

Міністерство освіти і науки України  
Чорноморський національний університет імені Петра Могили  
Кафедра психології

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»

Завідувачка кафедри психології

\_\_\_\_\_ Ірина ЛИСЕНКОВА

« 01 » лютого 2023 року

УДК 159.947.24:618.2

**ПСИХОЛОГІЧНА ГОТОВНІСТЬ ВАГІТНОЇ ЖІНКИ ДО ЗМІН  
В УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ**

Кваліфікаційна робота магістра  
за освітньо-професійною програмою «Психологія»  
другого (магістерського) рівня вищої освіти  
галузь знань 05 – Соціальні та поведінкові науки  
спеціальність 053 «Психологія»

**Виконала:**

студентка 667Мз групи

Майгур Катерина Леонідівна

**Науковий керівник:**

к.психол.н.,

доцент кафедри психології

**Астремська Ірина Володимірівна**

Миколаїв – 2023

Міністерство освіти і науки України

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Кафедра психології

Освітній рівень – магістр

Галузь знань: 05 – Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувачка кафедри психології \_\_\_\_\_ Ірина ЛИСЕНКОВА

« 01 » лютого 2023 року

### ЗАВДАННЯ

#### НА ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА

Студентці **Майгур Катерини Леонідівни**.

Тема роботи: «Психологічна готовність вагітної жінки до змін в умовах невизначеності» затверджена наказом Чорноморського національного університету імені Петра Могили № 188 від «21» жовтня 2022 року та №202 від «04» листопада 2022 року.

Об'єкт дослідження – рівень тривожності вагітної жінки.

Предмет дослідження – психологічна готовність вагітної жінки до змін та її пристосування до змін в умовах невизначеності.

Завдання дослідження:

1) здійснити теоретико-методологічний аналіз проблеми тривожності вагітної жінки, уточнити її психологічну сутність;

2) розробити програму емпіричного дослідження, підібрати комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення психології стресу вагітних жінок та методики зниження рівня тривожності;

3) розглянути чинники, які впливають на рівень тривожності у співвідношенні з показниками психологічних явищ (емоційний інтелект, комунікативна сфера, психологічне благополуччя, саморегуляція благополуччя, поведінки, особистісна зрілість);

4) експериментально перевірити ефективність застосування корекційно-тренінгової програми, спрямованої на зниження рівня тривожності майбутніх мам в умовах невизначеності;

## Науковий керівник роботи

ППП та посада керівника	Завдання видано (дата, підпис)	Завдання виконано (дата, підпис)
<b>Астремська Ірина Володимірівна</b> к.психол.н., доцент кафедри психології	21 вересня 2022 року _____	20 січня 2023 року _____

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи магістра (КМР)	Строк виконання етапів роботи
1.	Погодження керівником змісту КМР.	21.09.2022 р.
2.	Пошук, добір та опрацювання літературних джерел з проблематики дослідження.	09.10.2022 р.
3.	Робота над підготовкою тексту КМР.	
3.1.	Розділ 1. Основи вивчення психологічних особливостей ставлення жінок до власної вагітності.	20.10.2022 р.
3.2.	Розділ 2. Емпіричне дослідження психоемоційного стану жінок під час фізіологічного та патологічного перебігу вагітності	25.11.2022 р.
3.3.	Розділ 3. Розробка та реалізація тренінгу зниження рівня стресу у вагітних.	08.12.2022 р.
4.	Висновки.	15.12.2022 р.
5.	Захист КМР на кафедрі (попередній захист).	23.01.2023 р.
6.	Захист КМР перед Екзаменаційною комісією.	24.02.2023 р.

Студентка

\_\_\_\_\_ Майгур Катерина

(підпис)

Науковий керівник

\_\_\_\_\_ Ірина АСТРЕМСЬКА

(підпис)

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТАВЛЕННЯ ЖІНОК ДО ВЛАСНОЇ ВАГІТНОСТІ.....	10
1.1 Чинники психологічного впливу на переживання жінки в період вагітності.....	10
1.2 Психоемоційний стан жінок під час фізіологічного та патологічного перебігу вагітності.....	19
1.3 Материнські установки та їх детермінація. Материнська позиція. Материнське ставлення.....	33
Висновки до першого розділу.....	53
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК ПІД ЧАС ФІЗІОЛОГІЧНОГО ТА ПАТОЛОГІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ.....	57
2.1 Організація та методи дослідження.....	57
2.2 Аналіз результатів за психодіагностичними методиками.....	63
2.3 Математична обробка результатів емпіричного дослідження.....	74
Висновки до другого розділу.....	76
РОЗДІЛ 3 КОРЕКЦІЙНО-ВІДНОВЛЮВАЛЬНА ПРОГРАМА ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ СТРЕСУ У ВАГІТНИХ.....	80
3.1 Обґрунтування та зміст тренінгової програми «Зниження рівня тривожності майбутньої матері».....	80
3.2 Аналіз ефективності впровадження тренінгової програми.....	93
3.3 Рекомендації щодо саморегуляції емоційної сфери вагітних жінок.....	95
Висновки до третього розділу.....	96
ВИСНОВКИ.....	98
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	102
ДОДАТКИ.....	111

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Історично ставлення до материнства різнилося залежно від конкретної культури. Однак у сприйнятті суспільства ідеї материнства трансформувалися, причому не лише аспекти, пов'язані з материнством, а й образ дитини. Враховуючи вплив як індивідуальних рис, так і вплив сім'ї матері та соціальних впливів на те, як формуються уявлення про материнство.

Релігійна приналежність вважається важливим фактором при визначенні змісту уявлень про материнство. Звичаї, традиції та ритуали (як основа релігії) суспільства або однієї з його груп, а також його унікальний культурний наратив становлять інтерес через те, що вони формують суб'єктивний світогляд індивіда всередині що суспільство. Уявлення про материнство є частиною цього суб'єктивного світогляду.

За останні кілька років було проведено багато досліджень психологічних характеристик сімей. З'явилося багато нових, більш об'єктивних методів діагностики сімейного життя, а також нових форм консультування та моделей допомоги у стосунках «дитина-батьки». Водночас між дітьми та батьками часто виникають спотворені стосунки, а відмова від дітей стає все більш поширеною. Такі явища, як відмова від усиновлення та жорстоке поводження з дітьми, підкреслюють, що дослідження сім'ї залишаються важливими, і потрібне глибше розуміння психологічних основ ставлення до дітей, їхнього становища в сім'ї та їхнього виховання.

Аналіз доступної літератури дозволяє припустити, що корінь проблеми криється у тому, як у суспільстві сприймаються материнство,

батьківство та виховання дітей в цілому. Загальне уявлення про батьківство значною мірою визначається тим, як жінки бачать материнство до того, як вони стануть матерями. До і під час вагітності батьки починають будувати образ майбутньої дитини. Залежно від того, наскільки диференційований цей образ, будується соціальний світ дитини, а також моделі взаємодії матері та майбутньої дитини. Отже, дослідження цих моделей поведінки та установок майбутніх матерів дозволяє будувати прогноз того, наскільки мати буде успішною в цілому, і дає можливість сприяти встановленню більш конкретних стосунків між матір'ю та дитиною під час вагітності та після пологів.

Ні для кого не секрет, що сім'я – це перший фактор, який впливає на розвиток людини; діти сприймають культуру через батьків. Батьки є основними носіями суспільних норм і правил (Співаковська, 2000). «Подружні сім'ї в більшості випадків схожі на батьківські; специфіка батьківської сім'ї мимоволі адаптується дітьми у власних сім'ях». Переважаючі форми сімейних відносин у попередніх поколіннях можуть служити прикладом для наступних поколінь (Черников, 2001).

Багато психологічних підходів, таких як психологія особистості, дитяча психологія та педагогічна психологія, зосереджені на вивченні материнства.

Як зазначає В. А. Раміх, з найдавніших часів людське суспільство активно втручалось у сферу материнства, вдаючись до таких регуляторів, як звичаї, мораль і право. Це втручання поширюється на всі три періоди материнства: вагітність, пологи та післяпологовий період. Суспільству завжди потрібна робоча сила і такий собі наступник. Проте значну роль

відіграють і такі соціокультурні фактори, як турбота про майбутні покоління, первинна соціалізація, соціальний досвід.

Через численні культурні та індивідуальні підходи до материнства, а також через складність його структури, становлення та розвитку будь-яке дослідження материнства має бути інтегративним.

Нині спостерігається тенденція до комплексного та міждисциплінарного вивчення материнства, результатом якого є колективні монографії. Найвідоміші з них: «Різні обличчя материнства», «The Development of Attachment and Affiliative Systems».

Сучасні комплексні дослідження виявили необхідність створення інтегративного підходу до вивчення материнства. Про актуальність інтегративного підходу свідчить і те, що проблеми материнства та раннього дитинства не зменшилися, незважаючи на високий рівень науково-технічної підтримки матерів та всі сучасні досягнення в галузі медицини, фізіології та гінекології.

У психологічній літературі (в основному видається за кордоном) велика увага приділяється біологічним основам материнства, умовам і факторам, що впливають на його індивідуальний розвиток. В українській психології останнім часом з'явився ряд робіт, присвячених феноменології, психофізіології та психології материнства, девіантного материнства, а також психотерапевтичним і психолого-педагогічним аспектам вагітності та ранніх етапів материнства.

На даний момент існує три основні школи щодо материнства. Перша школа відображає комплексне дослідження, яке намагається вивчити характеристики матері, які впливають на розвиток дитини. Враховуються різні фактори – особистісні характеристики, історія життя, рівень адаптації

до шлюбу, рівень задоволеності стосунками між майбутньою матір'ю та власною матір'ю.

Такий підхід дозволяє зіставляти цікаві емпіричні дані щодо впливу різних факторів, які впливають на розвиток дитини та її стосунки з матір'ю. Водночас дані, зібрані за допомогою цього підходу, часто суперечливі. Ті ж фактори, які негативно впливають на стосунки дитини в одній сім'ї, виявляються прийнятними в інших. Це пояснюється відсутністю базової теоретичної моделі сімейних стосунків, яка б акцентувала увагу на фундаментальних факторах, які впливають на ставлення батьків до дітей та їхні стосунки.

Певним чином цю ваду долають представники другої школи. Він має остаточно діадичну природу. Цей підхід розглядає матір і дитину як частину єдиної діадичної системи. Тільки при вході в систему вони отримують статуси «мама» і «дитина» і відповідно розвиваються в ній.

Результати досліджень значно покращили наше розуміння єдності матері та дитини та необхідності розглядати їх як єдине ціле. Однак цей підхід не розглядає те, як ця єдність досягається, що є важливим фактором для досягнення зазначеної єдності.

Відповіді на ці питання можна знайти в рамках культурно-історичного (культурного наративу) підходу, де дитина розглядається як представник людського роду (Л. С. Виготський, Н. Н. Авдєєва, Т. І. Барановська, М. І. Лісіна, С. Ю. Мещерякова, Є. І. Ісеніна, Е. В. Попкова, Е. О. Смирнова), а стосунки дитини з дорослими є окремим об'єктом дослідження.

Поведінка матері розглядається як джерело розвитку її дитини. Таким чином, еволюція дитини як суб'єкта пізнавальної діяльності,



взаємодії та апперцепції вимагає від матері певних характеристик. Ці характеристики дозволяють їй створити необхідні умови для розвитку дитини. Серед цих характеристик найважливіше місце займає ставлення до дитини як самостійного суб'єкта, заохочення до пізнавальної діяльності, та підтримка ініціатив взаємодії тощо. Ці та багато інших характеристик походять від уявлення жінки про материнство.

**Мета дослідження:** теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити психологічну готовність жінки до змін в умовах невизначеності.

Відповідно до мети визначено такі **завдання** дослідження:

- 1) здійснити теоретико-методологічний аналіз проблеми тривожності вагітної жінки, уточнити її психологічну сутність;
- 2) виокремити чинники психологічного впливу на переживання жінки в період вагітності;
- 3) визначити материнські установки, позицію та ставлення;
- 4) дослідити емоційний стан жінок під час фізіологічного та патологічного перебігу вагітності
- 5) розробити та апробувати програму тренінгову програму «Зниження рівня тривожності майбутньої матері», спрямовану на зниження рівня тривожності майбутніх мам в умовах невизначеності;
- 6) на основі виконаного дослідження сформулювати рекомендації щодо саморегуляції емоційної сфери вагітних жінок.

**Об'єкт дослідження** – психологічна готовність жінки до змін.

**Предмет** – емоційна готовність вагітної жінки до змін в умовах невизначеності.

**Методи дослідження:** У дослідженні застосовувався комплекс теоретичних та емпіричних методів, вибір та поєднання яких відповідає змісту проблеми та меті дослідження: теоретичний аналіз, систематизація та узагальнення психологічних даних за проблемою дослідження; спостереження, бесіда, аналіз, узагальнення, зіставлення (науково-теоретичне осмислення одержаних результатів); констатувальний та формувальний експеримент; методи математичної статистики

**Експериментальна база.** Для діагностики рівня психологічного стресу та стресостійкості у вагітних було проведене емпіричне дослідження, у якому взяли участь 50 вагітних жінок, віком від 25 до 45 років, 20 жінок первинно вагітні та 30 із них мають дитину або двох дітей. Дослідження проводилося на базі Пологового будинку №2 жіночій консультації №2 м. Миколаєва.

Теоретична значущість дослідження полягає у виявленні психологічних особливостей впливу стресу на вагітність та народження дитини, більш глибоко досліджено поняття тривожності, а також феномен впливу тривожності під час вагітності на подальший розвиток дитини.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості застосування результатів під час проведення психоедукаційних подій та при створенні психоедукаційних матеріалів, які можна розповсюджувати для зниження рівня стресу вагітної жінки.

**Апробація результатів дослідження.** Основні ідеї та результати дослідження доповідалися та обговорювалися на I всеукраїнській науково-практичній конференції *«Тенденції розвитку сімейної психології в умовах війни та невизначеності: виклики, рішення, перспективи»* (24 червня 2022

р., м. Миколаїв) та XI Міжнародної науково-практичної конференції «*Modern research in world science*» (29 січня - 31 січня 2022 р., Львів).

### **Публікації.**

Основний зміст і результати роботи висвітлено у 2 публікаціях:

1. Майгур К.Л. «*Ресурсність як чинник боротьби зі зниження тривожності в умовах воєнного стану*». «Тенденції розвитку сімейної психології в умовах війни та невизначеності: виклики, рішення, перспективи» у просторі: тези доповідей I всеукраїнської науково-практичної конференції (м.Миколаїв, 24 червня 2022 р.). Миколаїв, 2022. С. 47-51.

2. Майгур К. Л. «*Робота психолога з вагітними жінками в умовах середовищної невизначеності*». «Сучасні проблеми екологічної психології: Життєдіяльність особистості в умовах середовищної невизначеності» : матеріали XVIII Міжнародної науково-практичної конференції (13 травня 2022 року, Київ) / за ред. Ю.М. Швалба. – Київ : Інститут психології імені Г.С.Костюка, 2022. – 88 с.

**Структура роботи.** Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний обсяг роботи становить 119 сторінок. Обсяг основного тексту роботи 101 сторінка. Робота містить 8 таблиць і 6 рисунків. Список використаних джерел представлено 73 позиціями.

## РОЗДІЛ 1

### ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТАВЛЕННЯ ЖІНОК ДО ВЛАСНОЇ ВАГІТНОСТІ

#### 1.1 Чинники психологічного впливу на переживання жінки в період вагітності

Несприятливий вплив складної соціально-економічної ситуації на процеси народжуваності та ранньої неонатальної захворюваності й смертності вимагає приділення більшої уваги вивченню ролі психологічних чинників у вирішенні демографічних проблем. Останніми роками значно збільшився відсоток жінок із безпліддям в анамнезі, які отримували сучасні репродуктивні технології, і в цих пацієнток вагітність є не тільки акушерською, а й психологічною проблемою. У цих жінок уже на дозаплідному етапі виявляється комплекс симптомів вазомоторних і нервово-психічних розладів.

У сучасному суспільстві вагітність часто протікає з хронічним стресом, пов'язаним із репродуктивними порушеннями в анамнезі, що посилюється соціальними конфліктами, екологічними та техногенними катастрофами. Пошук шляхів управління реактивністю організму, в основі яких лежить розуміння механізмів розвитку процесів адаптації та дезадаптації, відкриває перспективи розробки способів цілеспрямованої корекції патологічних станів у період гестації. У жінок із безпліддям, особливо з тривалим несприятливим досвідом його лікування та/або з перинатальними втратами в анамнезі, відмічаються виражені психоемоційні розлади. Все більше досліджень показує, що пренатальний

стрес може мати значний вплив на вагітність, здоров'я матері та розвиток людини протягом усього життя. Ці наслідки можуть виникати безпосередньо через вплив фізіологічних змін, пов'язаних із пренатальним стресом, на плід, що розвивається, або опосередковано через вплив пренатального стресу на здоров'я матері та результат вагітності, що, у свою чергу, впливає на здоров'я та розвиток дитини. Дослідження свідчать про те, що активація реакції матері на стрес і відповідні зміни ендокринної та запальної активності відіграють певну роль в етіології цих ефектів. Поточні дослідження зосереджені на з'ясуванні цих механізмів, розумінні ролі расових і культурних факторів у цих наслідках, а також на вивченні епігенетичних і трансгенетичних впливів внутрішньоутробного стресу.

Зрозуміло, що психосоціальні, культурні та екологічні стресори, які виникають під час вагітності, можуть бути шкідливими для вагітності та здоров'я матері та плоду, а останні дослідження показують, що пренатальний стрес може мати наслідки, які охоплюють покоління. Пренатальний стрес може варіюватися від сильного (наприклад, травма) до помірною (наприклад, зміни життєвих подій) до легкого (наприклад, досвід щоденних клопотів), і хоча деякі ранні дослідження показали мінімальний вплив стресу на вагітність, більшість досліджень на людях показують, що легкий, помірний і сильний стрес може мати негативний вплив на результат вагітності та поведінковий і фізіологічний розвиток потомства. Кілька концептуалізацій «пренатального стресу» очевидні в літературі про людину, що відображає різноманіття стресових факторів, які можуть виникнути під час вагітності. Концепція психосоціального стресора охоплює зміни, наприклад, в особистому житті, статусі роботи, житла, домашнього насильства та складу сім'ї, які вимагають адаптивної

поведінки з боку постраждалої особи. У той час як «психосоціальний стрес» стосується стресових подій, які відбуваються незалежно від того, вагітна людина чи ні (щоденні негаразди, фінансові або подружні труднощі, соціальний стрес), «специфічний» дистрес і тривога, пов'язані з вагітністю, стосуються хвилювань про речі, які безпосередньо пов'язані з самою вагітністю, як-от занепокоєння щодо результатів пренатального скринінгу, побоювання щодо здоров'я та розвитку немовляти, а також невпевненість щодо життєвих змін, які прийдуть із материнством. Дослідження показують, що як психосоціальний стрес, так і специфічний стрес під час вагітності, можуть мати помітний вплив на вагітність і розвиток людини.

Дослідження накопичують докази того, що вплив внутрішньоутробного стресу може вплинути на здоров'я, розвиток і довгострокове функціонування нащадків як прямим, так і непрямим шляхом. Пренатальний стрес може опосередковано вплинути на здоров'я та розвиток дитини, збільшуючи ризик появи несприятливих результатів пологів, які, у свою чергу, пов'язані зі значними наслідками для розвитку та здоров'я. Крім того, стрес може опосередковано впливати на розвиток немовляти, наприклад, схиляючи матерів до перинатальної депресії, що може мати негативний вплив на взаємодію матері з дитиною та/або вплинути на якість післяпологового догляду. Пренатальний стрес також може мати прямий вплив на здоров'я немовляти, змінюючи хід нейробіологічного розвитку плода.

Дослідження показують, наприклад, що вплив глюкокортикоїдів *внутрішньоутробно* або через материнський стрес, або через екзогенне введення, може вплинути на розвиток стресової реакції у плода, що може

мати тривалий вплив на поведінку та фізіологію. Як прямі, так і непрямі наслідки внутрішньоутробного стресу можуть мати тривалі наслідки як для розвитку, так і для функціонування нащадків протягом усього життя. Цей огляд зосереджений на психонейроімунологічних дослідженнях впливу пренатального стресу на вагітність людини, розвиток дитини та розвиток нащадків протягом усього життя. Починаючи зі вступу до наслідків пренатального стресу на фізіологію та здоров'я матері, докази прямого та непрямого впливу гестаційного періоду на вагітність і розвиток представлені в контексті досліджень на тваринах і людях, які прагнуть охарактеризувати механізми цих ефектів.

Під час вагітності ендокринна, нервова та імунна системи матері налаштовуються на підтримку успішної вагітності, і було припущено, що пренатальний стрес впливає на вагітність, порушуючи ці процеси. Серед фізіологічних змін, які відбуваються у вагітних жінок, є тенденція до зниження чутливості гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи (НРА) до стресу та зрушення в імунній системі на користь протизапального профілю [8, с.35].

Вагітність – одне з найважливіших подій у житті жінки. Будучи приємною, це одна з найбільш стресових подій у житті жінки, як зазначають психологи, вагітність як емоційна криза. Якщо цією кризою не керувати належним чином і не контролювати її, вона перетвориться на тривалу кризу та залишить численні небажані наслідки для матері та її дитини. Поширеність тривожного розладу під час вагітності в розвинених країнах і країнах, що розвиваються, становить 10% і 25% відповідно.

Високий рівень тривоги під час вагітності негативно впливає на матір і дитину. Занепокоєння на ранніх термінах вагітності призводить до

втрати плоду, а в другому та третьому триместрах призводить до зниження ваги при народженні та підвищення активності осі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники. Це спричиняє зміну стероїдогенезу, руйнування соціальної поведінки та рівня народжуваності у дорослому віці. Також тривога під час вагітності супроводжується емоційними проблемами, розладом гіперактивності, децентралізацією та порушенням когнітивного розвитку дітей.

Дослідження показало, що рівень варіабельності серцевого ритму у нащадків тривожних матерів був нижчим, ніж у контрольній групі [3, с.50].

Такі діти виявляють більше страху перед повсякденними подіями свого життя. Тривога матері під час вагітності також пов'язана з поганою взаємодією матері та дитини. Таким чином, повідомляється, що тривожність і негативний настрій матері було зазначено як один із механізмів цієї проблеми.

Що стосується високої поширеності тривоги та її серйозних наслідків, дослідники в цьому дослідженні зосередилися на ускладненнях тривоги матері під час вагітності та на потомство, згідно з результатами відповідних досліджень.

Біологічні наслідки тривоги для здоров'я дітей були різними. Стверджується, що існує суттєвий зв'язок між висотою тривоги немовляти та матері таким чином, що у матерів із високим рівнем тривоги зріст при народженні нижчий, ніж у матерів, які не відчувають тривоги [7, с.27].

Також повідомляється, що тривога матері має значний вплив на вагу при народженні, тоді як у деяких інших дослідженнях спостерігалася



значна різниця між обмеженням росту плода, неонатальною шкалою Апгар, вагою при народженні, тривалістю народження; і окружності голови серед тривожних і нетривожних жінок не повідомлялося.

Слід зауважити, високий рівень материнської тривожності має значний зв'язок із психічними розладами, емоційними проблемами, недостатньою концентрацією та гіперактивністю порушенням когнітивного розвитку дітей [3, с.14].

Так, згадується, що підвищена кількість гормонів стресу, таких як кортикотрофін, зокрема кортизол і андрогени, які викликають тривогу, може призвести до когнітивних змін, змін у розвитку мови, здатності класифікувати зміст і мови у дівчат. Підвищення цих гормонів також має значний зв'язок з обережністю у хлопчиків дошкільного віку. Результати цих досліджень показують, що надзвичайна тривога під час вагітності супроводжуватиметься проліферацією нейробластів, а також шизофренією та дислексією.

Результати показують, що тривога під час вагітності може призвести до тривалого плачу в неонатальному періоді, дратівливості та неспокою, індивідуальних відмінностей у реакції на стресові життєві події; слабка взаємодія між матір'ю та дитиною, і більше страху в роботі з життєвими подіями. Іншим ефектом тривоги є негативний вплив на ріст і розвиток нервової системи дітей. Ця проблема пов'язана з негативними поведінковими наслідками, зокрема: реакція немовлят на нормальні та стандартні звуки в перші дев'ять місяців життя немовляти є більш дратівливою та нервовою реакцією.

Результати показують, що діти, матері яких хвилюються, стикаються з серйозними захворюваннями як у дитинстві, так і в дорослому віці,

такими як задишка, висип; Астма, Ішемічна хвороба у дорослому віці та Зменшення варіабельності серцевого ритму у дітей. Дослідження показує, що ендокринні розлади є значущими в результаті посилення активності гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи у відповідь на високу материнську тривожність. Цей процес, у свою чергу, може впливати на метаболізм глюкози та викликати гіперглікемію у нащадків чоловічої статі, хоча цей зв'язок не був встановлений у дітей жіночої статі. Іншими словами, вплив пренатального стресу на метаболізм глюкози в дорослому віці пов'язаний зі статтю [62, с.60].

Інші медичні проблеми, пов'язані з тривогою під час вагітності, – це збільшення аномалій, таких як вовча губа та вовче піднебіння.

Слід зазначити, що дослідження показують, що материнський стрес і запальні реакції, хоча й знижуються під час вагітності, не змінюються; як стрес, так і інфекція можуть сильно активувати відповідь на стрес НРА та збільшити вироблення кортикотропін-релізинг-гормону (CRH) і стимулювати вироблення запальних цитокінів під час вагітності. Це важлива інформація, оскільки вона підтверджує, що хоча материнський стрес і запальні реакції змінюються під час вагітності, вони стимулюються стресом і можуть мати достатню величину, щоб мати потенціал для модулювання інших аспектів здоров'я матері та розвитку плоду. Як описано нижче, підвищена вісь НРА матері та/або запальна активність можуть вплинути на розвиток НРА плода та аспекти фізіології матері, пов'язані з вагітністю та пологами, і можуть створити основу для тривалих наслідків стресу на траєкторії розвитку. Активація НРА та запальні реакції під час вагітності можуть вплинути на здоров'я матері під час вагітності та після неї. Матері, які переживають стрес, більш сприйнятливі до інфекцій і

захворювань під час вагітності внаслідок пригнічуючого впливу стресу на здатність імунної системи реагувати на виклик. Захворювання матері під час вагітності можуть не лише вплинути на вагітність через посилення запальної активності, але й через зміни поведінки, такі як погане харчування, зниження фізичної активності та розлад сну, які можуть супроводжувати період хвороби [9, с.15].

Пренатальний стрес може опосередковано вплинути на розвиток і здоров'я немовляти, збільшуючи частоту несприятливих наслідків вагітності, які самі по собі передбачають значні та постійні проблеми для постраждалих нащадків.

Виявляється, сильний стрес найбільше впливає на результат пологів, коли він відбувається на ранніх термінах вагітності. Наприклад, М. Кармайкл і К. Шоу зазначили, що сильний стрес, пов'язаний із зачаттям (наприклад, смерть близької людини, розлучення), призводив до підвищеного ризику народження жінки немовляти з конотрункальними вадами серця, дефектами нервової трубки або ізольованою заячою губою, а Glynn *та ін.* виявили, що травма землетрусу мала більший негативний вплив на вкорочення терміну вагітності, якщо вона сталася на ранніх термінах вагітності.

Подібним чином смерть близької людини або теракт збільшили частоту несприятливих наслідків, включаючи втрату вагітності на ранніх термінах вагітності.

Менш серйозні типи стресу (уявний стрес, дистрес і тривога, пов'язані з вагітністю), мабуть, мають більш виражений вплив на підвищення ризику народження дитини з низькою вагою (НМВ), а також ПТБ, і декілька досліджень вказують на причетність навіть помірною

гестаційного стресу до етіології ПТБ та НМТ. Виникнення ПТБ і НМТ, незалежно від першопричини, може призвести до тривалих недоліків у поведінковому та фізіологічному розвитку та функціях немовлят. Наслідки з ПТБ та маломасштабними тваринами частіше страждають на астму та алергію, а також можуть мати серйозніші захворювання, які вимагають постійного лікування в дитинстві, а іноді й у дорослому віці, включаючи підвищену сприйнятливості до афективних розладів. У той час як деякі дослідження показують, що психосоціальний стрес, як описано вище, пов'язаний із збільшенням частоти ПТБ і НМТ, все більше досліджень показують, що на результат вагітності впливають стресори, які конкретно пов'язані з досвідом вагітності. Наприклад, стрес і тривога, характерні для вагітності, збільшують ризик розвитку ТБ та скорочення терміну вагітності при народженні.

Як загальний стрес, так і дистрес, характерний для вагітності, пов'язані з вищими показниками ПТБ, НМТ і незапланованого кесаревого розтину. Наслідки цих досліджень є важливими: 70% перинатальних смертей немовлят у США пов'язані з низькою масою тіла, РТБ та обмеженням росту плода. Ті немовлята, які виживають у перинатальний період, піддаються більшому ризику затримки фізичного та розвитку в наступні роки [17, с.35].

Отже, дослідження показують, що пренатальний стрес підвищує ризик несприятливих наслідків вагітності, порушуючи адаптацію імунної, ендокринної та нервової систем матері, які підтримують здорову вагітність. Пренатальний стрес, очевидно, стимулює активність ендокринної та імунної систем матері, що, у свою чергу, підвищує

ймовірність ПТБ, НМТ і скорочення терміну вагітності при народженні (народження між 37 і 40 тижнями вагітності).

## **1.2 Психоемоційний стан жінок під час фізіологічного та патологічного перебігу вагітності**

З погляду психології, під час вагітності жінка проходить певну низку послідовних психологічних змін – рішення про продовження вагітності, вагітність до появи ворухінь плода, період після появи ворухінь плода, внутрішньоутробний період і пологи.

Згідно з оглядом літератури, кожен триместр вагітності має певний психологічний «портрет» вагітної. Так, у першому триместрі для багатьох жінок характерним є підвищення психологічної пасивності та з'являється почуття задоволення та насолоди, а інші жінки відмічають депресію та підвищену рухову активність, що пов'язано з усвідомленням факту вагітності.

Другий триместр вагітності характеризується нормалізацією психічного стану та підвищенням працездатності. Однак у цей час відбувається перебудова в системі світогляду і формування мотивації материнства, а поява ворухінь плода дає змогу конкретизувати образ дитини і дає основу для інтерпретації її суб'єктивного стану.

Третій триместр вагітності характеризується підвищеним рівнем тривоги і тривоги-страху перед пологами, здоров'ям майбутньої дитини і збільшенням частоти депресивних розладів. Активність у цей період спрямована на підготовку до пологів і післяпологового періоду, а активність, не пов'язана з народженням дитини, знижується.

Пренатальний період характеризується зниженням активності вагітної, загальною розслабленістю та емоційним "виснаженням", що забезпечує матір і дитину від непотрібних стресів і переживань. У вагітної знижується страх перед пологами і підвищується здатність концентруватися тільки на одній домінантній сутності, що буде абсолютно необхідно під час пологів і післяпологової взаємодії з дитиною.

Післяпологовий період характеризується адаптацією до відчуття порожнечі та внутрішнього відчуття.

Психологічний стан має провідне значення під час вагітності. Провідні дослідники показують, що передчасні пологи не можна пояснити лише фізіологічними та хімічними змінами під час вагітності.

Вивчення психоемоційного стану вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій виявило відхилення в рівні особистісної та реактивної тривожності, притаманні вагітним після застосування допоміжних репродуктивних технологій. З огляду на це, вважаємо за доцільне залучення психолога до роботи з вагітними після застосування допоміжних репродуктивних технологій з метою корекції виявлених відхилень.

Вагітність високого ризику традиційно визначалася як вагітність, ускладнена серйозним захворюванням, яке може поставити під загрозу її результат. Зараз спостерігається справжній «вибух» клінічних досліджень і анекдотичних звітів, що описують численні фактори психологічного впливу на жінок до, під час і після вагітності, що часто може визначати її перебіг, результат і немовля (немовлят). Психологічний статус вагітної пацієнтки може визначати її здатність і ймовірність виконувати інструкції та доглядати за собою під час вагітності та після неї.

Фактори ризику вагітності не закінчуються під час пологів, часто зберігаються в перинатальному періоді, коли жінка може бути особливо вразливою до виникнення або рецидиву серйозних психічних розладів. Поінформованість про ці фактори та можливі втручання, створює додаткову відповідальність для акушера, оскільки він/вона, мабуть, є найважливішим спеціалістом, з яким контактує пацієнтка. Нездатність розпізнати будь-яку жінку з серйозними емоційними проблемами та негайно направити її на психіатричне лікування, може призвести до руйнівних і трагічних наслідків для жінки, її дитини (дітей) і сім'ї.

Цей огляд зосереджений на вагітностях, що супроводжуються цілим рядом цих станів, загальних психологічних реакціях на деякі медичні захворювання, які можуть ускладнити вагітність, і впливі різних психічних розладів. Пропонуються втручання.

На досвід вагітності кожної жінки якісно впливають її свідомі та несвідомі реакції на неї. Їх можна розглядати як біологічні, психологічні та психосоціальні. Особливо важливими є її вік, анамнез психічних розладів, соціально-економічний статус та обставини поточної вагітності. Акушерський анамнез, особливо щодо викиднів, мертвонароджень, немовлят з низькою вагою при народженні, попередні перинатальні психологічні розлади, перинатальні смерті та реакцію пацієнтки на них, слід ретельно з'ясувати. Якщо оплакування будь-яких попередніх викиднів або інших втрат не було розглянуто, пацієнтка може відчувати відродження спогадів про попередні, втрачені вагітності разом із відчуттям підвищеної тривоги під час поточної. Таке горе також було виявлено, хоча й меншою мірою, у батьків. Необхідно отримати детальний сімейний анамнез щодо будь-яких попередніх епізодів депресії чи манії, попередньої

післяпологової депресії чи манії під час вагітності та/або діагнозу біполярного розладу (БПР) у родичок першого ступеня. Це не є незвичайним, коли попередній епізод депресії чи манії у пацієнта чи його близького родича не був розпізнаний.

На наш погляд, ніж будь-який інший медичний стан, вагітність вимагає постійної уваги до емоційного та фізичного благополуччя пацієнтки. Незважаючи на сучасну складну технологію та прогрес у догляді за плодом і новонародженим, зміна сімейних структур і відсутність адекватного допологового догляду сприяють значним проблемам під час вагітності деяких жінок. Не всі вагітності є простими, зрозумілими подіями; іноді ці ускладнюючі емоційні та психосоціальні фактори не помічаються.

Розглянемо більш розлого психологію вагітності. Для більшості жінок вагітність – природна і радісна подія. Відкриття того, що вона вагітна, зазвичай супроводжується почуттям задоволення та хвилювання. Може відбутися психологічне відсторонення від себе, коли «її увага, як біологічна, так і емоційна, привертає увагу до нового творчого процесу, що відбувається в ній» [15, с.40].

Вагітність можна розглядати як процес розвитку, унікальний для жінки, під час якого можна досягти нових рівнів емоційної зрілості. Дойч визнавала вагітність часом, коли кілька психологічних процесів можуть відбуватися одночасно: «здійснення її найглибших прагнень» і поява «старих конфліктів, які досі залишалися дрімаючими» [11, с.18].

Переробка та вирішення деяких із цих конфліктів є одним із психологічних завдань вагітності. Підготовка до нової дитини та до



подальших змін у соціальних і партнерських стосунках є загально визнаними завданнями вагітності.

Більш сучасні теорії жіночої психології, хоч і не зосереджені виключно на вагітності, додають нашого розуміння її. Концепція «первинної жіночності», вперше описана М. Столлером [14, с.10], набула широкого визнання як суттєва основа розвитку сексуальної ідентичності у жінок. Вагітність можна розглядати як частину природного розвитку по цій лінії. Інша важлива концепція полягає в тому, що жінки більш природним чином базують своє самопочуття на своїх зв'язках з іншими, тоді як чоловіки, здається, базують своє на автономії та досягненнях. Прихильності між матір'ю та плодом, що виникає, сприяє фізіологічний симбіоз, а також психологічна готовність матері спілкуватися з плодом.

Важливо з'ясувати емоційну реакцію пацієнтки на її вагітність, що це означає для неї та її близьких людей, і що вона очікує, що відбудеться під час вагітності. Нереалістичні очікування та припущення можуть підживлювати непотрібні побоювання та тривогу, що посилює емоційний стрес у пацієнта. Рекомендується використання кількох загальних скринінгових запитань, щоб з'ясувати, чи є у пацієнтки «ранні ознаки неадаптації до вагітності» [20, с.11]. Запитання стосуються попереднього несприятливого досвіду вагітності пацієнтки, який може вплинути на поточну вагітність, її проблемного досвіду з системами підтримки, досвіду догляду за дитиною та її власного занепокоєння здоров'ям під час вагітності, оскільки існують певні «індикатори», які заслуговують на подальше вивчення пацієнтки, розробленої шкали, що вимірюють тривожність майбутньої матері та майбутнього батька, пов'язану з вагітністю.

Розглянемо більш детально особливості перебігу вагітності високого ризику: загальні фактори. Деякі групи більш вразливі до психологічних проблем під час вагітності та перинатального періоду. До них належать: (1) підлітки; (2) наркомани; (3) жінки з попередніми психічними розладами (наприклад, депресія, BPD, шизофренія тощо); (4) жінки з попередніми несприятливими наслідками вагітності; (5) жінки з багатоплідною вагітністю; (6) жінки з активними або серйозними медичними або фізичними проблемами (наприклад, рак, діабет); і (7) жінки з попередніми післяпологовими депресіями або психозами.

Крім того, жінки без адекватної системи підтримки, або без корисного партнера, або безхатки, або жертви домашнього насильства, або інші фізичні чи емоційні травми та стреси мають високий ризик психологічних проблем під час вагітності. Такі психосоціальні стреси під час вагітності та перинатальний період можуть несприятливо вплинути на психічний стан жінки, можливо, призвести до народження дитини з низькою вагою. Жінок, які відчували психологічний стрес через щоденні стреси, а також психологічні розлади, стежили за кортизолом та іншими біометричними вимірюваннями; протягом 16–29 тижнів вони показали підвищений рівень кортизолу, який вважається пов'язаним із меншою вагою плода. Одночасні звіти відзначають несприятливі наслідки для поведінки та інших функцій дітей у віці від 3 років і старше, коли їхні матері не лікувалися від депресії.

Виникнення захворювання у майбутньої матері ускладнює її лікування, створює стрес і труднощі як для пацієнтки, так і для акушера. Термін вагітності з високим ризиком включає багато захворювань, включаючи діабет, гіпертонію, анемію, легеневі захворювання, судомні

розлади, вовчак, венеричні захворювання, СНІД, туберкульоз тощо. фенілкетонурія, хвороба Тея-Сакса, серповидно-клітинна анемія вважаються потенційно високим ризиком; як правило, рекомендується консультування щодо запобігання зачаття. Однак більшість жінок, навіть у більш розвинених країнах, відкладають візит до лікаря до другого місяця вагітності, тому, на жаль, раніше вони не зверталися до генетичної консультації.

Прегестаційний діабет є одним із найпоширеніших станів високого ризику. Більшість жінок погодяться на моніторинг, дієтичні обмеження та гіпоглікемічні препарати, які використовуються, але можуть виражати почуття емоційного занепокоєння та занепокоєння протягом усієї вагітності. Розпізнавання суб'єктивних реакцій пацієнтки дозволить акушеру запропонувати коротку консультацію за потреби [17, с.35].

Жінка, яка раніше хворіла на рак, відчуватиме сильні почуття з приводу своєї вагітності; амбівалентність може бути посилена її страхом щодо її власного прогнозу щодо рецидиву або виживання. У випадку раку молочної залози існують додаткові психологічні міркування: груди традиційно символізують турботу, турботу та жіночність. Жінки з раком молочної залози турбуються про загострення раку в результаті гормональної стимуляції під час вагітності. Молоді жінки, які лікувалися від раку молочної залози, особливо з генетичною схильністю, можуть турбуватися про це за своїх нащадків.

Реакція вагітної жінки на діагностику захворювання частково залежатиме від хронології захворювання. Якщо це нещодавно діагностований стан, жінка повинна впоратися з початковим шоком і стражданням, які супроводжують такий діагноз. Недовіра та початкове

заперечення можуть бути досить сильними, оскільки більшість молодих дорослих не очікують, що захворіють; особливо під час вагітності, виявлення захворювання суперечить «звичайному» психологічному стану розуму, описаному раніше. Це може бути особливо важко для жінки, яка пережила багато лікування безпліддя або відклала вагітність з міркувань навчання чи кар'єри. Психологічне заперечення може призвести до недотримання рекомендацій щодо лікування, особливо на ранніх термінах вагітності.

Жінка з хронічним захворюванням, яка завагітніла, може бути більш психологічно пристосована до своєї хвороби, але все ще має побоювання, що вагітність може загострити її хворобу, на додаток до занепокоєння, що її стан може потенційно зашкодити її дитині. Ці страхи зазвичай ґрунтуються на реальності; акушер повинен визначити, якою мірою пацієнтка може викликати надмірне занепокоєння.

Доведено, що жінки з високим ризиком тривоги та депресії мають більший рівень тривоги та депресії, ніж жінки з низьким ризиком. На емоційну реакцію жінки також можуть вплинути зміни способу життя, що вимагаються станом високого ризику (наприклад, госпіталізація, тривалий постільний режим, часті огляди для моніторингу розвитку плода). Для деяких жінок ці параметри можуть розглядатися як посягання на їхню свободу і можуть посилювати образливість плода. Якщо жінці необхідно серйозно змінити спосіб життя, наприклад, не займатися кар'єрою, вона також повинна впоратися з втратою цього аспекту свого життя. Очевидно, що системи психосоціальної підтримки відіграватимуть важливу роль у її адаптації до таких стресових факторів.

Слід звернути увагу на психологічні наслідки кесаревого розтину. Кесарів розтин сьогодні дуже поширений; показання та статистичні дані детально описані в іншому місці. Короткострокові наслідки помітні, оскільки це єдина серйозна операція, під час якої післяопераційний період проводиться в догляді за іншою людиною. Безпосередні завдання нового материнства не можна відкладати до одужання матері. Визнання цього внутрішнього конфлікту та рекомендація додаткової підтримки для новоспеченої матері можуть бути безцінними частинами поради акушера. Незважаючи на величезний прогрес у допологовій допомозі та перинатальній інтенсивній терапії, лікування матері високого ризику з медичної точки зору залишається проблемою.

*Психологічна відповідь на технологію.* Ультразвукове дослідження є очікуваною процедурою, яка викликає невелике напруження та занепокоєння, якщо не було виявлено аномалії. Тоді стимулюється значне занепокоєння, і буде проведено більше процедур, із зрозумілим зростанням побоювань пацієнта щодо стану плода (плодів). Очевидно, що хороші робочі стосунки між акушером і рентгенологом є важливими, щоб жінка отримувала цю інформацію в найбільш прийнятний і співчутливий спосіб.

Як і у випадку з будь-якою медичною процедурою, комфорт пацієнта та його прийняття залежить від належної освіти та підготовки до процедури. Інформована згода повинна охоплювати ті аспекти підготовки до різних доступних пренатальних технологій. Психологічна реакція на інші широко використовувані процедури: амніоцентез, біопсію ворсин хоріону (CVS), хірургічне втручання на плоді та моніторинг стану плода під час пологів і пологів буде відрізнятися від однієї жінки до іншої, а також інтенсивність процедури(й). Зазвичай реакцією є занепокоєння,

побоювання та занепокоєння щодо можливої шкоди плоду. Одне дослідження «Психологічна реакція на амніоцентез» продемонструвало значне зниження тривоги та депресивного афекту після того, як результати тесту були передані пацієнту. Однак у цьому дослідженні не було виявлено аномальних результатів, які могли б певною мірою змінити результат. Інше дослідження, яке порівнювало емоційні реакції на CVS з амніоцентезом, показало, що у групі CVS спостерігалось більш раннє зниження тривоги та депресії; але вибірки дослідження були відносно невеликими. Обговорення відповідей на операцію на плоді виходить за рамки цієї статті. Як правило, процедури, які є інвазивними та викликають занепокоєння, слід проводити після відповідної підготовки пацієнта та співчутливої уваги до емоційних потреб вагітної жінки.

*Вагітність високого ризику: специфічні групи.* Підлітки представляють особливу групу ризику. Вони часто займаються поведінкою високого ризику, включаючи небезпечну сексуальну активність, зловживання психоактивними речовинами (тютюн, алкоголь, марихуана, інші дозволені та заборонені наркотики), і вірять у свою невразливість. Вагітність може бути незапланованою, можливо, результатом випадкового статевого контакту, сексуального насильства, зґвалтування на побаченні, інцесту. Дослідження Д. Стіффмана [20, с.22] припускають, що вагітні підлітки, особливо з нижчих груп SES, загалом походять із найбільш нестабільного, дисфункціонального та «психологічно несприятливого середовища». Дівчата-підлітки, які перебувають у стані психологічного стресу, позбавлені або потребують, можуть завагітніти через помилкові спроби полегшити свої нещасні почуття та отримати кохання. Підлітки можуть бути постійними жертвами домашнього насильства, особливо під

час вагітності. Для деяких підлітків допологовий догляд може призвести до небажаної конфронтації з батьківським гнівом, несхваленням і відкиданням, тому вони заперечують наявність вагітності до початку пологів, що може призвести до трагічного результату для дівчинки та дитини. Для інших вагітних дівчат увага до допологового догляду може змусити дівчину зіткнутися зі своєю власною сексуальністю, яка, можливо, була для неї дуже загрозовою та конфліктною. Багато підлітків не можуть скористатися допомогою дорослих або громадських організацій для вирішення своїх труднощів. Для імпульсивного підлітка, який «розігрується», який раніше не зміг контролювати імпульси, допологовий режим може розглядатися як ще один «авторитет», проти якого дівчина повстає. Вагітна дівчина-підліток може кинути школу, що може припинити її формальну освіту, а також позбавити її стосунків з однолітками та іншої важливої підтримки. Вагітна дівчина може отримувати мінімальний допологовий догляд або взагалі не отримувати його.

Позитивним моментом є те, що акушер має можливість змоделювати дбайливий догляд для підлітка, який може несвідомо прагнути прийнятної, схожої на батьків фігури, щоб встановити обмеження. Формуючи такі дбайливі, обмежені, але послідовні стосунки з вагітною дівчиною-підлітком, акушер може бути в унікальному становищі, щоб допомогти дівчині отримати лікування від зловживання алкоголем і психоактивними речовинами та інших підліткових проблем, одночасно допомагаючи їй у дотриманні необхідного допологового режиму.

Вживання психоактивних речовин і зловживання ними дуже негативно впливають на вагітність і подальшу дитину (дітей). Зловживання психоактивними речовинами, ймовірно, зростає, якщо жінка має інший

психіатричний розлад, хоча поширеність зловживання психоактивними речовинами серед вагітних жінок невідома. Проблеми можуть бути серйозними для плода (наприклад, фетальний алкогольний синдром); немовля може мати вроджені або інші вади розвитку залежно від речовин, які приймаються, часу та ступеня їх вживання, і може відчувати симптоми відміни. Ймовірно, максимальні ризики під час третього триместру. Повідомлялося про випадки зловживання психоактивними речовинами та домашнього насильства під час вагітності, пов'язані зі збільшенням проблем поведінки у дітей віком до 3 років. Пацієнту, який зловживає психоактивними речовинами, слід надати інформацію про лікувальні заклади для хворих на наркоманію. Оскільки у неї може бути інший психічний розлад (подвійний діагноз), вона потребує негайного направлення на психіатричне лікування.

*Вагітність високого ризику: психічні хвороби під час вагітності.*

*Афективні розлади.* Будь-який пацієнт з афективним розладом в анамнезі до пологів повинен проходити неодноразове обстеження на наявність рецидивів. Існує кілька доступних скринінгових інструментів. Единбурзька шкала післяпологової депресії (EPDS) добре відома, і її можна легко використовувати. Кожен пацієнт з депресією в анамнезі та попередньою перинатальною психологічною проблемою потребує частого скринінгу на депресію та/або інші психіатричні розлади. Можна використовувати EPDS. М. Альтшулер *та ін.* розробили «шкалу, яка може бути швидко застосована лікарем-акушером, щоб з високою ймовірністю визначити тих жінок, які, швидше за все, страждають від клінічної депресії. Який би метод не використовувався, важливо, щоб пацієнти з



депресією були терміново направлені на психіатричне обстеження та лікування.

Велика депресія під час вагітності сама по собі є серйозною проблемою, а також є ознакою ймовірного виникнення післяпологової депресії (ППД) у цієї пацієнтки. Поширеність депресії у вагітних жінок різна, але, здається, є загальна згода, що вона є досить поширеною та може призвести до передчасних пологів, народження дитини з низькою вагою та більшої частоти пологів через кесарів розтин. Проте багатьом жінкам, які страждають на депресію, не встановлюють діагноз і не лікують під час вагітності.

Жінка з депресією, можливо, приймала антидепресанти до того, як завагітніти, підкреслюючи важливість того, що вже могло вплинути на плід, і чи слід продовжувати прийом ліків під час вагітності. Це складне питання, оскільки можна припустити, що всі психотропні препарати проникають через плаценту.

Існують значні ризики при раптовому припиненні, поступовому припиненні, продовженні прийому ліків або зміні препарату. Відсутність лікування пацієнта, у якого потім може виникнути рецидив під час вагітності та перинатального періоду, становить значний ризик для жінки, її плоду та немовляти. У кращому випадку хвороба може перешкодити їй належним чином доглядати за собою (і своєю дитиною); у гіршому випадку вона може вчинити шкідливу поведінку для себе та/або дитини. Жінки, які страждають на біполярний розлад (БПР) та/або в анамнезі серйозної депресії під час попередньої вагітності або після пологів, особливо вразливі в цьому відношенні.

Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) є дуже часто призначеними антидепресантами. Вони та інші антидепресанти «другого покоління» (бупропіон, дулоксетин, міртазапін, нефазадон, тразадон, венлафаксин) значною мірою замінили старіші трициклічні антидепресанти. Їх вплив на плід відрізняється залежно від того, коли під час вагітності використовується СІЗЗС. Прийом протягом першого триместру може мати певні вроджені дефекти. Прийом після 20-го тижня вагітності СІЗЗС був пов'язаний із стійкою легеневою гіпертензією у новонароджених. Пароксетин асоціюється з ризиком вроджених вад розвитку, особливо вад серця; FDA рекомендує не використовувати його протягом першого триместру. Популяційне дослідження результатів жінок, які приймали СІЗЗС під час вагітності, повідомили, що їхня вагітність була коротшою, їхні пологи більш вірогідні за допомогою кесаревого розтину, а їхні немовлята мали меншу вагу при народженні, з більш тривалим перебуванням у лікарні через респіраторний дистрес, жовтяницю, ускладнення годування.

Так, «периконцепційне лікування СІЗЗС» було «пов'язане з вищим ризиком гестаційної гіпертензії» та прееклампсії, особливо якщо жінка продовжувала приймати СІЗЗС після першого триместру, жінки, які приймали антидепресанти, не пов'язані з СІОЗС (порівняно з групою СІЗЗС), мали більшу частоту гестаційної гіпертензії та прееклампсії, і припустили, що сама депресія може бути пов'язана з метаболічними, ендокринними та генетичними факторами, пов'язаними з гестаційною гіпертензією та прееклампсією.

Деякі немовлята матерів із депресією, які не отримували СІОЗС, також мали низьку вагу при народженні та мали респіраторний дистрес.

Потрібні були дослідження, які б чітко відокремлювали реакції новонароджених на прийом СІЗЗС під час вагітності від наслідків самої депресії під час вагітності. Wisner *et al* проспективно спостерігали протягом своєї вагітності за кількома групами: жінки, які не страждали від депресії та не приймали ліки; жінки з депресією і приймають СІЗЗС; або жінки в депресії та не приймають ліки. Вони виявили, що частота передчасних пологів була практично однаковою для жінок з нелікованою депресією порівняно з тими, хто отримував СІЗЗС під час вагітності. Інша доповідь виявила, що коротка міжособистісна психотерапія була корисною для невеликої вибірки депресивних пацієнтів акушерської клініки, які отримували лікування під час вагітності. Як допомогу, Wisner *et al* представив «концептуальну модель» для прийняття рішень вагітною жінкою, сім'єю та психіатром у цих випадках [25, с.40].

*Біполярний розлад (БПР)* представляє дуже високий ризик для пацієнта та немовляти, хоча існує мало згоди щодо його захворюваності під час вагітності. Одне популяційне дослідження жінок у США, відзначаючи високу частоту психічних розладів у вагітних жінок, не виявило збільшення частоти БЛД *як такої*, хоча післяпологові рецидиви були тісно пов'язані з частотою випадків під час вагітності.

Отже, вагітність «не захищає від рецидиву», особливо якщо був попередній епізод. Вагітні пацієнтки з БЛД, перебуваючи в маніакальній або гіпоманіакальній фазі, можуть вдаватися до необачної поведінки, не піклуватися про себе належним чином, зловживати речовинами та отримувати неадекватне харчування. Позбавлення сну є ще однією серйозною проблемою, особливо після пологів. Існує консенсус, що наявність БЛД під час вагітності (рецидив або нова поява) є

несприятливою подією та високим показником виникнення післяпологової депресії.

### **1.3 Материнські установки та їх детермінація. Материнська позиція. Материнське ставлення**

Материнство – це найбільша таємниця людства. Так, Г. Г. Філіппова дала таку класифікацію досліджень щодо феномену материнства:

Материнство як забезпечення умов для розвитку дитини.

Материнство як частина особистості жінки.

Якщо виходити з того, що материнство створює умови для розвитку дитини, то можна відзначити такі орієнтири: культурно-історичний аспект материнства, біологічний аспект материнства (вивчення фізіологічних аспектів материнства, порівняльно-психологічні дослідження), психологічні аспекти материнства.

Найбільш прийнятною є модель визначення ставлення до материнства Р. В. Овчарової. Вона тісно пов'язана з культурно-історичним підходом і розглядає материнство як єдине явище. Дана модель враховує особистісні якості матері, вплив її власної родини та вплив суспільства на уявлення про батьківство. За словами Овчарової, досліджуючи ставлення жінок до материнства, необхідно звернути увагу на сімейне оточення дитини, її стосунки з родиною; систему цінностей і батьківську установку, що є першими факторами, які впливають на розвиток особистості дитини.

Діти засвоюють норми спільного життя в суспільстві та сприймають культуру через батьків. Саме в сім'ї людина отримує перший соціальний досвід, засвоює правила та норми поведінки. Нуклеарна сім'я є найбільш

доступним контекстом, де спостерігається встановлення зразків для наслідування. Батьки, як правило, є значущими людьми для особистості; з цієї причини вони частково свідомо, а частково несвідомо інтерналізують методи виховання і згодом копіюють їх, виховуючи власну сім'ю: «...те, якими батьками ми станемо, значною мірою залежить від того, що ми бачили, переживали та сприймали у своїй поведінці від батьків» (Співаковська, 2000)

«Можна спостерігати прямий зв'язок між структурою батьківської сім'ї та сім'єю, яку людина створює з чоловіком – «подружні» сім'ї в переважній більшості випадків подібні до «батьківських», характеристики батьківської сім'ї несвідомо сприймається дітьми в сім'ї» Т. І. Димнова, [5, с.47].

Дослідження впливу мікрорівня (рівня родини матері) на формування материнської поведінки (переважно, девіантної) проводили В. І. Брутман, А. Ю. Варга, І. Ю. Хамітова (2000). Їхні роботи присвячені вивченню несправності механізмів формування материнської поведінки, яка може бути пов'язана з динамікою сім'ї майбутньої матері (тобто її стосунків з батьками). Результати клінічних спостережень показали, що причиною девіантного материнства є драматичні стосунки між жінкою девіантної поведінки та її матір'ю. На думку авторів, існуючий збій є наслідком неможливості її ідентифікації з роллю матері (через материнську депривацію) як на рівні психологічної статі, так і на рівні розвитку нею своєї материнської ролі. Таким чином, зроблено висновок, що ідентифікація з матір'ю та подальше емоційне відділення (на цій основі) є двома передумовами для розвитку нормальної материнської поведінки.

Дослідження материнсько-донькових стосунків далі розглядається як окремий напрямок з точки зору їх впливу на успішність доньки як матері. У роботах, присвячених цій темі, підкреслюється вплив змістовної частини емоційних стосунків мати-дочка на власну материнську роль дочки. Серед важливих чинників: підтримка матері на етапі раннього онтогенезу, безперервність уваги матері до емоційних проблем дочки в підлітковому віці, адекватне реагування на психологічні проблеми дочки, пов'язані з її вагітністю та подальшою роллю матері, а також динаміка несвідомих комплексів у стосунках мати-дочка.

Особистий рівень. Як зазначалося вище, суспільство та нуклеарна сім'я лише забезпечують певну модель батьківства, на яку впливають переконання, думки та індивідуальні особливості.

Важливо зазначити, що хоча всі фактори, які наголошує Овчарова, є значущими, вони не є рівноцінними. У цьому ключі сімейні уявлення про ідеальне батьківство тощо, а також подібні індивідуальні схильності матері безпосередньо пов'язані з суспільними факторами. Як і Л. С. Виготський, ми маємо спокусу розглядати макрорівень більше як вплив культурних, а не суспільних факторів на обцинні, сімейні та індивідуальні уявлення про материнство.

Знання факторів, що впливають на зміст установок, дозволить виділити групи ризику, провести діагностику та відповідну корекцію, застосувати профілактичні заходи до тих жінок, які перебувають у групі ризику. Останнє є надзвичайно важливим у сучасному суспільстві через актуальність проблем жінок, які в кінцевому підсумку роблять аборти або залишають дітей чи жорстоко поведуться зі своїми дітьми, та мають проблеми, пов'язані з викривленням дитячо-батьківських стосунків. Ці

проблеми викликають емоційні відхилення від оптимального розвитку дитини.

Результати сучасних досліджень дозволили виявити жінок, які мають більшу та меншу ймовірність мати сприятливі майбутні стосунки з дитиною.

Жінки з прихильним ставленням до материнства, як правило, мають повноцінний і диференційований образ матері, її дитини та стосунків мати-дитина. Всі вони носять позитивний емоційний характер. Центральним є образ дитини. Жінки конструюють образ сьогодення і майбутнього, а материнство займає провідне місце в їхній системі цінностей. Немає конфлікту між індивідуальним і суспільним рівнями. Ці жінки уявляють себе «оточеними дітьми та дарують їм любов». Бажана кількість дітей від двох. Вони готові бути усиновлювачами або прийомними батьками та/або волонтерами для благодійних організацій для дітей. Їхні фізичні, емоційні та психологічні можливості дозволяють їм це зробити. Вони негативно ставляться до абортів і не бачать для цього жодних причин або схвалюють його лише в тому випадку, якщо безпека та здоров'я матері будуть під загрозою.

Жінки зі справедливим ставленням до материнства схильні включати образи матері та дитини, але вони мають нейтральний або слабо позитивний емоційний характер. У цій групі відсутній негативний емоційний відтінок. Відносини мати-дитина відсутні або не диференційовані. Як і в попередній групі, в цій групі відсутній конфлікт між індивідуальним і суспільним рівнями. Вони хочуть двох дітей. Жінки цієї групи зазначають, що мають обмеження у сфері материнства. Аборт не сприймається, але коло прийнятних причин ширше. В їх ієрархії причин

лідуючі позиції займають такі причини, як сімейне становище, неправильний розвиток або інвалідність плоду, здоров'я жінки.

У жінок з несприятливим ставленням до материнства образ дитини, як правило, має негативний емоційний відтінок (пов'язаний з труднощами, образами) або відсутній зовсім. Жінки не бажають залучати дитину до спільної діяльності, яку вважають обтяжливою та/або непотрібною. Їхні стосунки з дитиною не представлені. Центральним є образ матері. На відміну від інших груп жінок, тут може виникнути конфлікт між індивідуальним і суспільним рівнями. Ці жінки бажають лише однієї дитини. Їхні мотиви для абортів широко поширені і включають фізичні, економічні та психологічні аспекти. Вони можуть перервати вагітність через незадовільний матеріальний стан, сімейний стан або особисті інтереси.

Виокремлені характеристики жінок з різним ставленням до материнства відкривають можливості для перевірки та корекції ставлень, які мають менш ніж сприятливий характер. Це допоможе завчасно покращити стосунки між матір'ю та її майбутньою дитиною.

Жіночі страхи та ставлення до пологів можуть впливати на материнську допомогу, яку вони отримують, і на результати пологів. Це дослідження мало на меті розробити профілі жінок відповідно до їхнього ставлення до народження дитини та рівня страху перед пологами. Було досліджено зв'язок цих профілів із способом і результатами пологів.

Було визначено три кластери: «Самостійники» (чітке ставлення до пологів, включаючи сприйняття їх як природного процесу та відсутність страху перед пологами), «Сприйми все як є» (відсутність страху перед пологами та низький рівень згоди з будь-яким твердженням ставлення) і



«страх» (страх перед пологами, із занепокоєнням щодо особистого впливу пологів, включаючи біль і контроль, занепокоєння безпекою та низький рівень згоди зі ставленням до свободи вибору жінки або пологів як природного процесу).

Належність до кластеру «*Страшні*» негативно вплинула на емоційне здоров'я жінки під час вагітності та збільшила ймовірність негативного досвіду пологів. Імовірність планового кесаревого розтину у обох жінок у кластері «*Прийми все як є*» та у кластері «*Боязливі*» була вищою порівняно з жінками в групі «*Самостійні визначення*». Розуміння жіночого ставлення та рівня страху може допомогти акушеркам і лікарям адаптувати свою взаємодію з жінками.

Розуміння та реагування на переконання та ставлення жінок у період дітородіння є важливим напрямком міжнародної політики охорони материнства. Терміни «догляд, орієнтований на жінку» та «усвідомлений вибір» відображають, що крім фізіологічних аспектів вагітності та пологів, існують психологічні, психосексуальні та психосоціальні аспекти, унікальні для індивідуального життєвого досвіду вагітних жінок. Це необхідно враховувати, щоб оптимізувати результати пологів і досвід жінки. Психосоціальне благополуччя жінок тепер розглядається як таке ж важливе, як і її фізичне благополуччя.

У підході, орієнтованому на жінку, клініцист виходить за рамки медичної/протоколової/ризик-орієнтованої допомоги та прагне краще зрозуміти жінку окремо, з'ясовуючи її ставлення до вагітності та пологів та її конкретну життєву ситуацію. Ставлення було концептуалізовано за допомогою трикомпонентної моделі: афективної, когнітивної та поведінкової. Афективний компонент складається з позитивних або

негативних почуттів до об'єкта ставлення; когнітивна частина відноситься до думок або переконань; і поведінковий елемент представляє дії або наміри діяти на об'єкт. Соціальні психологи відрізняють переконання від ставлення, припускаючи, що переконання є ймовірнісним виміром концепції – «його існування ймовірно чи мало ймовірно?». З іншого боку, ставлення є «оцінним» виміром концепції «Це добре чи погано?». Зміна ставлення до певної концепції може бути результатом зміни переконань щодо цієї концепції.

«Доктрина Харсаньї» стверджує, що відмінності у віруваннях окремих осіб можна повністю пояснити відмінностями в інформації. Застосовуючи цю доктрину до догляду за вагітністю та пологами, цікаво розглянути, де, що, як і ким обмінюється інформацією між жінками та особами, які їх доглядають, і який вплив це може мати на їхні переконання та ставлення.

Недавнє дослідження 1318 канадських жінок із низьким ризиком, проведене Університетом Британської Колумбії та Інститутом дослідження дітей та сім'ї ілюструє цю думку. Зосереджуючись на ставленні до технології пологів, канадське дослідження показало, що жінки, які відвідують акушерів, більш прихильно ставилися до використання технології пологів і менше цінували роль жінок у власних пологах.

Навпаки, жінки, які відвідують акушерок, повідомили про менш прихильне ставлення до використання технологій і більше підтримували важливість жіночої ролі. Думки пацієнтів сімейної практики розділилися між двома іншими групами. Ці жінки можуть бути самостійним вибором населення, яке обирає конкретного опікуна відповідно до своїх попередніх

поглядів, або ж на ставлення жінок може впливати інформація, яку вони отримують від свого опікуна.

Детермінанти поглядів і переконань жінки невід'ємно пов'язані зі специфічними впливами культури та системи охорони здоров'я. У системах біомедичної допомоги, які не схильні до ризику, ставлення та переконання жінки щодо пологів можуть визначати рівень втручання, який вона активно обирає або пасивно отримує. З метою вивчення змін з плином часу (1987-2000) в очікуваннях жінок і досвіді догляду під час пологів, дослідження більших очікувань опитало приблизно 1400 вагітних жінок у кількох службах охорони здоров'я у Сполученому Королівстві (Великобританія) [38, с.55].

Воно продемонструвало, що ставлення та очікування жінок змінилися протягом тринадцятирічного періоду з моменту первинного дослідження було зроблено. Результати показали зв'язок між результатами пологів і ставленням жінок до пологів. Питанням, яке найбільше хвилювало авторів, було збільшення антенатальної тривоги жінок щодо болю та їх зниження віри у свою здатність впоратися з пологами. У той же період часу спостерігалось збільшення використання акушерських втручань, особливо індукції, епідуральної анестетики та кесаревого розтину.

Середні показники за шкалою, розробленою для вимірювання готовності прийняти втручання («ставлення до втручання»), були значно вищими в 2000 році, ніж у 1987 році. Жінки, які робили незапланований кесарів розтин або допоміжні пологи, мали значно вищі показники «ставлення до втручання». антенатально, ніж у жінок, які мали самостійні вагінальні пологи. Дослідження припустило, що поясненням цього було

збільшення використання епідуральної анестезії жінками, які позитивно ставилися до втручань. У 2001 році у Великій Британії було представлено аудиторський звіт про розслідування моделей і причин кесаревого розтину. Цей звіт включав відповіді жінок на низку поглядів і переконань щодо пологів. Результати показали, що жінки, які віддають перевагу кесаревому розтину як способу пологів, дотримувалися поглядів, які відображали віру в те, що пологи не є природним процесом і що вони були стурбовані контролем, болем і безпекою.

Слід зауважити що, у клінічній практиці «догляд, орієнтований на жінку» та «усвідомлений вибір» проявилися в таких практиках, як розповсюдження підтверджених інформаційних брошур, медичних записів, що зберігаються клієнтами, планів пологів та формального скринінгу на психосоціальну патологію, зокрема перинатальну депресію та домашнє насильство. Незважаючи на риторику, індивідуальні обставини, ставлення, переконання та вибір жінки не обов'язково є центром рішень, які приймаються щодо догляду за нею.

Термін «догляд, орієнтований на жінку» не є загальноживаним терміном у шведській політиці материнства. Особиста автономія жінок є політично важливою, але концепція «усвідомленого вибору» обмежена державою – наприклад, згідно з загальною фінансованою державою системою охорони здоров'я жінки не мають свободи вибору моделі догляду за материнством або способу народження. В Австралії, наприклад, вибір часто обмежений регіоном, де жінка звертається за допомогою.

На додаток до діагностики перинатальної депресії дослідники та клініцисти все більше визнають важливість тривоги, пов'язаної з вагітністю, причому страх перед пологами є субконструктом цієї тривоги.

За оцінками, на клінічно значущий страх перед пологами страждає від 20 до 25% вагітних жінок, а поширеність сильного страху, який впливає на повсякденне життя, становить від 6 до 10%. Більшість літератури щодо страху перед пологами зосереджено на скандинавських популяціях, однак страх перед пологами перетинає культурні кордони, оскільки дослідження в Австралії, Великобританії, Швейцарії, Сполучених Штатах і Канада підтверджують. У спробі зрозуміти ставлення або переконання жінки щодо пологів важливо додати вплив страху, щоб отримати більш повну картину [11, с.40].

У 1985 році Рафаель-Лефф опублікувала профілі вагітних жінок, де вона описала матерів у чотирьох категоріях: «Посередник», «Регулятор», «Реципрокатор» і «Конфлікт». Її модель, яка ґрунтується на великому клінічному досвіді, спостереженнях матері та дитини та даних опитувань, постулює, що існує різноманітність підходів до вагітності та раннього материнства всередині та між суспільствами. Вона описує це як «орієнтації», і, в той час як інші дослідження пов'язують певні риси особистості з такими явищами, як запит на кесарів розтин з немедичних причин, Рафаель-Лефф чітко заявляє, що її модель не стосується рис особистості. Різні вагітності та різні обставини означають, що орієнтація жінки може змінюватися з кожною вагітністю [50, с.135].

Недавнє проспективне дослідження з Бельгії намагалося передбачити досвід пологів жінки, використовуючи антенатальні очікування народження та модель орієнтацій Рафаеля-Леффа. Хоча антенатальні очікування жінок чітко передбачали їхні післяпологові спогади про інтранатальний досвід, дослідження не підтвердило незалежного внеску в досвід пологів орієнтації Рафаеля-Леффа після того,

як були взяті до уваги акушерські ускладнення. Проте було припущення, що материнська орієнтація внесла певний внесок у досвід пологів.

Щоб допомогти клініцистам у їхніх зусиллях обережно та ефективно поставити жінку в центр догляду за вагітністю та пологами, потрібні додаткові знання про те, як жінки думають про пологи та наскільки вони бояться. Тому необхідні подальші емпіричні дослідження, щоб краще зрозуміти профілі ставлення вагітних жінок і зв'язок, який це має з результатом вагітності та досвідом.

У цьому дослідженні мається на меті визначити профілі вагітних жінок на основі їх ставлення до пологів і переконань щодо них, а також їхнього рівня страху перед пологами. На меті порівняти характеристики вагітності, результати та досвід пологів між цими профілями. Гіпотеза полягала в тому, що жінки з підвищеним страхом перед пологами виявлятимуться як окремий профіль із гіршими наслідками вагітності та пологів, ніж інші жінки.

Це проспективне когортне дослідження є частиною ширшого довгострокового дослідження аспектів вагітності, пологів і раннього батьківства. Збір даних являє собою вибірку сільських і регіональних жінок у Швеції та Австралії, проведеному протягом 2007-2009 років.

Шведська когорта була відібрана з регіонального району в провінції Вестерноррланд, а австралійська когорта прибула з північно-східного регіонального району в штаті Вікторія. Річний рівень народжуваності в обох регіонах становить близько п'ятисот осіб на рік, а популяція жінок-неіммігрантів переважно однорідна. Шведська група була набрана на плановому ультразвуковому скринінгу на 17-19 тижні вагітності. Це обстеження у Швеції проходять майже всі жінки, що робить це ідеальним

часом для доступу до потенційних учасників. Лист з інформацією про дослідження було надіслано за два тижні до обстеження. До шведськомовних жінок із нормальним УЗД підійшла акушерка, яка приймала на роботу, і запитала, чи хочуть вони взяти участь у дослідженні. Анкету або заповнювали в кабінеті УЗД, або заповнювали вдома і повертали оплаченим поштовим конвертом.

В Австралії всі жінки, які народжують у місцевій лікарні, записуються до акушерки в жіночу консультацію між 18-20 тижнями вагітності. Під час цього візиту англомовні жінки з нормальним результатом ультразвукового дослідження на 18-му тижні (що зменшує ймовірність того, що жінкам із серйозними аномаліями плода будуть надіслані анкети) були запрошені взяти участь у дослідженні акушеркою, яка прийняла запис. Ті, хто погоджувався, отримували письмову інформацію, підписували форму згоди та отримували анкету для заповнення на місці або забрати додому та повернути в оплаченому поштовому конверті. Листи-нагадування було опубліковано двічі особам, які не відповіли в обох випадках.

Схвалення з питань етики було отримано від відповідних регіональних комітетів з етики в північній Швеції та Вангаратті, Австралія, а також від Університету Середньої Швеції та Університету Мельбурна.

Дані були зібрані за допомогою анкет для самооцінки в рамках більшого дослідження, яке вивчало досвід жінок під час вагітності та пологів. У наведеному тут дослідженні дані взяті з 18-20 тижнів вагітності та через два місяці після народження. Це дослідження включає дані жінок, які відповідали на запитання в обидва моменти часу [38, с.55].

Страх перед пологами також вимірювали на 18-20 тижні за допомогою шкали страху перед народженням (FOBS). Жінок просили відповісти на запитання *«Що ви зараз відчуваєте щодо наближення пологів?»*, зафіксовані словами: *стурбований/спокійний* та *сильний страх/без страху*.

Інші питання в анкеті були взяті з попередніх популяційних досліджень досвіду жінок під час вагітності та пологів. Для визначення фізичного здоров'я, емоційного здоров'я та досвіду попередніх пологів використовували п'ятибальну шкалу Лайкерта.

Відчуття жінок щодо наближення пологів і новонародженого вимірювали відповідями на запитання: *«Як ви ставитеся до наближення пологів?»* і: *«Що ви відчуваєте, коли думаете про перші тижні з новонародженою дитиною?»* П'ять варіантів відповіді варіюються від *«Дуже позитивно»* до *«Дуже негативно»* із середнім варіантом *«як позитивно, так і негативно»*. Відповіді на всі шкали Лайкерта були поділені на «позитивні» або «менш позитивні». Уподобання щодо пологів було з'ясовано шляхом постановки запитання *«Якби у вас була можливість вибору, як би ви віддали перевагу народжувати»*, з альтернативними відповідями *«Вагінальні пологи»* та *«Кесарів розтин»*.

Через два місяці після пологів жінок запитували про їхній режим і досвід пологів. Ці питання раніше використовувалися в австралійських і шведських дослідженнях. Їх попросили вказати тривалість пологів у годинах, відповівши на запитання: *«Скільки годин тривали ваші пологи?»* Їхнє сприйняття болю при пологах було досліджено за допомогою запитань: *«Скільки сильного болю ви відчували під час пологів?»* і *«Як ви пережили цей біль?»* Це було оцінено шляхом позначення двох



семибальних шкал із фразами «*зовсім не відчуваю болю (1)*» до «*найсильніший біль, який тільки можна собі уявити (7)*» і «*дуже негативно (7)*» до «*Дуже позитивно (1)*».

Порівняння жінок у кластерах виявило відмінності в емоційному здоров'ї, уподобаннях до народження та почуттях щодо вагітності. Вони також показали значні відмінності в ряді результатів пологів. З цих трьох профілів наявність страху найбільше негативно вплинула на емоційне здоров'я жінки, почуття щодо вагітності та виховання дітей та досвід пологів. Приналежність до кластеру «*Страшні*» підвищувала ймовірність того, що жінка віддасть перевагу плановому кесаревому розтину та фактично зробить його.

«*Страшні*» жінки характеризуються високим рівнем страху та занепокоєння щодо безпеки. Ці жінки були стурбовані особистими наслідками пологів, такими як біль, їхнє відчуття контролю та будь-які шкідливі наслідки, які пологи можуть мати на їхній організм. Ці жінки не сприймали пологи як природну подію і не підтримували позицію свободи вибору. Ймовірність того, що вони віддадуть перевагу кесаревому розтину, була в три рази вищою, ніж у жінок у кластері «*Самостійники*». Це перегукується з описом Рафаеля-Лефа кластера матерів «*Регулятор*».

Цей висновок також узгоджувався з результатами звіту Томаса та Параньоті, в якому описано, що жінки, які віддають перевагу кесаревому розтину, більш схильні приділяти вищий пріоритет своїй безпеці та бути максимально безболісними. Подібним чином Томас і Параньоті показали, що жінки, які віддають перевагу кесаревому розтину, частіше не погоджувались із твердженням, що «*пологи є природним процесом, у який не слід втручатися, якщо це не є необхідним*».

Не дивно було виявити, що кластер «*Страшні*» містив значно більше жінок з попереднім кесаревим розтином і попереднім негативним досвідом пологів. Це добре відомі детермінанти страху перед пологами. Приналежність до кластеру «*страшні*» підвищила ймовірність того, що жінки віддадуть перевагу плановому кесаревому розтину. Ця більш висока поширеність планового кесаревого розтину була описана в літературі раніше про страх, пов'язаний з пологами, у скандинавських популяціях.

Жінки в кластері «*страшні*» мали гіршу самооцінку емоційного здоров'я всередині вагітності, ніж жінки в інших кластерах; висновок, який вказує на те, що вони піддаються ризику погіршення психічного здоров'я як у перинатальному періоді, так і, можливо, за його межами. Жінки зі страхом, пов'язаним з пологами, бояться неадекватної підтримки, нездатності брати участь у прийнятті важливих рішень, що стосуються їх самих або їхньої дитини, втрачають контроль і «погано працюють». Ці характеристики знову демонструють схожість із групою «регуляторів» Рафаеля-Леффа, яка розглядає вагінальні пологи як потенційно принизливий досвід.

Страх зазвичай артикулюють як страх перед нестерпним болем, страх за власну безпеку та безпеку дитини та страх акушерських травм. Жінки в цьому кластері повідомили про більше негативного досвіду пологів, ніж в інших кластерах. Наше відкриття, можливо, пов'язане з їхнім негативним досвідом пологів, полягає в тому, що кластер «*страшних*» жінок сприймав свої пологи більш болючими, ніж жінки в інших кластерах. Наші висновки показали, що кластер «*Страшні*» частіше використовував епідуральну анестезію. Біль під час пологів – складна проблема. Незважаючи на широке використання потужних

анальгетиків і сучасних методів анестезії, багато жінок повідомляють про сильний біль, а деякі описують його як «найгірший біль, який тільки можна собі уявити». Полегшення болю не гарантує покращення досвіду пологів у жінок або їх довгострокових спогадів про біль.

*Кластер «Самовизначення».* Загалом кластер «Самовизначення» містив найбільшу частку жінок. Ці жінки продемонстрували тверду думку щодо ряду поглядів і переконань. Пологів не боялися. Ці жінки мали найвищий відсоток вагінальних пологів без допомоги.

«Самовизначники» були менш освіченими, ніж жінки в двох інших кластерах. Цей висновок суперечить медійному образу кмітливої, наполегливої високоосвіченої жінки, яка має чіткі погляди щодо типу пологів, які вона хоче. Це також контрастує з узагальненнями, створеними деякими медичними працівниками, які сприймають жінок з нижчим рівнем освіти як менш поінформованих і менш зацікавлених у виборі щодо свого догляду. Грін та інші повідомили, що, всупереч стереотипам щодо вагітних жінок, створеним опікунами, менш освічені жінки не хотіли передавати весь контроль персоналу та мали найбільші очікування щодо повноцінного досвіду пологів. Наші висновки співмірні з цим.

*Кластер «Прийми, як буде».* Жінки в кластері «Візьміть як буває» не боялися пологів, але, як виявилось, у них не було твердих уподобань щодо пологів. У групі «Прийми, як буде» ймовірність вагінальних пологів або кесаревого розтину була не більшою, ніж у «Самостійких», однак, коли порівнювали фактичний спосіб пологів, група «Візьми, як буде» мала більшу ймовірність планового кесаревого розтину. Ми можемо припустити, що ці жінки просто «пливуть за течією», як описано Піллі Едвардс. Небажання деяких жінок брати участь у самостійному прийнятті

акушерських рішень було описано та пояснено щодо активного вибору способу пологів. Багато жінок відчувають, що не можуть або не бажають вибирати спосіб народження, оскільки будь-яке рішення завжди залежить від того, що найкраще для дитини в конкретних обставинах, в яких вони опинилися.

Цей підхід узгоджується з «Теорією прийняття рішень» С.Лемана, яку цитує Лі, де «існує певний зв'язок між уподобаннями раціональної людини щодо дій, розподілом ймовірностей для станів і призначенням корисності для наслідків». Звідси випливає, що, враховуючи, що більшість жінок повністю погоджуються з першочерговою важливістю безпеки дитини, ця група «*Приймай все як є*» буде особливо вразливою до втручання, яке будь-яким чином було б сформульоване словами, що сприяють добробуту немовлят [45,с.60].

Цей кластер жінок демонструє деякі характеристики, спільні з орієнтацією Рафаеля-Леффа на «реципрокатора», які не мають точного «плану» пологів, натомість дотримуючись позиції «очікувати і бачити» щодо пологів.

*Клінічні наслідки.* Знаючи, що інформація формує переконання та може призвести до зміни ставлення, акушерки та лікарі відіграють важливу роль у формуванні позитивного, здорового ставлення до пологів у жінок, надаючи чітку інформацію, що ґрунтується на фактах.

У догляді за жінками, які відповідають «*страшним*», результати цього дослідження можуть допомогти клініцистам зосередитися на обговоренні особистого впливу народження. Зокрема, під час обговорення та планування слід враховувати почуття жінок щодо контролю та болю. Розвінчання міфів і забезпечення чіткого інформування про ризик і

безпеку має бути частиною допологового догляду. Клініцисти мають можливість підкреслити природні аспекти вагітності та пологів.

Розуміння складності базових установок і страхів, які жінки приносять із собою під час допологового огляду чи в пологову кімнату, може допомогти фахівцям із догляду за пологами чуйно та змістовно взаємодіяти з жінками.

Акушерки та лікарі знаходяться в унікальному становищі для встановлення довірливих глибоких стосунків із жінками, з якими вони стикаються. Усвідомлюючи, зокрема, страхи жінок, акушерки та лікарі повинні бути чутливими до тривоги, до яких можна підійти запевненням, інформацією та індивідуальною підтримкою.

Незважаючи на те, що роль спеціального консультування щодо страху перед пологами не доведена для «вилікування» страху, клініцисти повинні бути уважними до жінок із серйозним дистресом, які потребують направлення для експертної психологічної допомоги.

Жінки в кластері *«Прийми все як є»* також можуть вимагати додаткової уваги з боку клініцистів. Цю групу, швидше за все, складають жінки, які, здається, не мають проблем у антенатальному періоді. Цій групі жінок може бути корисна чітка інформація щодо потенційного впливу втручання на них та їхню дитину. Їх можна заохочувати до більш активного підходу до пологів за допомогою впевненого заохочення з боку їх клініциста. Завдяки чітким поясненням і вказівкам клініцистів ці жінки потенційно зможуть уникнути непотрібного втручання.

*Обмеження.* Це дослідження було зосереджено на жінках із двох регіональних районів у Швеції та Австралії, і тому результати слід інтерпретувати з певною обережністю з точки зору узагальнення для

інших груп населення. Потенціал виявлення різниці в членстві в кластері за країною надання допомоги міг бути обмежений відносно низькою кількістю учасників в австралійській когорті. Рівень участі в австралійському середовищі, можливо, був пов'язаний з контекстом запису на зустріч, куди жінок запросили взяти участь.

Під час цього візиту жінка цілком могла бути піддана інформаційному перевантаженню, оскільки їй надавали інформацію про зміцнення здоров'я, направлення на аналізи крові, призначення в клініку та інформацію про курси допологового навчання. Можливо, для деяких жінок тягар заповнення анкети був занадто важким.

Потрібні додаткові дослідження на більшій кількості жінок, щоб виявити, чи існують систематичні відмінності між двома країнами. Подальше повторення результатів цього дослідження в інших популяціях також необхідне для підтвердження їх стабільності, особливо з огляду на пошуковий і суб'єктивний характер кластерного аналізу.

Упередженість відбору є поширеною проблемою при наборі учасників для когортних досліджень, так само як і втрата можливості продовжити лонгітюдний дизайн. У цьому дослідженні не брали участь жінки, які не могли розмовляти рідною мовою відповідної країни догляду, і, отже, обмежили можливості дослідження для вивчення більш різноманітного набору думок і ставлень. Проте обидва регіональні центри характеризуються низькою кількістю жінок, які народилися за кордоном.

BAPS, прийнятий для цього дослідження, показав чотири субшкали вимірювання ставлення з хорошою внутрішньою послідовністю. Елементи, які складають шкалу, використовувалися в двох попередніх британських дослідженнях. Хоча використання визначеного набору ставлень обмежує

нашу здатність ідентифікувати інші суттєві переконання, які можуть бути доречними, воно дозволяє оцінювати відповіді, а потім кластеризувати їх і порівнювати між групами послідовним чином. Проспективний дизайн цього дослідження гарантував, що ставлення вимірювали під час вагітності, таким чином уникаючи потенційної проблеми з упередженням пригадування.

Отже, накопичення доказів показує, що тривога матері під час вагітності пов'язана з несприятливими наслідками пологів і змінами в ранньому соціально-емоційному, поведінковому та (нейро)когнітивному розвитку та навіть з проблемами психічного здоров'я в підлітковому та ранньому дорослому віці [65, с.156].

Гіпотеза «Початки розвитку поведінки, здоров'я та хвороби» (DOBNaD) вивчає коротко- та довготерміновий вплив досвіду індивіда протягом перинатального періоду на наступні фенотипові варіації здоров'я та хвороби [12, с. 24].

Величина цих ефектів є клінічно значущою, оскільки ризик емоційних і поведінкових проблем у дитинстві, спричинених пренатальною тривогою, оцінюється приблизно в 10–15% [40, с.89].

Враховуючи ці значні негативні наслідки внутрішньоутробного впливу тривоги матері [14, с.98], тривожним жінкам та їхнім немовлятам можуть бути корисні фактори, що сприяють благополуччю матері під час вагітності.

Отже, емоційна допомога часто є частиною акушерської медицини, якою часто нехтують. Тому дослідження, що вивчають фактори, що сприяють емоційному благополуччю вагітних жінок, є вкрай необхідними.

## Висновки до першого розділу

У першому розділі кваліфікаційної роботи вивчено чинники психологічного впливу на переживання жінки в період вагітності, а саме: підвищену тривогу за стан майбутньої дитини, проте виявляють її низьку цінність, психологічно не впевнені в успішному результаті вагітності, не націлені на майбутнє материнство. Підвищена тривога за стан майбутньої дитини під час вагітності проявляється у жінки переживаннями з приводу майбутніх пологів, відносин чоловіка й оточуючих, а також своєї спроможності в материнській ролі

Розкрито особливості психоемоційного стану жінок під час фізіологічного та патологічного перебігу вагітності.

На основі австралійського та шведського досліджень було визначено три кластери жінок на основі ставлення до них у середині вагітності. Належність до кластеру «*Страшні*» негативно вплинула на емоційне здоров'я жінки під час вагітності та підвищила ймовірність оперативних пологів і негативного досвіду пологів. Жінки в "*Візьміть, як буде*" кластер були визначені як вразлива група для оперативного народження. Результати цього дослідження показують, що ставлення та страх, пов'язаний з пологами, є важливими факторами, пов'язаними з результатом пологів, які повинні бути досліджені медичними працівниками під час допологового періоду. Акушерки та лікарі можуть допомогти жінкам у підготовці до пологів, приділяючи час делікатному опитуванню про їхні почуття та ставлення до вагітності. Працювати над позитивним досвідом пологів є однією з найважливіших цілей, які має поставити команда охорони здоров'я. Особливо акушерки та лікарі



повинні обговорити будь-які побоювання жінки. Знання про ставлення жінок можуть допомогти акушеркам і лікарям адаптувати свою взаємодію з жінками таким чином, щоб інформувати та запевняти їх у їхній здатності народжувати та стати матір'ю.

Тривога є однією з поширених проблем зі здоров'ям, особливо під час вагітності. Враховуючи високу частоту захворюваності та серйозні ускладнення, ідентифікація та скринінг не проводяться під час допологового догляду під час вагітності. Згідно з результатами, сильна тривога має значний вплив на біологічні показники новонародженого, такі як зріст, вага та окружність голови. Таким чином, повідомляється, що хронічне або надзвичайне занепокоєння матері також може спричинити зміни в кровотоці до дитини, що ускладнює доставку кисню та інших важливих поживних речовин до органів дитини, що розвиваються. Крім того, матері з хронічним або сильним тривогою можуть відчувати себе перевтомленими та втомленими, що може вплинути на їхні звички в харчуванні та сні, а також на послідовність допологового догляду. Усі ці фактори можуть допомогти пояснити, як хвилювання матері під час вагітності може мати довгостроковий вплив на ненароджену дитину. Результати досліджень у цій рецензованій статті не пов'язані з біологічними показниками таким чином, що деякі заперечують. Тому слід мати на увазі, як було доведено багатьма дослідженнями, що існує значна різниця щодо цих параметрів між тривожними та нетривожними матерями, що вимагає уваги та уваги з боку постачальників медичних послуг.

Тривожність від помірної до важкої під час вагітності має значний вплив на когнітивні та психічні розлади дітей, які іноді є стабільними та

серйозно загрожують здоров'ю дітей. Отже, результати досліджень у цьому документі узгоджені і роблять проблему серйознішою.

З точки зору поведінки, тривога створює багато проблем для дітей через особисте спілкування та соціальну взаємодію. Підвищена активність цього ядра пов'язана зі збільшенням кортизолу, що пов'язано зі зниженням росту мозку. Ефект кортизолу більше пов'язаний із зростанням двох сторін гіпокампу, особливо правої сторони гіпокампу, у перші шість місяців життя дитини. Індивідуальні відмінності у реакції на стресові події життя пов'язані з розвитком правої частини гіпокампу. Нарешті, у дітей цієї групи матерів спостерігається широкий спектр медичних проблем, пов'язаних із помірним і важким рівнем тривоги, який є значним, іноді залишається довічним і стабільним.

Докази деяких суперечливих досліджень свідчать про те, що подальші дослідження та дослідження в області впливу тривоги під час вагітності на здоров'я дітей є серйозним моментом. Також можна зробити висновок, що несприятливі наслідки високого рівня материнської тривоги у дітей є серйозними та спонукають до роздумів, у зв'язку з чим необхідність виявлення та скринінгу тривожних розладів у періодичному догляді під час вагітності видається невідкладною. У зв'язку з цим визначення контекстів і факторів, що впливають на тривогу під час вагітності, є важливим.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК ПІД ЧАС ФІЗІОЛОГІЧНОГО ТА ПАТОЛОГІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ

#### 2.1 Організація та методи дослідження

##### *Основні етапи емпіричного дослідження:*

Підбір та аналіз літературних джерел. На даному етапі був проведений підбір, структурування та аналіз теоретичного матеріалу щодо проблематики кваліфікаційної роботи, а саме були розглянуті та проаналізовані наукові дослідження щодо виявлення та уникнення тривожного стану у вагітних жінок.

##### *Побудова моделі дослідження.*

На даному етапі був здійснений підбір психодіагностичних методів та методик, були підбрані критерії для математичної обробки даних. Серед методів дослідження застосовані: теоретичні – методи аналізу та синтезу, інтерпретації та узагальнення; емпіричні: методи тестування, математичної статистики.

У дослідженні використано такі методики: Анкета пренатального дистресу (PDQ) (Yali & Lobel; іспанська перевірка Cararros-Gonzalez et al.): PDQ складається зі шкали з 12 пунктів для оцінки стресу, пов'язаного з вагітністю (наприклад, занепокоєння щодо проблем зі здоров'ям), пологи, симптоми тіла, тілесні зміни та/або загальний стан здоров'я дитини). Відповіді цього інструменту надаються за допомогою шкали типу Лайкерта від 0 = «зовсім не» до 4 = «дуже сильно». «Діагностика рівня

емоційного вигорання» В. В. Бойка, Методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса й Раге, Тест PSM-25 (рівень психологічного стресу). Шкала стійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC) (Connor & Davidson) в іспанській скороченій формі (Notario-Pacheco et al.): її використовували для оцінки рівня стійкості. Він вимірює здатність справлятися з різними життєвими обставинами, такими як хвороби, зміни, стрес, невдачі, особисті труднощі та почуття горя. Опитувальник «Стратегії подолання стресових ситуацій» – SACS (С. Хобфолл) [25, с. 40].

Також було застосовано математичні методи обробки даних, а саме критерій Колмогорова-Смірнова для визначення типу розподілу даних та коефіцієнт кореляції Пірсона для знаходження кореляційних зв'язків між змінними.

#### *Організація та проведення дослідження.*

На даному етапі виконувалась практична частина дослідження, у якій мала місце детальна організація нашого майбутнього дослідження та його безпосереднє проведення на вибірці респондентів – вагітних жінок.

Був проведений короткий інструктаж, далі респонденти отримали бланки, в яких було описано кожен методик. Бланки не підписувались у зв'язку з конфіденційністю.

#### *Обробка результатів дослідження.*

На цьому етапі була проведена первинна обробка сирих даних за кожною методикою, компонування матеріалу, занесення даних до таблиць та графічне представлення отриманих результатів. Далі проводились обрахунки для знаходження кореляційних зв'язків між шкалами за допомогою критеріїв математичної обробки даних, отримані результати заносились до таблиць.

Інтерпретація отриманих результатів та їх оформлення.

На даному етапі були структуровані та проінтерпретовані дані за кожною з обраних методик. Кожний статистично значимий показник інтерпретувався згідно з описом шкал, що поданий у використаних методиках.

Вибірку дослідження склали 50 вагітних жінок, віком від 25 до 45 років, 20 жінок первинно вагітні та 30 із них мають дитину або двох дітей. Всі з респонденток мають чоловіка (шлюб зареєстрований чи громадянські стосунки).

### *Методи дослідження*

#### **1. Опитувальник «Стратегії подолання стресових ситуацій» – SACS (С. Хобфолл)**

Дана методика дозволяє виміряти основні копінг-стратегії, за допомогою яких людина справляється зі стресовою ситуацією. Згідно з теоретичною концепцією С. Хобфолла, копінг є стійкою тенденцією, стратегією поведінки. Автор виокремлює активні та пасивні копінги, просоціальні та антисоціальні, прямі та опосередковані.

Методика містить 54 запитання, що стосуються поведінки людини в різних ситуаціях. Досліджуваний повинен їх оцінити за шкалою від 1 до 5.

Методика дозволяє діагностувати такі шкали:

- асертивні дії;
- вступ в соціальний контакт;
- пошук соціальної підтримки;
- обережні дії;
- імпульсивні дії;
- уникнення;

маніпулятивні (непрямі) дії;

асоціальні дії;

9) агресивні дії.

## **2. «Діагностика рівня емоційного вигорання» В.В. Бойка.**

Дана методика була розроблена В. В. Бойком на основі теоретичної концепції розвитку стресу та його стадій. Як вказує автор методики, емоційне вигорання проходить три стадії розвитку: «напруження, резистенція та виснаження». Кожна з цих стадій має характерні 4 симптоми, одні з них можуть бути більш вираженими – інші – менше чи взагалі не сформуватися.

Тест містить 84 питання, на які респонденти мають відповісти Так чи Ні.

Симптоми фази напруження:

Переживання психотравмуючих обставин.

Незадоволеність собою.

«Загнаність у кут»

Тривога і депресія.

Симптоми фази резистенція:

Неадекватне вибіркове емоційне реагування.

Емоційно-моральна дезорієнтація.

Розширення сфери економії емоції.

Редукція професійних обов'язків.

Симптоми фази виснаження:

Емоційний дефіцит.

Емоційне відчуження.

Особистісне відчуження.

Психосоматичні та психовегетативні порушення.

Аналіз результатів за методикою дозволяє встановити, яка фаза емоційного вигорання сформована, а яка знаходиться в стадії формування чи взагалі відсутня. А також можна діагностувати домінуючі симптоми в кожній фазі емоційного вигорання.

### ***3. Тест «Копінг-стратегії» Р. Лазаруса.***

Методика «Копінг-стратегії» Р. Лазаруса призначена для діагностики копінгів, тобто способів подолання труднощів у різних сферах психічної діяльності. Вона була стандартизована та валідизована Т. Л. Крюковою та Куфтяк Е. В. на вибірці з 1600 випробуваних – як психічно здорових, так і хворих [31].

На думку автора, людина повинна докладати зусиль, щоб впоратися зі складною життєвою ситуацією і для цього вона може або долати труднощі, або їх уникати чи ігнорувати, або ж терпіти їх негативний вплив. І в залежності від власних індивідуальних особливостей індивід буде застосовувати ті чи інші копінг-стратегії. Ми можемо або намагатися змінити ситуацію, або пристосуватися до неї, якщо змінити не в наших силах.

Методика складається з 50 запитань, кожне з яких описує ту чи іншу поведінку в складній ситуації. Респондент має вказати, як часто він застосовує цю манеру поведінки: від 0 (ніколи) до 3 (часто).

Опитувальник містить в собі наступні шкали: конфронтація, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, стратегія втечі-уникнення, планування вирішення проблеми та позитивної переоцінки. Кожна зі шкал може бути виражена на наступних рівнях: адаптивному, адаптаційному пограничному та дезадаптивному.

### ***Методика PSM-25 (психологічний стрес).***

Методика PSM-25 або Шкала PSM-25 Лемура-Тесье-Філліон (LemyrTessier-Fillion) призначена для діагностики психологічного стресу. На відміну від багатьох інших методик, що діагностують швидше фізіологічні та патологічні (граничні) прояви стресу, цей тест націлений на психологічний аспект переживання стресового стану, на психічну напругу.

Адаптація тесту та його переклад здійснена Н. Водопьяновою на вибірці вчителів, студентів та комерційного персоналу, в кількості 500 осіб. Методика призначена для респондентів віком від 18 до 35 років. Автор наводить дані про достатньо високу надійність та валідність адаптованої методики.

Респондентам пропонується оцінити твердження, що описують психічний стан, за 8-бальною шкалою (від 1 – ніколи до 8 – постійно). В результаті можна отримати більше 155 балів, що означатиме високий рівень стресу, від 154 до 100 балів – середній, менше 100 балів – низький.

### **Методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса й Раге**

Методика була розроблена американськими вченими, Холмсом та Раге, які проаналізували вплив стресу на виникнення соматичних захворювань. Автори проаналізували історії життя та хвороб 5 тисяч осіб і встановили, що перед захворюванням більшість людей переживали серйозні потрясіння, причому як радісні, так і сумні.

Сама методика являє собою перелік стресогенних подій, кожен з яких автори оцінили в певну кількість балів.

Респонденту пропонується позначити ті події, які відбулися в його житті протягом останнього року, причому, якщо подія відбувалася двічі,



треба її рахувати так само два рази. Підраховується сума балів за всі події. Якщо вона становить менше 150 балів – це вказує на досить високу стресостійкість; 150-199 – середню; 200-299 – погранична, а 300 та більше – низька, яка вказує на високу вірогідність соматичних та психічних захворювань.

*Анкета пренатального дистресу (PDQ)* (Yali & Lobel; іспанська перевірка Cararros-Gonzalez et al.): PDQ складається зі шкали з 12 пунктів для оцінки стресу, пов'язаного з вагітністю (наприклад, занепокоєння щодо проблем зі здоров'ям), пологи, симптоми тіла, тілесні зміни та/або загальний стан здоров'я дитини). Відповіді цього інструменту надаються за допомогою шкали типу Лайкерта від 0 = «зовсім не» до 4 = «дуже сильно».

*Шкала стійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC)* (Connor & Davidson) в іспанській скороченій формі (Notario-Pacheco et al.): її використовували для оцінки рівня стійкості. Він вимірює здатність справлятися з різними життєвими обставинами, такими як хвороби, зміни, стрес, невдачі, особисті труднощі та почуття горя.

## **2.2 Аналіз результатів дослідження**

**Результати за методикою «Стратегії подолання стресових ситуацій» – SACS С. Хобфолла.**

Аналізуючи отримані результати за методикою С. Хобфолла, можна стверджувати, що у більшості респондентів виражений середній рівень копінг-стратегій.

Серед показників високого рівня дещо вищими є результати за такими копінг-стратегіями: асоціальні, пасивні та прямі, тобто частіше ці респонденти застосовують для подолання стресу уникання, агресивні дії, жорсткість, цинічність та імпульсивні дії (табл. 2.1, рис. 2.1).

Також у 25% вагітних жінок менше виражені просоціальні копінг-стратегії: вступ до соціального контакту, пошук соціальної підтримки та пасивна копінг-стратегія – обережні дії. Можемо припустити, що особливості фізичного та психічного стану вагітної жінки формують такі механізми вирішення проблемних ситуацій, які вимагають терпіння та позитивних думок.

*Таблиця 2.1*

**Відсоткове співвідношення вибору копінг-стратегій вагітних жінок за методикою С.Хобфолла**

№	Стратегії подолання	Модель поведінки (дії)	Ступінь вираженості		
			низький	середній	високий
1	Активна	Асертивні (впевнені дії)	25	60	15
2	Просоціальна	Вступ до соціального контакту	30	60	10
3	Просоціальна	Пошук соціальної підтримки	20	70	10
4	Пасивна	Обережні дії	25	65	10
5	Пряма	Імпульсивні дії	15	65	20
6	Пасивна	Уникання	15	60	25
7	Непряма	Маніпулятивні дії	25	60	15

З іншого боку, враховуючи особливості сучасного життя, постійну економічну нестабільність, стресові ситуації, можна припустити, що перераховані копінг-стратегії якраз і дозволяють вагітним жінкам, долати стрес або уникаючи проблеми, або агресивно реагуючи на ситуацію.

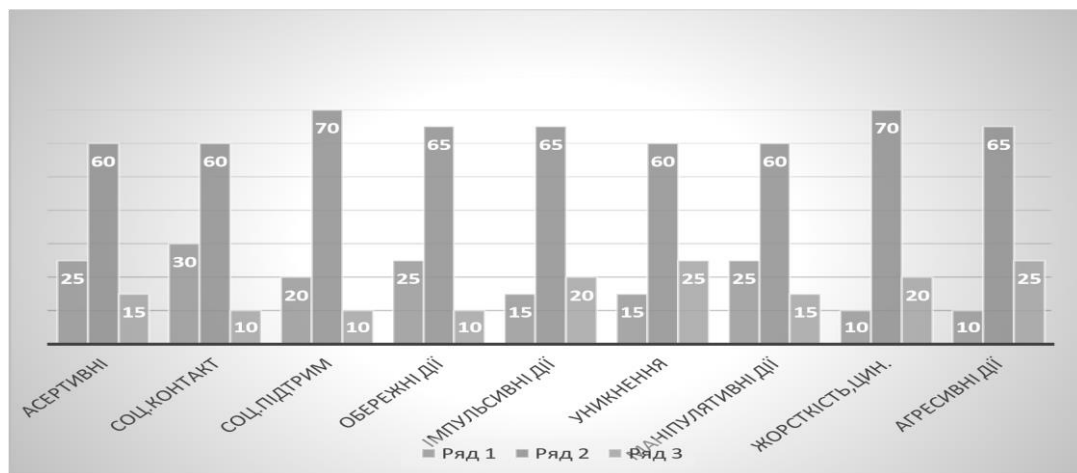


Рис. 2.1 Відсотковий розподіл копінг-стратегій за методикою С. Хобфолла.

Низький рівень асертивних (впевнених) дій – у 25% вагітних жінок викликає занепокоєння, адже саме в вони потребують підтримки збоку.

### Результати за діагностикою рівня емоційного вигорання В. В. Бойка.

Наступними розглянемо результати за методикою діагностики рівня емоційного вигорання В. Бойка (табл. 2.2, рис. 2.2).

Таблиця 2.2.

### Середні показники рівня емоційного вигорання вагітних жінок

Вагітність	Фази емоційного вигорання за В. В. Бойко		
	Напруження	Резистенція	Виснаження
Перша вагітність /перші пологи	31,70	42,90	28,05
Другі або треті пологи	39,62	56,84	36,11
Невдалі попередні спроби вагітності	31,51	51,49	34,51

Як зрозуміло з табл. 2.2, найвищий рівень всіх показників діагностовано в групі респондентів, які мали невдалі попередні вагітності. Саме вони мають найвищі показники напруження, резистенції та вигорання. Можемо припустити, вдала перша вагітність, яка закінчилася народженням дитини не встигли вигоріти та досягти серйозних емоційних порушень та психічної деформації. Цей факт можемо зазначити, як великий запас міцності психічних регуляторів емоційної поведінки.

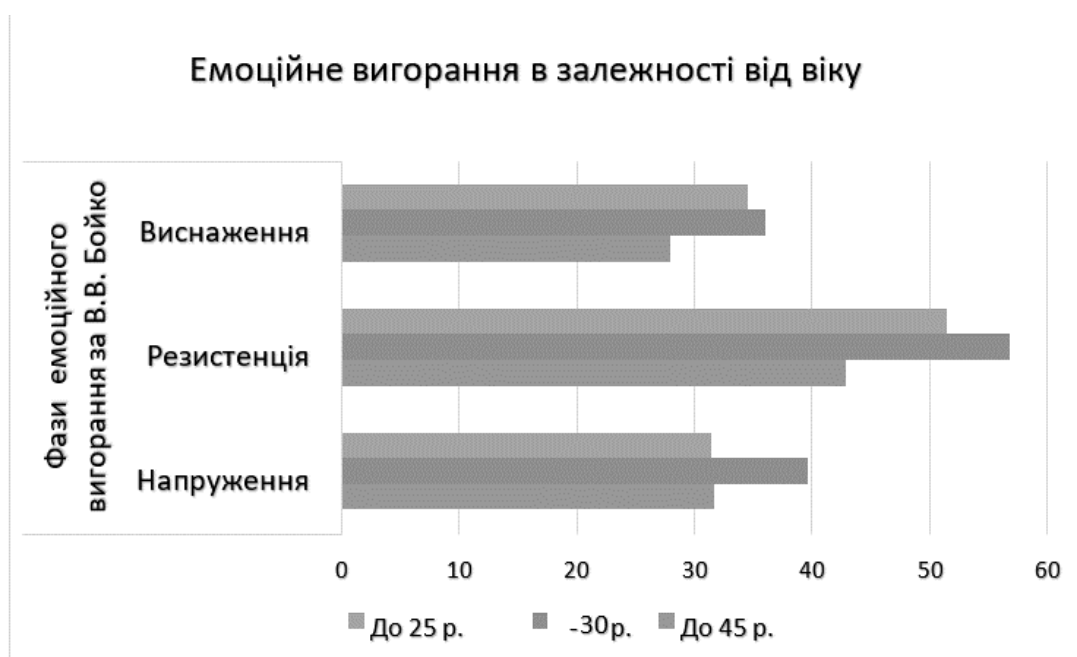


Рис. 2.2. Розподіл показників емоційного вигорання вагітних жінок в залежності від віку

З іншого боку, вагітні жінки, які мають одну або дві дитини мають уяву про цей період.

Серед окремих симптомів у більшості вагітних жінок присутня тривожність, іноді апатія – відсутність реакції страху у надзвичайних ситуаціях, а також іноді виникає відчуття емоційного і фізичного виснаження.

Соціально – психологічні симптоми в основному відсутні, а от поведінкові симптоми проявляються під час навантаження роботи, під час виконання важливих обов'язків, чи застрягання на маленьких дрібницях.

***Результати тесту «Копінг-стратегії» Р. Лазаруса.***

Для виявлення особливостей вибору копінг-стратегій в умовах життєвого стресу у вагітних жінок з різним життєвим досвідом, був проведений аналіз їх відповідей на методики та обраховані відсотки по кожній копінг-стратегії для різних груп (табл. 2.3, рис. 2.3).

У табл. 2.3 представлені дані про особливості використання копінг-стратегій у вагітних 1-ої групи, 2-ої та 3-ої групи, котрі показують яка частина респондентів із загального числа опитуваних обирали той чи інший копінг-механізм.

Як можна побачити з табл. 2.3, є відмінності між респондентами з різним життєвим досвідом за такими копінг-стратегіями, як «дистанціювання», «самоконтроль», «пошук соціальної підтримки», «прийняття відповідальності», «втеча-уникнення», «позитивна переоцінка».

*Таблиця 2.3*

**Особливості використання копінг-стратегій вагітними жінками в залежності від анамнезу вагітностей**

Копінг-стратегії	Перша вагітність /перші пологи	Другі або треті пологи	Невдалі попередні спроби вагітності
Конфротаційний копінг	1%	2%	1%
Дистанціювання	11%	18%	16%

## Продовження таблиці 2.3

Копінг-стратегії	Перша вагітність /перші пологи	Другі або треті пологи	Невдалі попередні спроби вагітності
Самоконтроль	41%	16%	50%
Пошук соціальної підтримки	35%	62%	50%
Прийняття відповідальності	29%	16%	50%
Втеча-уникнення	11%	2%	2%
Планування вирішення проблем	47%	50%	50%
Позитивна переоцінка	33,5%	28%	50%

Звернення до «дистанціювання» респондентами 2-ої та 3-ої групи в різних стресових ситуаціях передбачає певні когнітивні зусилля для зниження її значущості.

В той же час часте використання даного копінг-механізму носить, швидше, характер пасивної адаптації, оскільки не відбувається конструктивного вирішення проблеми. Часте звернення до даного копінг-механізму сприяє прогресу дезадаптації в середовищі.

Зокрема «Дистанціювання» допомагає особистості економити свої емоційні та інтелектуальні ресурси.

Переважання саме такого копінгу у респондентів 2-ої групи можна пояснити, перш за все, досвідом реагування на різні стресові ситуації.

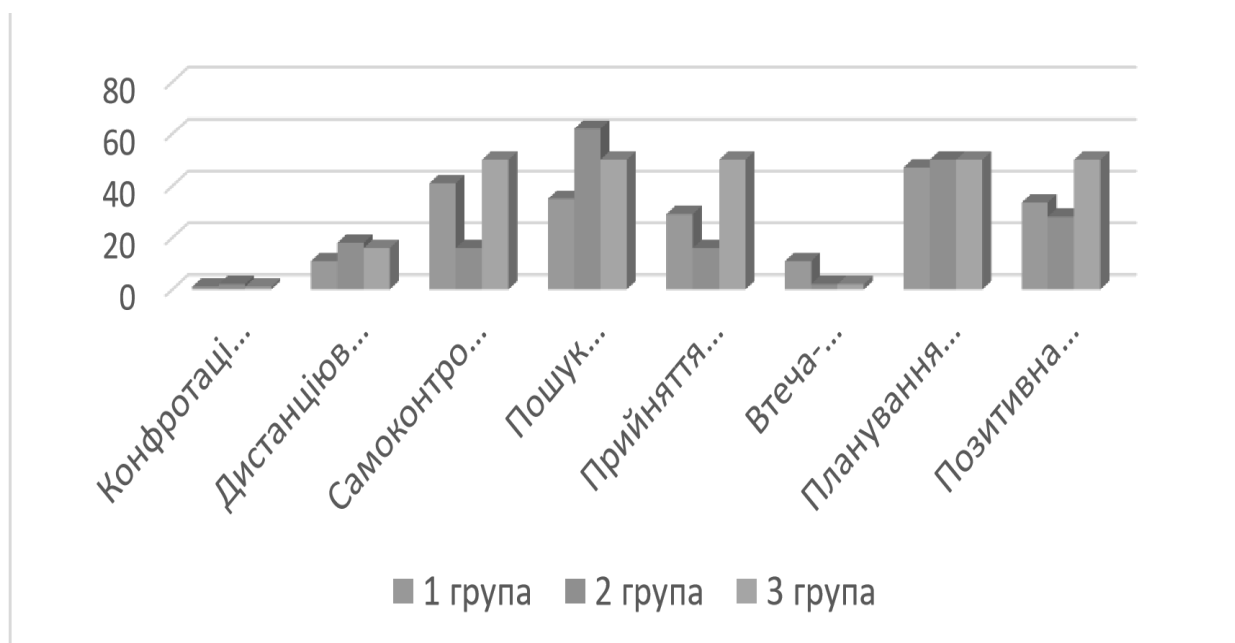


Рис. 2.3. Вибір копінг-стратегій вагітними з різним анамнезом.

Очевидно, що в 2-ій групі, в певному віковому діапазоні, «дистанціювання» виходить на провідні позиції, забезпечуючи, таким чином, пасивну адаптацію до соціуму і збереження психіки особистості самої вагітної.

Переважання «самоконтролю» у вагітних 1-ої та 3-ої групи свідчить про найбільш високу інтенсивність використання даного механізму для вирішення емоційно-стресових і проблемних ситуацій. Якщо проводити паралелі між неусвідомлюваними механізмами психологічного захисту і свідомими копінг-стратегіями, то «самоконтроль» можна порівняти з «інтелектуалізацією», при використанні якої відбувається розумове вирішення різних життєвих проблем.

Домінуюча позиція стратегії «самоконтроль» у респондентів 1 групи пояснюється тим, що переважно це молоді мами, які мають першу вагітність та майбутні перші пологи без негативного досвіду.

Копінг-стратегія «пошук соціальної підтримки» є одним з найпотужніших копінг-ресурсів особистості.

Необхідно зазначити, що соціальна підтримка – це, перш за все, захист, який перешкоджає захворюванню в кризисних і в стресогенних ситуаціях, приводить суб'єкта до думки, що його люблять, цінують, піклуються про нього, і що він є членом соціальної мережі і має з нею взаємні зобов'язання [72, с.150].

Вища вираженість копінг-механізму «пошук соціальної підтримки» може бути пов'язана з тим, що вагітні 2-ої та 3-ої групи вважають звернення до сім'ї, близьких знайомих, родичів, найближчого соціального оточення важливим джерелом підтримки себе і засобом вирішення родинних, побутових, економічних, соціальних проблем.

Враховуючи середній вік в цій групі і систему взаємин, що склалася вже на роботі, в сім'ї, серед колег, друзів, соціальна підтримка в цьому віці виступає необхідним і важливим атрибутом життєдіяльності вагітної.

Менш високі показники «пошуку соціальної підтримки» у респондентів 1-ої групи можна пояснити тим, що не маючи досить ресурсу «соціальної підтримки», вимушені більше розраховувати на себе, на свої знання і вміння. Це відноситься до всіх аспектів життя респондентів 1-ої групи.

Проте необхідно відзначити, що соціальна підтримка може надавати не лише позитивний, але і негативний ефект, останній пов'язаний, перш за все, з недоречним наданням підтримки, що може привести до втрати контролю і безпорадності.

Стратегія «прийняття відповідальності», яка в даному випадку виявилася більш вираженою у респондентів 3-ої групи, має на увазі під



собою визнання своєї ролі в певній проблемі і супроводжується при цьому спробами, діями для її вирішення [73,с.11].

Особливий інтерес представляє порівняння копінг-стратегії «втеча-уникнення» у респондентів 1-ої групи та 2-ої і 3-ої груп. Дані стратегії в цілому неконструктивні, оскільки проблемна ситуація в разі їх використання не вирішується. Більш активне використання саме такого механізму молодими мамами можна пояснити нажаль, у деяких випадках безвідповідальним ставленням до прийняття ситуації.

Зіткнувшись з труднощами, стресовими ситуаціями, такі навіть вважають за краще ненародження дитини. Негативні наслідки стратегії уникнення особливо великі за наявності довгострокових стресорів.

Окремо можна відзначити переважне використання вагітними 3-ої групи копінга «позитивна переоцінка», який полягає в певних зусиллях по наданню проблемній ситуації позитивного значення.

#### **Результати за методикою PSM-25 (психологічний стрес).**

*Таблиця 2.4*

#### **Розподіл показників стресу у працівників поліції охорони**

Шкала	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Психологічний стрес	14 (7 осіб)	56 (28 осіб)	30 (15 осіб)

У вагітних, було виявлено середній рівень стресу (табл. 2.4, рис. 2.4).

Це означає, що у них виникає набагато менше різних невротичних чи психологічних розладів. Також вони мають середній рівень напруженості в певних екстремальних ситуаціях. Середній рівень стресу вказує на

можливість своєчасно та спокійно зреагувати на ту чи іншу негативну інформацію, адекватно себе поводити в надзвичайній ситуації.



Рис. 2.4 Рівень вираженості психологічного стресу вагітних.

Проте слід зазначити, що у 15 осіб діагностовано високий рівень стресу (30%), що може стати на заваді та вимагає відпочинку та психологічної допомоги.

### ***Результати за методикою діагностики рівня стресостійкості Холмса, Раге.***

Втаблиці 2.5 зображено результати співробітників поліції охорони, отримані за методикою діагностики рівня стресостійкості Холмса, Раге. Ця методика вимірює кількість стресових подій в житті людини за останній рік. Чим більше набрано балів, тим меншою є стресостійкість.

Таблиця 2.5

**Розподіл показників стресостійкості у працівників поліції  
охорони**

Шкала	Дуже висока (менше 150 балів)	Висока (150-199 балів)	Середня (200-299)	Низька (300 та більше)
Стресостійкість	16% (8 осіб)	38% (19 осіб)	40% (20 осіб)	6% (3 особи)

Розподіл показників стресостійкості у вагітних подано на рис. 2.5:



Рис. 2.5 Розподіл показників стресостійкості у вагітних

Як можна побачити з табл. 2.5 та рис. 2.5, у більшості респондентів висока та середня стресостійкість, що свідчить про їх успішну адаптацію та здатність витримувати стрес без шкідливих наслідків для організму. У

16% вагітних встановлено дуже високий рівень стресостійкості. І лише 3 особи (6% досліджуваних) отримали низький її рівень, що свідчить про їх вразливість до стресових подій.

### **2.3 Аналіз результатів емпіричного дослідження**

Для встановлення типу розподілу даних нами був використаний критерій Колмагорова-Смірнова. Непараметричні методи у математичній статистиці є методами оцінки теоретичного розподілу ймовірностей за результатами спостережень.

Критерій Колмагорова-Смірнова про перевірку гіпотези щодо однорідності двох емпіричних законів розподілу являє собою один із найбільш широко використовуваних непараметричних методів, через його чутливість до різниць у досліджуваних вибірках [34].

Для аналізу результатів ми використали кореляційний аналіз, оскільки саме завдяки цьому методу ми зможемо побачити зв'язок між змінними, які нас цікавлять.

Кореляційний аналіз – метод обробки статистичних даних, що полягає у встановленні коефіцієнтів кореляції між змінними. Для встановлення кореляційних зв'язків було обрано коефіцієнт кореляції Пірсона, який характеризує існування лінійної залежності між двома величинами [28].

Отримані кореляції представлені в додатку Б.

Проаналізуємо результати кореляційного аналізу між показниками тесту Р. Лазаруса «Способи долаючої поведінки» та методиками на психологічний стрес та стресостійкість (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

**Значимі кореляційні зв'язки між показниками стресу,  
стресостійкості та копінг-стратегіями за методикою Р. Лазаруса**

<b>Показники</b>	<b>Дистанціювання</b>	<b>Самоконтроль</b>	<b>Втеча</b>	<b>Позитивна переоцінка</b>
Психологічний стрес	0,333* 0,015	-0,286* 0,033	0,361** 0,010	
Стресостійкість		0,312* 0,019	- 0,270* 0,040	0,292* 0,029

Примітка: \*- кореляція значима на рівні 0,05

\*\* - кореляція значима на рівні 0,01

Як можна побачити з табл. 2.6, рівень психологічного стресу зростає при застосуванні стратегії дистанціювання та втечі, а високий самоконтроль його зменшує.

Щодо стресостійкості, вона збільшується, якщо людина застосовує копінг-стратегію позитивної переоцінки та самоконтроль, а втеча від вирішення проблем призводить до її зниження.

В табл. 2.6 зображено значимі кореляційні зв'язки між показниками психологічного стресу, стресостійкості та копінг-стратегіями за методикою С. Хобфолла.

Таблиця 2.6

**Значимі кореляційні зв'язки між показниками стресу,  
стресостійкості та копінг-стратегіями за методикою С. Хобфолла**

Показники	Асертивні дії	Обережні дії	Імпульсивні дії	Уникнення
Психологічний стрес	-0,336** 0,008	0,290* 0,030		0,320* 0,015
Стресостійкість			-0,312* 0,019	-0,298* 0,026

Примітка: \*- кореляція значима на рівні 0,05

\*\* - кореляція значима на рівні 0,01

Можемо зробити висновок, що обережні дії та уникнення посилюють стрес у вагітних, а асертивні дії – навпаки, його знижують. Також встановлено обернений зв'язок стресостійкості із імпульсивними діями та уникненням: чим частіше вагітні діють імпульсивно, тим нижчим є рівень їх стресостійкості.

### **Висновки до другого розділу**

Для досягнення мети дипломної роботи було проведене емпіричне дослідження рівня стресу, стресостійкості та визначено домінуючі копінг-стратегії вагітними.

Дослідження проводилося в жіночій консультації м. Миколаєва, вибірку склали 50 осіб, віком 25-45 років.

У дослідженні використано такі методики: Анкета пренатального дистресу (PDQ) (Yali & Lobel; іспанська перевірка Cararros-Gonzalez et al.): PDQ складається зі шкали з 12 пунктів для оцінки стресу, пов'язаного з вагітністю (наприклад, занепокоєння щодо проблем зі здоров'ям), пологи, симптоми тіла, тілесні зміни та/або загальний стан здоров'я дитини). Відповіді цього інструменту надаються за допомогою шкали типу Лайкерта від 0 = «зовсім не» до 4 = «дуже сильно». «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. В. Бойка, Методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса й Раге, Тест PSM-25 (рівень психологічного стресу). Шкала стійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC) (Connor & Davidson) в іспанській скороченій формі (Notario-Pacheco et al.): її використовували для оцінки рівня стійкості. Він вимірює здатність справлятися з різними життєвими обставинами, такими як хвороби, зміни, стрес, невдачі, особисті труднощі та почуття горя. Опитувальник «Стратегії подолання стресових ситуацій» – SACS (С. Хобфолл).

За результатами проведення тесту В. В. Бойко найвищий рівень всіх показників діагностовано в групі респондентів, що мають першу вагітність та перші пологи. На наш погляд, вагітні, що мають в анамнезі першу вагітність та перші пологи, ще не встигли вигоріти та досягти серйозних емоційних порушень та деформації. З іншого боку, вагітні, що мають дві та більше вагітностей, які завершилися пологами, вже звикли до особливих умов життєдіяльності та призвичаїлися до труднощів та напруження.

За методикою «Стратегії подолання стресових ситуацій» С. Хобфолла встановлено, що більшість респондентів мають середній

рівень вираженості всіх копінг-стратегій. Дещо вищим у незначного відсотка вагітних виявився рівень асоціальних, пасивних та прямих копінгів, тобто ці респонденти частіше застосовують для подолання стресу уникання, агресивні дії, жорсткість, цинічність та імпульсивні дії. Для 25% респондентів характерним є низький рівень просоціальних копінг-стратегій: вступ до соціального контакту, пошук соціальної підтримки та пасивна копінг-стратегія – обережні дії.

В результаті проведення копінг-тесту Р. Лазаруса, у вагітних було виявлено, що механізми копінг-поведінки респондентів із різним акушерським анамнезом відрізняються. Це дозволяє сформулювати висновок, що анамнез значно впливає на копінг-поведінку.

Діагностика рівня психологічного стресу показала, що у більшості вагітних наявний середній рівень стресу, а у 30% – високий. Також у більшості респондентів діагностована висока та середня стресостійкість, що свідчить про їх успішну адаптацію та здатність витримувати стрес без шкідливих наслідків для організму. У 16% вагітних встановлено дуже високий рівень стресостійкості. І лише 3 особи (6% досліджуваних) отримали низький її рівень, що свідчить про їх вразливість до стресових подій.

Кореляційний аналіз показав прямі зв'язки рівня психологічного стресу з такими копінг-стратегіями як дистанціювання, уникнення, обережні дії та втеча та обернений зв'язок з самоконтролем та асертивними діями. Стресостійкість прямо пов'язана з самоконтролем та позитивною переоцінкою та обернено – з імпульсивними діями, уникненням та втечею.

Отже, виходячи із сказаного, стає очевидною необхідність своєчасної зовнішньої підтримки, яка б зміцнювала особистісні ресурси,



сприяла соціально адаптивному, ефективному функціонуванню вагітної жінки.

Для вагітної жінки важливо два аспекти, перший з яких є вміння підготуватися до складної ситуації, а другий – вміння діяти в ній, якщо вона вже настала.

Тому виникає необхідність вивчати не лише психосоціальні і особистісні чинники адаптації, але і реалізовувати в рамках психологічних служб практично орієнтовані програми, які націлені на збереження і активізацію компенсаторних, захисних, регуляторних механізмів, що забезпечують життєдіяльність та розвиток особистості, що свідчить про необхідність розробки програми тренінгу зниження рівня тривожності майбутньої матері.

## РОЗДІЛ 3

### РОЗРОБКА ТА РЕАЛІЗАЦІЯ ТРЕНІНГУ ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ СТРЕСУ У ВАГІТНИХ

#### **3.1 Обґрунтування та зміст тренінгової програми «Зниження рівня тривожності майбутньої матусі»**

Проведене емпіричне дослідження рівня стресу, стресостійкості та копінг-стратегій у вагітних дозволило виділити основні «проблемні зони»: досить високий рівень психологічного стресу та низька стресостійкість у значної кількості вагітних, використання асоціальних копінг-стратегій, стратегій уникання та дистанціювання та недостатній рівень просоціальних стратегій (пошук соціальної підтримки, позитивна переоцінка, самоконтроль).

Серед методів роботи зі стресом найбільш ефективним, на наш погляд, є тренінгова робота, яка з одного боку має всі переваги групової терапії, а з іншого – більш короткотривала та відповідає цілям нашого дослідження – знизити рівень стресу у вагітних та навчити їх адаптивним копінг-стратегіям. Саме тому наступним кроком дослідження стала розробка тренінгової програми, спрямованої на зниження рівня стресу у вагітних.

Для проведення тренінгу було обрано 15 вагітних, які за результатами діагностики мали найвищі показники стресу.

Тренінгова програма розрахована на 6 занять, тривалістю по 2 години.

**Цілі тренінгу:** знизити рівень стресу у вагітних, сформувати адаптивні копінг-стратегії.

Програма тренінгу включає в себе наступні **етапи**:

*Перший етап – Організаційний.*

Мета: знайомство з учасниками тренінгу, первинна діагностика очікувань від роботи, орієнтування в програмі, правила групової роботи.

*Другий етап – ознайомлення зі способами зниження рівня стресу.*

Мета: роз'яснення поняття стресу, його проявів та механізмів виникнення; відпрацювання технік релаксації.

*Третій етап – формування адаптивних копінг-стратегій.*

Мета: аналіз переважаючих копінг-стратегій респондентів; навчання новим способам реагування на стресові ситуації. Усунення психічного дискомфорту. Зниження рівня тривожності

*Завдання:*

1. Прийняття себе, особистості.
2. Формування позитивного ставлення до змін, що відбуваються.
3. Створення нового особистого простору.
4. Обізнанність відповідальності.

**Цільова аудиторія:** Жінки, які планують вагітність, вагітні жінки, породіллі.

Ресурси: аркуші папіру, ватман, маркери, свічки.

**Відкриття привітання учасників.**

**Вступне слово:** Доброго дня! Мене звать Катерина Майгур, я починаючий психолог. Це наше перше тренінгове заняття. Починаємо.

Кожного дня ви відчуваєте зміни, які з вами відбуваються. Змінюється все: ваше тіло, ваші відчуття. Ви надто емоційні. Хочеться

плакати, потім сміятися; хочеться цукерку з присмаком перцю. Оточуючі не завжди можуть зрозуміти, від чого ще тривожніше. Ці гормональні зміни є нормою, але від цього теж не стає спокійніше

На цьому тренінгу ви навчитеся краще розуміти себе та інших, дізнаєтеся про себе багато нового та цікавого, почувете, що про вас думають інші.

Тож починаємо.

### **Обговорення правил групи.**

Говорити потрібно коротко, конкретно і тільки те, що сам відчуваєш

Не перебивати.

Ні якої критики особисто, тільки свої почуття

Правило піднятої руки

Кожен має право на свою думку

Конфіденційність

(Кожне правило обговорюється)

### **Вправа на знайомство «Привіт, друже»**

**Мета:** знайомство в групі, початок спілкування, вміння робити компліменти один одному.

Зараз ми з вами познайомимося. Учасники по колу вітаються один з одним, називають своє ім'я, та роблять комплімент наступному учаснику.

На бейджиках всі напишуть свої імена.

– Чи важко вам було зробити комплімент?

– Які відчуття викликала ця вправа?

### **Вправа: «Що очікує кожен учасник групи від цієї зустрічі»**

**Мета:** визначити настрій та сподівання учасників від сьогоднішнього тренінгу.

Учасники можуть написати або вимовити усно свої думки.

Наскільки ми різні. Як по-різному сприймаємо світ, та події в ньому.

### **Вправа – побажання «Свічки»**

Мета: створення позитивної атмосфери

Обладнання: свічки для кожного учасника

Хід вправи: у приміщенні вимикається світло. Тренер роздає учасникам маленькі свічки, сам бере велику свічку, запалює її, говорить слова: «Як одна свічка запалює іншу й однією свічкою запалюють тисячі, так і одне серце запалює інше, і запалюються тисячі сердець».

Учасники по черзі запалюють свічки і говорять побажання. Тест «Дом – дерево – людина» Дж. Бак

Мета: Відображення внутрішнього емоційного стану, відображення того, що насправді відбувається у житті учасника.

### **Інструкція до тесту**

«Візьміть один з цих олівців. Треба якомога краще намалювали будинок, дерево і людину. Ви можете малювати їх так, як Вам захочеться, у всіх важливих, на Ваш погляд, деталях і подробицях».

### ***В процесі проведення тесту «Будинок – Дерево – Людина»***

***важливо записувати:***

- 1) всі аспекти і нюанси, пов'язані з фактором часу:
  - а) кількість часу, що минув з моменту надання дослідником інструкції до того моменту, коли випробуваний приступив до малювання;
  - б) тривалість будь-які паузи, які виникають у процесі малювання;
  - в) загальний час, витрачений випробуваним з того моменту, коли йому була дана інструкція і до того, коли він повідомив, що повністю закінчив малюнок;

2) назви деталей малюнків будинку, дерева і людини в тому порядку, в якому вони були намальовані випробуваним, послідовно пронумеровуючи їх; відхилення від послідовності зображення деталей зазвичай виявляються значущими; точний запис такого випадку необхідний, оскільки може допомогти більш якісно оцінити завершений малюнок;

3) всі спонтанні коментарі, зроблені випробуваним в процесі малювання будинку, дерева і людини в зв'язці з послідовністю намальованих деталей; процес малювання цих об'єктів може викликати коментарі, які, на перший погляд, абсолютно не відповідають зображуваним об'єктам, тим не менш, вони можуть надати багато корисної інформації про досліджуваного;

4) будь-яку емоцію, виявлену випробуваним в процесі виконання тесту в зв'язці з зображуваною в цей момент деталлю; процес малювання часто викликає у випробуваного сильні емоційні прояви і вони повинні бути записані.

### ***Пост-рисунковий опитування до тесту «Будинок – Дерево – Людина»***

Після того, як невербальна фаза тесту «Будинок – Дерево – Людина» завершується, досліднику необхідно запропонувати випробуваному можливість охарактеризувати, описати і проінтерпретувати намальовані об'єкти і те, що їх оточує, а також висловити пов'язані з ними асоціації. Важливо враховувати той факт, що процес малювання будинку, дерева і людини часто пробуджує сильні емоційні реакції, після завершення малюнків випробуваний цілком ймовірно вербалізує те, що до теперішнього часу не міг висловити.

Пост-рисунковий опитування тесту «Будинок – Дерево – Людина», що складається з 64 питань, має «спіралеподібну» структуру, мета якої – уникнути формалізованих відповідей з боку випробуваного і перешкоджати запам'ятовування раніше сказаного ним у зв'язку з конкретним малюнком. Прямі та конкретні питання змінюються більш непрямими і абстрактними.

Особливим способом інтерпретації може бути порядок, в якому виконується малюнок будинка, дерева і людини. Якщо першим намальовано дерево, значить основне для людини – життєва енергія. Якщо першим малюється будинок, то на першому місці – безпека, успіх або, навпаки, нехтування цими поняттями.

***Питання до малюнка про людину:***

- Ч1. Це чоловік або жінка (хлопчик чи дівчинка)?
- Ч2. Скільки йому (їй) років?
- Ч3. Хто він?
- Ч4. Це Ваш родич, друг чи хто-небудь інший?
- Ч5. Про кого Ви думали, коли малювали?
- Ч6. Що він робить? (І де він в цей час знаходиться?)
- Ч7. Про що він думає?
- Ч8. Що він відчуває?
- Ч9. Про що Вас змушує думати намальований людина?
- Ч10. Кого Вам нагадує ця людина?
- Ч11. Ця людина здорова?
- Ч12. Що саме на малюнку справляє на Вас таке враження?
- Ч13. Ця людина щаслива?
- Ч14. Що саме на малюнку справляє на Вас таке враження?
- Ч15. Що Ви відчуваєте по відношенню до цієї людини?

Ч16. Чи вважаєте Ви, що це характерно для більшості людей? Чому?

Ч17. Яка на Ваш погляд погода на малюнку?

Ч18. Кого нагадує Вам ця людина? Чому?

Ч19. Чого найбільше хоче людина? Чому?

Ч20. Як одягнена ця людина?

***Питання до малюнка про дерево:***

Др1. Що це за дерево?

Др2. Де насправді знаходиться це дерево?

Др3. Який приблизний вік цього дерева?

Др4. Це дерево живе?

А. (Якщо випробуваний вважає, що дерево живе)

а) Що саме на малюнку підтверджує, що дерево живе?

б) Чи немає у дерева якоїсь мертвої частини? Якщо є, то яка саме?

в) Чим, на Вашу думку, викликана загибель дерева?

г) Як Ви думаєте, коли це сталося?

Б. (Якщо випробуваний вважає, що дерево мертво)

а) Чим, на Вашу думку, викликана загибель дерева?

б) Як Ви думаєте, коли це сталося?

Др6. Як Ви думаєте, на кого це дерево більше схоже на чоловіка або на жінку?

Др7. Що саме в малюнку підтверджує Вашу точку зору?

Др8. Якби тут замість дерева була людина, в яку сторону вона б дивилася?

Др9. Це дерево стоїть окремо або в групі дерев?

Др10. Коли Ви дивитесь на малюнок дерева, як Вам здається, воно розташоване вище Вас, нижче Вас або знаходиться на одному рівні з Вами?



Др11. Як Ви думаєте, яка погода на цьому малюнку?

Др12. Чи є на малюнку вітер?

Др13. Покажіть мені, в якому напрямку дме вітер?

Др14. Розкажіть докладніше, що це за вітер?

Др15. Якби на цьому малюнку Ви намалювали сонце, де б воно розташовувалося?

Др16. Як Ви вважаєте, сонце знаходиться на півночі, сході, півдні чи заході?

Др17. Про що змушує Вас думати це дерево?

Др18. Про що воно Вам нагадує?

Др19. Це дерево здорове?

Др20. Що саме на малюнку справляє на Вас таке враження?

Др21. Це дерево сильне?

Др22. Що саме на малюнку справляє на Вас таке враження?

Др23. Кого Вам нагадує це дерево? Чому?

Др24. Чого найбільше потребує це дерево? Чому?

Др25. Якби замість птиці (іншого дерева або іншого об'єкта на малюнку, що не має відношення до основного дерева), була людина, то хто б це міг бути?

***Питання до малюнка про будинок:***

Д 1. Скільки поверхів у цього будинку?

Д 2. Цей будинок цегляний, дерев'яний або ще який-небудь?

Д3. Це ваш дім? (Якщо ні, то чий він?)

Д4. Коли Ви малювали цей будинок, кого Ви уявляли собі як його господаря?

Д5. Вам би хотілося, щоб цей будинок був Вашим? Чому?

Д6. Якби цей будинок був Вашим і Ви б могли розпоряджатися ним, так як вам хочеться:

а) Яку кімнату Ви б обрали для себе? Чому?

б) З ким би Ви хотіли жити в цьому будинку? Чому?

Д7. Коли Ви дивитеся на малюнок будинку, він Вам здається розташованим близько чи далеко?

Д8. Коли Ви дивитеся на малюнок будинку, вам здається, що він розташований вище Вас, нижче Вас або приблизно на одному рівні з Вами?

Д9. Про що Вас змушує думати цей будинок?

Д10. Про що він Вам нагадує?

Д11. Цей будинок привітний, доброзичливий?

Д12. Що саме на малюнку справляє на Вас таке враження?

Д13. Чи вважаєте Ви, що ці якості властиві більшості будинків? Чому?

Д14. Яка, на Вашу думку, погода на цьому малюнку?

Д15. Про кого Вас змушує думати цей будинок? Чому?

Д16. У чому найбільше потребує цей будинок? Чому?

Д17. Куди веде цей димохід?

Д18. Куди веде ця доріжка?

Д19. Якби замість дерева (куща, вітряка або будь-якого іншого об'єкта на малюнку, що не має відношення до самого дому) була людина, то хто б це міг бути?

По завершенні етапу тренеру необхідно дізнатися у випробуваного про значення таких незвичайних деталей в малюнку будинку, як розбите скло, дірявий дах, що обвалився димохід і т.д.; в малюнку дерева – рубці, тіні, зламані або мертві гілки і т. д.

Прийнято вважати, наприклад, що рубці на стовбурі дерева, зламані або пошкоджені гілки, майже незмінно символізують «душевні рани» наслідок психологічних травм, перенесених випробуванням в минулому. Час, коли стався травмуючий епізод, можна визначити по розташуванню рубця на стовбурі, приймаючи підставу стовбура біля коріння дерева за період раннього дитинства, Верхівку дерева – за справжній вік випробуваного, а відстаней між ними – за проміжні роки.

Наприклад, якщо 30-річний випробовуваний намалював рубець приблизно на висоті однієї третини стовбура від його заснування, то травмуючий епізод міг імовірно статися в 9-11-річному віці. Дослідник може запитати: «Що незвичайного сталося з Вами, коли Вам було близько 10 років?».

Вважається, що зображення тіні на малюнку має велике значення і може являти собою:

- 1) символізацію почуття тривоги, пережитої випробуванням на свідомому рівні
- 2) наявність фактора, який своїм постійним присутністю в психологічному сьогодні або в недалекому минулому, ймовірно, перешкоджає нормальній інтелектуальній працездатності.

Йдеться про те, що на свідомому рівні зазвичай тіні зображуються на землі, яка символізує реальність. Погіршення інтелектуальної працездатності підтверджується неухильною. Тінь передбачає обізнаність випробуваного про існування іншого елемента – сонця, яке зазвичай забувають намалювати, це, в свою чергу, і має певне якісне значення. Досліднику необхідно звернути увагу, на яку поверхню падає тінь: на воду, землю, сніг або лід ...

Тренеру необхідно постаратися отримати від випробуваного пояснення відсутності звичайних деталей – вікон, дверей або димоходу в малюнку будинку; гілок в малюнку дерева; очей, вух, рота, ступень і т. д. в малюнку людини – в тому випадку, якщо припущення про розумову відсталість випробуваного позбавлене підстави.

Якщо в малюнку відзначені якісь незвичайні позиційні відносини об'єктів, то необхідно визначити, чим це викликано. Наприклад, якщо намальовані похилений будинок, нахил в одну сторону дерево або дерево з скрученим стволом або як нібито падає людина, тренеру необхідно попросити випробуваного пояснити, в чому причина такого становища.

В малюнку дерева кожна сторона має своє тимчасове значення: права – це майбутнє, ліва – минуле, те ж саме, хоча й не настільки виразно, можна сказати і про малюнок будинка. Однак виявилось, що на малюнок людини це, як правило, не поширюється, тому що, якщо говорити про малюнок людини в профіль, правша зазвичай малює фігуру, звернену обличчям вліво, а шульга – звернену вправо.

Тренеру необхідно спробувати встановити причини будь-якого незвичайного положення рук або ніг намальованої людини. Якщо людина намальована в абсолютний профіль, так, що видно тільки одну його сторону, і немає ніяких ознак існування іншої, досліднику необхідно попросити випробуваного описати: 1) положення невидимої руки, 2) якщо що-небудь, є в цій руці, то що саме, 3) що намальована людина цією рукою робить.

Тренеру можна порекомендувати відзначати кружечками номер будь-якого питання, відповідь на який, як йому здається, вимагає додаткового пояснення в подальшій бесіді. Також дуже корисно дати випробуваному

висловити свої асоціації, що стосуються змісту малюнків і пост-рисуночного опитування.

***Пост-рисункове опитування тесту «Будинок - Дерево - Людина» переслідує 2 мети:***

створити сприятливі умови для того, щоб випробуваний, описуючи і коментуючи малюнки, які уособлюють житло, існуючий або той, що колись існував предмет і живе або колись жив людини, міг відбити свої почуття, відносини, потреби т. д .; надати досліднику можливість прояснити будь-які незрозумілі аспекти малюнків.

### *Подарунки*

Ця вправа виконується наприкінці тренінгу.

1. Імена всіх учасників пишуть на листочках і кладуть у коробку.
2. Учасники витягують чиєсь ім'я (не своє). Їм надається час, щоби вгадати подарунок, який би вони подарували цій людині.
3. Кожному надається можливість представити й подарувати уявний подарунок іншому учаснику тренінгу.

### *Дій!*

Мета: сформулювати плани на майбутнє з урахуванням знань, отриманих під час тренінгу

Час: 15 хвилин

1. Запропонуйте кожному учаснику подумати про те, що він отримав від курсу, і що збирається робити після завершення навчання.
2. Запропонуйте учасникам розділити аркуш паперу на три стовпці з написом «Шість місяців», «Три місяці» й «завтра» та заповнити ці стовпці.
3. Дайте учасникам 15 хвилин, а потім попросіть кожного зачитати одну найважливішу річ із колонки.

Формування адаптивних соціально-орієнтованих копінгстратегій.

Інформування учасників щодо існуючих підходів до розуміння копінгу та застосування копінг-стратегій, їх класифікацій.

Аналіз домінуючих копінг-стратегій учасників та обговорення причин їх вибору.

Робота з опанування адаптивними копінг-стратегіями.

Вправа «Поганий настрій».

Тренер пропонує кожному з учасників пригадати ситуацію, коли вони були чимсь розстроєні чи переживали неприємні моменти. А потім розповісти, що саме допомогло пережити цей стан та повернутися до гарного настрою.

Можна поділити групу на 2 команди та влаштувати торги – продавати найкращі методи подолання поганого настрою.

### **Вправа «Рішення проблеми»**

Учасникам пропонується пригадати яку-небудь проблему та чітко її сформулювати. Далі спробувати вирішити її самостійно й розповісти групі про можливі шляхи. Якщо не виходить – запитати себе, до кого б я міг звернутися по допомогу. І останній крок – обрати помічника та попросити його допомогти. Цей останній крок можна розіграти як рольову гру.

Приклади ситуацій: учасник просить колегу допомогти в вирішенні складного робочого завдання; просить подругу допомогти розібратися в особистій проблемі.

Вправа допомагає усвідомити можливість просити по допомогу у інших.

### **Вправа «Карта перешкод»**

Учасникам треба подумати та описати проблему, з якої він не може впоратися. Потім на листку паперу пише: 1. Бажаний результат; 2. Поточний стан справ; 3. Перешкоди.

Далі ведучий формулює завдання: спробуйте обійти перешкоди, із тверджень зробивши запитання, що починаються словом Як? (по 3 до кожної перешкоди).

Вправа вчить переформулювати проблеми в цілі: переходити від роздумів про те, що викликає труднощі, не влаштовує, створює перешкоди, до постановки цілей і пошуку шляхів подолання перешкод.

Проводиться повторна діагностика учасників методикою на психологічний стрес з метою вимірювання динаміки роботи в групі.

Підведення підсумків. Прощання.

### **3.2 Аналіз ефективності впровадження тренінгової програми**

Перевірка ефективності тренінгової програми проводилось на вибірці з 15 вагітними, у яких було діагностовано високий рівень стресу. Після закінчення проходження тренінгової програми було проведене повторне тестування методикою PSM-25 (психологічний стрес) для діагностики рівня психологічного стресу респондентів.

Відмінність між показниками стресу до та після проходження тренінгової програми оцінювалась за допомогою t-критерію Стьюдента для залежних вибірок. Цей тест призначений для порівняння двох залежних вибірок і ґрунтується на порівнянні середніх значень однієї й тієї самої вибірки до та після впливу. Результати порівняння рівня стресу респондентів до та після тренінгу наведено в табл. 3.2

Статистична двостороння значимість менше 0,05, що свідчить про наявність значимих відмінностей між вибірками та дозволяє зробити висновок про зменшення рівня стресу в результаті проходження тренінгу.

Таблиця 3.2

**Значимі відмінності в показниках стресу у вагітних, n=15**

Показник	До тренінгу	Після тренінгу	Значимість t
Психологічний стрес	158	134	0,016

Як показано в табл. 3.2 та на рис. 3.1, у вагітних, які пройшли тренінгову програму, знизився рівень стресу, що вказує на важливі зміни в їх способі реагування на несподівані ситуації. Якщо до участі в тренінгу в середньому по групі було діагностовано високий рівень стресу, то після його проходження середнє арифметичне стало 134, що вказує на середній рівень стресу.

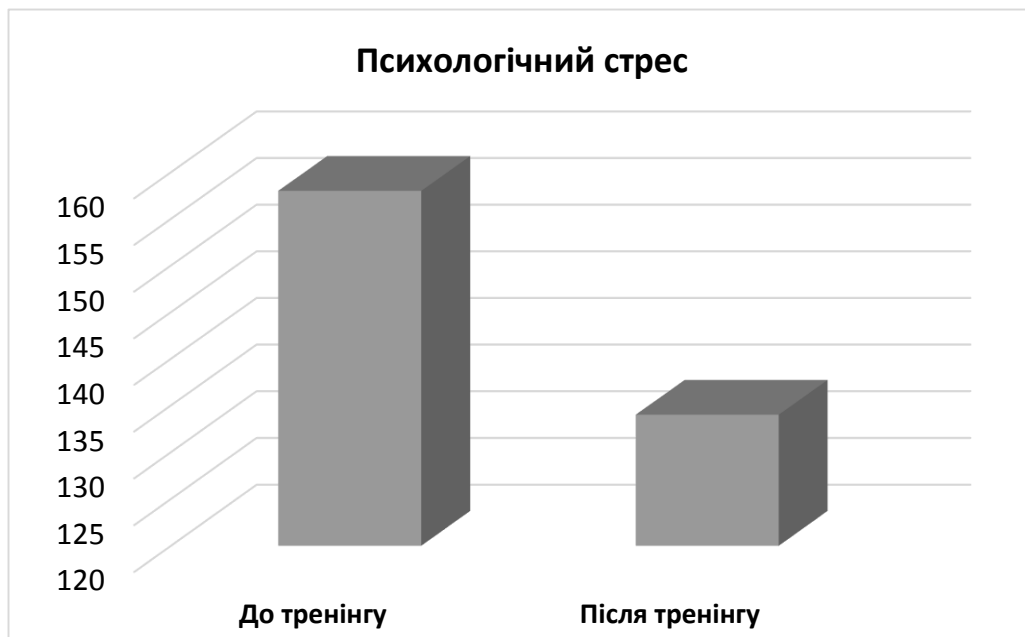


Рис. 3.1 Динаміка рівня психологічного стресу вагітними після проходження тренінгової програми.



Можна стверджувати, що у вагітних в результаті проведення тренінгової програми значно зменшився рівень стресу, що вказує на ефективність програми та дозволяє рекомендувати її для роботи психологам з метою зниження рівня стресу.

### **3.3 Рекомендації щодо саморегуляції емоційної сфери вагітних жінок**

Пологові заняття в поєднанні з елементами психопрофілактики та психоосвіти готують жінок та їхніх партнерів до пологів і впливають на рівень їх сприйнятого стресу та розладів настрою. Участь у цих заняттях може стати формою підтримки для вагітних жінок або можливістю підвищити самоефективність і почати саморегуляцію емоційної сфери. Метою цього дослідження було оцінити емоційний стан, соціальну підтримку та самоефективність вагітних жінок, які відвідують заняття з пологів.

Багато факторів впливають на емоційний стан вагітної жінки, в тому числі соціальна підтримка. Соціальний супровід – це добровільна дія особи (надавача) на користь іншої особи (отримувача). Реакція реципієнта на це позитивна і може бути негайною або відстроченою [25, с.15].

Постачальник такої підтримки може бути членом сім'ї, партнером, другом або іншою особою чи установою, і підтримка може надаватися в різних формах (емоційна, фізична, інструментальна, інформаційна тощо) [10, с.25]. Дослідження де Кастро та ін. підтверджує, що соціальна підтримка є захисним фактором, який запобігає післяпологовій депресії.

Інші дослідження підкреслюють зв'язок між наявністю депресії та тривоги перед пологами та поганими подружніми стосунками, епізодом психічного захворювання, негативним ставленням до вагітності та відсутністю соціальної підтримки, що підвищує ризик післяпологової депресії [13, с.15].

Відсутність соціальної підтримки також є фактором ризику депресії під час вагітності [19, с.56].

Відчуття самоефективності також видається важливим під час вагітності та підготовки до пологів. Більш високе почуття власної ефективності підвищує мотивацію діяти, навіть перед обличчям збільшення невдач і проблем, і це пов'язано з кращими індивідуальними досягненнями (як в особистому, так і в професійному житті). Навпаки, низька самоефективність пов'язана з високим рівнем стресу, симптомами депресії, тривогою та безпорадністю [16, с.17].

Крім того, згідно з дослідженнями, правильно підібрані фізичні вправи (рекомендовані на заняттях з пологів) і фізична активність під час вагітності допомагають підготувати жінок та їхні тіла до пологів, знижуючи ризик депресії [19, с.20]

### **Висновки до третього розділу**

В цьому розділі було розроблено тренінгову програму, спрямовану на зниження рівня стресу у вагітних та перевірено її ефективність.

Розробка тренінгової програми здійснювалася в 3 етапи. На 1-му етапі було встановлено рівень стресу у вагітних та відібрано 15 осіб з високим рівнем психологічного стресу для участі в тренінгу; 2 етап –

розробка та проведення тренінгу; 3 етап – перевірка ефективності тренінгової програми.

Тренінгова програма розрахована на 6 занять, тривалістю по 2 години. Метою тренінгу було знизити рівень стресу у вагітних, сформувати адаптивні копінг-стратегії.

Програма тренінгу включає в себе наступні етапи: організаційний (2 години) – знайомство з учасниками тренінгу, первинна діагностика очікувань від роботи, орієнтування в програмі, правила групової роботи. Ознайомлення з способами зниження рівня стресу (6 годин): роз'яснення поняття стресу, його проявів та механізмів виникнення; відпрацювання технік релаксації. Формування адаптивних копінг-стратегій (4 години): аналіз переважаючих копінг-стратегій респондентів; навчання новим способам реагування на стресові ситуації.

Отже, оцінка ефективності тренінгової програми відбувалася за допомогою повторної діагностики рівня стресу у вагітних методикою PSM-25. Встановлено значимі відмінності за допомогою t-критерію Стьюдента для залежних вибірок між першим та другим тестуванням. Аналіз порівняння рівня стресу респондентів до та після проходження тренінгової програми показав статистично значиме зниження рівня стресу (на рівні значимості 0,05), що доводить ефективність розробленої програми, її дієвість та дозволяє рекомендувати для зниження рівня стресу.

## ВИСНОВКИ

1) Здійснено теоретико-методологічний аналіз проблеми тривожності вагітної жінки, уточнено її психологічну сутність.

Тривога є однією з поширених проблем зі здоров'ям, особливо під час вагітності, сильна тривога має значний вплив на біологічні показники новонародженого, такі як зріст, вага та окружність голови, хронічне або надзвичайне занепокоєння матері також може спричинити зміни в кровотоці до дитини, що ускладнює доставку кисню та інших важливих поживних речовин до органів дитини, що розвиваються. Тривожність від помірної до важкої під час вагітності має значний вплив на когнітивні та психічні розлади дітей, які іноді є стабільними та серйозно загрожують здоров'ю дітей.

Виокремлено чинники психологічного впливу на переживання жінки в період вагітності. У першому розділі кваліфікаційної роботи вивчено чинники психологічного впливу на переживання жінки в період вагітності.

Розкрито особливості психоемоційного стану жінок під час фізіологічного та патологічного перебігу вагітності.

2) Визначено материнські установки, позицію та ставлення. Досліджено емоційний стан жінок під час фізіологічного та патологічного перебігу вагітності. Для досягнення мети дипломної роботи було проведене емпіричне дослідження рівня стресу, стресостійкості та визначено домінуючі копінг-стратегії вагітними.

3) Дослідження проводилося в жіночій консультації м. Миколаєва, вибірку склали 50 осіб, віком 25-45 років. У дослідженні використано такі методики: Анкета пренатального дистресу (PDQ) (Yali & Lobel; іспанська

перевірка Cararros-Gonzalez et al.): PDQ складається зі шкали з 12 пунктів для оцінки стресу, пов'язаного з вагітністю (наприклад, занепокоєння щодо проблем зі здоров'ям), пологи, симптоми тіла, тілесні зміни та/або загальний стан здоров'я дитини). Відповіді цього інструменту надаються за допомогою шкали типу Лайкерта від 0 = «зовсім не» до 4 = «дуже сильно».

«Діагностика рівня емоційного вигорання» В. В. Бойка, Методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса й Раге, Тест PSM-25 (рівень психологічного стресу). Шкала стійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC) (Connor & Davidson) в іспанській скороченій формі (Notario-Pacheco et al.): її використовували для оцінки рівня стійкості. Він вимірює здатність справлятися з різними життєвими обставинами, такими як хвороби, зміни, стрес, невдачі, особисті труднощі та почуття горя. Опитувальник «Стратегії подолання стресових ситуацій» – SACS (С. Хобфолл).

За результатами проведення тесту В. В. Бойко найвищий рівень всіх показників діагностовано в групі респондентів, що мають першу вагітність та перші пологи. На наш погляд, вагітні, що мають в анамнезі першу вагітність та перші пологи, ще не встигли вигоріти та досягти серйозних емоційних порушень та деформації. З іншого боку, вагітні, що мають дві та більше вагітностей, які завершилися пологами, вже звикли до особливих умов життєдіяльності та призвичаїлися до труднощів та напруження.

За методикою «Стратегії подолання стресових ситуацій» С. Хобфолла встановлено, що більшість респондентів мають середній рівень вираженості всіх копінг-стратегій. Дещо вищим у незначного відсотка вагітних виявився рівень асоціальних, пасивних та прямих копінгів, тобто ці респонденти частіше застосовують для подолання стресу уникання, агресивні дії, жорсткість, цинічність та імпульсивні дії. Для 25% респондентів

характерним є низький рівень просоціальних копінг-стратегій: вступ до соціального контакту, пошук соціальної підтримки та пасивна копінг-стратегія – обережні дії.

В результаті проведення копінг-тесту Р. Лазаруса, у вагітних було виявлено, що механізми копінг-поведінки респондентів із різним акушерським анамнезом відрізняються. Це дозволяє сформулювати висновок, що анамнез значно впливає на копінг-поведінку.

Діагностика рівня психологічного стресу показала, що у більшості вагітних наявний середній рівень стресу, а у 30% – високий. Також у більшості респондентів діагностована висока та середня стресостійкість, що свідчить про їх успішну адаптацію та здатність витримувати стрес без шкідливих наслідків для організму. У 16% вагітних встановлено дуже високий рівень стресостійкості. І лише 3 особи (6% досліджуваних) отримали низький її рівень, що свідчить про їх вразливість до стресових подій.

Кореляційний аналіз показав прямі зв'язки рівня психологічного стресу з такими копінг-стратегіями як дистанціювання, уникнення, обережні дії та втеча та обернений зв'язок з самоконтролем та асертивними діями. Стресостійкість прямо пов'язана з самоконтролем та позитивною переоцінкою та обернено – з імпульсивними діями, уникненням та втечею.

Виходячи із сказаного, стає очевидною необхідність своєчасної зовнішньої підтримки, яка б зміцнювала особистісні ресурси, сприяла соціально адаптивному, ефективному функціонуванню вагітної жінки.

Для вагітної жінки важливо два аспекти, перший з яких є уміння підготуватися до складної ситуації, а другий – уміння діяти в ній, якщо вона вже настала.

Тому виникає необхідність вивчати не лише психосоціальні і особистісні чинники адаптації, але і реалізовувати в рамках психологічних служб практично орієнтовані програми, які націлені на збереження і активізацію компенсаторних, захисних, регуляторних механізмів, що забезпечують життєдіяльність та розвиток особистості.

4) Розроблено та апробовано тренінгову програму «Зниження рівня тривожності майбутньої матері», спрямовану на зниження рівня тривожності майбутніх мам в умовах невизначеності.

Оцінка ефективності тренінгової програми відбувалася за допомогою повторної діагностики рівня стресу у вагітних методикою PSM-25. Встановлено значимі відмінності за допомогою t-критерію Стьюдента для залежних вибірок між першим та другим тестуванням. Аналіз порівняння рівня стресу респондентів до та після проходження тренінгової програми показав статистично значиме зниження рівня стресу (на рівні значимості 0,05), що доводить ефективність розробленої програми, її дієвість та дозволяє рекомендувати для зниження рівня стресу.

5) На основі виконаного дослідження сформовано рекомендації щодо саморегуляції емоційної сфери вагітних жінок. Таким чином, метою цього дослідження було оцінити емоційний стан, отриману соціальну підтримку та самоефективність вагітних жінок, які відвідують тренінги або заняття з підготовки до пологів. Питаннями дослідження були такі: чи існує зв'язок між емоційним станом, як до, так і під час вагітності, та отриманою соціальною підтримкою? Чи позитивно впливає участь у тренінгах або заняття з підготовки до пологів на емоційний стан жінки та почуття власної ефективності. Участь у пологових заняттях пов'язана з поліпшенням емоційного стану вагітних і підвищенням їх самоефективності.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Астремська І.В. Командний підхід у супервізії соціальної роботи/ І.В.Астремська. *Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В.О.Сухомлинського*: збірник наукових праць. 2012. Т.2 Вип. 9. 286с.
2. Астремська І.В. Моделі супервізії. *Науковий часопис національного педагогічного університету імені М.П.Драгоманова*. Серія 16.Творча особистість учителя: проблеми теорії і практики: збірник наукових праць. Вип.15 (25). 2012. С.3-6.
3. Альдер Дж., Фінк Н., Бітцер Дж. та ін. Депресія та тривога під час вагітності: фактор ризику для акушерського, плодового та неонатального результатів? Критичний огляд літератури. *Лондон*. 2007 р.; 20 :189–209.
4. Бейдун Х., Сафтлас А.Ф. Наслідки для фізичного та психічного здоров'я пренатального материнського стресу в дослідженнях на людях і тваринах: огляд останніх даних. *Педіатр Перінат Епідеміол*. 2008. № 290. С.595–596.
5. Бірнс Х. та Хей Д.Ф. (1988). Різні обличчя материнства . Нью-Йорк, Лондон: Конференція:10.1007/978-1-4899-2109-3
6. Боровикова Н. В. Адаптація до нового образу «Я» у вагітних жінок. *Вісник Балтійської Академії* . 1998. №15, С. 81–86.
7. Брутман, В. І., Варга, А. Й., Хамітова, І. У. Вплив сімейних факторів на формування девіантної поведінки матері. *Психологічний журнал*. 2000. №2. С. 79–87.
8. Деббінк М.П., Бадер М.Д.М. Расова сегрегація та низька вага при народженні в мегаполісах Мічигану. *Медичний журнал*. 2011. №101. С.1714–1720.



9. Димнова Т. І. (1998). Залежність характеристик подружньої сім'ї і від батьківської. *Вопросы психологии*. №2. С.46–54.
10. Емде Р. Н. і Хармон Р. Г. (1982). Розробка прикріплених і партнерських систем. Нью-Йорк: Plenum Press. doi:10.1007/978-1-4684-40768
11. Ісеніна, Є. І., Барановська, Т. І. (1999). Про передумови основних якостей матері / О.В. У Н.Ю. гездецька (Ред.). Харків Теорія мови та мови: історія та сучасність. (с. 176–182). Іванівський державний університет.
12. Кон І. С. Етнографія батьківства. 2000.302с.
13. Копил, О. А., Баженова, О. В. і Баз Л.Л. (1994) Київ. Готовність до материнства. Сінапс.
14. Лав С, Девід Р.Дж., Ранкін К.М., Коллінз Дж.В. Дослідження вивірювання: вплив довічного економічного середовища та віку матері на низьку вагу при народженні, малий для гестаційного віку та передчасні пологи в афроамериканок і білих жінок. . 2010.№17. С.127–134.
15. Лодердейл Д.С. Результати пологів у жінок з арабськими іменами в Каліфорнії до та після 11 вересня. *Демографія*. 2006. №43. С.185-201.
16. Місра Д.П., Гаєр Б., Оллстон А. Інтегрована основа перинатального здоров'я: модель багатьох детермінант із підходом до тривалості життя. . 2003. № 2. С.65–75.
17. Мещерякова С.Ю., Авдєєва Н.М., Ганошенко Н.І. (1996). Вивчення психологічної готовності до материнства як фактора розвитку наступних взаємовідношень матері і дитини. *Філософія. психологія. Соціологія* .
18. Овчарова Р. В. Психологічний супровід батьківства. *Інститут психотерапії*. Харків, 2003.№4.С.46-49.

19. О'Доннелл К, О'Коннор Т. Г., Гловер В. Пренатальний стрес і нервовий розвиток дитини: фокус на осі НРА та ролі плаценти. *Далас*. 2009. №31. С.285–292.
20. Черніков, А. В. (2001). Системна сімейна терапія. Інтегративна модель діагностики / Системна сімейна терапія. Інтегративна діагностична модель]. Харків М.: Кл. №4. С.41-44.
21. Філіппова Г. Г. (2002). Конференція по проблемам материнства. Питання психології. №6. С. 141–143.
22. Філіппова Г. Г. (2002). Психологія материнства. Київ М.: Інститут психотерапії. №3. С. 128–134.
23. Філіппова Г.Г. (2003 ). Перинатальна психологія, психологія родительства, нова область дослідження в психології. *Журнал практичної психології*. №45, С.3–21.
24. Behrman RE, Stith Butler A. Preterm birth: causes, consequences, and prevention. National Academies Press; Washington, DC: 2006. [Google Scholar].
25. Borders AEB, Grobman WA, Amsden LB, Holl JL. Chronic stress and low birth weight infants in a population of low-income women. *Obstet Gynecol*. 2007.№ 109. С.331-338. [ PubMed ] [ Google Scholar ]
26. Buss C, Davis EP, Muftuler T, et al. High pregnancy anxiety during mid-pregnancy is associated with reduced gray matter density in 6- to 9-year-old children. *Psychoneuroendocrinology*. 2010; 35C.141-153. [PMC Free Article ] [ PubMed ] [ Google Scholar ]
27. Culhane JF, Elo IT. Neighborhood context and reproductive health. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 192: S22-S29. [ PubMed ] [ Google Scholar ]

28. Charil A, Laplante DP, Vaillancourt C, King S. Prenatal stress and brain development. *Brain Res Rev.* 2010; 65:56-79. [ PubMed ] [ Google Scholar ]
29. Coe CL, Lubach GR. Fetal programming: the prenatal origins of health and disease. *Curr Dir Psychol Sci.* 2008; 17 :36-41. [ Google Scholar ].
30. Conde A, Figueiredo B, Tendais I, et al. Maternal anxiety and depression and related risk factors during early pregnancy: effects on fetal growth and act.
31. Davis EP, Sandman CA. Timing of in utero maternal cortisol exposure and psychosocial stress are associated with child cognitive development. *Child Dev.* 2010; 81:131-148. [PMC Free Article ] [ PubMed ] [ Google Scholar ]
32. DiPietro J. The role of prenatal maternal stress in child development. *Curr Dir Psychol Sci.* 2004; 13 :71-74. [ Google Scholar ]
33. DiPietro JA, Hilton SC, Hawkins M, et al. Maternal stress and exposure influence fetal neurobehavioral development. *Dev Psychol.* 2002; 38 :659-668. [ PubMed ] [ Google Scholar ]
34. De Weerth C, Buitelaar JK. Physiological stress reactivity in human pregnancy: a review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2005; 29 :295-312.[ PubMed ][ Google Scholar ]
35. Dunkel Schetter C. The psychological science of pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and new research issues. *Annu Rev Psychol.* 2010; 62 :531-558. [ PubMed ] [ Google Scholar ]
36. Dunkel Schetter C, Glynn L. Stress in pregnancy: empirical evidence and theoretical issues to guide interdisciplinary researchers. Y: Contrada R, Baum A, editors. *Handbook of Stress Science: Biology, Psychology, and Health.*

springer publishing company; New York, NY: 2011. C. 321-343. [Google Scholar].

37. Dunkel Schetter C. Stress processes during pregnancy and preterm labor. *Curr Dir Psychol Sci.* 2009; 18 :205-209. [ Google Scholar ].

38. Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, et al. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol.* 2003; 157 :14-24. [ PubMed ][ Google Scholar ]

39. Dunkel Schetter C. Stress and anxiety in human pregnancy: powerful and still mysterious. Presentation at the annual meeting of the Academy of Behavioral Medicine; Park City, Utah. 2011. [Google Scholar].

40. Dunkel Schetter C, Lobel M. Pregnancy and childbirth: a multilevel analysis of stress and birth weight. *V: Revenson T, Baum A, Singer J, editors. Handbook of health psychology 2.* Lawrence Erlbaum; Mahwah, NJ: 2011. C. 427-453. [Google Scholar].

41. Fransson E, Ortenstrand A, Hjelmstedt A. Antenatal depressive symptoms and preterm birth: a prospective study of a Swedish national sample. *Birth.* 2011; 38 :10-16. [ PubMed ] [ Google Scholar ]

42. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, et al. The impact of comorbid depression and anxiety on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behav Dev.* 2010; 33:23-29. [PMC Free Article ] [ PubMed ] [ Google Scholar ]

43. Flynn HA, O'Mahen HA, Massey L, Marcus S. The impact of an obstetric clinic-based intervention on treatment utilization for perinatal depression. *J Womens Health (Larchmt)* 2006; 15:1195-1204. [ PubMed ] [ Google Scholar ]

44. Glover W, Bergman K, Sarkar P, O'Connor T. The relationship between maternal cortisol and amniotic fluid is moderated by maternal anxiety. *Psychoneuroendocrinology.* 2009; 34 :430-435. [ PubMed ] [ Google Scholar ]

45. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, et al. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth retardation. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67:1012-1024. [PMC Free Article ] [ PubMed ] [ Google Scholar ]

46. Goedhart G, Snijders AC, Hesselink AE, et al. Symptoms of maternal depression in relation to perinatal mortality and morbidity: results from a large multiethnic cohort study. *Psychosom Med*. 2010; 72 :769-776. [ PubMed ] [ Google Scholar ]

47. Giscombé CL, Lobel M. Explaining the disproportionately high rates of adverse birth outcomes among African Americans: the impact of stress, racism, and related factors during pregnancy. *Psychol Bull*. 2005; 131 :662-683. [PMC Free Article ] [ PubMed ] [ Google Scholar ]

48. Hobel CJ, Goldstein A, Barrett ES. Psychosocial stress and pregnancy outcome. *Clin Obstet Gynecol*. 2008; 51 :333-348. [ PubMed ][Google Scholar ]

49. Hogue CJR, Hoffman S, Hatch MC. Stress and preterm labor: a conceptual framework. *Pediatr Perinat Epidemiol*. 2001; 15 :30-40. [ PubMed ] [ Google Scholar ]

50. Huizink AC, Mulder EJ, Buitelaar JK. Prenatal stress and risk of psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility? *Psychol Bull*. 2004; 130 :115-142. [ PubMed ] [ Google Scholar ]

51. Kramer MS, Lydon J, Seguin L et al. Stress pathways to spontaneous preterm labor: the role of stressors, psychological distress, and stress hormones. *Am J Epidemiol*. 2009; 169:367-371. [ PubMed ] [ Google Scholar ]

52. Kashan AS, Abel CM, McNamee R, et al. Higher risk of schizophrenia in offspring after maternal antenatal exposure to serious adverse life events. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 65 :146-152. [ PubMed ] [ Google Scholar ]

53. Kinsella MT, Monk C. Effects of maternal stress, depression, and anxiety on fetal neurobehavioral development. *Clin Obstet Gynecol.* 2009; 52:425-440. [PMC Free Article ] [ PubMed ] [ Google Scholar ]
54. Leith KL, Fitelson EM, Weston CA, Wiesner KL. Childbirth and psychiatric disorders. *Int Rev Psychiatr.* 2010; 22:453-471. [PMC Free Article ] [ PubMed ] [ Google Scholar ]
55. Mennes M, Stiers P, Lagae L, Van Den Bergh B. Long-term cognitive consequences of maternal anxiety: involvement of the orbitofrontal cortex. *Neurosci Biobehav Rev.* 2006; 30 :1078-1086. [ PubMed ] [ Google Scholar ]
56. Mattie S, Ross-Hamid S. Reliability of DSM symptoms for depression and anxiety disorders in pregnancy. *J Affect Disorder.* 2011; 133 :546-552. [ PubMed ] [ Google Scholar ]
57. O'Connor TG, Ben-Shiomo Y, Heron J, et al. Prenatal anxiety predicts individual differences in cortisol levels in preadolescent children. *Biological Psychiatry.* 2005; 58 :211-217. [ PubMed ] [ Google Scholar ]
58. Orr S, Reiter J, Blazer D, James S. Maternal prenatal anxiety related to pregnancy and spontaneous preterm birth in Baltimore, Maryland. *Psychosom Med.* 2007; 69 :566-570. [ PubMed ] [ Google Scholar ]
59. O'Mahan HA, Flynn H. Benefits and perceived barriers to treatment of depression in the perinatal period. *J Womens Health (Larchmt)* 2008; 17 :1301-1309. [ PubMed ] [ Google Scholar ]. Dunkel Schetter C, Dolbier C. Resilience in the context of chronic stress in adults. *Soc Psychological Compass.* 2011; 5:634-652. [PMC Free Article ] [ PubMed ] [ Google Scholar ]
72. Lu MC, Kotelchuck M, Culhane JF, et al. Preconception between pregnancies: the content of prenatal care. *Maternal Child Health J.* 2006; 10: S107-S122. [PMC Free Article ] [ PubMed ] [ Google Scholar ]

60. Paulson JF, Dauber S, Leiferman J. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*. 2006; 118 :659-668. [ PubMed ] [ Google Scholar ]

61. Parker Dominguez T, Dunkel Schetter C, Glynn LM, et al. Racial differences in birth outcomes: the role of general stress, pregnancy, and racism. *Health Psychologist*. 2008; 27 :194-203. [PMC Free Article ] [ PubMed ] [ Google Scholar ]

62. Roesch SC, Dunkel Schetter C, Woo G, Hobel CJ. Modeling the types and timing of stress during pregnancy. *Coping with anxiety stress*. 2004; 17 :87-102. [ Google Scholar ]

63. Ross LE, McLean L. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67 :1285-1298. [ PubMed ] [ Google Scholar ]

64. Rini CK, Dunkel Schetter C, Wadhwa PD, Sandman CA. Psychological adjustment and birth outcomes: the role of personal resources, stress, and sociocultural context during pregnancy. *Health Psychologist*. 1999; 18 :333-345. [ PubMed ] [ Google Scholar ]

65. Rogal SS, Poschman K, Belanger K et al. The impact of posttraumatic stress disorder on pregnancy outcomes. *J Affect Disorder*. 2007; 102:137-143. [PMC Free Article ] [ PubMed ] [ Google Scholar ]

66. Swalm D, Brooks J, Doherty D, et al. Use of the Edinburgh Postpartum Depression Scale to detect perinatal anxiety. *Arch Womens Ment Health*. 2010; 13 :515-522. [ PubMed ] [ Google Scholar ]

67. Schneider ML, Moore KF The effects of prenatal stress on development: a nonhuman primate model. Y: Nelson CA, editor. *The impact of*

early adversity on neurobehavioral development. Earlbaum; Mahwah, NJ: 2000. C. 201-243. [ Google Scholar ].

68. Van den Bergh BRH, Mulder EJH, Mennes M, Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and neurobehavioral development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2005; 29:237-258. [ PubMed ] [ Google Scholar ]

69. Thombs BD, de Jonge P, Coyne JC, et al. Depression screening and cardiovascular disease outcomes. *JAMA.* 2008; 300 :2161-2171. [ PubMed ] [ Google Scholar ]

70. Woods SM, Melville JL, Guo Y, et al. Psychosocial stress during pregnancy. *AJOG.* 2010; 202:61.e1-61.e7.[PMC Free Article ] [ PubMed ] [ Google Scholar ]

71. Weinstock M. Long-term behavioral consequences of intrauterine stress. *Neurosci Biobehav Rev.* 2008; 32 :1073-1086. [ PubMed ] [ Google Scholar ]



## ДОДАТКИ

## Додаток А

Тест стосунків вагітної (ТОБ) розроблений І.В. Добряковим у 2003 році. В основі цього тесту лежить концепція гестаційної домінанти, введеної І.А. Аршавським. Гестаційна домінанта – спрямованість реакцій організму жінки на створення оптимальних умов для внутрішньоутробного розвитку дитини. І.В. Добряков виділяє 5 типів психологічного компонента гестаційної домінанти:

Оптимальний – природне, без зайвої тривоги, ставлення до вагітності. Вагітна жінка стежить за своїм здоров'ям, виконує рекомендації лікарів. При цьому не знижує своєї активності, займається на курсах допологової підготовки. Подружня підсистема, як правило, зріла, дитина бажана обома з подружжя.

Тривожний – суб'єктивна переоцінка наявних проблем або нездатність пояснити причину тривоги. Часто тривога впливає на соматичний стан жінки. А часом є виправданою через наявність захворювань, проблем у сім'ї або недостатню матеріальну стійкість. Найчастіше підвищена тривожність викликана неправильними діями медичного персоналу, з яким спілкується жінка під час вагітності. Більшість вагітних із цим типом переживання стають домінантними матерями, які надмірно піклуються.

Ейфоричний – декларація надмірної любові до майбутньої дитини, перебільшення труднощів і нездужань, у поодиноких випадках маніпулювання вагітністю, використання її в меркантильних цілях. Часто відзначається у жінок істеричного типу особистості або у жінок, які тривалий час лікувалися від безпліддя. Такі жінки вимагають до себе підвищеної уваги, виконання забаганок.

Гіпогестогнозичний (такий, що ігнорує) — небажання змінювати свій життєвий сценарій у зв'язку з вагітністю, що настала. Зустрічається у молодих дівчат, які не бажають брати академічну відпустку або відмовлятися від активного соціального життя (походи, дискотеки); у зрілих жінок, захоплених своєю кар'єрою. У них часто не вистачає часу, щоб достатньою мірою займатися своїм здоров'ям, відвідувати лікарів, стати на облік у консультацію.

Депресивний – різко знижений фон настрою у вагітних. Страх перед пологами, вихованням дитини. Неприйняття змін у тілі, відчуття себе некрасивою і небажаною. Часто така поведінка зустрічає нерозуміння в сім'ї

вагітної жінки, що ще більше посилює депресивний стан. Так само може бути спровокована діями медичного персоналу. До групи жінок із депресивним компонентом потрапляє частина матерів-відмовниць і жінок, для яких характерні емоційне відкидання і жорстоке поводження з дитиною.

Тест містить 3 блоки тверджень, які відображають ставлення жінки до себе вагітної, ставлення жінки в системі "мати-дитя" та ставлення вагітної жінки до ставлення до неї оточуючих. У кожному блоці виокремлюється три розділи. Розділ складається з 5-ти тверджень, що відображають тип компонента гестаційної домінанти. Таким чином, максимальний бал за кожним типом ПКГД дорівнює 9, а мінімальний - 0. Якщо в результаті тестування набрано 7 балів і вище за одним із типів ПКГД, то він вважається визначальним.

Інструкція: "Просимо Вас із п'яти тверджень, представлених у блоках, вибрати одне, що найповніше відображає Ваш стан".

А

І 1. Ніщо не приносить мені такого щастя, як свідомість того, що я вагітна.

2. Я не відчуваю жодних особливих емоцій, пов'язаних із тим, що я вагітна.

3. Відтоді, як я дізналася, що вагітна, я перебуваю в нервовому напруженні.

4. Здебільшого мені приємно усвідомлювати, що я вагітна.

5. Я дуже засмучена тим, що вагітна.

ІІ 1. Вагітність змусила мене повністю змінити спосіб життя.

2) Вагітність не змусила мене істотно змінити спосіб життя, але я стала де в чому себе обмежувати.

3 Вагітність я не вважаю приводом для того, щоб змінювати спосіб життя.

4. Вагітність так змінила спосіб мого життя, що воно стало прекрасним.

5. Вагітність змусила мене відмовитися від багатьох планів, тепер не судилося збутися багатьом моїм надіям.

ІІІ 1. Я намагаюся взагалі не думати ні про вагітність, ні про майбутні пологи.

2. Я постійно думаю про пологи, дуже їх боюся.

3) Я думаю, що під час пологів усе можу зробити правильно і не відчуваю особливого страху перед ними.

4. Коли я замислююся про майбутні пологи, настрій у мене погіршується, оскільки я майже не сумніваюся в їхньому поганому результаті.

5. Я думаю про пологи, як про майбутнє свято.

Б

I 1. Я сумніваюся в тому, що зможу справлятися з обов'язками матері.

2. Я вважаю, що не зможу стати хорошою матір'ю.

3 Я не замислююся про майбутнє материнство.

4. Я впевнена, що стану прекрасною матір'ю.

5. Я вважаю, що якщо постараюся, то зможу стати хорошою матір'ю.

II 1. Я часто із задоволенням уявляю собі дитину, яку виношую, розмовляю з нею.

2. Я розумію дитину, яку виношую, захоплююся нею і вважаю, що вона знає і розуміє все, про що я думаю.

3) Я постійно турбуюся про стан здоров'я дитини, яку виношую, намагаюся її відчувати.

4. Я не думаю про те, якою буде дитина, яку виношую.

5. Я часто думаю про те, що дитина, яку виношую, буде якоюсь неповноцінною, і дуже боюся цього.

III 1. Я не думаю про те, як буду годувати дитину грудьми.

2. Я із захопленням уявляю собі, як буду годувати дитину грудьми.

3) Я думаю, що буду годувати дитину грудьми.

4. Я турбуюся про те, що в мене будуть проблеми з годуванням грудьми.

5. Я майже впевнена, що навряд чи зможу годувати дитину грудьми.

В

I 1. Вважаю, що вагітність зробила мене ще прекраснішою в очах батька моєї дитини.

2. Моя вагітність ніяк не змінила ставлення до мене батька моєї дитини.

3 Через вагітність батько моєї дитини став уважніше і тепліше ставитися до мене.

4. через вагітність я стала некрасивою, і батько моєї дитини став холодніше ставитися до мене.

5. Боюся, що зміни, пов'язані з вагітністю, можуть погіршити ставлення до мене батька моєї дитини.

II 1. Більшість близьких мені людей поділяють мою радість з приводу вагітності, і мені добре з ними.

2. Не всі близькі мені люди достатньо раді тому, що я вагітна, не всі розуміють, що я тепер потребую особливого ставлення.

3 Більшість близьких мені людей не схвалюють те, що я вагітна, мої стосунки з ними погіршилися.

4. Мене мало цікавить ставлення до моєї вагітності навіть близьких мені людей.

5. Деякі близькі мені люди ставляться до моєї вагітності неоднозначно, і це мене тривожить.

III 1. Мені завжди болісно соромно, коли оточуючі помічають, що я "при надії".

2. Мені трохи не по собі, коли оточуючі помічають, що я "при надії".

3) Мені приємно, коли оточуючі помічають, що я "при надії".

4. Мені наплювати, помічають оточуючі чи ні, що я "при надії".

5. Я не відчуваю особливої ніяковості, якщо оточуючі помічають, що я "при надії".

#### Обробка результатів

Після виконання завдання необхідно перенести результати в наступну таблицю, зазначивши в кожному блоці відповідну обраному твердженню цифру (див. таблицю 2).

У нижньому рядку таблиці - "Усього" - виставляється результат підрахунку кількості позначених цифр (балів, не суми цифр!) у кожному стовпчику. Стовпець "О" відображає твердження, що характеризують переважно оптимальний тип психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД), "Г" - гіпогестогнозичний, "Е" - ейфоричний, "Т" - тривожний, "Д" - депресивний.

Тест дає змогу не тільки визначити тип ПКГД за переважанням обраних тверджень, а й провести якісний аналіз, виявити ті стосунки, які потребують корекції.

На основі результатів дослідження вагітну можна віднести до однієї з трьох груп, які потребують різної тактики проведення допологової підготовки та, за необхідності, надання психологічної допомоги.

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

Другу групу можна назвати "групою ризику". До неї слід включати жінок, які мають ейфоричний, гіпогестогнозичний, іноді тривожний типи ПКГД. У них відзначається підвищена ймовірність розвитку нервово-психічних порушень, соматичних захворювань або загострення хронічних розладів.

Третя група складається з жінок, які також мають гіпогестогнозичний і тривожний типи ПКГД, але вираженість їхніх клінічних проявів значно більша, ніж у представниць другої групи. Сюди слід включати всіх, хто має депресивний тип ПКГД. Багато вагітних жінок із цієї групи виявляють нервово-психічні розлади різного ступеня тяжкості та потребують індивідуального спостереження і лікування у психотерапевта або психіатра.

Таблиця для внесення результатів обстеження за "Тестом стосунків вагітної"

П/п	Розділи	О	Г	Е	Т	Д
А	I	4	2	1	3	5
	II	2	3	4	1	5
	III	3	1	5	2	4
Б	I	5	3	4	1	2
	II	1	4	2	3	5
	III	3	1	2	5	4
В	I	3	2	1	5	4
	II	1	4	2	5	3
	III	5	4	3	2	1
Всього						

Додаток Б

## **Поради щодо покращення психічного самопочуття під час вагітності**

Емоційні відчуття під час вагітності є звичайним явищем через гормональні зміни. Отже, це природно відчувати більше стресу або тривоги, ніж зазвичай. І, як майбутні мами, ваше емоційне благополуччя можна легко не помітити, зосередившись на зростаючій дитині.

Існує багато практичних способів подбати про своє емоційне благополуччя. Наступні пропозиції базуються на тому, що мами розповідали нам, щоб впоратися з чорними днями під час вагітності.

*«Я не дуже хотіла бачити людей, робити що-небудь. Я не відчувала ентузіазму з приводу вагітності, не дуже хотіла готуватися до неї, не дуже швидко купувала дитячий одяг, прикрашала дитячі чи робила щось подібне. Я просто хотів ігнорувати це, і щоразу, коли я думав про це, я просто відчував справжню тривогу з цього приводу».*

### **Обговоріть це**

Бути мамою може бути самотньою справою, тому знайомство з іншими батьками може стати порятунком. Ви можете поділитися бідами батьківства та посміятися над не дуже смішними аспектами мами чи вагітності.

Дізнайтеся про допологові курси поблизу вас. Ви можете зустріти мам, які чекають дітей в такий же час. Якщо ви соромитеся, подивіться, що відбувається в Інтернеті. Спілкування з людьми на форумах може бути корисним виходом для ваших страхів і тривог.

Не забувайте, що ваша акушерка також поруч з вами, якщо вам потрібно поговорити.

*«Підтримка, яку я отримав від моїх друзів, була неймовірною, від випадкових запитань «Як справи у тебе з дитиною?» текстових повідомлень, до випадкових стьобів, до чатів "Мені справді хтось потрібен". Одного разу кілька друзів просто відмовилися від того, що вони роблять, щоб прийти до мене додому та витягти мене звідти, оскільки знали, що я в такому стані. Я міг не вважати себе більш щасливим називати цих хлопців своїми друзями».*

Дізнайтеся, коли отримати допомогу.

### **Складіть план благополуччя**

Наш онлайн-план благополуччя — це інструмент, який допоможе вам почати думати про те, як ви себе почуваєте та яка підтримка вам може знадобитися під час вагітності та після пологів.

Ви можете використовувати його, щоб допомогти вам поговорити зі своїм партнером, родиною, друзями чи акушеркою про те, як ви себе відчуваєте.

### **Вправа**

Ви можете спробувати плавати, ходити, бігати, танцювати, йогу. Все, що вам підходить, продовжуйте робити це під час вагітності.

Вправи дають вам можливість зосередитися на чомусь іншому, і це чудово для вас і здоров'я вашої дитини. Сплеск ендорфінів або розтяжки, що знімають стрес, можуть допомогти вам почуватися добре та краще спати.

*«Я любила йогу для вагітних. Це був час «я», і я почувалася так розслаблено після цього».*

Дізнайтеся більше про фізичні вправи під час вагітності.

### **Спробуйте медитацію, дихальні техніки або пологи в гіпнозі**

Багато мам вважають, що техніки медитації та дихання допомагають їм розслабитися під час вагітності та впоратися з болем під час пологів.

*«Найкраще, що я робила, — це медитація, включно з позитивною візуалізацією. Після важких перших пологів я зрозуміла, що можу створити власний позитивний простір і вдруге відчувати атмосферу. Я почувалася спокійною та разом, навіть коли мені було боляче. Медитація також дала мені змогу проміжок у моїй вагітності від того, щоб бути мамою малюка».*

Дізнайтеся більше про гіпнопологи.

### **Побалувати себе**

Чому б не замовити частування на кожен місяць вашої вагітності? Це може бути що завгодно: від походу в кінотеатр чи вечері до масажу чи манікюру.

Це дасть вам щось очікувати, подалі від усіх думок про вагітність і дітей (та інших дітей, якщо вони у вас є).

*"Я замовляла одну годину процедури щотижня перед пологами. Я робила масаж спини або рефлексотерапію, залежно від того, як я почувалася. Найкращі гроші, які я коли-небудь витратила!"*

### **Отримайте додаткову підтримку**

Зверніться по допомогу, якщо вам важко впоратися з вагітністю емоційно чи фізично. Чи то допомога по дому, чи покупки, чи догляд за дітьми. Намагайтеся не виснажувати себе.

*«Під час моєї другої вагітності я весь час відчувала себе виснаженою та емоційно. Я вирішила віддавати сина няні на шість годин щотижня і*

*просто мати час «для себе» або можливість неквапливо займатися своїми справами».*

### **Розгляньте консультацію**

Іноді легше поговорити з людиною, яка вас не знає. Консультація може надати безпечний простір, щоб висловити всі свої хвилювання та спробувати зрозуміти або контролювати будь-які негативні думки. Ви можете самостійно направити себе до місцевої консультаційної служби або попросити направлення у свого лікаря загальної практики. Ви також можете заплатити за приватну консультацію.

*«Консультації допомогли мені пережити перший триместр моєї другої вагітності після викидня. Мене охопила тривога до такого стану, коли я відчувала, що не можу працювати ні на роботі, ні вдома. Я була одержима ідеєю, що це повториться знову. Консультування дало мені можливість поговорити про свої хвилювання та сумувати за моєю першою дитиною. Терапевт також дав мені методи керування своїми тривогами».*

Дізнайтеся, яка допомога та підтримка доступні.

### **Спробуйте додаткові методи лікування**

Якщо вам важко розслабитися, ви можете спробувати додаткову терапію, наприклад акупунктуру, рефлексотерапію або шиацу. Додаткові методи лікування, як правило, безпечні для використання під час вагітності, але порадьтеся зі своєю акушеркою, перш ніж щось спробувати. Ви також повинні завжди звертатися до кваліфікованого лікаря для будь-якого лікування.

*«Другий раз я вважала вагітність радше неприємністю, ніж радістю. Я була настільки відволікалася на свого вимогливого, енергійного малюка, що в мене майже не було часу думати про вагітність. Це змусило мене почуватися жахливо винуватим і невдячним».*

### **Знайдіть способи підключитися до своєї дитини**

Матері розповідали нам, що зосередження на дитині протягом короткого часу щодня допомогло їм почувати себе краще під час вагітності.

*«Я намагався щодня приділяти деякий час зосередженню на дитині — це могло бути просто покладання рук на живіт, коли вони б'ються. Думки про мою дитину, а не про все інше, що відбувається навколо мене, трохи допомогло трохи».*

### **Відвідайте курси до пологів**

Іноді хвилювання про народження вашої дитини можуть обтяжувати вас і впливати на вашу вагітність.



Готуючись до пологів, дізнавшись про свої варіанти та способи впоратися зі страхами та болем, наприклад, пологи під гіпнозом, ви можете розслабитися та більше насолоджуватися вагітністю.

Дізнайтеся про місцеві курси пологів і поговоріть зі своєю акушеркою про всі можливі варіанти.

Дізнайтеся більше про допологові курси тут.

### **Поговоріть зі своєю акушеркою**

Якщо ваші тривоги чи настрій впливають на ваше повсякденне життя, будь ласка, не соромтеся поговорити зі своєю акушеркою. Багато мам почувуються так, і ваша акушерка готова вам допомогти.

Не тисніть на себе занадто сильно, щоб почуватися добре.

### **Просити про допомогу**

Вагітність може бути дуже емоційним досвідом, і іноді буває важко зрозуміти, чи можна керувати своїми почуттями, чи це ознака чогось більш серйозного. Довіряйте собі. Ви найкраще судите, чи нормальні для вас ваші почуття. Поговоріть зі своєю акушеркою або лікарем загальної практики, якщо ви відчуваєте слабкість більше двох тижнів.