стресі, проводили з застосуванням опитувальника EPQ Г.Ю. Айзенка (H.J. Eysenck). Враховували такі психічні властивості, як нейропсихічна лабільність, екстраверсія та психотизм, а також наявність рис особистості таких, як емоційно-вольова стабільність і віднесення до класичних типів темпераментів [14, 16, 18, 23]. У контексті дослідження

важливим ми вважали визначення психофізіологічних та персонологічних констант – пропорції сили збудження та гальмування нервових процесів, що денотовано у рамках класичних типів темпераменту, афективно-мотиваційних характеристик особистості (комунікативно-поведінкових шаблонів – інтро- та екстраверсії), та схильність до презентації патологічних патернів психічного реагування, що у психодіагностичному дискурсі отримало номінацію «психотизм».

За даною методикою проведено тестування 39 жінок, які мають надію завагітніти.

Таблиця 2.1.

Середні показники рівня тривожності у жінок в стані очікування вагітності (у балах) за методикою EPQ Г.Ю. Айзенка

№	Назва шкали	Середні показники
1.	Інтроверсія – екстраверсія	13,21 ± 0,42
2.	Нейротизм	12,45 ± 0,49
3.	Психотизм	3,39 ± 0,20
4.	Шкала брехні	11,21 ± 0,40

Як виходить з таблиці 2.1, середні показники за шкалою інтроверсія – екстраверсія склали 13,21 ± 0,42 бали, нейротизм – 12,45 ± 0,49 бали, психотизм – 3,39 ± 0,20 бали, а показник за шкалою брехні – 11,21 ± 0,40 бали. Слід зауважити, що оцінка за шкалою брехні не є свідченням особистісної характеристики, а більшою мірою вказує на нещирість у відповідях обстежуваних жінок.

Припускається, що образ майбутньої матері у більшості з обстежених жінок пов'язаний з позитивними відповідями, не усвідомлено підштовхує до деякого підстроювання [63]. Такі відповіді пояснюють можливу схильність обстежуваних жінок відповідати соціальним нормам, а також впливу колосальних змін у фізіології та психології жінок, які перебувають в

очікуванні вагітності [46, 49]. Нещирість у відповідях також може свідчити про деяку демонстративність поведінки [5].

Окрім зміни фізіологічного статусу, знаходження у періоді очікування вагітності потребує від жінки нової соціально-біологічної ролі, яка окреслена, насамперед, культуральними стереотипами референтної поведінки та психологічного стану. «Тиск» культурально-детермінованих нормативів, що дисонує з попереднім досвідом, призводить до «амбівалентного» характеру самосприйняття (у рамках ролей «жінка – мати») у періоді психологічної адаптації до майбутнього стану матері.

Такий характер психологічного стану детермінує високі рівні «нещирості» у патопсихологічних дослідженнях даного контингенту.

Однак, незважаючи на представлені аргументи, було проведено аналіз результатів за опитувальником EPQ Г.Ю. Айзенка та самооцінки за Спілбергером – Ханіним з урахуванням показників за шкалою брехні (табл.2.2). Результати оцінки за даною шкалою дозволили встановити, що у 25 (64,0 %) жінок кількість балів перевищувала 10, що свідчить про нещирість, а у 14 (36,0 %) жінок – відповідала припустимим критеріям.

Таблиця 2.2.

Результати опитування за EPQ Айзенка та Спілбергера – Ханіна з урахуванням показників за шкалою брехні (бали)

№	Назва шкал	Щирість n=141	Нещирість n=251	Значення P
1.	Інтроверсія – екстраверсія	13,5 ± 0,7	13,1 ± 0,5	p>0,05
2.	Нейротизм	13,6 ± 0,8	11,9 ± 0,5	p<0,05
3.	Психотизм	4,03 ± 0,4	3,03 ± 0,2	p>0,05
4.	СТ	36,6 ± 1,4	35,1 ± 1,0	p<0,05
5.	ОТ	43,2 ± 1,2	42,3 ± 1,0	p>0,05

Як видно з таблиці 2.2., обстежувані жінки, які були щирими у відповідях, мали статистично достовірно ($p < 0,05$) вищі показники за шкалою нейротизму та психотизму. Однак, такі результати не вплинули на рівень СТ та ОТ, а також не залежали від показників за шкалою інтроверсія – екстраверсія ($p > 0,05$).

Порівнюючи отримані результати за шкалою інтроверсія – екстраверсія та за шкалою нейротизм (емоційна стійкість – нестабільність), є можливість оцінити темперамент вагітних як пропорцію психофізіологічних констант.

Згідно «кола Айзенка» серед 4 основних типів темпераменту відповідність сангвініку зустрічалась з найбільшою частотою та встановлена у 13 (35,5 %) обстежених вагітних. Холеричний темперамент виявлено у 9 (24,0%) вагітних, меланхолічний – у 8 (22,4 %) та флегматичний – у 7 (18,1 %) відповідно (рис. 4.1.6).

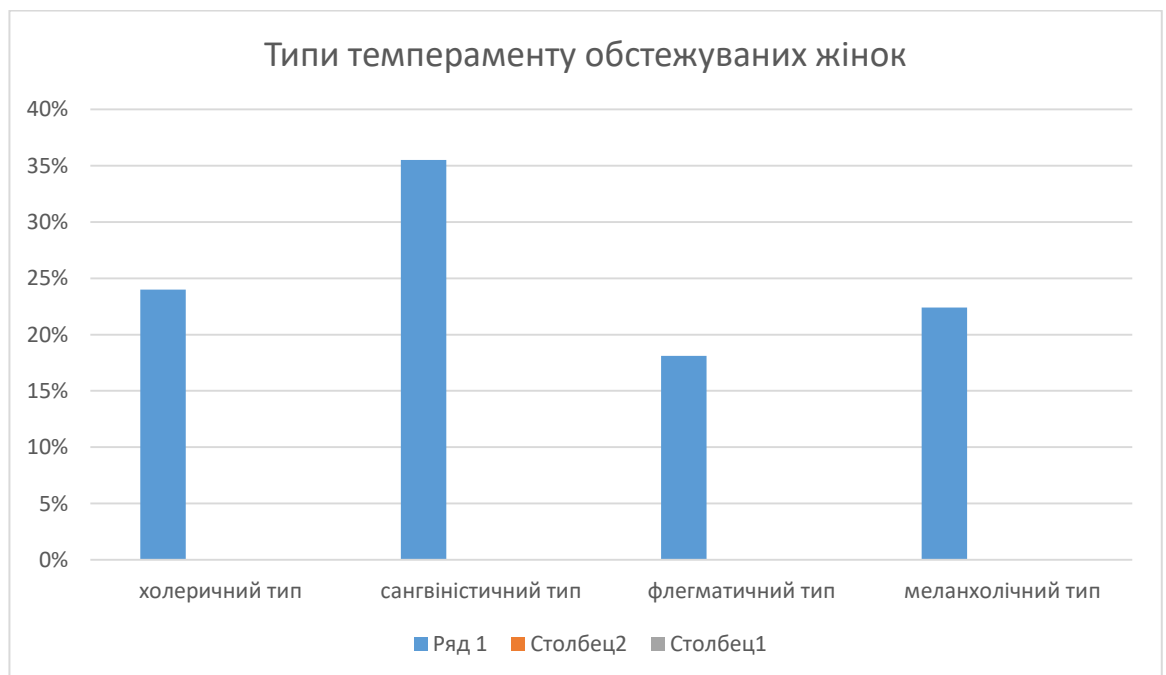


Рис. 2.1. Типи темпераменту обстежуваних жінок (у %)

Серед обстежених жінок превалювали екстраверти, що склало 59,4 %. Відповідно, 40,6 % жінок відповідали критеріям інтроверсії.

За шкалою нейротизм встановлено, що 18 (46,4 %) обстежуваних жінок були емоційно нестабільними. За шкалою психотизм – у всіх

обстежуваних показники знаходилися в межах середніх значень. Слід зазначити, що кореляційних взаємозв'язків між показниками за результатами опитувальника EPQ Айзенка, встановлено не було.

За методикою ІТО Л.М. Собчик проведено тестування 27 жінок.

Як і у випадку опитування за EPQ Айзенка, ІТО також має шкалу «брехні» (щирості), яка дозволяє судити про те, наскільки мотиваційні спотворення можуть вплинути на результати тестування. Враховуючи вищезазначене, проведено порівняння результату оцінки за шкалами ІТО, а також результатів за опитувальником EPQ Айзенка та самооцінки за Спілбергером – Ханіним з урахуванням показників за шкалою «брехні» (табл. 2.3.). За даною шкалою у 9 (34,8 %) обстежуваних жінок кількість балів перевищувала «4», що свідчить про нещирість у відповідях. У 18 (65,2 %) жінок рівень за даною шкалою відповідав припустимим критеріям. Статистично достовірна ($p < 0,05$) різниця та відповідно вищі показники встановлені за шкалами екстраверсії, сенситивності та лабільності зустрічалися серед обстежуваних жінок, які були більш щирими. Однак, за іншими шкалами та показниками такої різниці ($p > 0,05$) встановлено не було.

Таблиця 2.3.

Результати опитування за ІТО, EPQ Айзенка та Спілбергера – Ханіна з урахуванням показників за шкалою брехні (бали)

№	Назва шкал	Щирість (n = 18)	Нещирість (n = 9)	P
1.	Екстраверсія	6,1 ± 0,3	5,0 ± 0,5	p<0,05
2.	Спонтанність	5,02 ± 0,3	4,9 ± 0,5	p<0,05
3.	Агресивність	4,6 ± 0,3	4,6 ± 0,3	p<0,05
4.	Ригідність	5,6 ± 0,2	5,5 ± 0,4	p<0,05
5.	Інтроверсія	4,5 ± 0,3	4,5 ± 0,4	p<0,05
6.	Сенситивність	6,01 ± 0,2	5,2 ± 0,4	p<0,05

Продовження таблиці 2.3

7.	Тривожність ^[SEP]	5,1 ± 0,3	4,8 ± 0,4	p<0,05
8.	Лабільність	5,9 ± 0,2	5,04 ± 0,4	p<0,05
9.	Інтроверсія – екстраверсія	5,9 ± 0,2	13,0 ± 0,6	p<0,05
10	Нейротизм	11,9 ± 1,01	12,4 ± 0,7	p<0,05
.				
11	Психотизм	3,3 ± 0,4	3,5 ± 0,3	p<0,05
.				
12	СТ	35,8 ± 1,6	35,2 ± 1,2	p<0,05
.				
13	ОТ	41,9 ± 1,6	42,2 ± 1,04	p<0,05
.				

Результати аналізу шкали екстраверсія свідчать, що 22,8% обстежуваних жінок мають особистість, звернену до світу реальних явищ. У 12 (44,9 %) обстежуваних жінок показники вказують на значну відкритість, а у 3 (10,9 %) – про нерозбірливість та нав'язливість у міжособистісних контактах. За шкалою інтроверсія, яка негативно корелює ($\rho = -0,503$, $p < 0,05$) зі шкалою екстраверсія, у 33,0% обстежуваних жінок результати свідчать про їх сором'язливість і недостатню відкритість у спілкуванні, а у 22,0% з них – про замкнутість. Показники за шкалою спонтанність, які характерні для осіб з позитивною самооцінкою та прагненням до нормального самоствердження, встановлені у 32,3 % обстежуваних жінок. У 41,7% обстежуваних жінок показники характеризуються розкутістю поведінки та прагненням до лідирування. Слід зазначити, що серед даного контингенту обстежуваних жінок у кожної 2-ї жінки виявлені ознаки високої імпульсивності. Шкала, яка характеризує спонтанність, позитивно корелює ($\rho = +0,458$, $p < 0,05$) зі шкалою агресивність. За її оцінкою, у 29,0 % обстежуваних жінок виявлені

ознаки егоцентризму та схильність до агресивної манери самоствердження всупереч інтересам оточуючих. Шкала ригідності дозволяє виявити нестійкість до стресу, суб'єктивізм, інертність установок, наполегливість та насторожену підозрілість. Такі ознаки мали місце у кожній 3-ї обстежуваної жінки. В результаті аналізу за шкалою сенситивності встановлено, що 79,0 % обстежуваних жінок – особистості вразливі та вельми чутливі до тиску навколишнього середовища, а у 20,2 % з таких жінок виявлені ознаки, які свідчать про невротичну структуру переживань. Представлена шкала має взаємозв'язок зі шкалами тривожності ($\rho=+0,470$, $p<0,05$) та лабільності ($\rho = +0,362$, $p < 0,05$). Аналізуючи результати за шкалою тривожності, у 55,1 % обстежуваних жінок виявлені прояви акцентуації (підвищена недовірливість, боязливість), з яких у 21,7 % жінок показники відображають схильність до нав'язливих страхів та панічних реакцій, дезадаптивний стан. При оцінюванні за шкалою лабільності у 58,0 % обстежуваних жінок показники відображали мінливість настрою, мотиваційну нестійкість, а у 19,4 % з них – надлишкову емотивність, риси вираженої демонстративності, істероїдні прояви.

Опитувальник Я. Стреляу, результати якого представлені на рисунку 2.2., застосований у 39 обстежуваних жінок. Він спрямований на вивчення трьох основних характеристик типу нервової діяльності та надає можливість розрахувати показник врівноваженості процесів збудження та гальмування за силою. Середні показники за рівнем сили процесів збудження склали $53,0 \pm 1,1$ балів та знаходились в межах 19-76 балів. Оцінюючи рівень сили процесів гальмування серед обстежуваних жінок групи, було встановлено, що середнє значення показника склало $55,1 \pm 1,0$ балів та знаходилось в межах 24-87 балів. Показники, які характеризують рухливість нервових процесів, знаходились в межах 25-79 балів, а їх середнє значення склало $58,4 \pm 1,03$ бали.

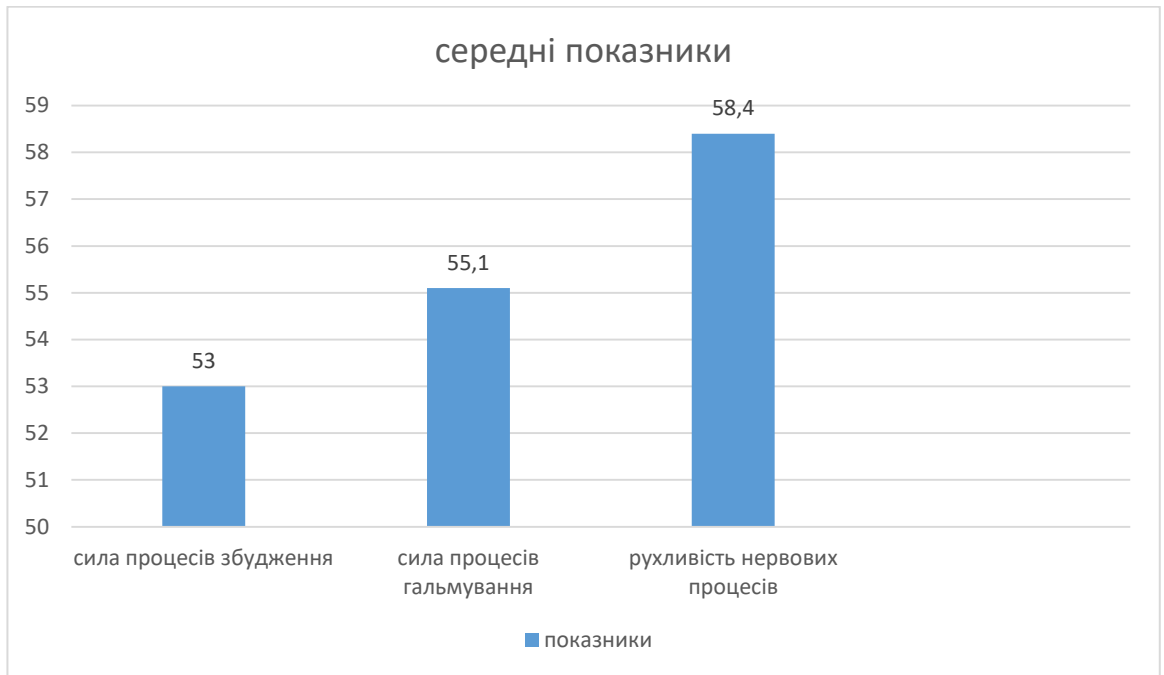


Рис. 2.2. Середні показники основних характеристик типу нервової діяльності у обстежуваних жінок за опитувальником Я. Стреляу (у балах)

На підставі кореляційного аналізу встановлена взаємозалежність показників сили процесів збудження та рухливості нервових процесів, що підтверджено наявністю позитивного взаємозв'язку ($\rho = +0,612$, $p < 0,05$).



Рис. 2.3. Врівноваженість за силою серед обстежуваних жінок у %

Одним з показників, який характеризує відношення кількості балів за силою збудження до кількості балів за силою гальмування є врівноваженість за силою. Аналізуючи даний показник встановлено, що у 20 (51,5 %) обстежуваних жінок він не виходив за межі інтервалу 0,85 – 1,15 та є свідченням їх врівноваженості (рис. 2.3.).

У 11 (29,1%) обстежуваних жінок показник виходить за межі інтервалу та перевищує 1,15, що свідчить про невірноваженість психологічної активності в бік збудження. У 7 (19,4 %) обстежуваних, навпаки, свідчить невірноваженість психологічної активності в бік гальмування, зі значенням показника нижче 0,85.

2.3. Рекомендації щодо подолання психологічних причин безпліддя

Подолання психологічних проблем

Безпліддя і стрес. Стрес, випробовуваний подружньою парою, є не тільки емоційним або психологічним – лікування безпліддя може нести з собою і сильний фізичний стрес. Аналізи крові, ін'єкції, гістеросальпінгограми, спермограми, інсемінації і операції можуть бути болісними, неприємними і бентежними. На це накладається і значний фінансовий стрес, і він є особливо гострим для небагатих пацієнтів. Лікування безпліддя коштує дорого, і це є серйозною проблемою. Багато пацієнтів припиняють лікування, тому що вони не можуть собі цього дозволити, і з цим дуже важко змиритися, особливо якщо вони знають, що могли б завагітніти, якби тільки могли дозволити собі лікування. Деякі гормональні препарати, прийом яких вам може знадобитися, викликають перепади настрою і емоційні розлади, ускладнюючи вашу боротьбу зі стресом.

Деякі моменти викликають особливо великий стрес:

- Необхідність проводити статевий акт суворо в певний час.
- Початок менструації після невдалого циклу лікування.
- Необхідність відповідати на питання друзів і членів сім'ї з приводу безпліддя. Багато з цих питань будуть безтактними і болючими.
- Необхідність поєднувати лікування з жорстким графіком роботи.
- Прийняття рішення про те, який метод лікування вибрати.
- Очікування результатів діагностики і лікування: чи в нормі показники спермограми, чи запліднилися яйцеклітини, і т. д.

Є ряд кроків, зробивши які, ви можете знизити стрес, пов'язаний з безпліддям. Насамперед, пам'ятайте про те, що Ви і Ваш партнер – різні люди, з різними почуттями і характерами. Ви не можете розраховувати, що Ваш чоловік буде відчувати або поводити себе певним чином, або що Ви обидва будете одночасно відчувати однакові почуття. Навчіться концентруватися на тих факторах, які ви можете контролювати (наприклад, припинення куріння), а не на тих, які не піддаються Вашому контролю (наприклад, Ваш вік).

У кожному циклі лікування сподівайтесь на краще, але готуйтеся до гіршого. Якщо Ви завагітнієте, це буде чудово, але Ви повинні також заздалегідь продумати, що робити далі, якщо цього не станеться, щоб не опинитися в стресовій ситуації, якщо лікування виявиться невдалим. Багато пар відмовляються думати про можливу невдачу і планують лікування тільки на один цикл вперед. Це не дуже реалістично і, роблячи таким чином, Ви тільки обманюєте себе. Залишаючись реалістом, ви зможете справлятися зі стресом в ході лікування. Ви повинні будувати плани, що включають від 4 до 6 циклів лікування, щоб забезпечити собі досить високі шанси на успіх.

Прагніть до інформованості. Вивчіть більше інформації про безпліддя і його лікування. Почніть вивчення з будови і функціонування репродуктивної системи. Попросіть вашого лікаря повідомити Вам інформацію настільки глибоко, наскільки Ви в змозі її зрозуміти. Прочитайте

книги та статті про безпліддя, задайте питання і обговоріть Ваші проблеми з різними фахівцями. Ви будете почувати себе більш впевнено, якщо будете розуміти мету різних обстежень і процедур.

Діліться своїми почуттями. Відчуваючи важкі переживання через безпліддя, дуже важливо поділитися своїми почуттями з іншими. У такі моменти особливо важливі відносини з близькими друзями. Часто безплідні пари бояться чи соромляться ділитися своїми проблемами, оскільки побоюються зіштовхнутися з нерозумінням. Повірте, більшість друзів і родичів готові надати Вам найщирішу підтримку, але Вони ніколи не здогадаються про Ваші почуття, якщо Ви самі їм про це не скажете. Як показує досвід багатьох безплідних пар, навіть колеги і начальство готові надавати всіяку допомогу, наприклад, надавати відгули на час лікувальних процедур, допомагати в отриманні кредитів на лікування тощо. Переступивши через власну сором'язливість і відкрито розповівши про свої проблеми, Ви отримаєте значно більше користі, ніж від постійних спроб зробити вигляд, що у вас все в порядку. Звичайно, друзі та родичі можуть не до кінця розуміти проблеми, пов'язані з безпліддям, і дозволяти собі не зовсім доречні зауваження. У цьому випадку намагайтеся не засмучуватися і не ображатися. Спробуйте скористатися наступними порадами:

- Не розраховуйте, що всі навколишні розуміють Ваші потреби, думки і почуття.
- Не намагайтеся постійно робити вигляд, що все в порядку. Друзі та близькі можуть подумати, що Ви абсолютно не засмучені і не потребуєте психологічної підтримки. Розкажіть своїм друзям і членам сім'ї про те, що вам дійсно допомагає, а що ні.
- Спробуйте сформулювати свої почуття і поділитися ними з іншими. Багатьом допомагає виклад своїх думок на папері.
- Дайте своїм друзям і близьким почитати літературу про безпліддя. Особливо корисними будуть статті та книги з розповідями безплідних пацієнтів.

- Намагайтеся контролювати власний гнів і роздратування. Цей гнів може бути направлений на себе, на партнера, на лікарів, на друзів або членів сім'ї. Вам важливо зрозуміти, який вплив цей гнів робить на Вас і на Вашу здатність спілкуватися з оточуючими.

Приготуйтеся до важких випробувань.

Певні моменти Вашого повсякденного життя можуть стати болючими. Народження дитини у друзів, вагітність знайомої і навіть телевізійна реклама памперсів можуть викликати складні емоції. Пам'ятайте, що Ви не зобов'язані брати участь у заходах, які Вас засмучують. Якщо ви відчуваєте, що відвідування подруги, яка нещодавно народила може бути для вас болючим, обмежтеся телефонним дзвінком з привітаннями .

Час стає ворогом, це стосується безперервного цокання «біологічного годинника» або нескінченного очікування наступної менструації. Кілька останніх днів перед початком чергової менструації можуть бути пеклом для вас обох. Невизначеність вбиває - і Ви кожен день затримуєте дихання, очікуючи, чи почнеться менструація. Кожен болісний спазм або крапелька виділень уважно досліджуються, і, якщо менструація затримується, у вашій душі поселяється надія. Потім, коли починається кровотеча, всі повітряні замки руйнуються, і ви стаєте безутішні. Іноді ви думаєте - а чи варто це того, щоб починати все заново?

Лікування теж важко переноситься, тим більше ви знаєте, що для більшості методів лікування безпліддя неможливо передбачити, яким буде їхній результат. Імовірність зачаття в лікувальному циклі часто менше, ніж вірогідність невдачі. Досягти успіху можна, як правило, лише повторивши лікування кілька разів, і це може бути істинною мукою! Ви повинні бути реалістичними з приводу Вашого шансу зачати - це допоможе пом'якшити гіркоту невдачі. Деякі жінки вважають, що Вони повинні підтримувати оптимістичний настрій незалежно ні від чого, і завжди робити вигляд, що все в порядку. Але якщо Ви будете робити вигляд, що все гаразд, тоді як всередині ви розбиті, це тільки обтяжать вашу ношу.

Очікування того моменту, коли Ви завагітнієте, змушує Вас відкладати все інше. Ви не можете нічого планувати, тому що не впевнені в тому, що чекає вас попереду. Чи їхати в наступному місяці у відпустку - а раптом ви завагітнієте? Чи варто міняти роботу - а якщо ви завагітнієте і все одно підете в декрет? Якщо роботу важко поєднувати з графіком лікування, може, варто звільнитися - а раптом ви не завагітнієте, і що робити далі? Ці роздуми болісні - Ви не тільки не можете зачати дитину, але не можете і розпоряджатися іншими сторонами свого життя! Ви повинні спробувати відокремити безпліддя від інших важливих життєвих аспектів і пам'ятати про те, що Ви гідна людина незалежно від того, безплідні ви чи ні. Жінкам, як правило, доводиться важче, ніж чоловікам, тому що їм з дитинства вселяють, що їх основне призначення – бути матір'ю. У Вашій ситуації занурення в роботу має велике значення, тому що вона підтримує вашу зайнятість і піднімає вашу самооцінку, підтверджуючи те, що ви і так знаєте, - що можете зробити багато корисного в житті незалежно від вашої плідності .

Спілкування з друзями та родичами може стати складним, якщо Вони задають необдумані і нетактовні питання про безпліддя. Найбільш типові болючі питання та зауваження включають наступні:

- Ну коли ж ви плануєте завести дитину? Не забувайте, що молодшими ви не стаєте.

- Коли ж ви перестанете приділяти стільки уваги своїй кар'єрі і заведете дитину?

- Схоже, що ми вже ніколи не станемо бабусею і дідусем.

- Я чула, що вони зараз навчилися робити дітей в пробірці, може вам теж варто спробувати?

- У крайньому випадку, ви завжди зможете усиновити дитину.

Багато, навіть дуже освічених людей вважають, що лікування безпліддя методом ЕКЗ – це лікування для обраних, і навіть порівнюють його з пластичною хірургією. При цьому вони забувають про те, що безпліддя – це серйозна медична проблема: це і хвороба, і життєва криза! Інші займаються

моралізаторством і кажуть, що безплідним парам слід усиновити дитину замість дорогого лікування. Хоча усиновлення і є прекрасним способом створити повну сім'ю, не для всіх воно прийнятно, і змушувати подружжя йти на це в той час, коли вони самі до цього не готові – це нечесно.

Питання та зауваження інших людей можна використовувати, щоб докладніше викласти свою проблему близьким друзям, або ж щоб припинити всяке наступне обговорення. Будьте тверді і ввічливі – і не дозволяйте собі займати оборонну позицію. Зрештою, якщо питання задано, це ще не означає, що воно заслуговує відповіді, тому Ви повинні з посмішкою дати зрозуміти, що це не їхня справа, не будучи при цьому грубими. Продумайте, як Ви будете відповідати на подібні питання, і сплануйте фрази, якими ви будете успішно підтримувати розмову. Між безплідними парами і навколишнім світом, для якого не існує проблеми безпліддя, є безліч емоційних бар'єрів, і ви повинні навчитися долати їх.

Іноді Ви будете неминуче потрапляти в ситуації, пов'язані з вагітністю та вихованням дітей, наприклад, розмови на роботі або за святковим столом. Деякі з ваших подруг і знайомих вагітніють в період вашого лікування. Свята та дні народження також можуть засмучувати вас, оскільки вони нагадують, що час минає. Спілкування з чоловіком, близькими друзями, іншими безплідними пацієнтами або з психологом допоможуть вам пережити ці важкі випробування.

Встановіть межу. Ви і Ваш чоловік повинні намітити межу лікування, і це допоможе вам відчутти, що Ви контролюєте ситуацію, зменшить стрес, і допоможе визначити Ваші цілі більш чітко. Вирішіть, яке лікування Ви готові зробити і коли готові його припинити в разі невдачі. Зважтеся зробити перерву, якщо лікування стає джерелом стресу. Відпочинок від лікування допоможе Вам відновити сили, переосмислити свої очікування і, можливо, подумати про альтернативи.

Використовуйте спеціальні методики боротьби зі стресом.

Напевно, найкращий загальний підхід до подолання стресу сформульований Куртом Воннегуттом, і звучить він так: "Господи, дай мені смирення для того, щоб прийняти те, що я не можу зрозуміти; сили, щоб змінити те, що я можу змінити; і мудрість, щоб відрізнити одне від іншого".

Пам'ятайте про те, що жоден з методів подолання стресу не є універсальним для всіх випадків; комбінація різних підходів, як правило, більш ефективна. Крім того, те, що підходить для однієї людини, не обов'язково ефективно для іншої. Існує багато дуже корисних книг, які детально розглядають різні техніки подолання стресу (стрес менеджменту). Великий плюс полягає в тому, що ці методики допоможуть вам боротися зі стресом і в інших сферах життя. Деякі з цих методик, яким ви можете навчитися, щоб навчитися долати стрес, пов'язаний з безпліддям, включають: протистресове дихання, послідовну м'язову релаксацію, локальну концентрацію, раціональне сприйняття навколишнього оточення, аутотренінг, самомасаж, візуалізацію, і інше.

Способи подолання стресу в різні моменти життя можуть відрізнитися. У якийсь момент вам допомагатиме певна методика, а пізніше вона може виявитися зовсім марною. Кожному необхідно знайти свій власний ефективний спосіб справлятися зі стресом, і іноді для цього може знадобитися допомога.

Коли може допомогти психологічне консультування. Безпліддя часто є джерелом емоційної нестабільності, і консультація професійного психолога допоможе впоратися з цим. Ви можете настільки зануритися в проблему безпліддя, що Вам буде важко приймати рішення в інших сферах свого життя. Відчуття невпевненості і депресія можуть вплинути на взаємини з іншими людьми і на здатність отримувати задоволення від життя. Психолог допоможе Вам розібратися у своїх почуттях і пережити страждання, пов'язані з безпліддям. За допомогою психолога Ви зможете переглянути свої пріоритети, знайти шляхи відновлення самооцінки і навчитися долати стрес.

Вам слід знати про деякі ознаки, що вказують на серйозну депресію. Якщо Ви постійно відчуваєте тугу, безвихідь або власну непотрібність, вам слід звернутися до психолога або психотерапевта. Інші ознаки включають підвищену чутливість, вразливість, провину, відмову від спілкування та участі в різних заходах, і думки про самогубство. Фізичні симптоми депресії включають безсоння або підвищену сонливість, зміни апетиту, надмірну втому або втрату сексуального потягу. На щастя, за допомогою кваліфікованого фахівця вилікувати депресію не дуже складно.

Прийняття рішень. Боротьба з безпліддям вимагає прийняття різних рішень. Долаючи психологічні проблеми, пов'язані з безпліддям, Ви з чоловіком в той же самий час будете приймати безліч рішень, пов'язаних з діагностикою та лікуванням. При цьому Вам буде потрібна і фізична, і емоційна енергія, а також певна стратегія, яка допоможе Вам розібратися у власних почуттях і у великому потоці різноманітної інформації.

Визначте свої цілі. Швидше за все, Вашою первинною метою було мати дитину, біологічно пов'язану з Вами і Вашим чоловіком. Через безпліддя Вам, можливо, не вдасться досягти цієї мети. Проаналізуйте свої найпотаємніші почуття з приводу сім'ї, дітей, материнства і батьківства. Можливо, Ви виявите, що Вам потрібно переоцінити свої початкові плани, щоб знайти ту сім'ю, яка Вам потрібна. Наприклад, багато пар беруть до уваги той факт, що їх головна мета - стати батьками, навіть якщо бути генетичними батьками вони не можуть.

Коли Ви з чоловіком визначите свої цілі і оціните наявні можливості, виявиться, що у Вас є чотири варіанти вибору. Залежно від причини вашого безпліддя та можливостей його успішного лікування буде потрібно вибрати як мінімум один з таких варіантів:

- Прагнути до народження власної генетичної дитини, не припиняючи діагностичних і лікувальних процедур, а в разі потреби вдатися до послуг сурогатної матері.

- Прагнути до народження дитини, біологічно пов'язаної з одним із подружжя, за допомогою донорської сперми або донорських яйцеклітин.

- Усиновити генетично не пов'язану з Вами дитину.

- Продовжити життя без дітей .

Для деяких безплідних пар єдиними прийнятними варіантами є народження власної генетичної дитини або бездітність. Для інших усиновлення або народження дитини, генетично пов'язаного тільки з одним з подружжя, може бути краще, ніж відсутність дітей взагалі.

Деякі пари можуть продовжувати лікування безпліддя протягом багатьох років, і зрештою, досягти віку, в якому складно отримати дозвіл на усиновлення. Більше того, оскільки плодючість жінки знижується з віком, шанси на успішне лікування з віком також знижуються. Ви, Ваш чоловік і Ваш лікар повинні враховувати ці фактори при оцінці наявних у Вас можливостей вибору. Якщо Ви молоді, може існувати високий шанс для настання вагітності без дорогих процедур. Тому Ви можете поки не вдаватися до них. Якщо ж Ви старші, і шансів зачати менше, може знадобитися більш інтенсивне лікування, оскільки час для вас на вагу золота.

Розгляньте різні варіанти лікування. Хоча у деяких пар зустрічається безпліддя неясного генезу (нез'ясоване безпліддя), в більшості випадків лікарі можуть визначити один або більше факторів, що призвели до зниження фертильності. Залежно від причини безпліддя існують наступні варіанти вирішення проблеми:

- Медикаментозне лікування одного з партнерів з метою підвищення фертильності

- Хірургічна операція для корекції структурних порушень репродуктивних органів

- Допоміжні репродуктивні технології, що допомагають зачаттю, такі як ЕКЗ.

- Інсемінація донорською спермою, якщо у чоловіка відсутня достатня кількість сперматозоїдів нормальної якості.

- Використання донорських яйцеклітин, якщо у жінки відсутні здорові яйцеклітини.
- Сурогатне материнство, якщо жінка не може виносити і народити дитину.
- Усиновлення.

Запитайте лікаря. Після докладного обстеження кожного із подружжя Ваш лікар визначить причини безпліддя і порекомендує певний метод лікування. У той час як лікар зобов'язаний правдиво обговорити з Вами шанси на настання вагітності, тільки Ви і Ваш партнер можете вирішити, на яке лікування Ви готові піти, щоб завагітніти. Обстеження та лікування в багатьох відносинах можуть бути джерелом стресу. Вам дуже важливо прийняти спільне рішення про цілі і прийнятні методи лікування.

Запитайте у лікаря, щоб отримати достатньо медичної інформації, необхідної для прийняття усвідомленого рішення :

- Наскільки даний метод підвищить наші шанси на досягнення вагітності?
- Які потенційні ризики, ускладнення і побічні ефекти?
- Протягом якого часу ми повинні продовжувати це лікування, щоб воно дало результат?
- Чи не завадить лікування даним методом іншим варіантам лікування в подальшому?
- Яка вартість даного лікування?
- Якщо цей метод виявиться безрезультатним, чи будуть у нас інші варіанти лікування?

Лікар допоможе вам визначити ризик, матеріальні витрати і витрати часу, пов'язані з конкретним методом лікування. Вам слід дізнатися, які ваші шанси на досягнення вагітності без лікування і наскільки це лікування збільшить ваші шанси. Завжди враховуйте емоційні зусилля і фінансові витрати, пов'язані з тим чи іншим методом лікування безпліддя. Ви повинні

вирішити, скільки часу у вас є, який фізичний і психологічний ризик ви готові нести, і яку кількість грошей ви готові витратити.

Розгляньте кожен із запропонованих вашим лікарем варіантів. Вивчіть якомога більше інформації. Проаналізуйте всі варіанти з точки зору ризику, шансів на успіх, витрат часу і грошей. Ви і Ваш чоловік повинні бути достатньо поінформовані про кожен із варіантів, щоб приймати усвідомлені рішення.

Якщо вагітність не наступила.

Якщо вагітність не наступила після того, як Ви дотримувалися наміченого плану лікування протягом встановленого Вами періоду часу, спробуйте заново оцінити свої плани і можливості. Ви можете припинити подальше лікування або спробувати інший метод лікування. Подружжя нерідко мають різні погляди на цю проблему. Відкрите спілкування допоможе вам удвох прийняти найкраще рішення. Консультація психолога може виявитися корисною в разі незгоди між вами і чоловіком з приводу продовження або припинення лікування, а також для виявлення ваших справжніх мотивів. Тільки усвідомивши свої справжні мотиви і бажання, ви зможете прийняти правильне рішення.

Рішення припинити подальше лікування. Одне з найбільш важких рішень – чи варто продовжувати лікування. Ви і Ваш чоловік можете задавати собі питання: «Коли буде зрозуміло, що ми зробили все, що було в наших силах?» і «Як ми дізнаємося, що треба продовжувати лікування?». Безплідним парам часто буває складно відповісти на ці питання. Насамперед, майже завжди з'являється новий метод лікування, який обіцяє нові можливості і дає нові надії. Ви можете вирішити, що не можна відмовлятися від нового методу після того, як до цих пір спробували все можливе. Крім того, лікар не завжди своєчасно рекомендує припинити лікування, оскільки лікарі зазвичай оптимістичні і вважають, що лікування рано чи пізно допоможе. Іноді цей оптимізм впливає на їх здатність давати об'єктивні поради з приводу закінчення подальшого лікування.

Деякі подружжя потрапляють в залежність від лікування, і готові піти на все, щоб виконати свою мрію і народити дитину - вони живуть надією. Багато прив'язані до фантазії, що «ще одна спроба» призведе до вагітності.

Більшість пацієнтів все життя прожили у впевненості, що якщо вони будуть дуже старатися, то у них обов'язково все вийде, і рішення припинити лікування здається їм «капітуляцією» або нестачею наполегливості, яка могла б привести до перемоги.

Коли ж Ви дізнаєтеся, що з Вас досить? Постарайтеся не пропустити наступні ознаки:

- Ви відчуваєте себе емоційно і фізично втомленим тривалий час;
- Ви відчуваєте смуток і депресію набагато частіше, ніж раніше;
- Вам стало складніше оптимістично ставитися до наступного циклу лікування;
- Вам стає все складніше чітко дотримуватися інструкцій лікаря;
- Відбулося значне погіршення у ваших стосунках з чоловіком. Ви сваритеся набагато частіше, ніж раніше;
- Іноді Ви задаєте собі питання, навіщо взагалі все це робите;
- Думка про припинення подальших спроб лікування здається вам вирішенням багатьох ваших проблем.

Є безліч причин, по яких варто подумати про припинення лікування, і вам не варто чекати того моменту, коли Ви будете повністю морально і фізично виснажені, перш ніж прийняти таке рішення.

Ваш чоловік може не погодитися з Вами з приводу моменту, коли слід припинити лікування. Не забувайте, що різні люди по-різному ставляться до проблеми безпліддя, і їх думки і погляди на цю проблему нерідко змінюються з часом.

Перед обличчям вибору.

Якщо Ви вважаєте, що готові припинити лікування, кілька кроків допоможуть Вам утвердитися в цьому рішенні. Вам допоможе складання графіка, навіть якщо пізніше Ви його зміните. Наприклад, можете вирішити

продовжувати спроби лікування протягом року або до свого наступного дня народження. Або ж вирішите взяти «відпустку» від лікування. Після перерви Вам, можливо, буде легше вирішити, продовжувати або закінчити лікування.

Поговоріть з іншими, хто вже вирішив припинити подальші спроби, особливо якщо Ви самі ще не визначилися. Запитайте, як вони прийшли до цього рішення і що вони відчують у зв'язку з цим. Психолог також може допомогти у прийнятті такого рішення. Безпліддя, з його нескінченними обстеженнями і циклами лікування, швидше за все, означало, що ваше життя перебувало в підвішеному стані. Але, пройшовши через тугу і смуток і подолавши їх, Ви зможете рухатися далі. Пам'ятайте, що Ви повинні пережити втрату можливості мати дитину, перш ніж приймати це рішення. Переживши цю втрату, Ви розлучитеся із сумом, зі своїми нездійсненими мріями, замінивши їх рішучістю і спокійною реальністю.

Якщо всі спроби лікування безпліддя виявилися безрезультатними, прийміть той факт, що безпліддя назавжди залишиться одним із аспектів Вашого життя. Рішення усиновити дитину або залишитися бездітними дасть Вам певну рішучість і спокій, але біль через безпліддя може залишитися. Однак, після того як Ви повністю примиритесь зі своїм рішенням, швидше за все виявите, що ця біль поступово вщухла.

ВИСНОВКИ

1. Вагітність і пологи – нормальні події в житті жінки. В той же час, це великий фізіологічний стрес, джерело переважно позитивних емоцій, але воно поєднане з серйозною перебудовою організму жінки та з можливими негативними подіями: гестозом, загрозою переривання вагітності, іншими її ускладненнями [24]. В умовах негативного демографічного балансу, патологічний перебіг вагітності та ускладнені пологи як і раніше залишаються актуальними в Україні [139]. Функціональний і фазовий характер репродуктивної системи жінки з навколишньою її емоційною атмосферою обумовлює ситуаційний фізіологічний стрес, біологічні, емоційні та функціональні модифікації якого можуть трансформувати нормальну ситуацію в патологічний стрес, створюючи умови психосоматичного ризику [160, 201].

2. У сучасному суспільстві, жінки незалежно від наявності-відсутності або очікування дитини практично однаково розподіляють мотиви її народження. На перший план виходять мотиви, пов'язані безпосередньо з самою дитиною, що робить її самоціллю, а не засобом досягнення інших цілей [25]. Але не тільки бажання народити дитину та стати матір'ю є мотивами збереження вагітності. Це може бути вагітність заради коханого чоловіка, або збереження відносин як відповідність соціальним очікуванням, як протест, як відмова від минулого, або теперішнього, вагітність заради власного здоров'я. Такі мотивації, як правило, не існують у психіці жінки в чистому вигляді, а взаємодоповнюють один одного на тлі однієї домінуючої [18].

3. Виходячи з сучасних даних, виділяють жіноче безпліддя, чоловіче безпліддя, а також «відносне безпліддя». Частота їх зустрічаємості коливається в різних дослідженнях. Середня частота жіночого безпліддя при безплідному шлюбі складає 40-50%, чоловічого – 30-40%. Однак низка

авторів вказують, що жіноче безпліддя в 2-3 рази перевищує чоловіче. Хоча маються вказівки на те, що рівень чоловічого безпліддя в 2 рази перевищує жіноче. За зовнішнім протиріччям даних ховається факт регіональних особливостей структури безплідного шлюбу, або ж внаслідок недостатньої розробки даного питання та різних методичних підходів.

4. Серед факторів жіночого безпліддя домінують запальні захворювання жіночої статеві сфери, що низкою авторів розглядається як наслідок штучних абортів, після виконання яких спостерігається 49% випадків вторинного безпліддя. Деякі дані свідчать про прямий зв'язок рівня гінекологічної захворюваності з рівнем жіночого безпліддя. Серед факторів вторинного безпліддя одно з ведучих місць займає порушення прохідності маткових труб як наслідок перенесених запальних захворювань геніталій. За даними С.М. Омарова в 52,2% випадків у мешканок міста та в 42% випадків у сільських жінок безпліддя є наслідком запалення внутрішніх статевих органів. За іншими даними цей показник досягає 60%. За даними українських авторів, трубно-перітонеальний фактор в структурі безпліддя в країнах Європи займає перше місце, а частота викликаного ним безпліддя досягає 18-37% [36,98].

5. Певну цікавість представляє так зване безпліддя неясного генезу або ідіопатичне безпліддя, під яким слід розуміти відсутність настання вагітності серед подружжя, які не мають явних порушень фертильності. Частота такого виду безпліддя складає близько 15%. Пацієнтки з даним діагнозом мають регулярний менструальний цикл, прохідні маткові труби, фертильну сперму чоловіка. В них виключена патологія органів малого таза, оцінений гормональний профіль та проведено патоморфологічне дослідження ендометрію. Безпліддя неясного генезу є достатньо складною проблемою, що пов'язане з відсутністю у даних пацієнток явних ознак порушення репродуктивної функції, що визначає більш поглиблений аналіз стану окремих ланок репродуктивної системи, як функціонального так і морфологічного характеру.

6. Досліджуючи і тестуючи психологічні особливості жінок із безпліддям, вдалося визначити, що ці жінки мають не лише *підвищений рівень тривоги*, але й *порушення статево-рольової ідентифікації, емоційну незрілість, порушення материнської сфери, що виявляє різні форми психологічної неготовності до материнства*. У переважної більшості пацієнток виявляють порушення мотиваційної (найважливішої) складової психологічної готовності до материнства, яка забезпечує формування домінанти материнства, встановлення діадичних відносин і подальшу сепарацію в діаді «мати — дитина».

7. Опитувальник Я. Стреляу, результати якого представлені на рисунку 2.2., застосований у 39 обстежуваних жінок. Він спрямований на вивчення трьох основних характеристик типу нервової діяльності та надає можливість розрахувати показник врівноваженості процесів збудження та гальмування за силою. Середні показники за рівнем сили процесів збудження склали $53,0 \pm 1,1$ балів та знаходились в межах 19-76 балів. Оцінюючи рівень сили процесів гальмування серед обстежуваних жінок групи, було встановлено, що середнє значення показника склало $55,1 \pm 1,0$ балів та знаходилось в межах 24-87 балів. Показники, які характеризують рухливість нервових процесів, знаходились в межах 25-79 балів, а їх середнє значення склало $58,4 \pm 1,03$ бали.

8. У 11 (29,1%) обстежуваних жінок показник виходить за межі інтервалу та перевищує 1,15, що свідчить про неврівноваженість психологічної активності в бік збудження. У 7 (19,4 %) обстежуваних, навпаки, свідчить неврівноваженість психологічної активності в бік гальмування, зі значенням показника нижче 0,85.

9. Стрес, випробовуваний подружньою парою, є не тільки емоційним або психологічним – лікування безпліддя може нести з собою і сильний фізичний стрес. Аналізи крові, ін'єкції, гістеросальпінгограми, спермограми, інсемінації і операції можуть бути болісними, неприємними і бентежними. На це накладається і значний фінансовий стрес, і він є особливо

гострим для небагатих пацієнтів. Лікування безпліддя коштує дорого, і це є серйозною проблемою. Багато пацієнтів припиняють лікування, тому що вони не можуть собі цього дозволити, і з цим дуже важко змиритися, особливо якщо вони знають, що могли б завагітніти, якби тільки могли дозволити собі лікування. Деякі гормональні препарати, прийом яких вам може знадобитися, викликають перепади настрою і емоційні розлади, ускладнюючи вашу боротьбу зі стресом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абабков В. А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб. : Речь, 2004. 166 с.
2. Авраменко Т. В. Стан надання перинатальної медичної допомоги в Україні. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2012. Т. 2, №1. С. 6-10.
3. Авраменко Т. В., Шевченко О. А. Особливості психоемоційного стану у вагітних при вродженій патології центральної нервової системи плода. Перинатология и педиатрия. 2016. №1. С. 42-45.
4. Акимова Л. Н., Мостовая Т. Д. Психодиагностика индивидуально- типологических особенностей личности : учеб.-метод. пособие. Одесса, 2013. – 70 с.
5. Акушерство та гінекологія : у 4 т. : нац. підручник / за ред. акад. НАМН України, проф. В. М. Запорожана. Т. 1: Акушерство. В. М. Запорожан та ін. Київ : ВСВ «Медицина», 2013. 1032 с.
6. Алешина Е. А. Когнитивные нарушения, тревога и депрессия у беременных: современный взгляд на проблему. Обзор литературы. *Урал. мед. журн.* 2016. № 2. С. 22-27.
7. Анисимов В. Н., Виноградова И. А. Старение женской репродуктивной системы и мелатонин. СПб. : Изд-во «Система», 2008. 44 с.
8. Анисимова К. А. Особенности некоторых когнитивных функций при беременности с гипертензивными осложнениями. APRIORI. Серия «Гуманитарные науки».2013. Вып.1.URL: <http://apriori-journal.ru/journal-gumanitarnie-nauki/id/54>
9. Анищенко О. О. Психологія здоров'я жінок з ускладненою вагітністю: стан, проблеми та шляхи вирішення. Актуальні проблеми психології. Т. 1.
10. Астахов В. М. Проблема оценки здоровья и качества жизни

женского населения в современных условиях. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. Київ : Інтермед, 2003. С. 17-21.^[1]^[SEP]16.

11. Астахов В. М., Бацылева О. В., Пузь И. В. Психодиагностика в репродуктивной медицине. Винница: ООО «Нилан-ЛТД», 2016. 380 с. Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. Ч. 25 / за ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки. 2010. С. 142-147.

12. Астахов В. М., Егорова М. А., Шемякова М. А. Особенности состояния внутриутробного плода у беременных с хроническим психоэмоциональным напряжением. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. Київ : Інтермед, 2006. С. 14-18.

13. Ахаладзе, М. Здоров'я жінки крізь призму медицини, демографії, соціології. *Вісник НАН України*. 2013. 4, 28-35.

14. Бабич Т. Ю. Беременность и роды у женщин с различными типами тревожности. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. Київ: Інтермед, 2008. С. 442-444.

15. Бабич Т. Ю. Отдаленные результаты родов у женщин рожавших семейно и традиционно. Медико-соціальні проблеми сім'ї. 2008. Т. 13, No 4. С. 10-16.

16. Бенюк, В. А., Никонюк, Т. Р. & Ластовецкая, Л. Д. (2008). Современные подходы к комплексной коррекции дисменореи. *Здоровье женщины, 1 (33)*, 120 – 122.

17. Березнякова, А. И. (2000). Патологическая физиология : учебник. *Изд-во НФАУ*, 448 с.^[1]^[SEP]11.

18. Беременность, роды и послеродовой период: физиология, психопатология, психотерапия и психопрофилактическая подготовка / Э. П. Станько и др. Гродно : Гродн. гос. мед. ун-т, 2005. 194 с.

19. Блох М. Е., Добряков И. В. Психологическая помощь в комплексном подходе к решению проблем репродуктивного здоровья. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2013. Т. 62, No 3. С. 16-19.^[1]^[SEP]

20. Блох М. Е., Шаповалова Е. А., Киселев А. Г. Психологические характеристики беременных женщин, посещающих курсы подготовки к родам. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2012. Т. 51, № 5. С. 49-54.
21. Блох М. Психологические характеристики женщин с диагнозом «привычное невынашивание беременности». Теория и практика психотерапии. 2015. № 4(8). С. 83-88.
22. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. Москва : ПЕР СЭ, 2006. 528 с.
23. Божук О. А. Материнство як особливий прояв нужди та потребностно- мотиваційної сфери особистості жінки. *Архів психіатрії*. 2013. № 1. С. 120-123.
24. Божук О. А. Особливості особистісних рис жінок із фізіологічним перебігом вагітності у світлі їх медико-психологічного супроводу. *Мед. психологія*. 2015. № 3. С. 57-61.
25. Божук О. А. Психоемоційний стан вагітних в аспекті їх медико-психологічного супроводу. *Мед. психологія*. 2014. №4. С. 12-15.
26. Брагина М. Взгляд со стороны: беременность глазами психолога. З турботою про жінку. 2010. № 7(19). С. 8-11.
27. Венцківська І. Б., Майданник О. Ф., Вітовський Я. М. Вплив психоемоційного навантаження на перебіг вагітності. *Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України*. Київ : Інтермед, 2010. С. 20-24.
28. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 336 с.
29. Воронина Г. Г. Психологические особенности экономической идентичности личности зрелого возраста в условиях социального кризиса. *Духовність особистості: методологія, теорія і практика*. 2013. № 3. С. 19-30.
30. Генофонд і здоров'я: населення Запорізької області / А. М. Сердюк та ін. ; за ред. А. М. Сердюк, О. І. Тимченко. Київ : Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ», 2009. 146 с. [SEP]

31. Дармостук Н. В. Проблемы психологической подготовки женщины к осознанному материнству. *Мед. психология*. 2008. № 4. С. 27-29. ^[1]_[SEP]
32. Дубоссарская З. М. Проблемы репродуктивного здоровья с позиций перинатальной психологи. *Мед. аспекты здоровья женщины*. 2010. № 1 (28). С. 21-29. ^[1]_[SEP]
33. Ефанова Т. С. Психические расстройства и качество жизни беременных с угрозой невынашивания : дисс ... канд. мед. наук : 14.01.06. Томск, 2014. 228 с.
34. Знаменская С. И., Блох М. Е., Киселев А. Г. Динамика изменений эмоциональных состояний в течение беременности. *Журн. акушерства и женских болезней*. 2011. Т. 60, № 3. С. 138-145.
35. Жук, С.И., Ночвина, Е.А. & Чечуга, С.Б.(2015). Оценка гормонального профиля у женщин репродуктивного возраста с синдромом хронической тазовой боли. *Охрана материнства и детства*, 2 (26), 26-29.
36. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека. СПб. : Питер, 2005. 412 с. ^[1]_[SEP]
37. Ковалева А. В., Панова Е. Н., Горбачева А. К. Анализ variability ритма сердца и возможности его применения в психологии и психофизиологии. *Современная зарубежная психология*. 2013. № 1. С. 35-50.
38. Корнацька А. Г., Даниленко О. Г., Біль І. Психоемоційний стан жінок з втратами плода. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. 2012. № 1. С. 64-66.
39. Кузьменко Е. В. Современные представления о проявлениях механизмов психоэмоционального стресса. *Ученые записки Таврич. нац. ун-та им. В. И. Вернадского. Серия «Биология, химия»*. 2013. Т. 26, № 2. С. 95-106.
40. Коханевич, Е. В. (2006). Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и репродуктологии. Триада, Харків, 480 с.

41. Куминская Е. А. Психологические особенности женщин, имеющих риск невынашивания беременности: обзор современных исследований. *Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы*. 2013. № 3. С. 56-66.
42. Мандель Б. Р. Психология стресса: учеб, пособие. Москва: Флинта, 2014. 208 с.
43. Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству. *Вопросы психологии*. 2000. № 5. С. 18-27.
44. Нечаева М. А., Рыбалова Л. Ф., Штрахова А. В. Психологические факторы онтогенеза материнской сферы, внутренней картины беременности и перинатального развития. Челябинск : Изд-во ЮУрГУ, 2005. 59 с.
45. Михалевич, С. И. (2014). Бесплодный брак. Диагностика женского бесплодия: практическое руководство по обследованию и диагностике : метод. Рекомендации. БелМАПО, 44 с.
46. Особливості психоемоційного стану у вагітних з загрозою недоношування / В. О. Половинка та ін. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. Київ : Інтермед, 2006. С. 551-554.
47. Полякова О. Н. Стресс: причины, последствия, преодоление / под ред. А. С. Батуева. СПб.: Речь, 2008. 144 с.^[LSEP]
48. Потеемина Т. Е., Курочичкая Л. Э. Влияние стресса на репродуктивную систему. *Нижегород. мед. журнал*. 2008. № 4. С. 134-138.
49. Проблемы репродуктивного здоровья с позиции перинатальной психологии / З. М. Дубоссарская и др. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. Київ : Інтермед, 2014. Вип. 1-2. С. 129-133.
50. Психология и психоанализ беременности. Хрестоматия / ред.-сост. Д. Я. Райгородский. Самара : Бахрах-М, 2013. 784 с.
51. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я: навч. посіб. / В. С. Корольчук та ін. ; за ред. В. С. Корольчука. Київ : фірма «ІНКОС», 2002. 272 с.
52. Радиш Я. Ф., Яроцький М. Є., Гакало В. В. Репродуктивне

здоров'я Української нації – актуальна проблема наукових досліджень (огляд літературних джерел). Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення): матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. (17-18.04.2008, м. Львів). Львів, 2008. С. 257-261.

53. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению девочек-подростков. Фундаментальные исследования, 1–7, 1401–1404. хронических заболеваний вен.(2013). Флебология, 7(2-2), 1-47.

54. Структурно-функциональная характеристика плаценты при психоэмоциональном стрессе / Азнаурян А. В. и др. Эксперимен. и клинич. медицина (Тбилиси). 2012. № 3. С. 13-17.

55. Сурмач М. Ю., Богдан О. Г., Сеницкая А. В. Уровень тревожности женщины во время беременности и медико-социальные факторы, влияющие на него. *Вестник Смолен. гос. мед. академии*. 2012. № 2. С. 12-18.^[L]_[SEP]

56. Сюсюка В. Г. Дослідження ролі психосоматичного компоненту в оцінці психологічного стану вагітних. Медична психологія: здобутки, розвиток та перспективи : матеріали II наук.-практ. конф. Київ, 2013. С. 161-162.^[L]_[SEP]

57. Сюсюка В. Г. Оцінка впливу задоволеності/незадоволеності шлюбом на рівень тривожності жінок під час вагітності. Актуальні питання акушерства, гінекології і репродуктивної медицини: тези доповідей Всеукр. наук.-практ. конф. Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. С. 98-99.

58. Тарасюк О. К. Психосоматичні порушення у вагітних з загрозою переривання вагітності, які страждали безпліддям : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.01 / Вінниц. нац. мед. ун-т ім. М. І. Пирогова. Вінниця, 2008. 25 с.

59. Ушакова В. Р. Стан материнської сфери в період очікування та народження дитини у жінок. *Вісник ОНУ ім. І. І. Мечникова*. Психологія. 2015. Т. 20, Вип. 2(36), Ч. 1. С. 167-177.^[L]_[SEP]

60. Филиппова Г. Г. Психология материнства. Москва: Изд-во Института Психотерапии, 2002. 240 с.
61. Хломов К. Д., Ениколопов С. Н. Влияние психоэмоциональных и индивидуально-характерологических особенностей на течение беременности женщин с угрозой прерывания. *Сибир. психологічний журнал*. 2007. № 26. С. 148-153.
62. Ходаківська О. М. Психологічний вплив стресу на вагітність жінки і на взаємини молодого подружжя. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту імені Івана Огієнка, Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. 2011. Вип. 13. С. 586-596.
63. Шахворостова, Т.В. (2016). Исследование взаимосвязи механизмов психологической и медицинской этиологии женского бесплодия. *Вестник марийского государственного университета*, 10, 3 (23), 28-34.
64. Якупов Э. З., Трошина Ю. В. Тревога, депрессия и инсомния – единство или автономность функциональных расстройств. *Журн. неврологии и психиатрии*. 2016. № 5. С. 119-124.
65. Яремчук Н. В. Проблема материнства у психологічних дослідженнях. Педагогічний процес: теорія і практика. 2009. № 1. С. 258-265.
66. Arul, Ganeshan (2007). PelvicpainduetoPelvicCongestionSyndrome: TheRoleofDiagnosticandInterventionalRadiology. *Cardiovasc. Intervent. Radiol*, 30,1105–1111.
67. Liddle, A.D. (2007). Pelvic congestion syndrome: chronic pelvic pain caused by ovarian and internal iliac varices , 22, 100–104.
68. Belenky, A., Bartal, G., Atar E., Cohen, M., Bachar G.(2012). Ovarian varices in healthy female kidney donors: incidence, morbidity, and clinical outcome. *AJR Am J Roentgenol*, 179(3),625-627.
69. Hansrani, V., Morris, J., Caress, A., &Payne, K. (2016). Is pelvic vein incompetence associated with symptoms of chronic pelvic pain in women? A pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 196, 21-25.
70. Triolo, O., Lagana, A.&Sturlese, E. (2013). Chronic pelvic pain in

endometriosis: an overview. *J Clin Med Res*, 5(3),153-163.

71. Karcaaltincaba, M., Karcaaltincaba, D.&Dogra, V. (2008). Pelvic congestion syndrome. *Ultrasound Clinics*, 3(3), 415-425.

72. Volyanska Y. (2018) Medical and psychological support of women with repeated use of auxiliary reproductive technologies. *Psych. Med. Gen. Pract.*, 3(2): e0302113.

Опитувальник Спілбергера-Ханіна (СХ)

Опитувальник СХ призначений для оцінки реактивної та особистісної тривожності. Особистісна тривожність розглядається авторами як відносно стійка індивідуальна якість особистості, яка характеризує ступінь її занепокоєння, турботи, емоційної напруги внаслідок дії стресових факторів.

Реактивна тривожність – це стан, який характеризує ступінь занепокоєння, турботи, емоційної напруги та розвивається за конкретної стресової ситуації. Якщо особистісна тривожність уявляється стійкою індивідуальною характеристикою, то стан реактивної тривожності може бути достатньо динамічним і за часом, і за ступенем вираженості.

Опитувальник Ч. Спілбергера – Ханіна складається з 40 запитань-суджень, з котрих 1-20 призначені для оцінки реактивної тривожності (шкала «Як ви себе почуваете в даний момент?») та 21-40 для визначення особистісної тривожності (шкала «Як ви себе почуваете звичайно?»). На кожне запитання можливі 4 відповіді за ступенем інтенсивності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) - для шкали реактивної тривожності та 4 відповіді за частотою (майже ніколи, іноді, часто, майже завжди) - для шкали особистісної тривожності.

Деякі запитання-судження в опитувальнику Ч.Спілбергера сформульовані так, що відповідь (1) означає відсутність чи легку ступінь тривожності. Це в шкалі реактивної тривожності так звані прямі запитання: № 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 19, а в шкалі особистісної тривожності - № 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40. В інших, так званих зворотних запитаннях відповідь (1) відповідає високій ступені тривожності, а відповідь (4) - низькій тривожності: № 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 - в шкалі реактивної тривожності; № 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 - в шкалі особистісної тривожності. Обробка проводиться таким чином. Спочатку окремо

складаються результати за зворотними та прямими запитаннями, потім із сум прямих віднімається сума зворотних запитань і до одержаного числа додається постійне число 50 для шкали реактивної тривожності та 35 - для шкали особистої тривожності.

Показник результату за кожною шкалою може знаходитись в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим він більший, тим вищий рівень тривожності (реактивної або особистісної). Оцінка рівнів реактивної та особистісної тривожності за результатами показників здійснюється в таких межах: до 30 балів — низький рівень тривожності, від 31-45 балів - середній, більше 45 балів — високий рівень тривожності.

Бланк для відповідей**Шкала самооцінки**

Прізвище _____ Дата _____

Інструкція: «Прочитайте уважно кожне з наведених нижче речень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, ЯК ВИ СЕБЕ ПОЧУВАЄТЕ В ДАНИЙ МОМЕНТ. Над питаннями довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає».	Ні, це не так	Напевно, так	Вірно	Надзвичайно вірно
1. Я спокійний	1	2	3	4
2. Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3. Я напружений	1	2	3	4
4. Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5. Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6. Я розстроєний	1	2	3	4
7. Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8. Я почуваю себе відпочившим	1	2	3	4
9. Я стривожений	1	2	3	4
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11. Я впевнений в собі	1	2	3	4
12. Я нервую	1	2	3	4
13. Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14. Я заведений	1	2	3	4
15. Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16. Я задоволений	1	2	3	4
17. Я заклопотаний	1	2	3	4
18. Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19. Мені радісно	1	2	3	4
20. Мені приємно	1	2	3	4

Лицьова сторона бланка

Бланк для відповідей

Шкала самооцінки

Інструкція: «Прочитайте уважно кожне з наведених нижче речень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, ЯК ВИ СЕБЕ ПОЧУВАЄТЕ ЗАЗВИЧАЙ. Над питаннями довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає».	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
21. Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22. Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23. Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25. Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26. Як правило, я відчуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27. Я спокійний, холоднокровний і зібраний	1	2	3	4
28. Очікувані труднощі дуже тривожать мене	1	2	3	4
29. Я надто сильно переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30. Я цілком щасливий	1	2	3	4
31. Я все приймаю занадто близько до серця	1	2	3	4
32. Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33. Як правило, я відчуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35. В мене буває хандра	1	2	3	4
36. Я задоволений	1	2	3	4
37. Всілякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39. Я рівноважена людина	1	2	3	4
40. Мене охоплює сильний неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Зворотня сторона бланку

Інструкція

Даний тест є надійним і інформативним засобом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини)

Особистісна тривожність характеризує стійку схильність сприймати велику кількість ситуацій як загрозливі, реагувати на такі ситуації станом тривоги. Реактивна тривожність характеризується напруженням, неспокоєм, нервозністю. Дуже висока реактивна тривожність викликає порушення уваги, інколи порушення тонкої координації. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями.

Але тривожність не є первісно негативною рисою. Певний рівень тривожності — природня і обов'язкова особливість активної особистості. При цьому існує оптимальний індивідуальний рівень «корисної тривоги».

Шкала самооцінки складається з 2-х частин, роздільно оцінюючих реактивну (РТ, висловлювання № 1-20) і особистісну (ОТ, висловлювання № 21-40) тривожність.

Показники РТ і ОТ підраховуються за формулами:

При інтерпретації результат можна оцінювати так: до 30 — низька тривожність; 31-45 — помірна тривожність; 46 і більше — висока тривожність

Значні відхилення від рівня помірної тривожності вимагають особливої уваги, висока тривожність передбачає схильність до появи стану тривоги у людини в ситуаціях оцінки її компетентності. В цьому випадку слід понизити суб'єктивну значимість ситуації і задач і перенести акцент на осмислення діяльності і формування почуття впевненості в успіху.

Низька тривожність, навпаки, потребує підвищення уваги до моти-вів діяльності і підвищення почуття відповідальності. Але інколи дуже низька

тривожність в показниках тесту є результатом активного витіснення особистістю високої тривоги з ціллю показати себе в «кращому світлі».

Шкалу можна успішно використовувати в цілях саморегуляції і психокорекційної діяльності.

Додаток Б

Індивідуально-типологічний опитувальник Л.М. Собчик

Інструкція: Прочитав кожне утвердження, зачеркните «Да» перед номером відповідного утвердження, якщо згодні з утвердженням или «Нет» если не згодні.

Відповідь ДА Відповідь НЕТ Утвердження

- Да Нет 1. Я постараюсь отнестись к исследованию ответственно и быть максимально искренним
- Да Нет 2. У меня очень сложный и трудный для окружающих характер
- Да Нет 3. Я лучше справляюсь с работой в тиши и одиночестве чем в присутствии многих людей или в шумном месте
- Да Нет 4. Решая серьезные проблемы, я, как правило, обхожусь без посторонней помощи
- Да Нет 5. Я очень редко заговариваю первым с незнакомыми людьми
- Да Нет 6. Для меня важно, что подумают другие о моих высказываниях и поступках
- Да Нет 7. Если будет нужно, я разрушу все преграды на пути к достижению цели
- Да Нет 8. Я часто тревожусь по пустякам
- Да Нет 9. В моих неудачах виноваты определенные люди
- Да Нет 10. Для меня важно иметь общее мнение с теми людьми, с которыми я обычно общаюсь
- Да Нет 11. Меня мало касается все, что случается с другими
- Да Нет 12. Мне интересны яркие, артистичные личности
- Да Нет 13. Мне нет дела до чужих страданий: хватает своих
- Да Нет 14. В шумной компании я чаще всего - в роли только наблюдателя
- Да Нет 15. Для меня невыносимо наблюдать страдания других людей
- Да Нет 16. Я – человек абсолютно правдивый и искренний
- Да Нет 17. Все мои беды связаны с собственным неумением ладить с людьми
- Да Нет 18. Меня часто тянет к шумным компаниям
- Да Нет 19. Принимая важное решение, я всегда действую самостоятельно
- Да Нет 20. Мне всегда приятно заводить новых знакомых
- Да Нет 21. Берясь за какое-либо дело, я не стану долго раздумывать прежде чем начать действовать
- Да Нет 22. Меня раздражают люди, пытающиеся изменить мое мнения, когда я уверен в своей правоте
- Да Нет 23. Я часто волнуюсь за близких мне людей даже без серьезного повода
- Да Нет 24. Я не могу терпеть, когда кто-нибудь меняет заведенный мною порядок
- Да Нет 25. Я умею привлекать к себе внимание окружающих меня людей
- Да Нет 26. В жизни я твердо придерживаюсь определенных принципов
- Да Нет 27. Люблю посещать компании, где можно танцевать или петь
- Да Нет 28. Я чрезвычайно чувствителен к изменениям в настроении окружающих меня людей
- Да Нет 29. Я могу не смущаясь дурачиться в веселой компании
- Да Нет 30. Я спокойно отношусь к тому, что кто-то рядом переживает по поводу своих неприятностей
- Да Нет 31. Я никогда не поступаю как эгоист
- Да Нет 32. Часто бывает так, что из-за меня у окружающих портится настроение
- Да Нет 33. Интересные идеи приходят мне в голову чаще, когда я один, а не в присутствии многих людей

- Да Нет 34. Я могу взять на себя ответственность за целую группу людей для пользы дела
- Да Нет 35. Мне трудно преодолеть застенчивость, когда нужно говорить перед группой людей
- Да Нет 36. Мнение старших по возрасту или положению большого значения для меня не имеет
- Да Нет 37. Мне не трудно заставить других людей действовать так, как я считаю нужным
- Да Нет 38. Я так сильно переживаю неудачи, что у меня ухудшается самочувствие
- Да Нет 39. Я всегда бываю упрям в тех случаях, когда уверен в своей правоте
- Да Нет 40. Если в компании я не нахожусь в центре внимания, мне становится скучно и неинтересно
- Да Нет 41. Никто не может навязать мне свое мнение
- Да Нет 42. Мне нравится путешествовать с разными, каждый раз новыми попутчиками
- Да Нет 43. Я могу изменить свое мнение под давлением окружающих
- Да Нет 44. В поезде я с удовольствием провожу время в беседе с попутчиками
- Да Нет 45. Я никогда не вру
- Да Нет 46. Я никогда не откладываю на завтра то, что следовало сделать сегодня
- Да Нет 47. Я вечно ни чем не доволен
- Да Нет 48. Я люблю одиночество, позволяющее мне сосредоточиться на своих мыслях
- Да Нет 49. Я умею заинтересовать людей и повести их за собой
- Да Нет 50. Мне нравится командовать другими
- Да Нет 51. Я умею дать отпор тем, кто вмешивается в мои дела
- Да Нет 52. Мне бывает неловко за высказывания и поступки моих близких
- Да Нет 53. Мне нередко приходилось в драке защищать свои права
- Да Нет 54. Я испытываю чувство вины (или даже стыда), если меня преследуют неудачи
- Да Нет 55. Мое настроение находится в сильной зависимости от настроения тех, кто меня окружает
- Да Нет 56. Я добиваюсь своего упорством и настойчивостью
- Да Нет 57. Мне часто бывает скучно, когда вокруг все веселятся
- Да Нет 58. Мое грустное настроение легко исправляется, если я смотрю в кино или по телевизору комедийное представление
- Да Нет 59. Ради сохранения добрых отношений я могу отказаться от своих намерений
- Да Нет 60. Я всегда придерживаюсь общепринятых правил поведения
- Да Нет 61. Меня любят все мои друзья
- Да Нет 62. У меня трагичная судьба
- Да Нет 63. У меня много близких друзей
- Да Нет 64. Я самый несчастный человек на свете
- Да Нет 65. Мне проще надеяться на других, чем брать на себя ответственность, даже если речь идет о моих проблемах
- Да Нет 66. Я стараюсь быть таким «как все», не выделяться среди других
- Да Нет 67. Я – человек спокойный, уравновешенный
- Да Нет 68. Я могу долго не реагировать на чьи-то шутки, но потом «взорваться» гневной реакцией
- Да Нет 69. Я очень чувствителен к изменениям погоды
- Да Нет 70. Я не люблю присутствовать на шумных застольях
- Да Нет 71. Я могу проявить безалаберность в делах, а потом понемногу приводить их в порядок

- | | | |
|----|-----|--|
| Да | Нет | 72. Я люблю ходить в гости |
| Да | Нет | 73. Мне все равно, что обо мне думают окружающие |
| Да | Нет | 74. Я волнуюсь только по поводу очень больших неприятностей |
| Да | Нет | 75. Я никогда не испытываю желания выругаться |
| Да | Нет | 76. Я никого никогда не обманывал |
| Да | Нет | 77. Мне никто не нужен и я не нужен никому |
| Да | Нет | 78. Я – человек застенчивый |
| Да | Нет | 79. Мне ужасно не везет в жизни |
| Да | Нет | 80. Я часто стараюсь следовать советам более авторитетной личности |
| Да | Нет | 81. Я бы очень переживал, если бы кого-то задел или обидел |
| Да | Нет | 82. Меня ни чем не испугать |
| Да | Нет | 83. Я часто пользуюсь чужими советами при решении своих проблем |
| Да | Нет | 84. В своих неудачах я в первую очередь виню самого себя |
| Да | Нет | 85. Я совершенно не обращаю внимания на свой стиль одежды |
| Да | Нет | 86. Я не стараюсь планировать свое ближайшее будущее и работу |
| Да | Нет | 87. Когда меня зовут в гости, я чаще всего думаю: «Лучше бы мне остаться дома» |
| Да | Нет | 88. Я ничего не знаю о личных проблемах окружающих меня людей |
| Да | Нет | 89. Малейшая неудача резко снижает мое настроение |
| Да | Нет | 90. Я никогда не сержусь |
| Да | Нет | 91. Я отвечал на все вопросы очень правдиво |

Обработка результатов исследования с помощью ИТО

№

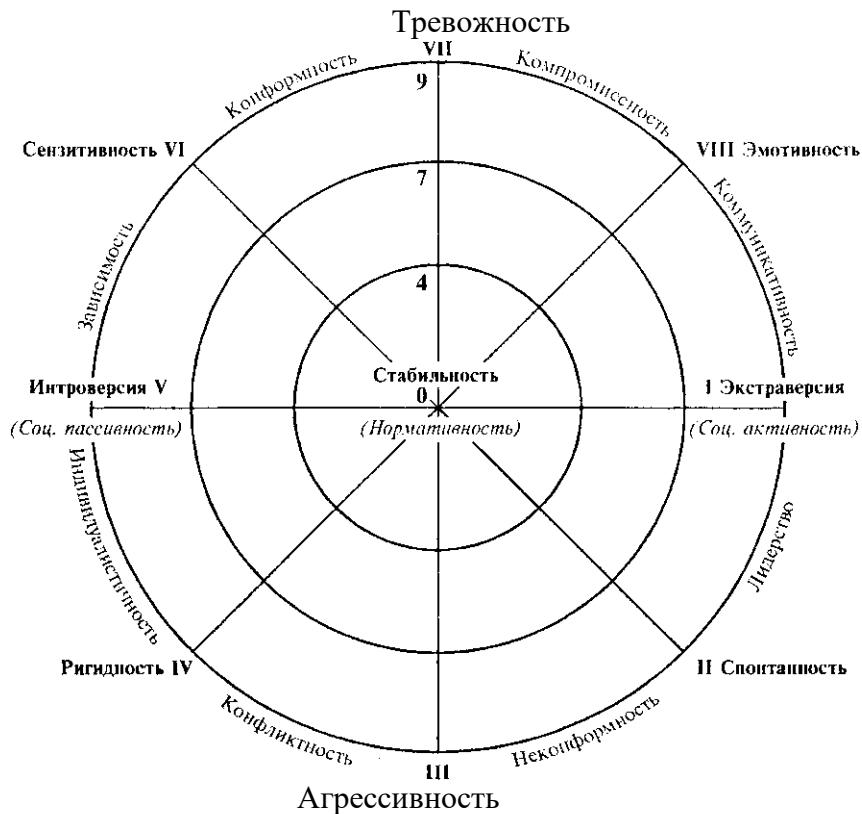
Фамилия, Имя,

отчество _____

Ложь - Да 16, 31, 45, 46, 60, 61, 75, 76, 90

Аггравация - Да 2, 17, 32, 47, 62, 64, 77, 79

Наименование фактора		Ответ	Номера ответов	Кол. баллов	дополнение
Лидерство	Экстраверсия	Да	12, 27, 42, 44, 55, 72		
		Нет	14, 57, 87		
Неконформность	Спонтанность	Да	4, 19, 21, 34, 49, 50		Соц. Актив
		Нет	6, 65, 80		
Конфликтность	Агрессивность	Да	7, 22, 36, 37, 51, 53, 68		
		Нет	66, 81		
Индивидуализм	Ригидность	Да	9, 24, 26, 39, 41, 56		
		Нет	71, 83, 86		
Зависимость	Интроверсия	Да	3, 5, 33, 35, 48, 78		Соц. пассив
		Нет	18, 20, 63		
Конформность	Сензитивность	Да	15, 28, 43, 59, 89		
		Нет	11, 13, 30, 74		
Компромиссность	Тревожность	Да	8, 23, 38, 52, 54, 69, 84		
		Нет	67, 82		
Коммуникативность	Лабильность	Да	10, 25, 40, 55, 58		
		Нет	70, 73, 85, 88		
	Экстраверсия	да			



Додаток В

**Методика «Особистісний опитувальник»
(Г. Айзенк, адаптований О.Г. Шмєльовим)**

Інформаційна інструкція: Вашій увазі пропонується особистісний питальник Айзенка, призначений для виявлення основних властивостей особистості.

На кожне питання Ви повинні відповісти «ТАК» чи «НІ» в залежності від того, що більше відповідає Вашим особливостям. Інакше відповідати не можна, тобто не потрібно казати «іноді», «час від часу». Не залишайте питання без відповіді. Питальник призначений для виявлення деяких особистісних властивостей, а не інтелекту, тому потрібна Ваша перша реакція на питання, а не плід тривалих міркувань. У зв'язку з цим, відповіді на питання потрібно давати швидко, не задумуючись. Ніяких роз'яснень з окремих питань під час проведення опитування давати не можна. Питання складені так, що їх можуть зрозуміти люди з будь-яким рівнем освіченості.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. Чи подобається Вам жвавість і поспішність довкола Вас?
2. Часто у Вас буває неспокій з приводу того, що Вам чогось хочеться, а Ви самі не знаєте чого?
3. Ви з тих, хто не лізе за словом в кишеню?
4. Чи відчуваєте Ви себе іноді сумною, а іноді щасливою людиною без особливих на те причин?
5. Чи тримаєтесь Ви в «тіні» на вечірках або в компаніях?
6. Чи завжди в дитинстві Ви негайно і покійно виконували те, що Вам наказували?
7. Чи буває у Вас іноді поганий настрій?
8. Коли Вас втягнуть в суперечку, Ви намагаєтесь промовчати, сподіваючись, що все обійдеться?
9. Чи легко Ви піддаєтесь змінам настрою?
10. Чи подобається Вам знаходитись серед людей?
11. Чи часто Ви втрачаєте сон через свої переживання?
12. Ви вперті іноді? 13. Можете Ви назвати себе безпечною людиною?
14. Чи часто гарна думка приходить до Вас надто пізно?
15. Вам більше подобається працювати самостійно?
16. Чи часто Ви відчуваєте себе апатичною і втомленою людиною без особливих на те причин?
17. Від природи Ви жвава людина?
18. Чи смієтесь з недоречних жартів?
19. Чи часто Вам щось набридає так, що Ви відчув відчуваєте себе «ситою по горло» людиною?
20. Чи відчуваєте Ви себе незручно в обновці?
21. Чи часто Ваші думки відволікаються, коли Ви намагаєтесь зосередити на чомусь свою увагу?
22. Чи можете Ви швидко висловити свої думки словами?
23. Вас часто поглинають Ваші думки?
24. Чи повністю Ви вільні від різних забобонів?
25. Вам подобаються першоквітневі жарти?
26. Ви часто думаєте про свою роботу (навчання)?
27. Чи любите Ви смачно поїсти?
28. Вам потрібна відчайдушна людина, щоб виговоритись, коли Ви роздратовані?
29. Вам дуже неприємно брати в борг чи продавати щось, коли Вам потрібні гроші?
30. Ви хвалитеся інколи?
31. Ви дуже чутливі до деяких речей?

32. Ви би бажали залишитися вдома на самоті, ніж піти на нудну вечірку?
33. Чи буваєте Ви інколи настільки збентежені, що Вам важко всидіти на одному місці?
34. Ви схильні планувати свої справи ретельно і набагато раніше, ніж потрібно.
35. Чи бувають у Вас запаморочення голови?
36. Чи завжди Ви відповідаєте на листи зразу ж після їх прочитання?
37. Ви краще справляєтеся із справою, коли обмірковуєте її самостійно, ніж коли порадитесь із друзями?
38. Чи буває у Вас задишка, навіть, якщо Ви не виконуєте важкої роботи?
39. Можна назвати Вас людиною, яку не хвилює, щоб все було так як належить?
40. Вас непокоять Ваші нерви?
41. Ви намагаєтесь більше планувати, ніж діяти?
42. Ви відкладаєте на завтра те, що могли б зробити сьогодні?
43. Ви нервуєтеся в таких місцях, як ліфт, тунель, метро?
44. При знайомстві Ви, як правило, самі проявляєте ініціативу?
45. Бувають у Вас сильні головні болі?
46. Чи вважаєте Ви, що все само по собі владнається і прийде в норму?
47. Вам важко заснути вночі?
48. Ви обманювали коли-небудь в житті?
49. Ви говорили коли-небудь зненацька, що спаде на думку?
50. Ви довго переживаєте після конфузу, що стався?
51. Ви замкнута людина з усіма, крім близьких?
52. Вас часто спіткають неприємності?
53. Ви любите розповідати цікаві історії друзям?
54. Ви більше любите вигравати, ніж програвати?
55. Ви часто почуваєте себе незручно серед людей, вищих від Вас за соціальним статусом?
56. Якщо обставини проти Вас, Ви тим не менш думаєте, що ще можна щось зробити?
57. Вас часто «смокче під ложечкою» перед початком важливої справи?

Ключ:

1. Шкала екстраверсія-інтроверсія: «Так» (+): 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56. «Ні» (-): 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51.

2. Шкала нейротизм - стабільність (емоційна нестабільність - емоційна стабільність): «Так» (+): 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 24, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.

3. Шкала брехні: «Так» (+): 6, 23, 36. «Ні» (-): 12, 18, 30, 42, 48, 54.

Інтерпретація показників за шкалою «Щирість»

Чисельний показник Інтерпретація 0 - 3 Відвертий 4 - 6 Ситуативний 7 - 9 Брехливий * * Слід обов'язково зазначити, що в даному випадку мова йде тільки лише про ступінь щирості при відповідях на питання тесту, а аж ніяк не про брехливість як особистісної характеристики.

Опитувальник Айзенка містить 57 запитань, з яких за 24 запитаннями оцінюються екстраверсія-інтроверсія, інші 24 запитання характеризують нестабільність-стабільність, а останні 9 - входять в шкалу відвертості і вірогідності результатів дослідження.

Вираженість фактора екстраверсіяінтроверсія в балах оцінюється так: 0-2 - вкрай виражена інтроверсія; 3-7 - виражена інтроверсія; 8-11 - помірна інтроверсія; 12-15 - помірна екстраверсія; 16-18 - виражена екстраверсія; 19-24 - вкрай виражена екстраверсія;

Фактор нейротизму оцінюється так: 0-2 - вкрай мало виражений нейротизм; 3-7 - мало виражений нейротизм; 8-11 - помірний нейротизм; 12-15 - виражений нейротизм; 16-18 - досить виражений нейротизм; 19-24 - вкрай виражений нейротизм.

Обробка результатів: Спочатку необхідно обробити результати за шкалою «Щирість». Вона діагностує Вашу схильність давати соціально бажані відповіді. Якщо цей показник перевищує 5 балів, то можна стверджувати, що Ви, на жаль, не були щирі при відповідях на питання тесту. Потім слід за кожним показником порахувати суму балів, нараховуючи по одному балу за кожну відповідь, що співпадає з ключем. Порівнявши отримані результати за шкалами «Екстраверсія» та «Нейротизм» з інтерпретацією в таблицях, відкладіть на схемі (див. малюнок) отримані результати за шкалою «інтроверсія - екстраверсія» і за шкалою «нейротизм» (емоційна стійкість - нестабільність). Поєднання характеристик за двома шкалами вкаже на тип Вашого темпераменту.

Типовий екстраверт - людина, звернена, як правило, до інших людей, до зовнішніх подій, відкрита для інших, є більш легким об'єктом розуміння, їй характерна здатність до спілкування, постійний потяг до людей. Любить вечірки і компанії, смачну їжу, жвавість і метушню навколо себе. Весела, рухлива, не терпить самотності, відчуває потребу в людях, буває душею компанії. Постійно відчуває потяг до нових вражень, легко заводиться, якщо у справі починаються суперечки, може наважитися на будь-який крок. Як правило, не любить сама читати, вчитися, але любить отримувати інформацію від інших. Прагне до зближення, ризику, часто діє під впливом сьогочасного, імпульсивна, не любить обмірковувати свої справи заздалегідь, а намагається діяти, одержує задоволення від каверзних жартів, «не лізе за словом в кишеню», говорить і діє швидко, впевнена в собі, любить зміни. Надає перевагу рухам і діям над не зворушливими роздумами, має тенденцію до агресивності, запальна, у значній мірі безпечна і безтурботна, вважає, що все влаштується само по собі. В оцінці чужих вчинків поблажлива, її емоції і почуття не підлягають суворому контролю і тому на неї часто не можна покластися.

Типовий інтроверт - людина, звернена до свого внутрішнього світу, зосереджена на ньому, замкнута для інших, менш доступна з боку для розуміння. Це, як правило, спокійна, стримана, сором'язлива людина, яка постійно аналізує свої переживання. Вона надає перевагу читанню книг над спілкуванням з людьми. Стримана і далека від людей, окрім близьких, не терпить метушні навколо себе, не любить вечірок, каверзних жартів, ризику і авантюризму. Має звичку планувати свої дії заздалегідь, не довіряє миттєвим спонуканням. Не любить збуджень, серйозна, постійно чимось схвильована, любить порядок у всьому, діє повільно, не дуже балакуча. Тримає свої почуття під суворим контролем, рідко чинить агресивно, не запальна, на неї можна покластися. Деяко песимістична. Високо цінує естетичні норми.

Типовий невротик - людина, яка погано володіє своїми негативними емоціями, тому страждає сама і змушує страждати інших. Постійно невпевнена в собі, їй здається, що вона чимось гірша від інших, що вона невезуча, нещаслива людина, хвилюється, що сказала щось не те, постійно потребує підтримки, схвалення і втіхи. У неї часто бувають різкі зміни настрою, спади і підйоми енергії, вона дуже ранима, боляче реагує на критику, дратівлива. У неї підвищена увага до своєї персони, фізичного здоров'я, постійно здається, що вона хвора, вважає себе нервовою людиною, концентрує свою увагу на зовнішніх проявах нервовості (серцебиття, головний біль, тремтіння рук, зміна дихання та ін.), часто страждає безсонням. Через невпевненість в собі вона дуже нерішуча, любить мріяти, а не діяти; любить поринати у своє минуле, надто чуйна до деяких речей. Невпевненість, усвідомленість своєї незручності породжує у людей цього типу заздрість до успіху інших, ревність - ті якості, яких вона не визнає за собою, але підсвідомо вони проявляються в її вчинках і стосунках з людьми. У колективі це дуже важка людина, яка вимагає до себе чуйного і бережливого ставлення. Емоційно стійка людина володіє якостями, протилежними вказаним.