

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Навчально-науковий медичний інститут

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра психології

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри психології

_____ А. І. Яблонський

“ _____ ” _____ 20__ року

УДК 159.922.7:316.427

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему: **ПСИХОЛОГІЧНА ГОТОВНІСТЬ ЖІНОК З РІЗНИМ ТИПОМ
ПКГД ДО МАТЕРИНСТВА**

Керівник: доктор психологічних наук,
професор кафедри психології
Яблонський Андрій Іванович
(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент: _____
(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконав: студентка VI курсу групи 667 Мз
Андрєєва Валентина Іванівна
(П.І.Б.)

Спеціальності: 053 «Психологія»
(шифр і назва спеціальності)

ОПП: «Сімейна психологія з основами
психотерапії»

Миколаїв – 2024 рік

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Інститут, факультет, відділення	Навчально-науковий медичний інститут
Кафедра, циклова комісія	кафедра психології
Рівень вищої освіти	другий (магістерський)
Спеціальність	053 «Психологія»
ОПП	«Сімейна психологія з основами психотерапії»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології

А.І.Яблонський

“ ”

2024 року

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

Андресвій Валентині Іванівні

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи): Психологічна готовність жінок з різним типом ПКГД до материнства

керівник роботи: Яблонський Андрій Іванович, доктор психол. наук, професор кафедри психології.

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджена наказом вищого навчального закладу від **«3» листопада 2023 року № 220.**

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) **«22 листопада 2024 року»**

3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: вступ, основна частина, висновок, список використаних джерел та літератури, додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) згідно з планом кваліфікаційної роботи магістра.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) не планується

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Яблонський А.І.		
Розділ 1	Яблонський А.І.		
Розділ 2	Яблонський А.І.		
Розділ 3	Яблонський А.І.		
Висновки	Яблонський А.І.		

7. Дата видачі завдання **26.09.2024**

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1.	Вступ до кваліфікаційної роботи	вересень 2024	
2.	Розділ 1. Теоретичні основи психологічної готовності до материнства жінок із різним типом ПКГД	жовтень 2024	
3.	Розділ 2. Емпіричне дослідження психологічної готовності жінок із різним типом ПКГД до материнства	жовтень 2024	
4.	Розділ 3. психологічні рекомендації щодо покращення психологічної готовності жінок із різним типом ПКГД до материнства	жовтень 2024	
5.	Висновки	листопад 2024	
6.	Переддипломна практика	02.09 – 16.09. 2024	
7.	Оформлення списку використаних джерел та літератури, додатків	листопад 2024	
8.	Попередній захист	22.11.2024	
9.	Рецензія на дипломну роботу	02.12.2024	
10.	Захист дипломної роботи	17.12 2024	

Студентка

(підпис)

Андрєєва В. І.

(прізвище та ініціали)

Керівник проєкту (роботи)

(підпис)

Яблонський А.І.

(прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ДО МАТЕРИНСТВА ЖІНОК ІЗ РІЗНИМ ТИПОМ ПКГД.....	9
1.1 Визначення поняття «психологічна готовність до материнства».....	9
1.2 Теорії гестаційної домінанти та типи її психологічного компоненту....	18
1.3 Фактори, що впливають на психологічну готовність до материнства жінок із різним типом ПКГД.....	26
Висновки до першого розділу.....	32
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ЖІНОК ІЗ РІЗНИМ ТИПОМ ПКГД ДО МАТЕРИНСТВА.....	34
2.1 Характеристика методів та психодіагностичного інструментарію емпіричного дослідження.....	34
2.2 Аналіз результатів діагностики психологічної готовності до материнства жінок із різним типом ПКГД.....	45
Висновки до другого розділу.....	56
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ЖІНОК ІЗ РІЗНИМ ТИПОМ ПКГД ДО МАТЕРИНСТВА.....	58
3.1 Вплив психологічного компоненту гестаційної домінанти на готовність до материнства.....	58
3.2 Програма психологічної підтримки жінок з різними типами ПКГД у формуванні готовності до материнства.....	61
3.3 Аналіз ефективності застосування програми психологічної підтримки у формуванні готовності до материнства.....	78
Висновки до третього розділу.....	89
ВИСНОВКИ.....	91
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	94
ДОДАТКИ.....	104

ВСТУП

Актуальність дослідження. Період вагітності є однією з найбільш значущих і водночас складних фаз у житті жінки. Вступ до материнства потребує не лише фізичної підготовки, але й глибокої психологічної готовності. Психологічна готовність до материнства включає в себе відношення жінки до вагітності, її емоційний стан, адаптаційні можливості та очікування щодо майбутньої ролі матері. Різні психологічні аспекти мають значний вплив на готовність жінок до материнства. Індивідуальні переконання, цінності та страхи щодо материнства можуть впливати на рішення про становлення матері. Взаємини з батьками та підтримка оточуючих можуть зміцнювати або, навпаки, ставити під сумнів готовність жінки до відповідальності за дитину. Стан психічного здоров'я, включаючи депресію та стрес, може впливати на психологічну готовність жінки до материнства, роблячи його більш чи менш прийнятним. Успішність партнерських відносин також може бути важливою складовою готовності жінки до материнства, враховуючи підтримку та допомогу, яку може надати партнер. Емоційна зрілість та впевненість у власних здібностях можуть також визначати готовність жінки прийняти виклики та радості материнства. Врахування цих психологічних аспектів є важливим для розуміння та підтримки жінок у процесі становлення матері.

Гестаційна домінанта, або комплекс психологічних факторів, які визначають відношення жінки до материнської ролі, має великий вплив на готовність жінок до материнства та формується через різноманітні аспекти, такі як її особистість, ставлення до дітей, сприйняття материнства та стосунки з власною матір'ю. Як ключовий психологічний компонент, гестаційна домінанта формується в процесі вагітності і визначає, як жінка сприймає свою нову роль. Гестаційна домінанта визначається як особливість психічного стану жінки під час вагітності, її емоційно-психологічний фон, внутрішні конфлікти, ставлення

до майбутньої материнської ролі та інші аспекти, які впливають на її готовність стати матір'ю.

Готовність жінки до материнства може залежати від того, наскільки вона ідентифікує себе як майбутню матір, наскільки вона відчуває себе готовою до викликів, пов'язаних з вихованням дитини, та наскільки позитивно вона ставиться до самого процесу материнства. Гестаційна домінанта може змінюватися впродовж часу, залежно від життєвого досвіду, впливу оточуючих та інших факторів. Розуміння цього впливу дозволяє підтримувати жінок у процесі прийняття рішення щодо материнства та надавати їм необхідну підтримку у важливий період їхнього життя.

Різні типи гестаційної домінанти можуть суттєво впливати на психологічну готовність до материнства, що, в свою чергу, впливає на загальний рівень стресу, адаптацію до нових умов та взаємодію з дитиною. Розуміння різних типів психологічного компоненту гестаційної домінанти дозволяє визначити фактори, які впливають на готовність жінок до материнства, що є важливим для розвитку психологічних та медичних підходів до підтримки жінок у процесі вирішення питань, пов'язаних з материнством.

Питання психологічної готовності жінок із різним типом ПКГД до материнства розглядали у працях як вітчизняних так і зарубіжних науковців, таких як В. В. Аршавський, В. М. Астахов, В. В. Баришнікова, О. М. Бацилєва, П. Дж. Брантон, М. С. Ващук, В. В. Вишньовський, Д. В. Віннікот, О. М. Гомонюк, Н. В. Даниленко, І. В. Добряков, Ю. П. Коренєва, Б. М. Круз, С. Ліндберг, А. А. Молотокас, К. С. Новікова, М. Б. Перун, І. В. Пузь, Е. Саймс, В. Г. Сюсюка, О. Л. Туриніна, Д. М. Туркова, Т. В. Фартушок, Г. Г. Філіппова, Т. В. Чередниченко, Н. В. Якимчук та багато інших

Отже, дослідження психологічної готовності жінок до материнства з урахуванням різного типу психологічного компоненту гестаційної домінанти є актуальним і важливим, оскільки дозволяє краще зрозуміти, як індивідуальні психологічні особливості впливають на готовність до материнства. Це знання може допомогти у створенні ефективних методів психологічної підтримки для

вагітних жінок, що забезпечить їм необхідну допомогу в період вагітності та підвищить якість їхнього материнства.

Таким чином, основні аспекти виявлення індивідуальних психологічних особливостей та потреб жінок з різним типом психологічного компоненту гестаційної домінанти (далі – ПКГД) зумовило вибір актуальної теми дослідження «Психологічна готовність жінок із різним типом ПКГД до материнства».

Мета роботи полягає у теоретичному та емпіричному обґрунтуванні особливостей психологічної готовності жінок із різним типом ПКГД до материнства.

Відповідно до мети були визначені **завдання** дослідження:

- здійснити теоретичний аналіз психологічної готовності до материнства жінок із різним типом психологічного компоненту гестаційної домінанти;
- охарактеризувати методику та організаційні аспекти емпіричного дослідження;
- емпірично дослідити стан психологічної готовності до материнства жінок із різним типом ПКГД;
- розробити програму психологічної підтримки жінок з різними типами ПКГД у формуванні готовності до материнства та перевірити ефективність її застосування.

Об’єкт дослідження – феномен психологічного компоненту гестаційної домінанти.

Предмет дослідження – психологічна готовність до материнства жінок із різним типом психологічного компоненту гестаційної домінанти.

Методи дослідження. З метою розв’язання поставлених завдань та забезпечення об’єктивності дослідження у процесі роботи були застосовані теоретичні методи (системно-структурний метод; метод теоретичного аналізу та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження; метод порівняльного аналізу й узагальнення даних), експериментальні методи (метод наукового

спостереження; метод анкетування; методи психодіагностичного обстеження); математико-статистичні методи.

Під час проведення експериментального дослідження застосовувався комплекс психодіагностичних методик – тест на виявлення психологічного компоненту типу гестаційної домінанти вагітної жінки (опитувальник «Тест ставлень вагітних» Е. Г. Ейдемільер, І. В. Добряков, І. М. Микільська); тести на виявлення рівня стресу та тривожності (тест на визначення рівня стресу (за В. Ю. Щербатих); шкала тривоги Гамільтона; тест тривожності Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI)).

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилося в жіночій консультації на базі Комунального некомерційного підприємства «Врадіївська центральна районна лікарня», с. Врадіївка, Первомайський район, Миколаївська область. Загальна кількість вибірки становила 20 вагітних жінок.

Теоретична та практична значущість дослідження. Дослідження сприяє поглибленню розуміння різних аспектів психологічної готовності жінок до материнства, зокрема через призму гестаційної домінанти. Вивчення різних типів психологічного компоненту гестаційної домінанти допомагає виявити, як ці типи впливають на готовність жінок до материнства, що розширює теоретичні уявлення про цей процес. Результати дослідження можуть допомогти у розробці ефективних програм психологічної підтримки та консультування для жінок, що готуються до материнства. Знання про різні типи психологічного компоненту гестаційної домінанти дозволяє створювати персоналізовані рекомендації для жінок, враховуючи їх індивідуальні потреби та психологічний стан. Практичні результати дослідження можуть бути використані для розробки тренінгів і курсів, які допоможуть жінкам краще підготуватися до материнства з урахуванням їх психологічного компонента. Виявлені аспекти можуть бути корисні для медичних працівників, психологів та соціальних служб, які займаються підготовкою жінок до материнства, що сприятиме більш ефективному наданню послуг.

Апробація результатів дослідження.

- Андреева В. І. Психологічний аспект готовності жінок до материнства / Технології, інструменти та стратегії реалізації наукових досліджень: збірник наукових праць з матеріалами VIII Міжнародної наукової конференції, м. Рівне, 30серпня, 2024р. / Міжнародний центр наукових досліджень. Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп». 2024. С. 136-138.

- Андреева В. І., Яблонський А. І. Поняття та значення гестаційної домінант в психології материнства / Розвиток сучасної науки: актуальні питання теорії та практики: матеріали VI Всеукраїнської студентської наукової конференції, м. Кропивницький, 20 вересня, 2024 рік // ГО «Молодіжна наукова ліга». Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2024. С. 153-157.

Публікації.

- Андреева В. І., Яблонський А. І. Особливості психологічної готовності до материнства жінок із різним типом психологічного компонента гестаційної домінант / Науковий журнал з соціології та психології «Габітус». Секція 4. Психологія особистості. Випуск 64, 2024. С. 80-85.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, восьми підрозділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел у кількості 86 найменування та 4 додатків. Загальний обсяг роботи становить 115 сторінок, з них основного тексту – 87. Робота містить 10 таблиць та 9 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ДО МАТЕРИНСТВА ЖІНОК ІЗ РІЗНИМ ТИПОМ ПКГД

1.1 Визначення поняття «психологічна готовність до материнства»

Поняття «материнство» розглядається в психології у різних аспектах та напрямках. Даній проблематиці присвячені чимало наукових та науково-популярних видань. Материнську поведінку досліджують у різних психологічних напрямках – психології особистості, дитячій, перинатальній, сімейній, гендерній психології тощо. Для розвитку дитини є дуже важливим материнська поведінка, її структура та шлях розвитку від зачаття, виношування, народження до виховання дитини. Індивідуальна варіативність кожної людини, а також значна кількість сучасних наукових надбань у галузі дослідження материнства дає змогу визначити материнство як окремий самостійний всесвіт, який потребує розробки та реалізації подальших досліджень у цьому напрямі [64].

Материнство часто розглядається як індивідуальна цінність жінки, пріоритет у саморозвитку жінки, як майбутньої матері, вклад материнської любові у забезпечення всебічного розвитку дитини [33, с. 201].

Вагомий внесок у розвиток сфери психології материнства зробила дослідниця Г. Г. Філіппова, яка представила материнство як складову особистісної сфери жінки, що орієнтована на функції зачаття, виношування, народження та виховання дитини. При цьому, материнство є однією з головних соціальних ролей жінки, адже потреба бути матір'ю є біологічно закладеною, проте загальноприйняті норми та суспільні цінності мають значний вплив на розвиток та прояв материнства у кожній конкретній жінки [64].

Сучасне материнство може набути адекватну чи девіантну форму, залежно від сім'ї в якій народилась та виховувалась майбутня мати. Проектуючи свій досвід у майбутньому, жінка або виявляє нормальне адекватне материнське ставлення до дитини, або ж має девіантну материнську поведінку [33, с. 202].

Слід зауважити, що наслідком утворення материнської сфери у жінки є формування її індивідуальних та базових материнських якостей, які направлені на майбутню вагітність та народження дитини. Серед таких рис варто виділити здорову самооцінку, особистісну зрілість особи, здатність до рефлексії та емпатії, вміння приймати себе, бути впевненим у собі та своїх силах, відсутність депресивного стану та тривожності, здатність пристосовуватись до стресових ситуацій та вирішення конфліктних ситуацій, розуміння своєї статево-рольової ідентифікації, наявності мотивації до материнства та уявлення адекватного батьківства й виховання. Тобто, материнство як соціальна роль розглядається як комплексне психологічне формування, яке відзначається специфічними аспектами розвитку самосвідомості, зміною образу Я-жінки та містить високий рівень мотивації до материнства, володіння базовими вміннями та навичками до материнства, формування емоційної стійкості майбутньої матері [4, с.379].

Материнство визначається як складний, структурований феномен, який характеризується наявністю власних фізіологічних, соціокультурних, індивідуальних особливостей та залежить від численних факторів. Підготовка будь-якої жінки до материнства має початок від зачаття, продовжується протягом всієї вагітності та триває ще певний час після народження дитини [7, с. 15].

Ключовим етапом у формуванні материнства є період вагітності. Вагітність є одним із переломних та напружених періодів життя як кожної жінки так і її близького оточення. Важливою стадією вагітності виступає статево-рольова ідентифікація жінки, трансформація та розвиток жінки як окремої особистості та як майбутньої матері. Саме у цей час перед жінкою стоїть важлива ціль – отримання нового соціального статусу, зростання самооцінки, формування внутрішньої та зовнішньої гармонії тощо [7, с. 15].

Складною та багатогранною концепцією, що включає в себе фізичні, емоційні, психологічні та соціальні аспекти є готовність до материнства у жінок. Вона проявляється у внутрішньому бажанні стати матір'ю, надавати підтримку та здійснювати догляд за дитиною, прийняти відповідальність за виховання дитини та формування його майбутнього. Кожна жінка характеризується різним проявом готовності до материнства, що залежить від її індивідуальних якостей, життєвих цінностей та досвіду, рівня та періоду підготовки.

Готовність до материнства варто визначити, як здатність жінки сформувати комфортні умови для майбутньої дитини, яке пов'язано з постійним тісним зв'язком матері і дитини. Центром цього явища можна виокремити суб'єктно-об'єктну орієнтацію стосовно дитини. Таке ставлення матері проявляється у її поведінці відносно малюка, створенні умов для його комфортного розвитку тощо. Тобто, найголовнішим у формуванні готовності до материнства є гармонійні відносини матері та дитини [16, с. 37].

Готовність до материнства, на думку Г. Г. Філіпової, створює певну основу, на якій буде формуватися реальна поведінка жінки стосовно материнської сфери діяльності. Науковиця вважає, що дуже важливим, на сьогоднішній день, є питання своєчасної діагностики, профілактики та корекції порушень материнської поведінки у молодих дівчат, адже зараз актуальними є проблеми материнсько-дитячої взаємодії, в тому числі відмова від власних дітей. Такі проблеми спричиняють девіантний психічний розвиток дитини, а також зниження рівня її емоційного благополуччя. Г. Г. Філіпова виділяє основні складові готовності до материнства: особистісна готовність, мотиваційна готовність, формування материнської компетентності, сформованість материнської сфери, модель батьківства [65, с. 22].

Враховуючи складові готовності до материнства, варто виділити мотиви материнства:

- бажання жінки досягти соціального та вікового статусу (жінка стає дорослою, самостійно, обіймає певну роль та статус у суспільстві);

- бажання досягти моделі «повноцінного життя» (для кожної жінки існує своє поняття повноцінного життя та повноцінної сім'ї);
- бажання залишити продовження свого роду;
- втілення власних можливостей (вклад у виховання дитини, передача їй свого досвіду);
- бажання зробити щось краще (дати дитині те, чого не було у жінки, зробити дитину щасливішою);
- вирішення власних життєвих негараздів (укріпити стосунки та/або шлюб, перестати бути самотньою, дарувати любов і турботу, знайти друга в обличчі дитини);
- любов до дітей (найголовніший мотив);
- досягнення віку, коли репродуктивні функції жінки у критичному стані [65, с. 24]

Важливим аспектом у дослідженні материнства, за М. О. Гомонюк, виступає аналіз фізіологічної готовності до материнства, що визначається як стан організму жінки, що заздалегідь підготовлений до вагітності та пологів. Фізіологічна готовність до материнства охоплює такі аспекти, як стан репродуктивної системи, загальний стан здоров'я та повноцінна робота всіх органів та систем. Також важливою є соціальна готовність жінки, що характеризує умови перебування матері та дитини, їх оточення, житлові умови та інші зовнішні чинники [19, с. 8].

Кожна жінка повинна бути ознайомлена зі змінами, що відбуваються в її організмі під час вагітності, як на фізіологічному, так і на психологічному рівні. Володіючи знаннями про свій стан та трансформації в тілі, вагітна жінка зробить усе, що від неї залежить, задля комфортного та здорового протікання вагітності [60, с. 143].

Вирішальними передумовами для нормального перебігу вагітності та опанування нової соціальної ролі є адаптація образу життя жінки під новий статус, зміна світоглядних пріоритетів, утворення нових зв'язків та комінукацій. Період вагітності сприяє якісним змінам у самосвідомості жінки, у специфіці її

стосунків з родиною та оточенням. Зміни, які відбуваються в її організмі та психіці дають змогу жінці пристосуватися до свого нового внутрішнього та зовнішнього світу. Нові соціальні ролі жінки, як майбутньої матері та дружини одночасно призводять до змін її емоційної сфери, внутрішньосімейних стосунків, що призводить до сімейних криз. Саме в цей період у жінки відбувається криза вікового розвитку, спричинена змінами соціальних ролей у її житті, сімейними, професійними, тілесними (фізіологічними) змінами, змінами у цінностях та перспективах життя. Кожна жінка, плануючи вагітність, повинна бути готовою до цих змін [7, с. 16].]

Варто зазначити, що одним із основних аспектів періоду вагітності є формування у жінки специфічного комплексу психологічних змін, що характеризується психологічною готовністю майбутньої матері до материнства [7, с. 22].

Взагалі, психологічна готовність є складним утворенням, до складу якого входять мотиваційні, емоційно-вольові, пізнавальні, оцінювальні, операційно-діяльнісні, когнітивні та орієнтувальні елементи, тісно взаємопов'язані між собою. Тобто, психологічна готовність – це психічний стан, який активізує всі ресурси та можливості людини задля здійснення конкретної діяльності [60, с. 142].

Психологічна готовність до материнства розглядається у межах двох позицій. Перша позиція психологічної готовності виступає як унікальне новоутворення у жінки, що відповідає за ставлення до майбутньої дитини, а друга позиція трактується як прийняття себе у новій материнській ролі. Сам процес формування психологічної готовності до материнства є природнім і починається з того моменту, коли жінка усвідомила, що вона вагітна. Далі цей процес продовжується протягом періоду виношування дитини, підготовки до пологів та народження малюка [7, с. 22-23].

Правильно сформована психологічна готовність до вагітності та материнства є підґрунтям для зосередження уваги жінки на основному завданні – виносити й народити дитину. Якщо виникає конфлікт між бажанням жінки бути

матір'ю та небажанням виконувати материнську роль, то виникають психологічні порушення репродуктивної сфери, які впливають саме на процес формування психологічної готовності жінки до вагітності та материнства [75].

На думку С. Ю. Мещерякової, психологічна готовність до материнства визначається як психічний стан жінки, підготовлений до процесу зачаття, періоду вагітності, пологів, народження дитини та опанування майбутньої материнської ролі. Зазначений психічний стан жінки включає в себе емоційний стан, наявність знань, вмінь та навичок, самоусвідомлення власних соціальних ролей, підготовку до нового етапу у житті [43, с. 18].

Психологічна готовність до материнства здатна проявлятися у негативних аспектах, таких як наявність страхів, тривоги, невпевненості стосовно вагітності та народження дитини, а також у позитивних аспектах, таких як прояв знань щодо вагітності та пологів, умінь доглядати за малюком, відповідального ставлення до материнства [62, с. 330].

Жінка, у період вагітності, перебуває в особливому психоемоційному стані, її увага зосереджується на своєму самопочутті та на відносинах з майбутньою дитиною, що позитивно впливає на перебіг вагітності та на стан здоров'я дитини. Процес концентрації на материнстві зростає та перебуває на піку під час пологів, та не зникає, поки триває грудне вигодовування малюка [56].

Під час вагітності у жінки відбувається психологічна перебудова, яка сприяє формуванню материнської поведінки та ідентифікації себе у новій соціальній ролі, відбувається переоцінка цінностей та життєвих пріоритетів, підвищується інстинкт піклування та захисту майбутньої дитини, а також активно розвиваються навички материнства [10, с. 86].

Важливим компонентом психологічної готовності до материнства є набуття почуття відповідальності за розвиток дитини та за власну материнську роль, розвиваючи при цьому материнську любов. Материнська любов тісно взаємопов'язана з почуттям відповідальності. Тобто, жінка сама несе відповідальність за власне бажання стати матір'ю, навіть того не розуміючи [60, с. 144].

Психологиня Ю. П. Коренєва зазначає, що існує два основні критерії, які дають змогу визначити психологічну готовність до материнства:

1) по-перше, це ставлення жінки до самого процесу вагітності. Якщо вагітність є бажаною та запланованою, то для жінки цей стан є гармонійним, сприяє врівноваженості майбутньої матері та готує її до нової ролі у найближчому майбутньому;

2) по-друге, важливою є поведінка жінки під час пологів. Дуже часто жінки під час пологів більше турбується про власне самопочуття та чекають, щоб їхні «страждання» скоріше закінчилися. Проте, коли жінка є психологічно готовою до материнства, вона зосереджує максимум уваги та всю свою турботу й хвилювання на народження здорової дитини [36].

Варто зауважити, що психологічні характеристики жінки та особливості перебігу вагітності є взаємопов'язаними між собою процесами, адже деякі індивідуальні якості та риси характеру жінки, певним чином, впливають на успішність адаптації жінки до вагітності та материнства. Серед таких якостей та рис можна виокремити наявність депресивного стану, рівень психоемоційного напруження, рівень самооцінки, впевненості у собі, наявність дратівливості, агресивності, стресостійкості, комплексів та страхів. Слід додати, що негативні риси та якості жінки у великій мірі заважають здоровому перебігу вагітності та впливають на процес утворення нормальної материнської поведінки. Також, безпосередній вплив на перебіг гестації, пологів, розвиток плоду, ставлення до материнства та майбутньої дитини мають емоції, які переважають у жінки під час вагітності [7, с. 32].

Вагітність та народження дитини для кожної жінки є природним явищем, яке у подальшому впливає на психоемоційний стан майбутньої матері. Результатом цього явища є або поява материнського інстинкту або післяродова депресія [61, с. 2].

Д. В. Віннікот зазначає, що вміння матері взаємодіяти зі своєю дитиною та здатність виражати емоції є природною особливістю жінок. Науковець стверджує, що стан матері після народження дитини можна назвати як «щось

специфічне», що дає змогу їй відчувати емоційний стан дитини та співпереживати їй. Готовність жінки до ролі гарної матері, на думку вченого, формується на основі її власного досвіду відносин з матір'ю, однолітками у дитинстві, а також під час власної вагітності [78].

Вагому роль на перебіг вагітності та пологи мають такі психосоціальні фактори як бажаність чи небажаність вагітності, мета зачаття дитини, умови та спосіб життя матері й батька, відносини у сім'ї, підтримка близького оточення, внутрішній емоційний стан вагітної тощо [9, с. 68].

Варто зазначити, що під час вагітності досить часто зустрічаються випадки підвищеної тривожності, емоційної нестабільності у жінок, схильності до підозрілості. Виявлення власної тривожності вагітними жінками є ключовою відмінністю між тими жінками, у яких перебіг вагітності є здоровим та тими, хто має певні ускладнення. Зазвичай, наявність тривоги під час вагітності є нормою, адже ця емоція виконує функцію мобілізації ресурсів організму для успішного виношення та народження дитини, сприяє підвищенню відповідальності за себе та майбутнього малюка. Тривожність на рівні норми є звичайною реакцією організму та психіки на певний стрес та зміни, які відбуваються всередині жінки та у її оточенні. Проте, коли стресовий вплив є довготривалим, то тривожність у вагітної може втратити свою захисну роль та перетворитись на тривожний розлад, який може супроводжуватися депресією, безсонням, зникненням апетиту тощо [56].

Високий рівень тривожності та наявність депресії досить часто зустрічаються у вагітних жінок та можуть супроводжувати їх протягом всього періоду вагітності, проте ці стани рідко виявляються і діагностуються належним чином, що може мати негативні наслідки для здоров'я майбутньої мами та її дитини. Причинами виникнення тривожності під час вагітності, частіше за все, є страх перед пологамі, щодо стану здоров'я народженої дитини, страх неможливості у подальшому забезпечити дитину належним доглядом та умовами життя. Високий рівень тривожності під час вагітності виступає причиною ризику гестаційних ускладнень [56].

При підвищеній тривозі у вагітних жінок помітне погіршення загального самопочуття, порушується режим сну, апетиту, погіршуються стосунки з близькими та оточуючими, знижується впевненість у собі та своїх силах. У жінки починає змінюватися ставлення до майбутнього материнства та майбутньої дитини. Таким чином, коли тривожність стає переважаючою емоцією вагітної, вона порушує загальний психоемоційний стан жінки, провокує виникнення загроз для здорового перебігу вагітності, пологів та періоду після народження дитини, формує неадекватну материнську поведінку. Дослідники зазначають, що у матерів з високим рівнем тривожності під час вагітності частіше народжуються діти, які у подальшому чутливі до зовнішнього середовища та дій подразників, у таких дітей більше шансів отримати нервово-психічні розлади у процесі подальшого розвитку [7, с. 34].

Н. В. Даниленко зазначає, що психологічну готовність жінки до материнства контролюють медичні, біологічні та психологічні показники. Серед таких можна виокремити рівень нервово психічної стійкості, рівень індивідуальної зрілості, тривожності, тип психологічного компоненту гестаційної домінанти а також стиль виховання, який обере жінка у майбутньому [24, с. 19].

Отже, материнство є однією з головних соціальних ролей жінки, адже потреба бути матір'ю є біологічно закладеною, проте загальноприйняті норми та суспільні цінності мають значний вплив на розвиток та прояв материнства у кожної конкретної жінки. Кожна жінка характеризується різним проявом готовності до материнства, що залежить від її індивідуальних якостей, життєвих цінностей та досвіду, рівня та періоду підготовки. Дуже важливою для формування материнства є соціальна, фізіологічна та психологічна готовність жінки. Правильно сформована психологічна готовність до вагітності та материнства є підґрунтям для зосередження уваги жінки на основному завданні – виносити й народити дитину. Якщо такого почуття не виникає, то жінка характеризується девіантною психологічною готовністю до материнства.

1.2. Теорії гестаційної домінанти та типи її психологічного компоненту

З метою відслідковування фізіологічних, нервових та емоційно-психічних процесів в організмі жінки, яка чекає дитину, науковцями О. О. Ухтомським та І. А. Аршавським було запроваджено поняття «гестаційної домінанти», що в перекладі з латинської означає - «gestatio» (вагітність) та «dominans» (панівний) [44, с. 141].

Під час пренатального періоду дитина співіснує разом з матір'ю, і тому істотні порушення в розвитку фізіологічних і нервово-психічних процесів у вагітної жінки матимуть негативний вплив (іноді на все життя) на виявлення генетичного потенціалу дитини та можуть ускладнити її майбутню взаємодію з навколишнім середовищем. Гестаційна домінанта визначає орієнтацію всіх реакцій організму на формування сприятливих умов для розвитку ембріона, а в подальшому і плоду [61, с. 2].

Варто зазначити, що гестаційна домінанта містить в собі фізіологічний та психологічний компоненти, які визначаються відповідними фізіологічними та психологічними змінами в організмі жінки та направлені на підтримку процесів виношування, народження та виховання дитини.

Значна кількість теоретичних та експериментальних досліджень присвячені домінанті, яка неподільно пов'язана з репродуктивним процесом і увійшла в науку як «статева домінанта» Цей принцип передбачає, що домінанта припиняє своє існування після задоволення біологічних потреб або після припинення аферентного нервового або гуморального сигналу, який підтримував її вплив [54, с. 116].

Науковцем І. А. Аршавським було введено поняття «материнської домінанти», яке є більш широким та включає в себе поняття «гестаційної домінанти». Материнська домінанта охоплює різні домінантні стани, які змінюються один за одним та визначаються біологічними, в тому числі гормональними, психологічними, фізіологічними та соціальними факторами.

Складовими материнської домінанти є гестаційна, пологова та лактаційна домінанти [80].

Гестаційна домінанта проявляється як різка зміна пріоритетів і цінностей жінки з того моменту, як вона дізнається про бажану вагітність. З цього періоду жінка спрямовує всі свої дії на те, щоб зберегти вагітність, виносити та народити здорову бажану дитину. Проте вплив навколишнього середовища (сімейні негаразди, проблеми на роботі конфлікти тощо), може спричинити стрес, який здатний викликати різного роду емоції, як негативні так і занадто позитивні (нервові зриви, панічні атаки, тривога, стрес, важлива довгоочікувана подія чи зустріч), що може призвести до порушення нормальної вагітності. Бувають випадки, коли жінка, під час вагітності, не може пояснити причину свого стану, або визначити, що у неї є проблеми [66].

Пологова домінанта починає формуватися наприкінці другого – на початку третього триместру вагітності (приблизно 28-30 тижнів) і підтримує організм жінки у процесі підготовки до майбутніх пологів. У цей період відбувається загострення таких емоцій як страх, тривожність та паніка, особливо при думці про біль у пологах, хвилюванні за власне життя і здоров'я та благополуччя малюка. Зазначені емоції впливають не лише на внутрішнє самопочуття жінки, а й відбивається у її поведінці. У жінки починається період «гніздування», тобто підготовки будинку до появи дитини. Жінка може забувати про головне – забезпечення гармонійної вагітності, - та сфокусуватися повністю на домашніх справах, не оберігаючи себе та забувши про обережність. Всі думки жінки спрямовані на благоустрій території, а завдання підготуватися до пологів (навчитися правильно дихати, розслаблятися, відвідати курси молодих батьків, курс масажу та ін.) переходять на другий план. Слід зазначити, що несформована до кінця пологова домінанта, високий рівень тривожності та наявність стресового стану у вагітної може зашкодити підготовці організму жінки до пологів та порушити їх природний процес [9, с. 66].

Процес формування лактаційної домінанти у жінки починається під час вагітності та завершується після пологів. Під час вагітності в організмі жінки

відбуваються гормональні зміни, які готують молочні залози до лактації, підвищується рівень естрогену та прогестерону в організмі, що сприяє виробленню грудного молока. Після пологів підвищується рівень пролактину та окситоцину, відповідальних за процес лактації. Лактаційна домінанта відповідає не лише за грудне вигодовування малюка, а й за встановлення емоційного зв'язку між матір'ю та дитиною [66].

Тобто, після пологів у матері та малюка формується біологічний, психофізіологічний та соціальний взаємозв'язок. Тісні відносини між мамою та новонародженою дитиною сприяє виробленню у матері навичок догляду за дитиною, задоволенні її базових потреб, швидке адекватне реагування на дитину.

Таким чином, в організмі жінки відбувається поступова зміна домінантних установок: по-перше, статеві домінанти забезпечують пошук підходящого партнера, зближення з ним та створюють умови для запліднення; по-друге, формується гестаційна домінанта для нормального перебігу вагітності; по-третє, пологова домінанта готує організм до пологів; по-четверте, лактаційна домінанта утворює тісний взаємозв'язок між матір'ю та дитиною та забезпечує процес грудного вигодовування [57].

Отже, формування материнської домінанти, у тому числі гестаційної, пологової та лактаційної домінант, забезпечує успішні пологи. У жінки концентрується увага на підготовці до зустрічі з малюком, відкриваються безліч здібностей, про які жінка раніше і не здогадувалась.

Ключовим чинником, що спричинює фізіологічні зміни в організмі матерів та впливає на психоемоційний стан вагітної є гестаційна домінанта. Саме вона спричиняє утворення у майбутніх матерів чутливість та схильність до стресу, що дає змогу швидко виникненню неврологічних порушень. Серйозною проблемою може стати прецедент, коли у жінки формується психологічна травма, спричинена безпосередньо фактом виникнення вагітності. Варто додати, що гестаційна домінанта складається з фізіологічної та психологічної компонентів, які визначаються відповідними фізіологічними (біологічними) та нервовими (психічними) змінами. Гестаційна домінанта направляє всі реакції

організму на створення сприятливих умов для формування та розвитку ембріона, а в подальшому – плода [63, с. 575].

На розвиток гестаційної домінанти, значним чином, впливає підвищена емоційність, тривожність та наявність депресивного стану у вагітної жінки [76].

Утворення гестаційної домінанти починається під час першого триместру вагітності. У цей час ставлення жінки до материнства тільки починає формуватися, тому емоційний стан жінки може бути різним: як пригнічений настрій так і підвищена ейфорійність без конкретних причин. До третього триместру гестаційна домінанта у вагітної жінки вже сформована повністю [7, с. 36].

Важливу роль у дослідженні комплексу психічних механізмів саморегуляції вагітної жінки відіграє психологічний компонент гестаційної домінанти (ПКГД). Зазначений комплекс механізмів спрямований на підтримку вагітності та створення гармонійних умов для розвитку плода. ПКГД визначає ставлення жінки до своєї вагітності, до материнства в цілому та формує відповідні поведінкові реакції майбутньої матері [7, с. 37].

Однією з важливих характеристик психологічного компоненту гестаційної домінанти є стиль переживання вагітності або тип ставлення жінки до вагітності, від якого залежить динаміка акушерської ситуації [64]. Тобто, коли стиль переживання вагітності у жінки є адекватним, то динаміка акушерської ситуації є сприятливою та направлена на незначний моніторинг зміни стану та розвитку подій, які впливають на здоров'я матері та дитини, пологів та післяпологового періоду.

Слід визначити, що психологічний компонент гестаційної домінанти відповідає за підготовку психіки та фізіологічного стану жінки до процесу запліднення та майбутнього материнства. При нормальному перебігу вагітності, ПКГД виникає ще до зачаття та впливає на бажання жінки мати дитину [54, с. 116].

Основною причиною виникнення ускладнень під час вагітності є порушення послідовності у формуванні домінант. Наприклад, порушення зміни

статевої домінанти на домінанту вагітності, в результаті чого психологічний компонент гестаційної домінанти формується значно пізніше за фізіологічний [57].

Розуміння типу психологічного компонента гестаційної домінанти може значно допомогти розібратися у ситуації, пов'язаної з вагітністю та народженням дитини, а також зрозуміти, які були взаємини в родині в цей період і який був стиль сімейного виховання.

Психологічний компонент гестаційної домінанти, за І. В. Добряковим, має п'ять типів: оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфорійний, тривожний та депресивний [27, с. 173].

Тип психологічного компоненту гестаційної домінанти може бути постійний, він має властивість змінюватись протягом вагітності залежно від терміну гестаційного періоду, психоемоційного стану жінки, її самопочуття, сімейних відносин, взаємин з лікарем та інших факторів [28, с. 35].

Встановлення певного типу ПКГД дає змогу з'ясувати обставини, при яких у жінки проходила вагітність, як відбувались пологи, в яких умовах дитина народжувалась, а також яка атмосфера панує у родині після народження дитини та яким чином буде формуватися стиль сімейного виховання. Однак, бувають випадки, коли на психологічну компоненту гестаційної домінанти має значний вплив такий фактор, як незапланована вагітність. У таких умовах, у вагітної може виникнути бажання перервати вагітність, у зв'язку з активацією у жінки небажання народжувати незаплановану дитину [44, с. 141].

Варто зазначити, що серед всіх типів психологічного компоненту гестаційної домінанти тільки один є оптимальним, що характеризує жінок з сформованою психологічною та фізіологічною готовністю до материнства, такі жінки відповідально та спокійно ставляться до вагітності. Саме оптимальний тип ПКГД відповідає за виношування здорової дитини. Ключову роль оптимальний тип ПКГД відіграє також у формуванні психологічної готовності жінки до прийняття дитини, створює позитивну гармонійну атмосферу в родині вагітної.

При цьому решта типів ПКГД (гіпогестогнозичний, ейфорійний, тривожний та депресивний) мають більш негативне забарвлення [61, с. 3].

Для глибшого аналізу та здійснення подальшого дослідження слід детально зупинитися на характеристиці зазначених типів психологічного компоненту гестаційної домінанти.

Як зазначалось раніше, оптимальний тип ПКГД властивий всім жінкам, чия вагітність є запланованою та бажаною. Жінка здатна адекватно реагувати на певні ускладнення, які виникають при перебігу вагітності, вона належним чином реагує на рекомендації лікаря та вчасно відвідує жіночу консультацію. Жінки з характерним оптимальним типом ПКГД не бояться народжувати, вони мають нормальний рівень тривожності та стресу, ведуть звичайний активний спосіб життя, враховуючи свій новий стан [28].

Жінки, яким притаманний гіпогестогнозичний тип ПКГД частіше проявляють приховане, або, навіть, виражене неприйняття своєї вагітності. Часто такий тип притаманний жінкам, які присвятили своє життя кар'єрі, навчанню та саморозвитку. У таких жінок вагітність, як правило, виникає не заплановано, тому вони пізніше звертаються до жіночої консультації, не готуються завчасно до народження дитини, не виконують рекомендації лікарів, не відвідують курси підготовки до пологів. Вони живуть своїм звичайним життям і дратуються, коли хтось помічає їх вагітність і задають питання щодо перебігу вагітності. Жінки з гіпогестогнозичним типом ПКГД намагаються продовжувати своє життя так, наче нічого не змінилось з початком вагітності. Такі жінки можуть висловлювати свої думки наступним чином:

- «Я не відчуваю особливих емоцій, пов'язаних з моєю вагітністю»;
- «Я намагаюся не думати ні про вагітність, ні про майбутні пологи»;
- «Я не задумуюся про майбутнє материнство» [29, с. 36].

Ейфорійний тип ПКГД характерний для жінок, які часто мають істеричні особливості особистості та досить довго планують завагітніти, а в деяких випадках, навіть, тривалий час лікуються від безпліддя. Такі жінки відчувають надзвичайну радість від своєї вагітності, перебуваючи в стані постійного

піднесення настрою. Їхнє ставлення до будь-яких потенційних ускладнень під час вагітності та материнства носить некритичний характер, вони вірять у безпроблемний перебіг пологів.

Для жінок з ейфорійним типом ПКГД вагітність може бути засобом маніпулятивних дій або способом досягнення певних корисливих цілей у відносинах з чоловіком, водночас такі жінки можуть виявляти надмірну турботу про майбутню дитину та здатні перебільшувати свої нездужання, щоб партнер виявляв більше турботи про неї. Такі жінки очікують надмірної уваги до себе та вимагають задоволення своїх капризів. Вони активно відвідують лікарів та курси підготовки до пологів, іноді з'являються на обстеження без ніякої на те причини, однак порад лікаря вони дотримуються вибірково [29, с. 37].

Жінки з депресивним типом ПКГД, в першу чергу, характеризуються постійно негативним настроєм та незадоволеністю. Часто вагітність у таких жінок є незапланованою, але навіть у випадках, коли вагітність бажана, жінка може відчувати, що не хоче цієї дитини і сумнівається у своїй здатності народити здорову дитину, побоюючись навіть смерті під час пологів. Жінка з депресивним типом ПКГД може страждати від страху втратити свою привабливість через вагітність і боятися, що це стане причиною розриву з партнером. Загалом, така жінка переконана у невдалих наслідках вагітності та пологів і може відмовлятися від своїх попередніх життєвих планів, відчуваючи, що вагітність зруйнувала її життя. У більш складних ситуаціях у такої жінки можуть з'являтися перебільшені, ірраціональні думки про своє здоров'я, суїцидальні нахили або розвиток депресивного стану, посилені втручанням ззовні [28].

Тривожний тип ПКГД проявляється через високий рівень тривожності майбутньої мами, що також негативно впливає на її фізичне та моральне здоров'я. Стан підвищеної тривожності частіше спостерігається у випадках, коли вагітність є незапланованою, або жінка залишається без підтримки чоловіка, або ж коли її відносини з партнером не гармонійні. В таких ситуаціях може розвиватися суперечливе ставлення до стану вагітності, коли жінка з однієї сторони переповнена радістю від реалізації себе як матері, а з іншої –

сумнівається у власних здібностях доглядати за майбутньою дитиною та виконувати материнські обов'язки [30; 74, с. 101].

Таким чином, кожен тип психологічного компоненту гестаційної домінанти характеризується певними труднощами при формуванні позитивного ставлення до вагітності та материнства в цілому. У разі наявності певних ускладнень, фахівці повинні постійно вести вагітність, спостерігати та вчасно відмічати певні зміни у поведінці вагітної жінки, при цьому надати їй своєчасну допомогу у нормалізації фізіологічного та психологічного стану.

На думку дослідників Е. Грон та П. Іманалієва, дуже часто у жінок, які мають ускладнений перебіг вагітності та загрозу викидню, переважають ейфорійний та гіпогестогнозичний тип ПКГД. Науковцями доведено, що недоношені діти частіше народжуються у жінок, яким притаманний ейфорійний, гіпогестогнозичний та тривожний типи ПКГД [48].

Жінки з характерними симптомами ейфорійного, тривожного, гіпогестогнозичного та депресійного типу психологічного компоненту гестаційної домінанти, мають бути під постійним наглядом, оскільки у них може бути підвищений ризик нервово-психічних або соматичних порушень. Психологічний компонент гестаційної домінанти під час вагітності може змінюватися залежно від стадії гестації, загального здоров'я жінки, сімейних обставин та відносин з лікарем. Тобто, психологічний компонент гестаційної домінанти має можливість адаптуватися, що змушує спеціалістів проводити психологічні оцінки вагітних з метою раннього виявлення типу ПКГД та виокремлення тих, хто потребує медичної чи психологічної підтримки, а також визначення конкретних напрямків цієї підтримки [9, с. 65].

Таким чином, психоемоційний стан вагітної жінки, взаємини з близькими та оточуючими людьми, тип психологічного компоненту гестаційної домінанти мають значний вплив на формування психологічної готовності жінки до материнства. Часто, при небажаній та незапланованій вагітності у жінок підвищується рівень тривожності, переважає стресовий та депресивний стан, наявний сильний токсикоз, негативний настрій та невдоволення, загострюються

хронічні фізіологічні захворювання та можуть виникати інші ускладнення. Тому, дослідження психологічної готовності жінок до материнства, в першу чергу, має бути спрямованим на визначення морального, емоційного та психологічного стану жінки, який певним чином залежить від переважання типу психологічної компоненти гестаційної домінанти.

1.3 Фактори, що впливають на психологічну готовність до материнства жінок із різним типом ПКГД

Науковці виокремлюють більше 700 факторів, що впливають на прийняття жінками материнської ролі та реалізацію цієї ролі у власному житті. Серед таких факторів можна виділити історію життя жінки, соціальне становище, сімейний стан, індивідуальні характеристики жінки, особливості вагітності та розвитку дитини як в утробі матері, так і після народження тощо [7, с. 22].

Досліджуючи проблему формування психологічної готовності жінки до материнства, Н. В. Даниленко зазначає, що фактори, які мають вплив на виникнення та розвиток психологічної готовності жінки до майбутнього материнства поділяються на біологічні, родинні, соціальні, психологічні та духовні. Серед біологічних факторів варто виділити характеристика стану процесів, що відбуваються у центральній нервовій системі жінки, рівень її нервово психічної стійкості. До родинних факторів належать досвід комунікативної взаємодії у дитинстві зі своєю родиною, особливо із матір'ю та бабусею. Соціальними факторами виступають соціально-культурний та економічний стан сім'ї, в якій зростала вагітна, взаємини з членами родини у дорослому житті, особливості подружніх стосунків у власній сім'ї, матеріальне становище вагітної, її культурний рівень та соціальний статус. Рівень тривожності, особистісного розвитку та зрілості відносяться до психологічних факторів впливу на формування психологічної готовності жінок до материнства.

Важливими є також і духовні фактори, серед яких виокремлюють виховання, засвоєння етичних норм та цінностей, набуття таких моральних якостей, як справедливість, честь, гідність тощо [23, с. 42].

Важливим чинником формування здорової адекватної готовності жінок до материнства є досвід раннього комунікативного розвитку у дитинстві під час взаємодії з власними батьками, а особливо з матір'ю. Саме мати формує у дитини-дівчинки роль майбутньої «гарної матері», даючи змогу дитині-дівчинці проектувати материнські функції на свою власну уявну дитину під час сюжетно-рольових ігор з ляльками. Участь дорослих у іграх з дитиною та їхня підтримка, наявність турботи та любові, довірливі стосунки, особливо з боку матері, дає можливість сформувати для дитини-дівчинки підґрунтя для розвитку правильної репродуктивної поведінки у дорослому житті [7, с. 24].

Як зазначалось, особливості перебігу вагітності виступають одним із головних факторів, що впливає на готовність жінки до материнства. Так, жінка може по-різному переживати ситуацію власної вагітності, залежно від того, бажаною чи небажаною є дитина, запланована вагітність чи незапланована.

Науковці зазначають, що більшість жінок, у яких вагітність є запланованою та бажаною мають позитивний вплив на формування готовності до материнства вже з перших тижнів вагітності. При цьому жінка приймає себе у новій соціальній ролі, у неї вже розвивається материнське ставлення до майбутньої дитини. Незапланована та, частіше за все, небажана вагітність порушує утворення материнської поведінки, негативно впливає на фізичні, психологічні та соціальні аспекти як для самої жінки так і для її ще не народженої дитини [7, с. 25].

Важливу роль у формуванні готовності до материнства та переживання вагітності відіграють такі фактори, як суб'єктивна оцінка рівня соціального благополуччя (досвід у виношуванні та народженні дитини, наявність досвіду перинатальних втрат, рівень освіти вагітної жінки, її соціальний статус та ін.), тип переживання вагітності жінки по відношенню до себе та до дитини, ставлення оточення до вагітної жінки, засоби психологічного захисту, прийняття

або відкидання вагітною жінкою стереотипних уявлень про традиційне виношування та народження дитини. Готовність до материнства та переживання вагітності у жінок певним чином обумовлюється особливостями сформованої у дитинстві моделі материнства, засвоєної від відносин з власною матір'ю, характером шлюбних відносин з партнером, виправданням чи не виправданням у вагітної жінки очікувань, пов'язаних з майбутньою дитиною [57].

Важливо додати, що материнство не залежить повністю від вроджених механізмів жінки, воно містить в собі як біологічні прагнення жінки стати матір'ю, так і вплив соціальних норм на готовність до материнства та вагітності [41, с. 58].

Науковиця Н. В. Даниленко у своєму дослідженні зазначає, що рівень психологічної готовності жінки до материнства залежить від показника особистісної тривожності, групи нервово психічної стійкості, материнського ставлення до дитини та типу психологічного компоненту гестаційної домінанти. Таким чином, варто виокремити рівні психологічної готовності жінки до материнства:

- високий рівень – показник особистісної тривожності є низьким, нервово психічна стійкість належить до першої або другої групи, переважає оптимальний тип психологічного компоненту гестаційної домінанти та оптимальний тип ставлення матері до дитини;

- середній рівень – показник особистісної тривожності є помірним, нервово психічна стійкість належить до третьої групи, переважають ейфоричний, гіпогестогнозичний, тривожний тип ПКГД, материнське ставлення до дитини є надмірним;

- низький рівень – показник особистісної тривожності здебільшого високий, нервово психічна стійкість належить до четвертої групи, тип психологічного компоненту гестаційної домінанти переважно депресивний, з'являється зайва концентрація матері на дитині (див. рис. 1.1) [22].

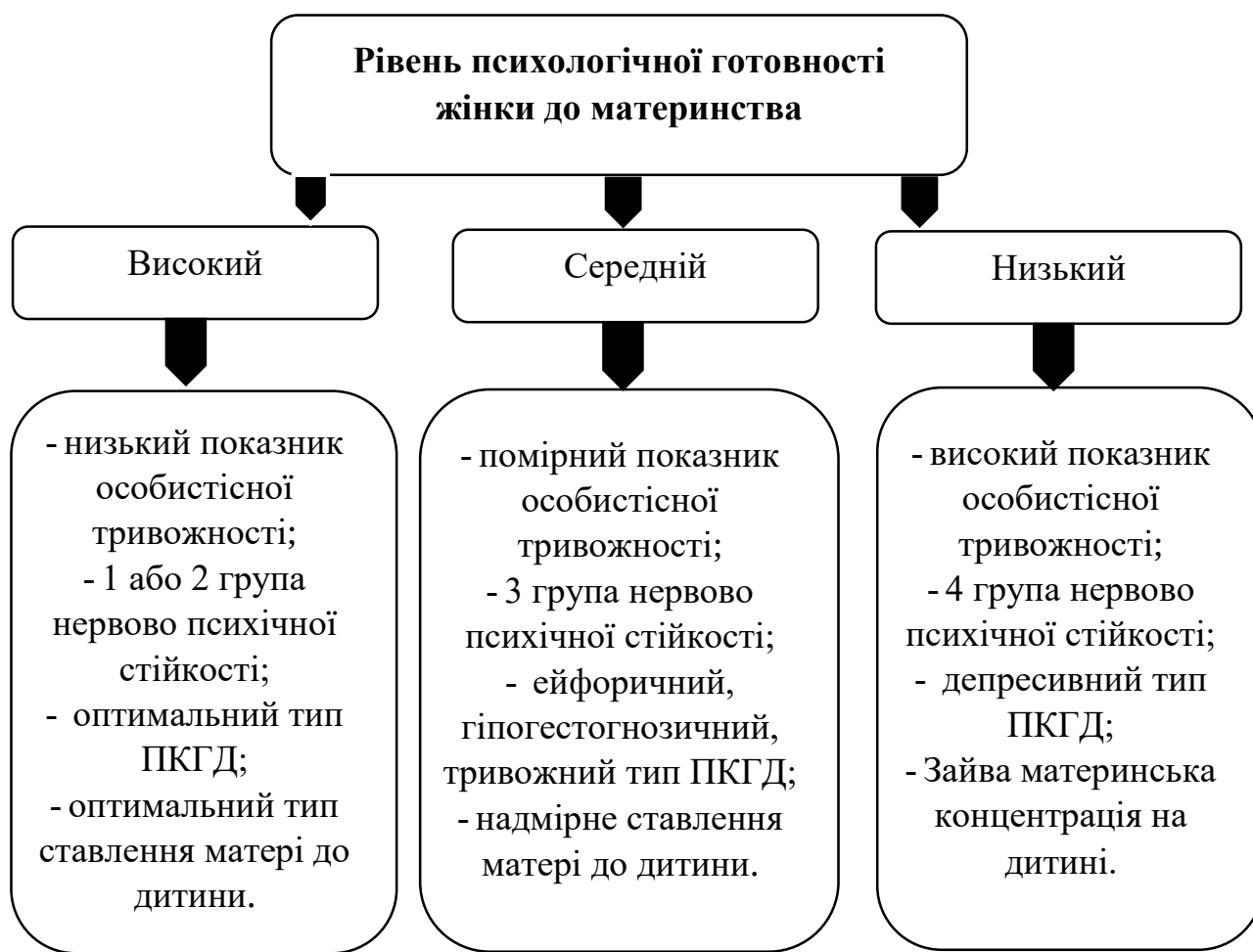


Рис. 1.1 Рівень психологічної готовності жінки до материнства

Особливий вплив на формування та розвиток готовності до материнства має термін гестаційного періоду у жінки. Залежно від терміну вагітності, у жінки проявляється той чи інший тип ПКГД, переважають ті чи інші емоції, від яких значною мірою залежить і готовність стати матір'ю та здобути нову соціальну роль у суспільстві.

Перший триместр вагітності є періодом формування органів плода, при цьому в організмі жінки здійснюються гормональні зрушення, перебудовуються обмінні процеси, фізіологічно з'являється симптоматика вагітності, неприємні фізичні відчуття, відбуваються зміни в емоційному стані жінки. У цей період у вагітної переважає підвищена тривожність, виражена дратівливість, різка зміна настрою, знижується активність, з'являється сонливість. Так, за характером

переживань емоційного стану жінки у цей період можна визначити, який тип ПКГД у неї переважає:

- знижується загальний фізичний та емоційний тонус, підвищується дратівливість, з'являється втома та, іноді, соматичне нездужання – оптимальний тип ;
- невдоволення по відношенню до оточуючих, підвищена вимогливість, на думку вагітної, недостатня увага з боку близьких та недостатня кількість турботи, посилене переживання емоційного стану – ейфорійний тип;
- прогнозування негативного результату вагітності, підвищена тривожність, все оцінюється, як загроза, періоди гарного настрою є ситуативними – тривожний тип;
- переживання вагітності як стану приреченості, переважає депресивний стан, підвищений рівень тривожності – депресивний стан;
- повна відмова від відчуття будь-яких симптомів вагітності, відкидання усвідомленості вагітності при вирішенні питання її збереження – гіпогестогнозичний тип [57].

У другому триместрі внутрішні органи плоду сформовані і поступово розвиваються. При цьому емоційний та гормональний фон вагітної жінки стабілізується, приймається нова соціальна роль, йде прийняття нового життя всередині себе, перебудовується самосвідомість жінки, формується нова система цінностей. Частіше ці зміни відбуваються після відчуття першого ворухіння плоду. У випадку девіантної вагітності, ворухіння дитини спричинює у жінки соматичні захворювання, посилює відчуття тривоги, з'являються регресивні фантазії щодо образу дитини всередині тіла жінки [41, с. 60].

Третій триместр є періодом накопичення сил для народження дитини. Цей триместр є досить складним. У вагітної порушується самопочуття, з'являється швидка втома, відбувається зниження рухової активності, погіршується режим сну. Жінки прагне якнайскоріше народити, вона проявляє при цьому радісні переживання, пов'язані з майбутнім материнством. Проте, у деяких випадках, такі переживання здатні переростати у тривожно-депресивні сумніви щодо

успішності результатів пологів. Таким чином, може виникати страх народжувати. При цьому, у вагітної зникає інтерес до всього навкруги, вся її увага направлена лише на майбутнє материнство та на підготовку до зустрічі з малюком. У разі несприятливої динаміки підготовки до материнства, на такому пізньому терміні вагітності загострюються фізіологічні порушення, зростає тривожність, виникають ускладнення під час пологів та у післяпологовому періоді. Іноді ймовірні передчасні пологи [57].

Тобто, термін гестаційного періоду є важливими фактором у визначенні фізіологічної та психологічної готовності жінок до материнства, залежно від їх типу ПКГД. При цьому перебіг вагітності, процес пологів та післяпологового періоду буде залежати від наявності ускладнень, сприятливих чи несприятливих умов протікання вагітності, психологічної адаптації жінки до ролі матері, реакцій організму на супутні зміни тощо.

Висновки до першого розділу

Материнство є однією з головних соціальних ролей жінки, адже потреба бути матір'ю є біологічно закладеною, проте загальноприйняті норми та суспільні цінності мають значний вплив на розвиток та прояв материнства у кожної конкретної жінки. Кожна жінка характеризується різним проявом готовності до материнства, що залежить від її індивідуальних якостей, життєвих цінностей та досвіду, рівня та періоду підготовки. Дуже важливою для формування материнства є соціальна, фізіологічна та психологічна готовність жінки. Правильно сформована психологічна готовність до вагітності та материнства є підґрунтям для зосередженні уваги жінки на основному завданні – виносити й народити дитину. Якщо такого почуття не виникає, то жінка характеризується девіантною психологічною готовністю до материнства.

Психологічну готовність жінки до материнства контролюють медичні, біологічні та психологічні показники. Серед таких можна виокремити рівень нервово психічної стійкості, рівень індивідуальної зрілості, тривожності, тип психологічного компоненту гестаційної домінанти, а також стиль виховання, який обере жінка у майбутньому.

Ключовим чинником, що спричинює фізіологічні зміни в організмі матерів та впливає на психоемоційний стан вагітної є гестаційна домінанта, яка включає в себе фізіологічний та психологічний компоненти. Саме психологічний компонент гестаційної домінанти відповідає за підготовку психіки та фізіологічного стану жінки до процесу запліднення та майбутнього материнства. Існує п'ять типів психологічного компоненту гестаційної домінанти: оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфорійний, тривожний та депресивний.

Психоемоційний стан вагітної жінки, взаємини з близькими та оточуючими людьми, тип психологічного компоненту гестаційної домінанти мають значний вплив на формування психологічної готовності жінки до материнства. Часто, при небажаний та незапланованій вагітності у жінок підвищується рівень

тривожності, переважає стресовий та депресивний стан, наявний сильний токсикоз, негативний настрій та невдоволення, загострюються хронічні фізіологічні захворювання та можуть виникати інші ускладнення. Тому, дослідження психологічної готовності жінок до материнства, в першу чергу, має бути спрямованим на визначення морального, емоційного та психологічного стану жінки, який певним чином залежить від переважання типу психологічної компоненти гестаційної домінанти.

Фактори, які мають вплив на виникнення та розвиток психологічної готовності жінки до майбутнього материнства поділяються на біологічні, родинні, соціальні, психологічні та духовні. Одними із найважливіших факторів є досвід раннього комунікативного розвитку у дитинстві під час взаємодії з власними батьками, а особливо з матір'ю, особливості перебігу власної вагітності, запланованість, бажаність вагітності та термін гестаційного періоду.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ЖІНОК ІЗ РІЗНИМ ТИПОМ ПКГД ДО МАТЕРИНСТВА

2.1 Характеристика методів та психодіагностичного інструментарію емпіричного дослідження

Задля досягнення мети та розв'язання поставлених завдань дослідження у процесі роботи було застосовано теоретичні та емпіричні методи.

Використання теоретичних методів дослідження має декілька важливих цілей і переваг: вони дають змогу глибше зрозуміти різні явища та проблеми, розкриваючи їх сутність, причинно-наслідкові зв'язки та особливості; дозволяють створювати, розвивати та перевіряти теоретичні концепції, які пояснюють певні явища або проблеми в науці та дослідженнях; можуть вказувати на необхідність певних експериментальних умов або способів дослідження для перевірки та підтвердження теоретичних концепцій [12, с. 20].

Використання теоретичних методів дозволяє організувати дослідження та вказати напрямки, які слід використовувати для отримання більш повного розуміння певної теми або проблеми. На основі теоретичних методів дослідження можна створювати гіпотези, які можуть бути подальшими об'єктами емпіричного дослідження та перевірки [20, с. 41].

Отже, використання теоретичних методів дослідження є важливою складовою наукового процесу, яка допомагає розвивати знання та розуміння в різних галузях знань.

Для отримання більш повного розуміння досліджуваної проблеми нами було використано наступні теоретичні методи дослідження: системно-структурний метод; метод теоретичного аналізу та узагальнення наукової

літератури з проблеми дослідження; метод порівняльного аналізу й узагальнення даних.

Системно-структурний метод дослідження використовується для аналізу об'єктів або явищ як системи, що складаються з елементів, взаємодіючих між собою та організованих за певними законами. Він дозволяє розглядати об'єкт в його комплексності та взаємозв'язку з іншими системами. Підходить для вивчення складних систем, таких як соціальні групи, економічні процеси або екосистеми [13, с. 55].

Метод теоретичного аналізу та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження передбачає систематичний аналіз і узагальнення існуючих наукових даних та досліджень, пов'язаних з певною проблемою або темою. Дослідник аналізує різні публікації, статті, книги та інші джерела інформації, щоб сформулювати огляд стану дослідження, виявити прогалини в знаннях та визначити напрямки подальших досліджень [53, с. 9].

Метод порівняльного аналізу й узагальнення даних використовується для порівняльного вивчення явищ, процесів або об'єктів у різних контекстах або у різних групах. Дослідник аналізує дані з різних джерел або досліджень, встановлює спільність та відмінність між ними, а потім узагальнює ці результати для розуміння загальних закономірностей або особливостей досліджуваних явищ [13, с. 127].

Значну роль для дослідження відіграють емпіричні методи. Емпіричні методи дозволяють отримувати конкретні, перевірені і об'єктивні дані, які можуть бути використані для аналізу та вивчення певних явищ, процесів або проблем. Вони дають змогу дослідникам перевіряти гіпотези, теорії та припущення, використовуючи фактичні дані, зібрані в результаті спостережень, експериментів або опитувань, дозволяють підтверджувати або спростовувати результати попередніх досліджень, що сприяє розвитку наукового знання та розумінню певних явищ [53, с. 9].

Використання емпіричних методів дозволяє дослідникам розробляти, розвивати та підтверджувати наукові теорії, які пояснюють природу, структуру

або функціонування різних явищ. Дані, отримані за допомогою емпіричних методів, можуть мати практичне значення для вирішення певних практичних проблем або задач у різних галузях, таких як медицина, психологія, соціологія та інші [20, с. 44].

Таким чином, використання емпіричних методів дослідження є важливим етапом у процесі розвитку наукового знання та вивчення різних аспектів світу навколо нас.

З метою отримання конкретних даних для подальшого аналізу та використання у вивченні різних даних щодо готовності до материнства жінок із різним типом ПКГД були використані методи наукового спостереження, анкетування, бесіди, методи психодіагностичного обстеження.

Метод наукового спостереження полягає в безпосередньому спостереженні явищ або подій з метою збору даних та фіксації спостережень. У нашому випадку велося спостереження за жінками, які готуються стати майбутніми матерями.

Метод анкетування та опитування передбачає збір даних шляхом постановки запитань та отримання відповідей від учасників дослідження. Зібрані відповіді дозволяють отримати кількісні або якісні дані про думки, почуття, досвід або поведінку людей. Цей метод часто використовується в соціології, психології, маркетингу та інших галузях для збору даних від багатьох учасників [67, с. 82].

Методи психодіагностичного обстеження використовуються для оцінки психічного стану, особистісних характеристик, інтелектуальних здібностей та інших аспектів психологічного функціонування особи. Вони можуть включати в себе проведення спеціальних тестів, інтерв'ю з пацієнтом або стандартизовані методи оцінки [50, с. 8].

Варто додати, що готовність жінок до материнства є складним та багатограним явищем, яке включає в себе різноманітні компоненти, що можуть варіювати від індивідуальних до соціокультурних аспектів. Одними з ключових компонентів готовності до материнства є емоційний стан жінки, бажання завагітніти та тип психологічного компоненту гестаційної домінанти.

Емоційний стан жінки, зокрема рівень стресу та тривожності, може відігравати важливу роль у готовності до материнства. Створення позитивного емоційного середовища може сприяти позитивному психологічному стану жінки та готовності до вагітності та материнства.

Бажання жінки завагітніти є іншим важливим аспектом готовності до материнства. Це може включати фізіологічне бажання материнства, а також соціокультурні аспекти, такі як готовність створення сім'ї та бажання мати дітей.

Психологічний компонент гестаційної домінанти відображає внутрішній психічний стан жінки, що впливає на її готовність до материнства та може охоплювати віру в власні здатності мати та виховувати дитину, вміння вирішувати конфлікти та приймати важливі рішення, а також психологічну готовність до змін у житті, пов'язаних із материнством.

Усі перераховані вище компоненти взаємодіють між собою, формуючи загальний рівень готовності жінки до материнства. Важливо враховувати, що готовність до материнства є індивідуальним процесом і може відрізнятися в кожної жінки, залежно від її психологічного стану та типу ПКГД [62, с. 331].

Таким чином, важливим аспектом нашого дослідження є використання психодіагностичних методик щодо визначення психологічної готовності до материнства жінок з різним типом ПКГД, сприяння оптимізації підготовки до материнства та забезпеченню психологічного комфорту під час цього важливого періоду у житті жінок.

Психодіагностичні методики дозволяють об'єктивно оцінити рівень готовності жінок до материнства, включаючи їхній емоційний стан, психологічну стійкість, віру в свої здібності та здатність до взаємодії з дитиною. Таким чином, було використано тести на виявлення рівня стресу та тривожності - тест на визначення рівня стресу (за В. Ю. Щербатих), шкала тривоги Гамільтона та тест тривожності Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) [58; 86; 59].

Опитувальник на визначення рівня стресу за В. Ю. Щербатих (Додаток А) – це інструмент, який використовується для оцінки рівня стресу у людини.

Цей опитувальник базується на психологічних та медичних аспектах стресу та містить питання, спрямовані на виявлення різних симптомів та проявів стресу. За допомогою даного тесту можна визначити наявність у досліджуваного чотирьох ознак стресу. Кожна ознака складається з 12 пунктів. За наявність інтелектуальних та поведінкових ознак досліджуваний може поставити собі 1 бал, емоційних – 1,5 бали, а фізіологічних ознак стресу – 2 бали [58].

Отже, максимальна загальна сума за усіма пунктами списку може досягати 66 балів. Результат до 5 балів вважається задовільним, що означає відсутність значного стресу в поточний момент. Результат від 6 до 12 балів показує наявність помірного стресу, який може бути врегульований шляхом раціонального розподілу часу, періодичного відпочинку та знаходження оптимальних рішень у складних ситуаціях. Сума отриманих балів від 13 до 24 вказує на досить значні емоційні та фізіологічні напруження в організмі, викликані сильними стресовими факторами, які не були збалансовані. У цьому випадку може знадобитися застосування спеціальних методів для подолання стресу. Результат від 25 до 40 балів означає, що у досліджуваного високий рівень стресу, для успішного подолання якого може знадобитися допомога психолога чи психотерапевта. Такий високий рівень стресу свідчить про те, що організм наближається до межі своїх адаптаційних можливостей. Якщо результат понад 40 балів, то це означає, що організм перейшов до третьої, найнебезпечнішої стадії стресу – виснаження резервів адаптаційної енергії [58].

Шкала тривоги Гамільтона (з англ. The Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) (Додаток Б) є інструментом для оцінки рівня тривожності шляхом використання клінічних запитань. Ця шкала дозволяє кількісно визначити ступінь вираженості тривожного синдрому і застосовується для оцінки ефективності антипсихотичних засобів. Шкала включає 14 показників, кожен з яких характеризується певними симптомами. Кожен показник оцінюється за 4-бальною шкалою, де 0 означає відсутність симптомів, а 4 вказує на важкість стану. Для визначення загальної оцінки тривожності за шкалою Гамільтона варто підсумувати бали. Результат до 17 балів говорить про наявність легкого ступеня

тривожності, від 18 до 24 балів вказує на помірну тривожність, показник 25-30 балів означає, що ступінь тривожності наближається від помірної до важкої, а якщо сума балів становить від 30, то досліджуваному варто сильно занепокоїтися та звернути увагу на свій стан [86].

Тест тривожності Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) (Додаток В) є методом самооцінки рівня тривожності на даний момент (визначення реактивної тривожності) та особистісної тривожності (як незмінної характеристики людини). Методика була розроблена у 1970 році американським психологом Ч. Спілбергером з метою визначення вираження тривожності, аналізу стану опитуваного в динаміці тощо. Пізніше дана методика була адаптована Ю. Л. Ханіним та отримала назву «Опитувальник Спілбергера-Ханіна» [59].

Автори визначають особистісну тривожність як стійку індивідуальну характеристику особистості, яка описує рівень її турботи, занепокоєння, емоційної напруженості в результаті дії стресових факторів. Реактивну тривожність розглядають як стан особи, який характеризує рівень його переживань на даний момент, внаслідок конкретної стресової ситуації. Тобто якщо особистісна тривожність є стійкою, то реактивна тривожність є динамічною особливістю [37].

Опитуваному пропонується 40 запитань-суджень, серед яких 1-20 призначені для визначення реактивної тривожності (Шкала самооцінки реактивної тривожності) та 21-40 – для визначення особистісної тривожності (Шкала самооцінки особистісної тривожності). Пропонується таблиця з чотирма відповідями, кожна з яких оцінюється від 1 до 4 балів. Після надання відповідей необхідно підрахувати окремо суму закреслених на бланку цифр за окремими шкалами. Результат може варіюватися від 20 до 80 балів. Чим вищий показник, тим вищий рівень тривожності, незалежно від шкали [59].

Підрахунок результатів опитування за двома шкалами здійснюється окремо за формулами:

$$\text{Реактивна тривожність} = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50,$$

Де $\Sigma 1$ – сума обраних в таблиці цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

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

Особистісна тривожність = $\Sigma 1 - \Sigma 2 + 35$,

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

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

Якщо результат підрахунків показує до 30 балів, то рівень тривожності є низьким, від 31 до 45 балів – помірний рівень тривожності, і високий рівень тривожності, якщо показник вище 45 балів [37].

Для досягнення цілей дослідження застосовувався тест на виявлення психологічного компоненту типу гестаційної домінанти вагітної жінки – **опитувальник «Тест ставлень вагітних» Е. Г. Ейдемільера, І. В. Добрякова, І. М. Микільської (Додаток Г).**

Основою для розробки тесту стала теорія психології відносин В. Н. Мясищева, яка дала змогу проаналізувати вагітність як єдність фізіологічного та психологічного аспектів людини; а також концепція «гестаційної домінанти» [45].

Тест ставлення вагітної слугує допоміжною методикою, котра надає загальне розуміння типу ПКГД. Використання цієї методики не дає можливості повністю ідентифікувати сімейні проблеми, спричинені вагітністю та пологами, а лише вказує психотерапевтам, психологам, членам сім'ї, напрямок у пошуках причини дисгармонії у сімейних стосунках [54, с. 116; 27].

Згідно з І.В. Добряковим, цей тест допомагає виявити психологічний аспект типу гестаційної домінанти у вагітної жінки, а саме: оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфоричний, тривожний та депресивний [14, с. 33]. За твердженнями дослідників, тест на визначення типу психологічного компоненту гестаційної домінанти слід проводити в другому та третьому триместрі вагітності [10, с. 86].

Зазначена методика складається з п'яти тверджень, які розділені на три блоки та вказують на:

А. Ставлення вагітної жінки до себе (відношення до перебігу вагітності, до способу життя, до майбутніх пологів);

Б. Ставлення вагітної жінки у відносинах «мати-дитя» (відношення до себе, як до майбутньої матері, відношення до майбутньої дитини, до грудного вигодовування);

В. Відношення вагітної жінки з оточенням (ставлення жінки до чоловіка, родичів, близьких, чужих людей).

У межах кожного блоку є п'ять тверджень, що відображають п'ять різних типів психологічного компоненту гестаційної домінанти. Опитування проводиться серед вагітних жінок, які мають обрати одне твердження серед запропонованих, яке найбільше відповідає її стану. Визначальним типом ПКГД варто вважати той, що набрав 7-9 балів в результаті тестування [27].

Отже, використання методів дослідження та психодіагностичних методик у дослідженні готовності до материнства жінок з різним типом ПКГД є надзвичайно важливим для належного розуміння та підтримки майбутніх матерів. Розглянуті методи дозволяють систематизувати та аналізувати інформацію про емоційний, психологічний, соціальний стан жінок під час вагітності та перед пологами, а також допомагають визначити тип психологічного компоненту гестаційної домінанти вагітної жінки. Вони дають змогу виявляти фактори, які впливають на готовність жінок до материнства, і розробляти індивідуалізовані програми підготовки до цього важливого життєвого етапу. Використання цих методів сприяє підвищенню якості психологічної підтримки майбутніх матерів, а також сприяє забезпеченню їхнього психічного та емоційного благополуччя, що має важливе значення для їхнього здоров'я та здоров'я майбутніх дітей.

Вибірка дослідження становила 20 вагітних жінок, віком від 20 до 38 років, які знаходяться на другому та третьому триместрі вагітності.

Дослідження проводилося в жіночій консультації на базі Комунального некомерційного підприємства «Врадіївська центральна районна лікарня», с. Владіївка, Первомайський район, Миколаївська область.

Нами було підібрано методики, які допоможуть нам провести дослідження, визначити рівень стресу та тривожності у вагітних, виявити тип психологічного компоненту гестаційної домінанти та обґрунтувати особливості готовності до материнства жінок із різним типом ПКГД.

Емпіричне дослідження ґрунтується на наступних методиках (описаних вище):

- спостереження за вагітними жінками та аналіз їх анамнезу;
- тест на визначення рівня стресу (за В. Ю. Щербатих) (Додаток А);
- шкала тривоги Гамільтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM-A/HARS) (Додаток Б);
- тест тривожності Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) (Додаток В);
- опитувальник «Тест ставлень вагітних» Е. Г. Ейдемільлера, І. В. Добрякова, І. М. Микільської (Додаток Г).

Перш за все, варто зазначити, що методом спостереження, аналізу анамнезу вагітних жінок та опитування було розглянуто суб'єкти дослідження (табл. 2.1.).

Таблиця 2.1.

Характеристика суб'єктів дослідження – вагітних жінок

№ з/п	Ім'я	Вік	Термін вагітності	Інші характеристики
1	Наталя О.	22 роки	19 тижнів	Вагітність перша, запланована
2	Оксана В.	28 років	22 тижні	Вагітність друга, запланована
3	Марія М.	20 років	21 тиждень	Вагітність перша, незапланована

Продовження таблиці 2.1.

4	Ольга П.	31 рік	28 тижнів	Вагітність перша, довгоочікувана
5	Наталя К.	30 років	25 тижнів	Вагітність друга, випадкова
6	Катерина О.	29 років	18 тижнів	Вагітність друга, бажана
7	Яна П.	33 роки	22 тижні	Вагітність третя, бажана
8	Олена А.	25 років	19 тижнів	Вагітність друга, незапланована
9	Юлія П.	38 років	30 тижнів	Вагітність третя, незапланована
10	Катерина С.	27 років	29 тижнів	Вагітність друга, запланована
11	Ірина О.	34 роки	27 тижнів	Вагітність друга, незапланована
12	Людмила Ф.	28 років	20 тижнів	Вагітність перша, бажана
13	Аліса Л.	24 роки	21 тиждень	Вагітність перша, запланована
14	Ольга К.	21 рік	25 тижнів	Вагітність перша, незапланована
15	Віра С.	32 роки	33 тижні	Вагітність друга, запланована
16	Антоніна М.	29 років	23 тижні	Вагітність перша, запланована
17	Марина К.	23 роки	27 тижнів	Вагітність перша, незапланована
18	Наталя Б.	37 років	30 тижнів	Вагітність друга, запланована
19	Дарина Ж.	21 рік	28 тижнів	Вагітність перша, незапланована
20	Тетяна О.	30 років	19 тижнів	Вагітність друга, незапланована

Таким чином, зважаючи на військовий стан в Україні та його вплив на моральний стан більшості населення країни, нами було в першу чергу проведено дослідження на виявлення стресу та тривоги у вагітних жінок, а також виявлення рівня реактивної та особистісної тривожності у вагітних, що відіграє значну роль

у формуванні типу психологічного компонента гестаційної домінанти у майбутньої матері.

Отже, з метою визначення рівня стресу та тривожності, виявлення типу психологічного компоненту гестаційної домінанти було застосовано психодіагностичні методики та інтерпретовано результати опитування й тестування 20 респондентів – вагітних жінок, що готуються стати матір'ю.

2.2 Аналіз результатів діагностики психологічної готовності до материнства жінок із різним типом ПКГД

Для оцінки рівня стресу у респондентів було застосовано «Опитувальник на визначення рівня стресу за В. Ю. Щербатих» (Додаток А).

Результати опитування відображені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Результати опитування на визначення рівня стресу
(за В.Ю. Щербатих)

№ з/п	ППП опитуваного	Загальний результат
1	Наталя О.	7
2	Оксана В.	4
3	Марія М.	17
4	Ольга П.	4,5
5	Наталя К.	19
6	Катерина О.	3
7	Яна П.	8
8	Олена А.	19,5
9	Юлія П.	25
10	Катерина С.	6,5
11	Ірина О.	28,5
12	Людмила Ф.	3,5
13	Аліса Л.	6,5
14	Ольга К.	24
15	Віра С.	7
16	Антоніна М.	10
17	Марина К.	14
18	Наталя Б.	27
19	Дарина Ж.	7
20	Тетяна О.	8

Отже, опрацювавши відповіді опитаних та підсумувавши результат, можна зробити наступний висновок:

- вагомий стрес відсутній у респондентів з показником від 0 до 5, тобто у Оксани В., Ольги П., Катерини О., Людмили Ф.;
- помірний стрес, який можна подолати, використовуючи ефективно свій час, регулярно відпочиваючи та знаходячи оптимальний спосіб вирішення поточної ситуації, мають респонденти з показниками від 6 до 12 балів – Наталя О., Яна П., Катерина С., Аліса Л., Віра С., Антоніна М., Дарина Ж., Тетяна О.;
- виражене емоційне напруження, спричинене сильним стресорним фактором мають опитані з показником від 13 до 24 балів – Марія М., Наталя К., Олена А., Ольга К., Марина К.;
- у стані сильного стресу, для подолання якого потрібна допомога спеціаліста, з показником від 25 до 40 балів перебувають Юлія П., Ірина О. та Наталя Б.

Аналізуючи результати опитування на визначення рівня стресу (за В.Ю. Щербатих) слід визначити, що у чотирьох опитаних (20%) вагомий стрес відсутній, у восьми респондентів (40 %) прослідковується помірний стрес, виражене емоційне напруження мають п'ятеро (25 %) вагітних жінок та у стані сильного стресу перебувають три жінки (15%) (рис. 2.1.).

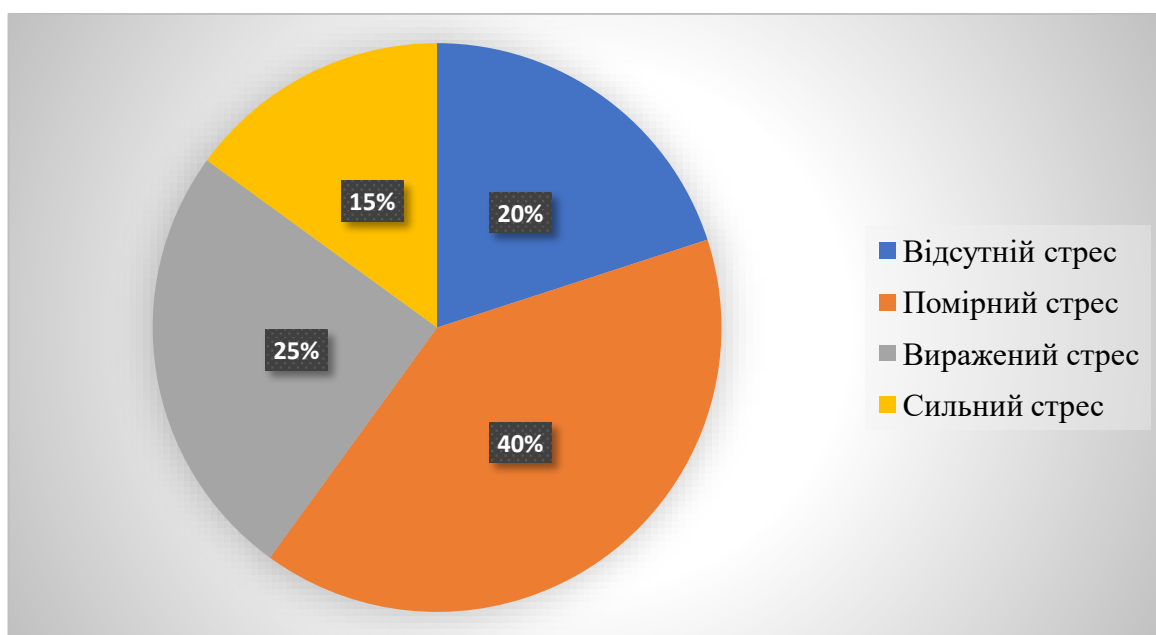


Рис. 2.1. Результати опитування на визначення рівня стресу
(за В. Ю. Щербатих)

Отже, слід підсумувати, що більшість опитаних вагітних жінок (80 %) перебувають у стані стресу, що може призвести до збільшення рівня тривоги, страху та роздратування вагітної жінки, може сприяти розвитку депресії, порушення сну, може мати вплив на природний розвиток плода, зокрема, може призвести до передчасних пологів або недоношеності.

З метою оцінки ступеня вираженості тривожності в опитаних вагітних жінок було використано шкалу тривоги Гамільтона (Додаток Б).

Результати тестування відображені у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Результати тестування на ступінь вираженості тривожності
(за Шкалою тривоги Гамільтона)

№ з/п	ППП опитуваного	Загальний результат
1	Наталя О.	13
2	Оксана В.	10
3	Марія М.	31
4	Ольга П.	7
5	Наталя К.	33
6	Катерина О.	6
7	Яна П.	14
8	Олена А.	38
9	Юлія П.	39
10	Катерина С.	13
11	Ірина О.	35
12	Людмила Ф.	6
13	Аліса Л.	9
14	Ольга К.	27
15	Віра С.	10
16	Антоніна М.	12
17	Марина К.	26
18	Наталя Б.	32
19	Дарина Ж.	9
20	Тетяна О.	11

Таким чином, інтерпретуючи відповіді опитаних вагітних жінок, було визначено наступне:

- респонденти з показником до 17 балів мають легкий ступінь тривожності: Наталя О., Оксана В., Ольга П., Катерина О., Яна П., Катерина С., Людмила Ф., Аліса Л., Віра С. Антоніна М., Дарина Ж. та Тетяна О.;
- результат від 18 до 24 балів вказує на помірну тривожність (таких немає);
- показник від 25 до 30 балів вказує на наявність важкого ступеня тривожності (Ольга К., Марина К.);
- опитані з результатом від 30 балів мають дуже високий рівень тривожності та повинні обов'язково звернутися до спеціаліста (Марія М., Наталя К., Олена А., Юлія П., Ірина О., Наталя Б.).

Проаналізувавши результати тестування на ступінь вираженості тривожності у вагітних жінок було визначено, що 40 % (8) опитаних мають високий та дуже високий рівень тривожності, решта (12 = 60 %) – мають легкий ступінь тривожності (рис. 2.2.).

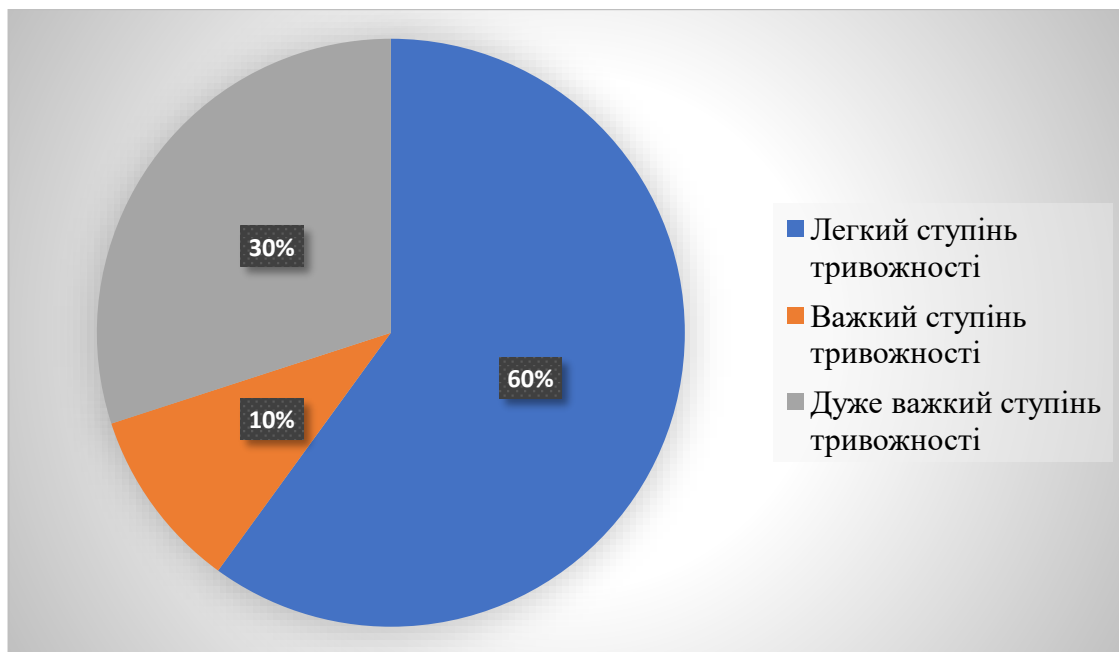


Рис. 2.2. Результати тестування на ступінь вираженості тривожності
(за Шкалою тривоги Гамільтона (HAM-A/HARS))

Таким чином, варто зауважити, що всі вагітні жінки, які пройшли тестування мають тривожність, яка виражена від легкого до дуже високого ступеня. Зазвичай, вагітна жінка може перебувати у стані тривоги, адже вона хвилюється за себе та свою дитину, і це є нормальним явищем. Однак, високий та дуже високий ступінь вираженості тривожності може перешкоджати її звичному функціонуванню, знижувати загальне самопочуття, перешкоджати здійсненню щоденних дій, насолоджуватися вагітністю, а також спричиняти проблеми у взаємодії з оточуючими. У деяких випадках підвищена тривожність може призвести до розвитку або загострення психічних розладів, таких як депресія або панічні атаки.

Загалом, важливо звертати увагу на підвищену тривожність у вагітних жінок і вживати заходи для її зменшення. Такі заходи включають в себе психологічну підтримку, регулярну фізичну активність, техніки релаксації, збалансоване харчування та консультування з лікарем у випадку серйозних проявів тривоги.

Для виявлення рівня реактивної (на даний момент) та особистісної (як незмінної характеристики) тривожності було імплементовано Тест тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI) (Додаток В).

Результати тестування наведені у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Результати тестування на визначення рівня реактивної та особистісної тривожності (Тест тривожності Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety

Inventory - STAI)

№ з/п	ІПП опитуваного,	Шкала самооцінки реактивної тривожності	Шкала самооцінки особистісної тривожності
1	Наталя О.	29	28
2	Оксана В.	24	24
3	Марія М.	59	56
4	Ольга П.	23	21
5	Наталя К.	56	55

Продовження таблиці 2.4.

6	Катерина О.	25	24
7	Яна П.	20	21
8	Олена А.	68	60
9	Юлія П.	63	60
10	Катерина С.	25	25
11	Ірина О.	70	64
12	Людмила Ф.	20	21
13	Аліса Л.	26	26
14	Ольга К.	45	41
15	Віра С.	24	27
16	Антоніна М.	30	30
17	Марина К.	45	41
18	Наталя Б.	59	55
19	Дарина Ж.	26	24
20	Тетяна О.	21	22

Таким чином, обробка результатів опитування дала можливість визначити наступне:

- показник до 30 балів свідчить про низький рівень тривожності і переважає у Наталі О., Оксани В., Ольги П., Катерини О., Яни П., Катерини С., Людмили Ф., Аліси Л., Віри С., Антоніни М., Дарини Ж. та Тетяни О.;
- оцінка від 31 до 45 балів вказує на помірну тривожність (Ольга К., Марина К.);
- результат від 45 балів означає наявність дуже високого рівня тривожності (Марія М., Наталя К., Олена А., Юлія П., Ірина О., Наталя Б.).

Так, результати тестування на визначення рівня реактивної та особистісної тривожності у вагітних жінок показали, що шестеро (30 %) опитаних мають високий рівень тривожності, у двох (10 %) переважає помірний рівень тривожності, а решта (12 = 60 %) – мають низький рівень тривожності (рис. 2.3.).

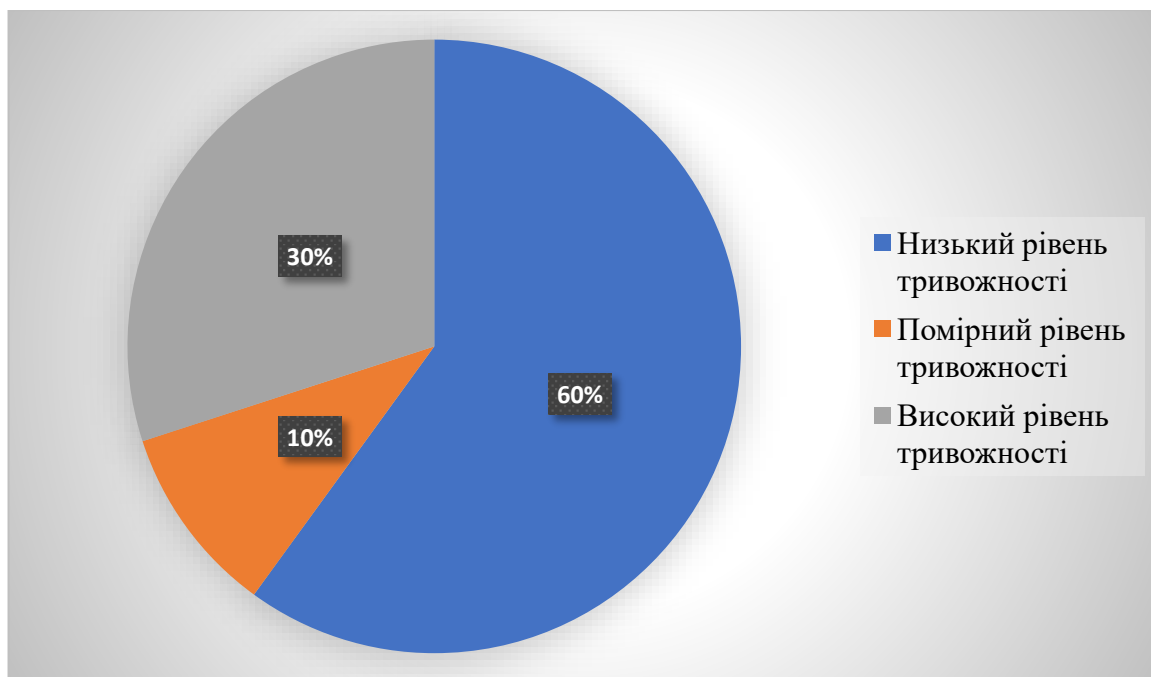


Рис. 2.3. Результати тестування на визначення рівня реактивної та особистісної тривожності (Тест тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI))

Таким чином, високий рівень тривожності свідчить про те, що як реактивна (ситуаційна), так і особистісна тривожність (стійка характеристика) людини є значно вираженими, тому респонденти з такими показниками вимагають додаткового втручання, такого як консультація з психологом або психотерапевтом. Низький рівень тривожності означає, що людина здатна добре контролювати тривожні реакції і не має серйозних проблем зі станами тривожності, проте профілактичні заходи не будуть зайвими. Помірний рівень тривожності означає, що людина не потребує лікування, однак може виступати предметом уваги для покращення психоемоційного стану.

Варто звернути увагу, що результати тестування за двома різними методиками – Тест на визначення рівня реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI) та Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A/HARS) співпали, що свідчить про узгодженість між різними методиками оцінки тривожності та підсилює достовірність висновку.

Для досягнення цілей дослідження серед опитуваних було проведено тест на виявлення типу психологічного компоненту гестаційної домінантної вагітної

жінки за допомогою опитувальника «Тест ставлень вагітних» Е. Г. Ейдемільера, І. В. Добрякова, І. М. Микільської (Додаток Г).

Результати тестування представлені у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

Результати тестування на виявлення типу ПКГД вагітної жінки
(«Тест ставлень вагітних» Е. Г. Ейдемільера, І. В. Добрякова, І. М. Микільської)

№ з/п	ППП опитуваного, вік, термін вагітності		Блок А			Блок Б			Блок В		
			І	ІІ	ІІІ	І	ІІ	ІІІ	І	ІІ	ІІІ
1	Наталя О., 22 роки, 19 тижнів	Відповідь	4	3	3	4	1	3	3	1	5
		Результат	О	Г	О	Е	О	О	О	О	О
2	Ольга П., 31 рік, 28 тижнів	Відповідь	1	4	5	5	1	2	1	2	3
		Результат	Е	Е	Е	О	О	Е	Е	Е	Е
3	Марія М, 20 років, 21 тиждень	Відповідь	2	3	2	3	4	1	1	4	4
		Результат	Г	Г	Т	Г	Г	Г	Е	Г	Г
4	Наталя К., 30 років, 25 тижнів	Відповідь	5	5	4	2	5	4	5	5	1
		Результат	Д	Д	Д	Д	Д	Д	Т	Т	Д
5	Оксана В., 28 років, 22 тижні	Відповідь	4	2	3	5	1	3	3	1	5
		Результат	О	О	О	О	О	О	О	О	О
6	Катерина О., 29 років, 18 тижнів	Відповідь	1	4	5	4	2	3	1	2	3
		Результат	Е	Е	Е	Е	Е	О	Е	Е	Е
7	Яна П., 33 роки, 22 тижні	Відповідь	4	3	3	5	1	3	3	1	5
		Результат	О	Г	О	О	О	О	О	О	О
8	Олена А., 25 років, 19 тижнів	Відповідь	3	1	2	1	3	5	4	4	2
		Результат	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Д	Г	Т
9	Юлія П., 38 років, 30 тижнів	Відповідь	3	5	4	2	5	4	4	3	1
		Результат	Т	Д	Д	Д	Д	Д	Д	Д	Д
10	Катерина С., 27 років, 29 тижнів	Відповідь	4	2	3	5	2	3	3	1	5
		Результат	О	О	О	О	Е	О	О	О	О
11	Ірина О., 34 роки, 27 тижнів	Відповідь	5	5	4	2	5	4	4	3	1

Продовження таблиці 2.5.

		Результат	Д	Д	Д	Д	Д	Д	Д	Д	Д
12	Людмила Ф., 28 років, 20 тижнів	Відповідь	1	4	5	4	1	2	1	1	3
		Результат	Е	Е	Е	Е	О	Е	Е	О	Е
13	Аліса А., 24 роки, 21 тиждень	Відповідь	4	3	3	5	2	3	3	1	5
		Результат	О	Г	О	О	Е	О	О	О	О
14	Ольга К., 21 рік, 25 тижнів	Відповідь	2	3	1	3	4	5	5	4	4
		Результат	Г	Г	Г	Г	Г	Т	Т	Г	Г
15	Віра С., 32 роки, 33 тижні	Відповідь	4	2	3	5	1	3	3	1	5
		Результат	О	О	О	О	О	О	О	О	О
16	Антоніна М., 29 років, 23 тижні	Відповідь	1	4	5	5	1	2	1	2	5
		Результат	Е	Е	Е	О	О	Е	Е	Е	О
17	Марина К., 23 роки, 27 тижнів	Відповідь	3	1	2	1	3	5	4	4	2
		Результат	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Д	Г	Т
18	Наталя Б., 37 років, 30 тижнів	Відповідь	5	5	4	2	5	4	4	3	1
		Результат	Д	Д	Д	Д	Д	Д	Д	Д	Д
19	Дарина Ж., 21 рік, 28 тижнів	Відповідь	2	3	2	3	4	1	2	4	4
		Результат	Г	Г	Т	Г	Г	Г	Г	Г	Г
20	Тетяна О., 30 років, 19 тижнів	Відповідь	4	3	3	5	1	3	3	1	5
		Результат	О	Г	О	О	О	О	О	О	О

За методикою І. В. Добрякова переважаючим типом ПКГД варто вважати той, що набрав від 7 балів в загальному результаті тестування вагітних жінок [27].

Таким чином, оптимальний тип ПКГД переважає у Наталі О., Оксани В., Яни П., Катерини С., Аліси А., Віри С. та Тетяни О.; гіпогестогнозичний тип ПКГД виражений у Марії М., Ольги К. та Дарини Ж.; ейфорійний тип ПКГД – Ольга П., Катерина О., Людмила Ф., Антоніна М.; тривожний тип ПКГД у Олени А., Марина К.; а депресивний тип ПКГД переважає у Наталі К., Юлії П., Ірина О. та Наталі Б.

Провівши аналіз результатів тестування на виявлення типу психологічного компоненту гестаційної домінанти вагітної жінки за допомогою опитувальника «Тест ставлень вагітних» Е. Г. Ейдемільера, І. В. Добрякова, І. М. Микільської, варто зазначити, що у понад третини респондентів (7 = 35%) переважає

оптимальний тип ПКГД, по чотири (по 20%) опитаних мають ейфорійний та депресивний тип ПКГД, у трьох (15%) – гіпогестогнозичний тип ПКГД та у двох (10%) вагітних виражений тривожний тип ПКГД (рис. 2.4.).



Рис. 2.4. Результати тестування на виявлення типу ПКГД вагітної жінки
(«Тест ставлень вагітних» Е. Г. Ейдемільера, І. В. Добрякова,
І. М. Микільської)

Таким чином, розглянувши анамнез вагітних жінок – суб’єктів дослідження, опрацювавши результати опитування та тестування жінок на визначення рівня стресу та тривожності, виявлення типу ПКГД можна зробити наступні висновки:

- жінки, які мають заплановану вагітність, зазвичай мають легкий ступінь тривожності та стресу, виражений оптимальний тип ПКГД;
- жінки, які мають незаплановану або випадкову вагітність, передусім характеризуються сильним стресом, високим рівнем тривожності, тип ПКГД – гіпогестогнозичний, депресивний або тривожний;
- жінки із довгоочікуваною бажаною вагітністю мають легкий рівень стресу та тривожності та характеризуються вираженим ейфорійним типом ПКГД.

Отже, слід підсумувати, що визначити готовність жінки до материнства можна за допомогою ознайомлення з анамнезом вагітної, виявлення рівня стресу, тривожності, типу психологічного компоненту гестаційної домінанти, що значною мірою впливає на психологічний та фізичний стан вагітної жінки.

Висновки до другого розділу

Констатувальний експеримент дослідження проводився серед вагітних жінок віком від 20 до 38 років, які знаходяться на другому та третьому триместрі вагітності. Для досягнення результатів дослідження було розглянуто анамнез вагітних жінок, підібрано психодіагностичні методики на визначення рівня стресу, ступеня тривожності, рівня реактивної та особистісної тривожності, виявлення типу психологічного компоненту гестаційної домінанти та інтерпретовано результати опитування й тестування 20 респондентів – вагітних жінок, що готуються стати матір'ю.

У ході роботи було розглянуто основні методи дослідження. Було застосовано теоретичні та емпіричні методи: системно-структурний метод; метод теоретичного аналізу та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження; метод порівняльного аналізу й узагальнення даних, методи наукового спостереження, анкетування, бесіди, методи психодіагностичного обстеження. Важливе значення для отримання результатів дослідження отримали психодіагностичні методики, які дозволили об'єктивно оцінити рівень готовності жінок до материнства, рівень стресу та тривожності – тест на визначення рівня стресу (за В. Ю. Щербатих), шкала тривоги Гамільтона, тест тривожності Спілбергера-Ханіна, опитувальник «Тест ставлень вагітних» Е. Г. Ейдемільлера, І. В. Добрякова, І. М. Микільської.

Таким чином, більшість опитаних вагітних жінок перебувають у стані стресу, всі вагітні жінки, які пройшли тестування мають тривожність, яка виражена від легкого до дуже високого ступеня. Визначення типу психологічного компоненту гестаційної домінанти забезпечило можливість зрозуміти ситуацію, пов'язану з вагітністю та народженням дитини, допомагає з'ясувати, які психологічні зміни відбулися всередині жінки та як вони вплинули на стосунки у сім'ї.

На основі проведеного психодіагностичного дослідження було визначено, що найбільш готовими до материнства є жінки з вираженим оптимальним та ейфорійним типом психологічного компоненту гестаційної домінанти. Жінки з іншими типами ПКГД мають певні соматичні порушення та підвищені нервово-психічні ризики, тому потребують нагляду спеціалістів. Тому, на підставі отриманих результатів діагностики психологічної готовності до материнства у жінок з різним типом ПКГД виявлено певні порушення, які супроводжуються високим та понад високим рівнем стресу і тривожності, що свідчить про необхідність впровадження програми психологічної підтримки вагітних жінок, спрямованої на зниження рівня стресу та тривожності, а також на покращення психологічної готовності таких жінок до материнства.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ЖІНОК ІЗ РІЗНИМ ТИПОМ ПКГД ДО МАТЕРИНСТВА

3.1 Вплив психологічного компоненту гестаційної домінанти на готовність до материнства

Проведення психодіагностичних методик та інтерпретація результатів опитування і тестування суб'єктів дослідження, а також розгляд їх анамнезу дало змогу виявити тип психологічного компоненту гестаційної домінанти опитаних вагітних жінок.

Визначення типу психологічного компоненту гестаційної домінанти забезпечило можливість зрозуміти ситуацію, пов'язану з вагітністю та народженням дитини, допомагає з'ясувати, які психологічні зміни відбулися всередині жінки та як вони вплинули на стосунки у сім'ї. Тип ПКГД відображає, передусім, особистісні зміни та реакції жінки, які стали частиною її системи відносин.

Розглянемо роль впливу кожного типу психологічного компоненту гестаційної домінанти на готовність жінок до материнства.

Проаналізувавши всі отримані показники, можна спостерігати, що жінки з оптимальним типом ПКГД мають всі фактори психологічної готовності до материнства. Вони мають теплі подружні відносини, легкий ступінь тривожності, помірний або відсутній стресовий стан, відповідальне ставлення до вагітності, яка, зазвичай, є запланованою, бажаною. Таким жінкам, в основному, приємно усвідомлювати, що вони вагітні, їх спосіб життя майже не змінився, вони не відчувають страху перед пологами, впевнені у своєму материнстві,

готові до грудного вигодовування. Оптимальний тип ПКГД формує гармонійний тип сімейного виховання майбутньої дитини.

Жінки з гіпогестогнозичним типом ПКГД мають високий показник особистісної зрілості, саморозвитку, кар'єрного росту. Частіше, вагітність у таких жінок є незапланованою. У них спостерігається високий рівень тривожності та стресу. Вони не відчувають особливих емоцій, нічого не змінюють у своєму способі життя у зв'язку з вагітністю, не думають про вагітність, дитину, майбутні пологи, не задумуються про те, якими матерями вони будуть, а питання щодо перебігу вагітності викликає в них роздратування. Тобто, можна зробити висновок, що жінки з гіпогестогнозичним типом ПКГД мають низький рівень готовності до материнства.

Наявність тривожного типу психологічного компоненту гестаційної домінанти є характерним для жінок, які надмірно сконцентровані на дитині, турбуються про неї, що може призвести до негативного впливу на фізичне здоров'я вагітної. Жінка, з одного боку радіє, що стане матір'ю, а з іншого боку, вона сумнівається у своїх материнських здібностях, перебуває в постійній нервовій напрузі, має важкий стресовий стан та високий рівень тривожності, боїться майбутніх пологів, хвилюється, що через втрату привабливості стосунки з партнером можуть погіршитися. У зв'язку з вагітністю, жінка з таким типом ПКГД повністю змінює свій спосіб життя, має купу фізіологічних та психологічних проблем та характеризується невисоким рівнем готовності до материнства.

Депресивний тип ПКГД характеризується критичним рівнем особистісної зрілості жінки, вагітність у яких є незапланованою. Така жінка, зазвичай, не хоче цієї дитини, вона засмучена, що вагітна, сумнівається у здатності виносити та народити здорову дитину, боїться майбутніх пологів, відмовляється від звичайного життя, відчуває, що вагітність зруйнувала їй життя, вважає, що не зможе стати хорошою матір'ю, соромиться, коли оточуючі помічають її вагітний стан. Жінки з таким типом ПКГД мають виражений ступінь тривожності, високий рівень стресу, депресивний настрій, а у критичних ситуаціях – мають

суїцидальні думки. Отримана інформація підтверджує у жінок з депресивним типом ПКГД повну відсутність готовності до материнства.

Якщо у вагітної жінки переважає ейфорійний тип психологічного компоненту гестаційної домінанти, то можна зазначити, що такі жінки мають бажану довгоочікувану вагітність. Вони безмежно щасливі, що вагітні, перебувають у піднесеному настрої, думають про пологи, як про майбутнє свято, відвідують курси майбутніх батьків, постійно говорять з дитиною, хвилюються про її стан. Зазвичай у таких жінок відсутній стресовий стан та переважає ледь помітна тривожність. Жінки з ейфорійним типом ПКГД вважають, що вагітність – це найпрекрасніший стан у житті будь-якої жінки, який прикрашає її в очах партнера та всіх оточуючих. Такі характеристики жінок з ейфорійним типом ПКГД свідчать про виражену готовність до материнства.

Таким чином, визначення готовності до материнства дозволяє виявити ключові фактори, що впливають на цей процес, і розробити ефективні підходи щодо підтримки жінок у забезпеченні готовності до материнства. Аналіз цієї проблематики також відкриває шляхи для створення програм, які готують жінок до вагітності та пологів з урахуванням психологічних аспектів. Дослідження показує, що серед сучасних вагітних жінок поширений оптимальний тип психологічного компоненту гестаційної домінанти, за яким вони відзначаються високою відповідальністю та уважним ставленням до виконання рекомендацій щодо ведення вагітності, а також прагненням вести активний спосіб життя. Жінки з іншими типами ПКГД мають певні соматичні порушення та підвищені нервово-психічні ризики, тому потребують нагляду спеціалістів.

3.2 Програма психологічної підтримки жінок з різними типами ПКГД у формуванні готовності до материнства

Результати констатувального експерименту дали змогу довести, що вагітні жінки здебільшого перебувають у постійному стресі та відчувають тривогу, ступінь вираженості якої може варіюватися від низького до дуже високого, а також залежно від визначеного типу психологічного компоненту гестаційної домінанти з'являється можливість визначити психологічні зміни, які відбуваються у жінки, у зв'язку з вагітністю та народженням дитини. Було з'ясовано, що необхідним є негайне впровадження програми психологічної підтримки вагітних жінок, спрямованої на зниження рівня стресу та тривожності, а також на покращення психологічної готовності таких жінок до материнства.

Таким чином, було розроблено та впроваджено програму психологічної підтримки вагітних жінок, яка складається із 5 тренінгових занять, проведених протягом двох тижнів (тривалість кожного заняття по 2 год) та орієнтованих на покращення психологічної готовності жінок до материнства, зниження рівня стресу та тривожності.

Учасниками програми виступили 20 вагітних жінок віком від 20 до 38 років, які знаходяться на другому та третьому триместрі вагітності. Під час проведення констатувального етапу експериментального дослідження (діагностичний етап) термін вагітності жінок варіювався від 18 до 33 тижнів. Формувальний експеримент потребував ще трьох тижнів: проведення програми психологічної підтримки та здійснення повторного діагностичного зрізу з метою визначення ефективності впровадження програми. Таким чином, другий етап експериментального дослідження потребував повторного збору анамнезу від учасниць програми, що передбачав фіксацію зміни терміну вагітності.

Метою програми є зниження рівня стресу та тривожності, формування позитивного ставлення до материнства та підвищення психологічної готовності до народження дитини.

Програма розрахована на 10 годин – 5 тренінгових занять по 2 години кожне, протягом двох тижнів. Періодичність зустрічей – тричі та двічі на тиждень (перший тиждень: вівторок, четвер, субота; другий тиждень: середа, субота).

Місце проведення зустрічей: психологічний кабінет жіночої консультації на базі Комунального некомерційного підприємства «Врадіївська центральна районна лікарня» (с. Владіївка, Первомайський район, Миколаївська область).

Основними методами під час впровадження програми виступили: групова дискусія, тренінговий метод, релаксаційні техніки, психоедукція, дихальні вправи, візуалізація, арт-терапія, вправи на підвищення самооцінки, прогресивне розслаблення м'язів.

Тренінгове заняття 1. Знайомство та цілі програми (тривалість – 2 години)

Мета: встановлення довірливих відносин між учасницями, створення комфортної та підтримуючої атмосфери, обговорення очікувань від програми.

Вступна частина (15 хвилин):

- короткий виступ психолога, привітання та представлення себе;
- представлення основних принципів роботи під час програми (конфіденційність, щирість, довіра, повага один до одної, підтримка);
- ознайомлення з метою та структурою програми;
- представлення кожною учасницею себе (ім'я, термін вагітності, чого бажає отримати від програми).

Основна частина:

Вправа «Сподівання та страхи» (20 хвилин).

Інструменти та матеріали: папір А4, олівці, ручки.

Учасницям пропонується записати на аркуші паперу у два окремих стовпчики такі аспекти: у перший – очікування від психологічної програми, у другий – можливі страхи, які вони відчують під час вагітності.

Після написання, кожна учасниця може поділитися своїми думками та переживаннями з групою. Психолог при цьому пояснює, як програма допоможе подолати страхи та досягти зазначених очікувань.

Вправа «4-7-8» (15 хвилин).

Метою є зниження тривожності за допомогою техніки глибокого дихання.

Учасникам пропонується зручно сісти та розслабитися. Протягом декількох хвилин потрібно вдихати через ніс на рахунок 4, затримувати дихання на рахунок 7 і видихати через рот на 8. Після вправи варто обговорити свої відчуття.

Вправа «Спільні моменти» (30 хвилин).

Мета: розвиток довіри та емоційної підтримки.

Учасниці повинні згадати приємний важливий момент, що пов'язаний із вагітністю та поділитися з аудиторією цими спогадами. Психолог обговорює з учасницями важливість позитивного досвіду для зниження рівня тривожності та підтримки позитивного настрою. Під час розповіді, учасниці та психолог повинні підтримувати виступаючого словами, усмішкою, кивками тощо.

Вправа «Максимальне розслаблення» (20 хвилин).

Мета: розслабити м'язи та розвинути усвідомленість.

Для досягнення фізичного та психічного розслаблення важливим є техніка прогресивного розслаблення м'язів. Вправа полягає у почерговому напруженні та розслабленні різних груп м'язів. Починати варто зі ступні, поступово пересуваючись до ніг, тазу, рук, плечей, шиї, обличчя. При цьому кожную групу м'язів напружувати протягом чотирьох секунд та розслабляти протягом такого ж часу. Після виконання вправи, учасниці діляться своїми враженнями та обговорюють свої почуття. Дана техніка може використовуватися і в домашніх умовах, якщо виникає потреба знизити тривожність.

Вправа «Важливість емоційної підтримки» (15 хвилин).

Мета: висвітлити важливість власних ресурсів та самопідтримки.

Психолог зазначає, що вагітність – це не лише фізичний, а й емоційний стрес для організму, який зазвичай супроводжується різкими змінами настрою,

переживаннями, підвищеною тривожністю. Тому, емоційна підтримка від оточення та від самої себе у цей період є важливою.

У кожної людини є внутрішні ресурси, які допомагають долати труднощі. Такими ресурсами є підтримуючі думки, позитивні спогади, внутрішній діалог, особисті досягнення. Спираючись на власні ресурси, жінка може почуватися більш впевненою, стабільною та захищеною.

Важливо пам'ятати, що дихальні вправи та техніки на розслаблення допомагають швидко знизити рівень тривожності, змінити самопочуття та знайти спокій у моменти напруження. Щоб нагадати собі про власні сили та внутрішні ресурси, потрібно звертатися до себе з такими фразами як «Я впораюсь», «Я це можу», «Мені це під силу», «Я можу подбати про себе».

Психолог пропонує учасницям вести щоденник власних емоцій, який допоможе жінці усвідомити свої переживання та відстежити ситуації, які або спричиняють тривогу, або навпаки приносять спокій. Щоб отримати певний результат, спостерігати динаміку емоційного стану людини, записи варто робити регулярно. Потрібно фіксувати моменти, коли з'являється напруження та тривога, описувати почуття та відчуття в цей момент. Відповідно, необхідно записувати всі приємні події, які допомагають фокусуватися на позитивних емоціях. Після запису – варто спробувати виконати техніку напруження ділянок тіла та їх розслаблення. Ведення щоденника допоможе контролювати власний емоційний стан.

Рефлексія (5 хвилин).

Учасниці діляться думками про проведене заняття, розповідають про свої враження та почуття, висловлюють свої побажання, страхи, можливо, зауваження. Психолог наголошує на важливості вчасно помічати свій емоційний та психологічний стан, робити паузу, заземлятися та розслаблятися, виконуючи дихальні техніки та записуючи свої емоції у щоденник.

Тренінгове заняття 2. Стрес, тривожність та напруга під час вагітності (тривалість – 2 години)

Мета: ознайомити учасниць з природою стресу, тривожності та напруги, їх впливом на здоров'я та методами зниження їх рівня, розвинути психологічну стійкість.

За допомогою методу психоедукції, психолог коротко розповідає, що таке стрес, тривожність та напруга, їх фізіологічні прояви та вплив на вагітність та готовність до материнства. Учасниці діляться своїм досвідом боротьби зі стресом та тривожністю, а також з методами зняття напруги (20 хвилин).

Вправа «Управління емоціями» (10 хвилин).

Мета: навчити керувати емоціями, сформувати навички саморегуляції.

Учасницям пропонується розповісти, які емоції їх супроводжують протягом вагітності. Психолог ставить питання, а учасниці відповідають:

- Чи змінились ваші емоції з моменту вагітності?
- Чи змінились ваші думки?
- Чи впливають ваші тілесні відчуття на ваші емоції?
- Що ви знаєте про вплив емоцій матері під час вагітності на дитину?
- Які методи для регуляції емоційного стану ви знаєте?
- Які емоції ви собі забороняєте?
- Як ви турбуєтесь про себе?

Ведеться обговорення.

Вправа «Релаксація» (20 хвилин).

Мета: навчити учасниць технік релаксації.

Учасницям пропонується зайняти зручну позицію, заплющити очі та розслабитися. Психолог повільно, зі спокійною інтонацією читає текст:

Сядьте зручно, закрийте очі та зосередьтеся на своєму диханні. Зробіть глибокий вдих через ніс, наповнюючи живіт повітрям, і повільно видихніть через рот. Відчуйте, як ваше тіло розслабляється з кожним видихом. Повторіть цей процес кілька разів, поступово уповільнюючи дихання.

Уявіть, що ви знаходитесь у спокійному, тихому місці. Це може бути берег моря, ліс або простора галявина — те місце, де ви відчуваєтеся в повній безпеці

та гармонії. Відчуйте теплий вітер, який ніжно обвіває ваше тіло. Почуйте заспокійливий шум хвиль або шелест листя навколо.

Поступово перемістіть увагу на своє тіло. Відчуйте, як ваше тіло поступово стає важким і розслабленим. Почніть з ніг. Відчуйте, як напруга повільно залишає ваші ступні, переходячи до литок. Відпустіть напругу у стегнах, відчуйте, як вони стають легкими. Піднімайтеся вище до живота, грудей, відчуваючи, як кожен вдих приносить спокій, а видих забирає тривогу.

Зосередьтеся на руках — почніть з пальців і поступово розслабляйте всю руку до плечей. Відчуйте, як напруга відпускає. Нарешті розслабте шию та голову. Відчуйте, як кожен м'яз вашого обличчя розгладжується, а щелепа стає легкою та розслабленою. Ви повністю розслаблені. Відчуйте це відчуття легкості й гармонії у своєму тілі. Залишайтеся в цьому стані ще кілька хвилин, насолоджуючись спокоєм і тишею. Коли будете готові, зробіть кілька глибоких вдихів і повільно відкрийте очі.

Ви повернулися у свій звичний стан, відчуваючи себе спокійно, оновлено й наповнено енергією.

Рефлексія (10 хвилин).

Учасниці діляться враженнями від проведеної техніки та роботи у групі.

Вправа «Мій стан» (20 хвилин)

Мета: сформувати навички саморегуляції.

Інструменти та матеріали: аркуші А4, олівці кольорові, фломастери.

Учасницям пропонується згадати себе під час негативного внутрішнього стану, намалювати його та описати. Наступним етапом є – згадати позитивний внутрішній стан, зобразити його та описати.

Після обговорення, психолог ставить учасницям наступні питання:

- Які у вас були відчуття, коли ви малювали негативний стан?
- Які були відчуття, коли ви зображали позитивний стан?
- Що може допомогти вам перейти від негативного стану до стану піднесення?
- Під час якого стану ви відчуваєте себе краще та комфортніше?

Учасниці відповідають на запитання, відбувається обговорення.

Вправа «Зменшення емоційного напруження» (10 хвилин).

Мета: допомогти вагітним жінкам зрозуміти причини емоційних коливань, навчитись зосереджуватися на поточному моменті, знімати емоційне напруження.

Психолог пояснює учасницям, що відчувати різноманіття емоцій під час вагітності – є нормою. Це можуть бути відчуття смутку, або радості, тривожності або роздратування тощо. Настрій може змінюватися протягом дня декілька разів, адже гормони впливають на емоційний стан вагітних жінок.

Дуже часто майбутнє материнство провокує появу тривожних думок щодо високої відповідальності, психологічної готовності до материнства та зміни способу життя. Також, на психоемоційний стан вагітної впливають і фізичні зміни в організмі, такі як втома, недосипання, зміна ваги, зміни способу життя та ін. У зв'язку з цим, доречним буде навчитися зменшувати емоційне напруження та жити «тут і зараз».

Учасницям пропонується зручно сісти, розслабитися та зосередити свою увагу на диханні. Потрібно зробити глибокий вдих через ніс та видихнути ротом. Варто дозволити своєму тілу розслаблятися з кожним видихом, сконцентруватися на відчуттях у тілі. Зверніть увагу на ваші ноги, живіт, спину, руки, шию, обличчя та намагайтеся відчути розслаблення в кожній ділянці тіла. Так ви зрозумієте своє тіло та зміни, які в ньому відбуваються. Виконуючи вправу, потрібно обов'язково помічати свої думки, які виникали у вас під час дихальної практики.

Вправа «Заземлення» (15 хвилин).

Мета: навчити учасниць програми абстрагуватися та стабілізувати власний емоційний стан.

Учасницям пропонується знайти у кімнаті 5 речей, які ви можете побачити, 4 речі, які можна відчути на дотик, 3 речі – на звуки, 2 речі – на запахи та 1 – на смак. Тобто, потрібно змістити свою увагу із внутрішніх хвилювань на оточуюче середовище.

Після цього учасниці повинні зняти своє взуття та стати на підлогу босоніж. Психолог говорить: «Відчуйте, як ваші ноги торкаються землі. Уявіть, що енергія землі проходить через все ваше тіло та допомагає вам розслабитися. Ви відчуваєте стійкість, впевненість та підтримку».

Рефлексія (5 хвилин).

Дана вправа допоможе учасницям розслабитися та зменшити тривожність і стрес, навчить краще розуміти свої емоції, не концентруючи значну увагу на них. Учасниці обговорюють вправу та свої відчуття.

Вправа «Техніка затиснення та відпускання» (5 хвилин)

Мета: зняти напругу.

Учасницям потрібно стиснути кулаки, утримувати до 7 секунд та різко відпустити і розслабитися. Повторити цю техніку зі всіма частинами тіла. В результаті, накопичена напруга в тілі поступово зменшиться.

Рефлексія (5 хвилин).

Психолог пояснює, що техніки на розслаблення та заземлення є простими і їх можна виконувати в будь-якому місці, якщо ви відчуваєте тривожність та напругу.

Тренінгове заняття 3. «Я – майбутня мама» (тривалість – 2 години).

Мета: віднайти свій внутрішній світ, цінності, особистісні прояви, зрозуміти свою роль як майбутньої матері, сформувати відповідальне ставлення до материнства під час вагітності.

Вправа «Психологічна підготовка до появи дитини» (20 хвилин).

Мета: проінформувати учасниць тренінгу щодо психологічних аспектів підготовки до народження дитини, вплив вагітності на зміни в емоційному стані жінки.

Психолог зазначає, що психологічна підготовка до появи дитини в сім'ї є одним із ключових аспектів для формування впевненості, зниження тривожності, напруги, пристосування жінки до нового періоду життя. Вагітність супроводжується як фізичними так і емоційними змінами, які можуть спровокувати підвищення рівня стресу та змінити погляд на себе та своє

майбутнє. Розуміння цих змін та усвідомлення внутрішніх ресурсів допомагає майбутнім матерям бути більш стійкими та спокійними. Психологічна підготовка включає в себе також формування позитивних сподівань, знань про способи зниження стресу, застосування дихальних вправ, технік релаксації тощо. Важливим є також прийняття нової соціальної ролі, як майбутньої мами, де жінка починає вчитися розуміти потреби дитини, надавати їй підтримку, базуючись на власних відчуттях, емоціях та самовпевненості. Відчуттю захищеності та адаптації сприяють підтримка близьких людей та взаємодія з партнером.

Рефлексія (5 хвилин).

Учасниці обмінюються досвідом, ставлять питання психологу та одна одній.

Вправа «Думки про вагітність» (15 хвилин).

Мета: дати можливість учасницям поділитися своїми думками про вагітність, обмінятися знаннями та досвідом.

Інструменти та матеріали: кольорові картки, маркери, стенд.

Психолог роздає кожній учасниці кольорові картки та маркери. Учасницям пропонується написати на картках слова чи вирази, які можуть охарактеризувати вагітність. Це можуть бути такі слова як відповідальність, щастя, страх, очікування тощо. Потім всі ці картки потрібно наклеїти на стенд, щоб утворився так званий «пазл», як візуальне відображення колективних емоцій учасниць.

Рефлексія (10 хвилин).

Кожна учасниця повинна пояснити, чому вона обрала те чи інше слово. Ведеться обговорення загальних почуттів, особистих відчуттів та думок про вагітність.

Вправа «Дитина в кожному з нас» (20 хвилин).

Метою вправи є допомогти майбутній матері зануритися в своє дитинство та зрозуміти свої дитячі потреби і як це може вплинути на стиль виховання власної дитини.

Психолог зазначає, що власні дитячі переживання та потреби можуть формувати стиль виховання у майбутньої матері. Часом, наші невиконані дитячі потреби впливають на подальші відносини між нами, як матерями та нашими

дітьми. Кожна учасниця повинна зануритися в своє дитинство та написати три речі, які вони хотіли б отримати від своїх батьків. Це можуть бути потреби, очікування, підтримка, більше проведеного разом часу тощо. Після цього кожна учасниця повинна подумати та поділитися своїми роздумами щодо впливу цих невиконаних потреб на особистісне становлення та сприйняття материнства, а також на перенесення своїх невирішених очікувань на майбутню дитину.

Рефлексія (10 хвилин).

Психолог розповідає, які є стилі батьківства та їхні характеристики: авторитарний, ліберальний, демократичний, індіферентний. Учасниці обирають, який стиль вони хотіли б застосувати у подальшому батьківстві, при цьому враховуючи власні дитячі потреби, досвід та переконання, щоб побудувати здорові відносини зі своїми дітьми.

Вправа «Стереотипи батьківства» (15 хвилин)

Мета: ознайомити учасниць зі стереотипними установками щодо виховання дітей та вплив цих стереотипів на розвиток дитини як особистості.

Психолог пояснює учасницям, як стереотипні установки можуть впливати на виховання дитини. Наприклад, хлопчикам говорять, що «хлопчики не плачуть», тому повинні бути серйозними та не дозволяти собі плакати, дівчаткам говорять, що вони «повинні бути гарними, слухняними», тому вони мають слідувати за собою, прикрашатися, слухатися батьків і не дозволяти собі нічого зайвого. Це все стереотипи.

Учасниці висловлюють свою думку щодо стереотипних установок, яких дотримувалась їх сім'я. Психолог зазначає, що варто відмовлятися від стереотипів під час виховання своїх дітей, адже вони шкідливо впливають на становлення особистості дитини.

Вправа «Моя дитяча іграшка» (15 хвилин).

Мета: стимулювати позитивні емоції від згадування власного дитинства.

Учасниці повинні заплющити очі та уявити свою улюблену дитячу іграшку. Потім потрібно описати цю іграшку та згадати, чому вона була такою особливою. Варто згадати, як саме ця іграшка впливала на відчуття задоволення,

безпеки та підтримки. Тобто, важливі емоційні моменти із дитинства забезпечують відчуття захищеності.

Рефлексія (10 хвилин).

Обговорюються враження від проведеного тренінгового заняття.

Тренінгове заняття 4. «Позитивний образ материнства» (тривалість – 2 години).

Мета: сформувати позитивне ставлення до материнства, підвищити самооцінку та впевненість у собі, як у майбутній мамі.

Вправа «Портрет ідеальної мамі» (15 хвилин)

Мета: допомогти учасницям визначити важливі якості, необхідні для жінки, як майбутньої матері, сформувати позитивний образ материнства.

Інструменти та матеріали: аркуші А4, олівці кольорові та маркери.

Психолог радить учасницям задуматися над образом «ідеальної мамі» та якостями, які потрібні їй для материнства.

Учасницям пропонується записати або намалювати риси, якості та цінності, які потрібні жінці, щоб бути ідеальною мамою. Це може бути доброта, терпіння, впевненість, мудрість, розуміння тощо. Кожна учасниця представляє свій власний портрет «ідеальної мамі», описує її.

Рефлексія (5 хвилин).

Психолог зазначає, що кожен образ буде унікальним, адже для кожної жінки важливі свої цінності та якості. Потрібно не боятися відходити від ідеалізованих моделей та заохочувати учасниць формувати своє бачення.

Вправа «Власні сильні сторони та позитивні якості (15 хвилин).

Мета: підвищити самооцінку та впевненість у своїх якостях та здібностях як майбутніх мам, показати свої сильні сторони та позитивні якості.

Інструменти та матеріали: аркуші А4, ручки.

Психолог пропонує учасницям подумати про свої особисті позитивні якості та сильні сторони та записати їх папері. Такими якостями можуть бути уважність, щирість, організованість, щирість та інші. Психолог може допомагати

та підбадьорювати учасниць. Кожна учасниця зачитує свої сильні сторони та зазначає, як саме ці якості допоможуть їй в новій ролі, як матері.

Рефлексія (5 хвилин).

Важливо підтримувати позитивне уявлення про себе, адже впевнена в собі мама є сильною підтримкою для дитини. Учасниці та психолог обговорюють свої враження від вправи.

Вправа «Дійсність та міфи» (30 хвилин).

Мета: сформувати у жінок адекватне усвідомлене ставлення до вагітності та способу життя вагітної.

Інструменти та матеріали: аркуші А4, ручки, кольорові олівці.

Учасницям пропонується поділитися на дві підгрупи. Перша підгрупа повинна записати народні прикмети про вагітність та пологи. Друга підгрупа має записати чутки про пологи та вагітність, які вони чули від інших жінок, які вже мають досвід материнства. Психолог може допомагати учасницям. Після того, як учасниці записали народні прикмети та чутки, потрібно по черзі озвучити свої записи та зазначити: це міф чи дійсність. Психолог зазначає, що майбутнім мамам потрібно фільтрувати інформацію. Слід зупинитися на певних міфах та фактах, які найбільше хвилюють вагітних жінок та обговорити їх.

Вправа «Візуалізація себе» (15 хвилин).

Мета: допомогти сформувати образ спокійної та впевненої мами, емоційно підготуватися до материнства.

Учасницям потрібно зайняти зручну позу, заплющити очі та зосередитися на диханні. Повільно вдихати та видихати – налаштуватися на спокій. Учасниці повинні уявити себе у моменті, коли вони займаються щоденними побутовими справами з дитиною.

Психолог говорить: «Уявіть, що ви зараз спокійна, упевнена в собі, займаєтесь дитиною, вирішуєте труднощі. Ви – любляча мама. Ви відчуваєте свою силу та бачите, як ваша сила передається дитині. Уявіть теплі, підтримуючі емоції (любов, радість, впевненість). Ці відчуття завжди з вами, ви можете до них

звертатись, коли вам це необхідно». Психолог поступово повертає учасниць до реальності.

Рефлексія (5 хвилин).

Учасниці діляться відчуттями від візуалізації, обговорюють, як саме підтримка утвореного образу може бути корисною у щоденних ситуаціях з дитиною.

Вправи на створення позитивного образу материнства дають змогу майбутнім мамам відчувати впевненість у своїх силах, ресурсах та здібностях, позитивно налаштувати себе на майбутню роль себе як матері.

Вправа «Техніки самопідтримки» (25 хвилин)

Мета: навчити технік самопідтримки, відновлення сил, розслаблення.

Учасниці практикують техніку глибокого дихання: потрібно зробити глибокий вдих через ніс, порахувати до чотирьох, затримати дихання на дві секунди та видихнути на рахунок до шести.

Далі психолог пропонує учасницям спробувати техніку «Місце сили»: треба закрити очі та уявити місце, в якому вони почувають себе комфортно, в безпеці та спокої. Під час уяви слід звертати увагу на деталі, такі як запахи, звуки, температура тощо. Техніка триває декілька хвилин. Після цього учасниці відкривають очі та діляться враженнями.

На закінчення, учасницям пропонується створити свій «набір підтримки», так званий список дій, які допоможуть підняти настрій. Це може бути теплий плед, чай, проведений час з сім'єю, спілкування з друзями, дзвінок мамі, хобі тощо.

Рефлексія (5 хвилин).

Психолог дає завдання: написати вдома листа собі як майбутній мамі. У цьому листі слід висловити підтримку, впевненість у своїх силах, готовність до нової ролі. Варто подумати над такими питаннями: Що я хочу побажати собі у майбутньому?, Які риси мені допоможуть стати гарною матір'ю?, Що я можу зробити зараз, щоб підтримати себе у новій ролі – матері?

Тренінгове заняття 5. Сім'я та її значення. Підсумки програми (тривалість – 2 години).

На заняття присутні обидва члени сім'ї (жінка та чоловік).

Мета: ознайомити пару з важливістю сім'ї у підтримці емоційного благополуччя під час вагітності жінки, обговорити очікування щодо майбутніх ролей як батьків, підготувати учасників до змін у житті після народження дитини, закріпити отриману інформацію на тренінгових заняттях протягом всієї програми.

Інформаційне повідомлення на тему: «Сім'я – це важливий соціально-психологічний феномен» (10 хвилин).

Психолог коротко пояснює подружній парі, що сім'я є джерелом емоційної підтримки, безпеки та стабільності, які є ключовими аспектами для майбутніх батьків. Взаємини в сім'ї, особливо в період вагітності, впливають на психічний та емоційний стан вагітної жінки, в тому числі і на майбутню дитину. Сім'я стає джерелом позитивного досвіду для нового життя.

Подружній парі пропонується поділитися власним баченням сімейних цінностей та очікувань від ролі батьків.

Вправа «Інтерв'ю» (30 хвилин).

Мета: обговорити очікування щодо майбутніх ролей як батька та матері, розглянути цінності, страхи, бажання та обов'язки кожного з подружжя у новій ролі.

Психолог запрошує кожного партнера зайняти роль інтерв'юера та ставити питання своєму партнеру. Чоловік може запитати жінку про її очікування від нього, як майбутнього батька. Питання мають бути прямі, на кшталт:

- Що для тебе означає моя підтримка?
- Що я можу зробити, щоб ти почувалася впевненішою в мені?
- Що тобі потрібно від мене під час пологів та після них?

Жінки можуть поставити питання чоловікам про його почуття та думки щодо майбутнього батьківства. Питання можуть бути наступного характеру:

- Як ти уявляєш мене в ролі матері?

- Що тебе хвилює в ролі батька?
- Якими ти бачиш перші місяці з нашим немовлям?
- Якою буде твоя роль у вихованні нашої дитини?

Після інтерв'ю партнери діляться своїми думками та враженнями, обговорюють те, про що вони дізналися один від одного. Психолог підтримує партнерів та акцентує увагу на важливості взаємопідтримки у парі.

Вправа «Моя майбутня сім'я» (20 хвилин).

Мета: створити позитивний образ сім'ї після появи дитини, зміцнити командну роботу та співпрацю між подружжям у нових ролях – батьків.

Інструменти та матеріали: папір А4, кольорові олівці.

Психолог пропонує парі створити малюнок, який відображає їхню майбутню сім'ю. На малюнку можуть бути зображені самі чоловік та жінка, їхня майбутня дитина, будинок, атрибути домашньої атмосфери, елементи, що символізують сімейні цінності та мрії тощо. Малюнок створюють одночасно обоє партнерів, додаючи при цьому власні елементи, символи, образи.

Після закінчення, кожна пара ділиться враженнями, разом із психологом шукає спільні ідеї та ділиться своїми думками щодо спільного майбутнього разом із дитиною.

Дискусія «Нове життя після народження дитини» (30 хвилин).

Мета: обговорити важливість спільних зусиль та підвищити рівень взаєморозуміння між партнерами, підготувати пару до нових ролей у сім'ї.

Психолог наголошує, що батьківство вимагає від подружжя не лише емоційної готовності, а й фізичних, матеріальних та соціальних ресурсів. Спілкування між партнерами у період підготовки до батьківства є ключовим аспектом, тобто потрібно обговорювати труднощі, приймати спільні рішення щодо вибору імені дитини, придбання речей для малечі, майбутнього виховання дитини тощо. Психолог пропонує партнерам поділитися своїми думками щодо рівня готовності до нових ролей та обговорити, яких навичок та ресурсів у них не вистачає і що потрібно підготувати, додати, дорозвинути. Така дискусія

дозволить парі встановити глибокий взаємний контакт, спільно створити портрет майбутньої сім'ї та розвинути навички, яких ще не вистачає майбутнім батькам.

Наступним етапом дискусії є обговорення майбутніх проблем та викликів: недосипання, зміни в особистих стосунках, фінансові труднощі, перерозподіл домашніх обов'язків та ін.

Психолог наголошує, що будь-які труднощі – це частина розвитку нової сімейної динаміки, а емоційна підтримка між партнерами допомагає успішно пройти через усі труднощі.

Вправа «Ресурси підтримки» (20 хвилин).

Мета: віднайти внутрішні та зовнішні ресурси, необхідні для адаптації до нових умов життя – у ролі батьків новонародженої дитини.

Психолог наголошує, що підтримка є важливою під час переходу до нової ролі батьківства. У цей момент особливу роль відіграють ресурси, що підтримують та оточують чоловіка та жінку: родичі, батьки, друзі, близькі, колеги та власні внутрішні ресурси.

Щоб виявити ресурси підтримки, учасникам пропонують на папері записати можливі джерела підтримки. Для цього потрібно список поділити на дві частини: зовнішні ресурси (родичі, друзі, соцмережі) та внутрішні ресурси (терплячість, сила волі тощо).

Після укладання списків учасники обговорюють, яким чином можна використати зазначені ресурси та в який момент. Психолог радить обдумати, до кого, серед зазначених на листку, подружжя може звернутися за допомогою під час емоційного чи фізичного вигорання.

Вправа «Підведення підсумків» (10 хвилин).

Мета: підвести підсумки тренінгу, закріпити здобуті навички та знання, обговорити плани на майбутнє.

Учасниці разом зі своїми партнерами діляться враженнями від програми: як програма їм допомогла, що вони нового дізналися, як саме змінилося їхнє ставлення до материнства тощо.

Учасниці діляться планами на майбутнє.

На завершення, психолог пропонує учасницям записати на папері список позитивних якостей майбутньої матері та назвати, які з цих якостей у них є, і які потрібно розвивати.

Психолог пояснює, що мати позитивний образ материнства є важливим, а певні якості можуть сприяти розвитку гармонійних відносин з дитиною. Саме ці якості можуть вплинути на психологічний стан матері, її готовність до материнства та здатність боротися зі стресом, тривожністю та емоційною напругою під час вагітності та материнства в цілому.

Отже, впровадження програми психологічної підтримки жінок з різними типами ПКГД у формуванні готовності до материнства передбачало ознайомлення жінок з теоретичними аспектами готовності до материнства, з природою стресу, тривожності та напруги, їх впливом на здоров'я та методами зниження їх рівня. Під час тренінгових занять вагітні жінки навчилися створювати довірливу атмосферу під час взаємодії, розвинули свою психологічну стійкість, віднайшли свій внутрішній світ, цінності, особистісні прояви, зрозуміли свою роль як майбутньої матері, сформували відповідальне ставлення до материнства під час вагітності, підвищили самооцінку та впевненість у собі, як у майбутній мамі. На заключному занятті, спільно з партнерами, жінки були ознайомлені з важливістю сім'ї у підтримці емоційного благополуччя під час вагітності жінки, обговорили очікування щодо власних майбутніх ролей як батьків, підготувалися до змін у житті після народження дитини, закріпили отриману інформацію на тренінгових заняттях протягом всієї програми.

3.3 Аналіз ефективності застосування програми психологічної підтримки у формуванні готовності до материнства

Впровадження програми психологічної підтримки вагітних жінок, орієнтованої на покращення психологічної готовності жінок до материнства, зниження рівня стресу та тривожності, дало змогу здійснити повторний діагностичний зріз з метою визначення ефективності впровадженої програми.

Оскільки, під час проведення констатувального етапу експериментального дослідження термін вагітності жінок варіювався від 18 до 33 тижнів, а формувальний експеримент потребував ще трьох тижнів: проведення програми психологічної підтримки та здійснення повторної діагностики для порівняння результатів програми, то другий етап експериментального дослідження потребував повторного збору анамнезу від учасниць програми, що передбачав фіксацію зміни терміну вагітності. Результати повторного збору анамнезу щодо терміну вагітності зазначено у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Повторний збір анамнезу жінок щодо терміну їх вагітності

№ з/п	Ім'я	Вік	Термін вагітності
1	Наталя О.	22 роки	22 тижнів
2	Оксана В.	28 років	25 тижнів
3	Марія М.	20 років	23 тижнів
4	Ольга П.	31 рік	31 тижнів
5	Наталя К.	30 років	28 тижнів
6	Катерина О.	29 років	21 тижнів
7	Яна П.	33 роки	25 тижні
8	Олена А.	25 років	22 тижнів
9	Юлія П.	38 років	33 тижнів
10	Катерина С.	27 років	32 тижнів
11	Ірина О.	34 роки	30 тижнів
12	Людмила Ф.	28 років	23 тижнів

Продовження таблиці 3.1.

13	Аліса Л.	24 роки	23 тижнів
14	Ольга К.	21 рік	28 тижнів
15	Віра С.	32 роки	35 тижнів
16	Антоніна М.	29 років	25 тижнів
17	Марина К.	23 роки	30 тижнів
18	Наталя Б.	37 років	33 тижнів
19	Дарина Ж.	21 рік	31 тижнів
20	Тетяна О.	30 років	22 тижнів

Результати повторного діагностичного зрізу щодо визначення рівня стресу у вагітних жінок за «Опитувальником на визначення рівня стресу за В. Ю. Щербатих» відображені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Результати повторного діагностичного зрізу щодо визначення рівня стресу (за В.Ю. Щербатих)

№ з/п	ППП опитуваного	Загальний результат
1	Наталя О.	5
2	Оксана В.	3
3	Марія М.	6,5
4	Ольга П.	3,5
5	Наталя К.	8
6	Катерина О.	3
7	Яна П.	5
8	Олена А.	10,5
9	Юлія П.	9
10	Катерина С.	4,5
11	Ірина О.	11,5
12	Людмила Ф.	3,5
13	Аліса Л.	5,5
14	Ольга К.	10
15	Віра С.	4
16	Антоніна М.	5,5
17	Марина К.	9
18	Наталя Б.	12
19	Дарина Ж.	4,5
20	Тетяна О.	3

Таким чином, отримані відповіді дають можливість підсумувати:

- вагомий стрес виявився відсутнім у жінок з показником від 0 до 5, тобто у Оксани В., Ольги П., Катерини О., Людмили Ф., Наталя О., Яна П., Катерина С., Аліса Л., Віра С., Антоніна М., Дарина Ж., Тетяна О.;
- помірний стрес, який можна подолати, використовуючи ефективно свій час, регулярно відпочиваючи та знаходячи оптимальний спосіб вирішення поточної ситуації, мають респонденти з показниками від 6 до 12 балів – Марія М., Наталя К., Олена А., Ольга К., Марина К., Юлія П., Ірина О. та Наталя Б.

Позитивним результатом є відсутність вираженого емоційного напруження, спричинене сильним стресорним фактором (результат від 13 до 24 балів) та невизначений показник сильного стресу, для подолання якого потрібна допомога спеціаліста (від 25 до 40 балів).

Отже, аналіз повторного діагностичного зрізу щодо визначення рівня стресу (за В. Ю. Щербатих) показав, що у 12 осіб відсутній вагомий стрес (60 %), а у 8 жінок (40 %) виражений стрес помірного характеру, тобто слабого рівня. Виражене емоційне напруження та сильний стрес у повторно опитаних вагітних жінок не виявлено (рис. 3.1.).

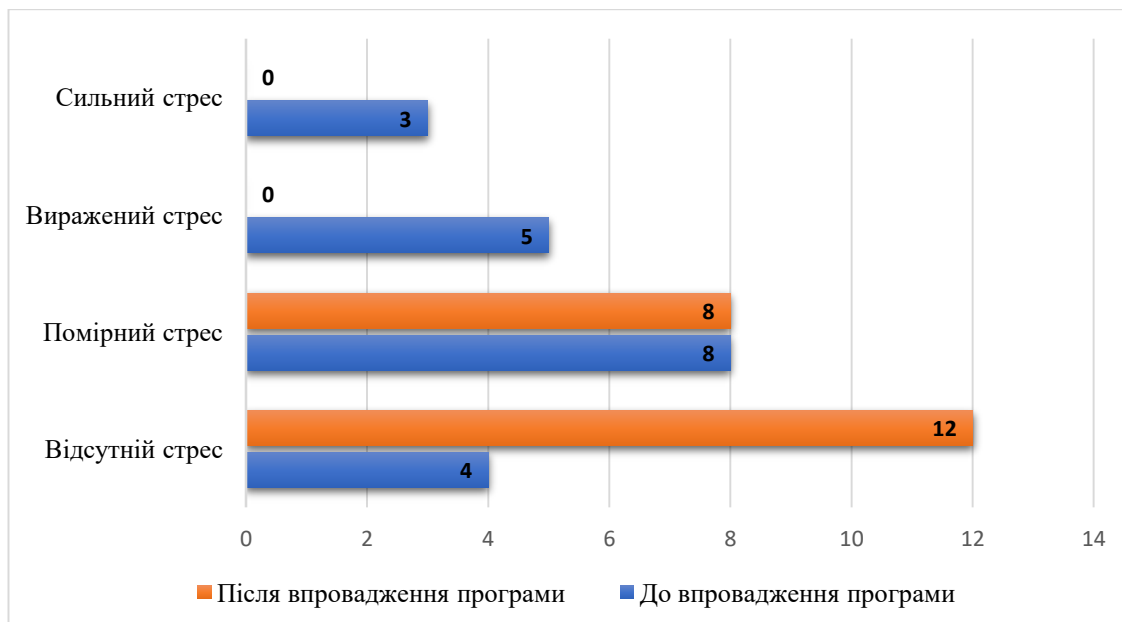


Рис. 3.1. Результати діагностичного зрізу щодо визначення рівня стресу (за В. Ю. Щербатих) до та після впровадження програми

Таким чином, впроваджена програма психологічної підтримки вагітних жінок методами релаксаційних технік, психоедукцій, дихальних вправ та візуалізації допомогла зменшити рівень стресу у 8 вагітних жінок та у 12 – побороти стрес повністю.

Результати повторного тестування респондентів для визначення ступеня вираженості тривожності (за шкалою Гамільтона) представлено у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

Результати повторного тестування для визначення ступеня вираженості тривожності (за Шкалою тривоги Гамільтона)

№ з/п	ППП опитуваного	Загальний результат
1	Наталя О.	11
2	Оксана В.	8
3	Марія М.	19
4	Ольга П.	4
5	Наталя К.	20
6	Катерина О.	5
7	Яна П.	13
8	Олена А.	23
9	Юлія П.	24
10	Катерина С.	11
11	Ірина О.	22
12	Людмила Ф.	5
13	Аліса Л.	8
14	Ольга К.	18
15	Віра С.	9
16	Антоніна М.	10
17	Марина К.	21
18	Наталя Б.	20
19	Дарина Ж.	7
20	Тетяна О.	10

Отже, повторні відповіді опитаних дали змогу отримати такі результати:

- легкий ступінь тривожності (з показником до 17 балів) мають: Наталя О., Оксана В., Ольга П., Катерина О., Яна П., Катерина С., Людмила Ф., Аліса Л., Віра С. Антоніна М., Дарина Ж. та Тетяна О.;

- помірна тривожність (від 8 до 24 балів) виражена у: Ольги К., Марини К., Марії М., Наталі К., Олени А., Юлії П., Ірини О., Наталі Б.

Аналіз повторних результатів на визначення ступеня вираженості тривожності показав, що у 12 вагітних жінок (60 %) наявний легкий ступінь тривожності, а у 8 опитаних (40 %) – помірний ступінь тривожності. Високий та дуже високий рівні тривожності не визначені (рис. 3.2.).

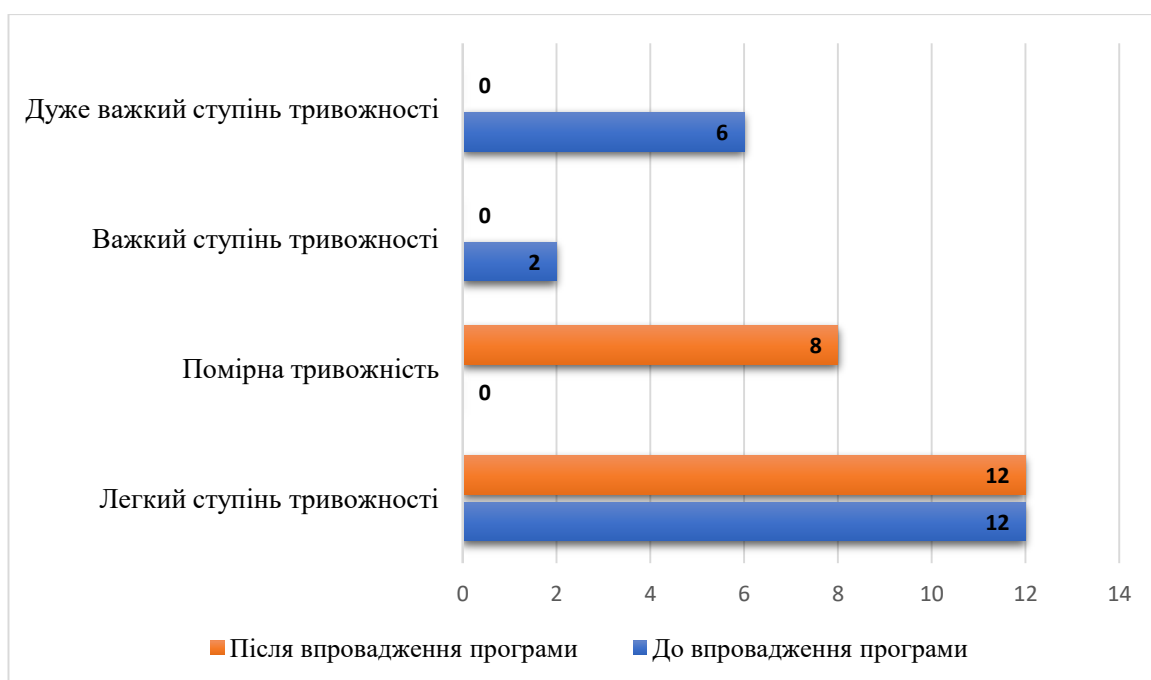


Рис. 3.2. Порівняльні результати визначення ступеня вираженості тривожності (за Шкалою тривоги Гамільтона (HAM-A/HARS))

Таким чином, всі вагітні жінки, незважаючи на проведені тренінгові заняття на зниження рівня тривоги та емоційної напруги мають легку або помірну тривожність. І це є нормою, адже жінка в будь-якому випадку хвилюється як за себе, своє здоров'я так і за дитину, майбутні пологи тощо. Проте, результатом успішності впровадженої програми психологічної підтримки вагітних жінок слід вважати відсутність важкого та дуже високого ступенів тривожності у повторно опитаних респондентів.

Проведення повторного дослідження на виявлення рівня реактивної та особистісної тривожності (за тестом тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI) відображено у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

Результати повторного дослідження на виявлення рівня реактивної та особистісної тривожності (за тестом тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI)

№ з/п	ППП опитуваного,	Шкала самооцінки реактивної тривожності	Шкала самооцінки особистісної тривожності
1	Наталя О.	26	27
2	Оксана В.	22	22
3	Марія М.	34	33
4	Ольга П.	22	21
5	Наталя К.	36	35
6	Катерина О.	21	23
7	Яна П.	20	21
8	Олена А.	43	44
9	Юлія П.	36	38
10	Катерина С.	24	24
11	Ірина О.	44	45
12	Людмила Ф.	20	21
13	Аліса Л.	25	24
14	Ольга К.	24	26
15	Віра С.	23	25
16	Антоніна М.	28	26
17	Марина К.	27	28
18	Наталя Б.	41	40
19	Дарина Ж.	24	22
20	Тетяна О.	20	21

Результати повторного тестування показали наступне:

- низький рівень тривожності (до 30 балів) переважає у Наталі О., Оксани В., Ольги П., Катерини О., Яни П., Катерини С., Людмили Ф., Аліси Л., Віри С., Антоніни М., Дарини Ж., Тетяни О., Ольги К., Марини К.;

- помірна тривожність (від 32 до 45 балів) виражена у Марії М., Наталі К., Олени А., Юлії П., Ірини О., Наталі Б.

Таким чином, дослідження реактивної та особистісної тривожності у вагітних жінок після проведеної програми психологічної підтримки показали, що у 14 жінок (70 %) рівень тривожності низький, а у решти (30 %) – помірний (рис. 3.3.).

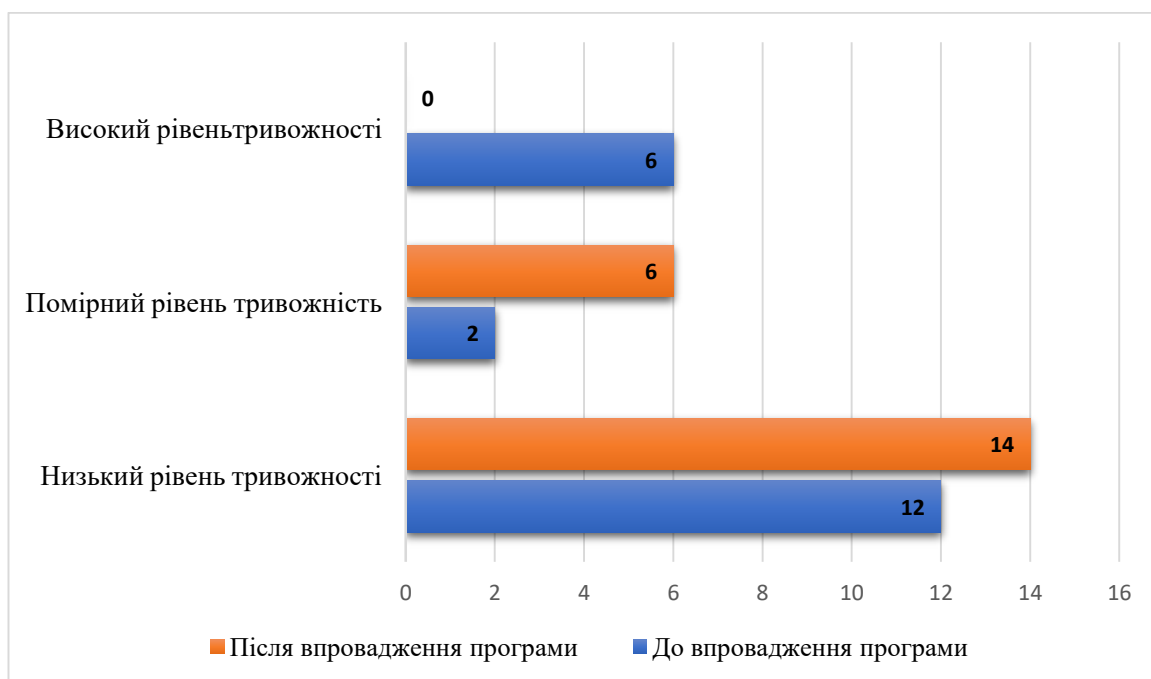


Рис. 3.3. Порівняльні результати тестування на визначення рівня реактивної та особистісної тривожності (Тест тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI))

Отже, переважання низького рівня тривожності у вагітних жінок свідчить про здобуті під час роботи із психологом навички контролювати тривожні реакції та вміння боротися з проблемами. Помірний рівень тривожності у меншій частині жінок означає, що їх психоемоційний стан потребує покращення, однак під час вагітності, наявність легкої тривожності, як вже зазначалось раніше, є нормою. Важливим аспектом є відсутність високого рівня тривожності у повторно опитаних вагітних жінок, що свідчить про позитивний вплив впроваджених тренінгових занять.

Варто зазначити, що тип психологічної компоненти гестаційної домінантності (ПКГД) може варіюватися протягом всієї вагітності, зокрема у переході з другого

на третій триместр. Такі зміни зазвичай пов'язані з гормональними, емоційними, психічними, фізичними змінами в організмі жінки, зростанням дитини, підготовкою до пологів, зростанню внутрішньої готовності до материнства.

Таким чином, під час формувального експерименту, нами було повторно опитано жінок на виявлення типу психологічного компоненту гестаційної домінанти за допомогою опитувальника «Тест ставлень вагітних» Е. Г. Ейдемільера, І. В. Добрякова, І. М. Микільської. Результати тестування наведено у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

Результати повторного тестування на виявлення типу ПКГД вагітної жінки («Тест ставлень вагітних» Е. Г. Ейдемільера, І. В. Добрякова, І. М. Микільської)

№ з/п	ППП опитуваного, вік, термін вагітності		Блок А			Блок Б			Блок В		
			І	ІІ	ІІІ	І	ІІ	ІІІ	І	ІІ	ІІІ
1	Наталя О., 22 роки, 22 тижнів	Відповідь	4	3	3	4	1	3	3	1	5
		Результат	О	Г	О	Е	О	О	О	О	О
2	Ольга П., 31 рік, 31 тижнів	Відповідь	4	4	3	5	1	2	3	1	3
		Результат	О	Е	О	О	О	Е	О	О	Е
3	Марія М, 20 років, 23 тиждень	Відповідь	4	3	3	3	1	3	1	4	5
		Результат	О	Г	О	Г	О	О	Е	Г	О
4	Наталя К., 30 років, 28 тижнів	Відповідь	4	3	2	3	1	5	5	5	1
		Результат	О	Г	Т	Г	О	Т	Т	Т	Д
5	Оксана В., 28 років, 25 тижні	Відповідь	4	2	3	5	1	3	3	1	5
		Результат	О	О	О	О	О	О	О	О	О
6	Катерина О., 29 років, 21 тижнів	Відповідь	1	4	5	4	2	3	1	2	5
		Результат	Е	Е	Е	Е	Е	О	Е	Е	О
7	Яна П., 33 роки, 25 тижні	Відповідь	4	3	3	5	1	3	3	1	5
		Результат	О	Г	О	О	О	О	О	О	О
8	Олена А., 25 років, 22 тижнів	Відповідь	3	1	2	5	3	5	4	4	2
		Результат	Т	Т	Т	О	Т	Т	Д	Г	Т

Продовження таблиці 3.5.

9	Юлія П., 38 років, 33 тижнів	Відповідь	3	1	4	5	2	5	5	4	1
		Результат	Т	Т	Д	О	Е	Т	Т	Г	Д
10	Катерина С., 27 років, 32 тижнів	Відповідь	4	2	3	5	2	3	3	1	5
		Результат	О	О	О	О	Е	О	О	О	О
11	Ірина О., 34 роки, 30 тижнів	Відповідь	3	1	1	3	2	5	5	3	2
		Результат	Т	Т	Г	Г	Е	Т	Т	Д	Т
12	Людмила Ф., 28 років, 23 тижнів	Відповідь	1	4	5	4	1	2	1	1	3
		Результат	Е	Е	Е	Е	О	Е	Е	О	Е
13	Аліса А., 24 роки, 23 тижнів	Відповідь	4	3	3	5	2	3	3	1	5
		Результат	О	Г	О	О	Е	О	О	О	О
14	Ольга К., 21 рік, 28 тижнів	Відповідь	2	3	1	3	4	5	5	4	4
		Результат	Г	Г	Г	Г	Г	Т	Т	Г	Г
15	Віра С., 32 роки, 35 тижні	Відповідь	4	2	3	5	1	3	3	1	5
		Результат	О	О	О	О	О	О	О	О	О
16	Антоніна М., 29 років, 25 тижні	Відповідь	1	4	5	5	1	2	1	2	5
		Результат	Е	Е	Е	О	О	Е	Е	Е	О
17	Марина К., 23 роки, 30 тижнів	Відповідь	1	4	1	1	2	5	4	2	2
		Результат	Е	Е	Г	Т	Е	Т	Д	Е	Т
18	Наталя Б., 37 років, 33 тижнів	Відповідь	1	5	2	4	2	5	1	2	5
		Результат	Е	Д	Т	Е	Е	Т	Е	Е	О
19	Дарина Ж., 21 рік, 31 тижнів	Відповідь	2	3	2	3	4	1	2	1	4
		Результат	Г	Г	Т	Г	Г	Г	Г	О	Г
20	Тетяна О., 30 років, 22 тижнів	Відповідь	4	3	3	5	1	3	3	1	5
		Результат	О	Г	О	О	О	О	О	О	О

Отже, оптимальний тип ПКГД беззаперечно переважає у Наталі О., Оксани В., Яни П., Катерини С., Аліси А., Віри С., Тетяни О. Варто додати, що після впровадженої програми оптимальний тип ПКГД виявлений у Ольги П., хоча попереднє опитування показало переважаючий ейфорійний тип ПКГД у цієї опитуваної та у Марії М., у якої раніше був гіпogестогнозичний тип ПКГД. У свою чергу гіпogестогнозичний тип ПКГД за результатами повторного опитування залишився у Ольги К. та Дарини Ж. Ейфорійний тип ПКГД після повторного тестування визначений у Катерини О., Людмили Ф., Антоніна М. та

Наталі Б. Слід виокремити, що у Марини К. теж переважає ейфорійний тип ПКГД, хоча попередня діагностика показала тривожний тип. Наступним типом ПКГД, виявленим у таких жінок як Олена А., Юлія П., Ірина О., Наталі К. при повторному опитуванні був тривожний.

Отже, аналіз повторних результатів тестування на виявлення типу психологічного компоненту гестаційної домінанти вагітної жінки за опитувальником «Тест ставлень вагітних» Е. Г. Ейдемільера, І. В. Добрякова, І. М. Микільської показав, що оптимальний тип ПКГД переважає у 9 жінок (45 %), ейфорійний тип ПКГД притаманний 5 жінкам (25 %), гіпогестогнозичний тип ПКГД – у 2-х жінок (10 %) та тривожний тип ПКГД – у 4 жінок (20 %). Депресивний тип ПКГД – не виявлено (рис. 3.4.).

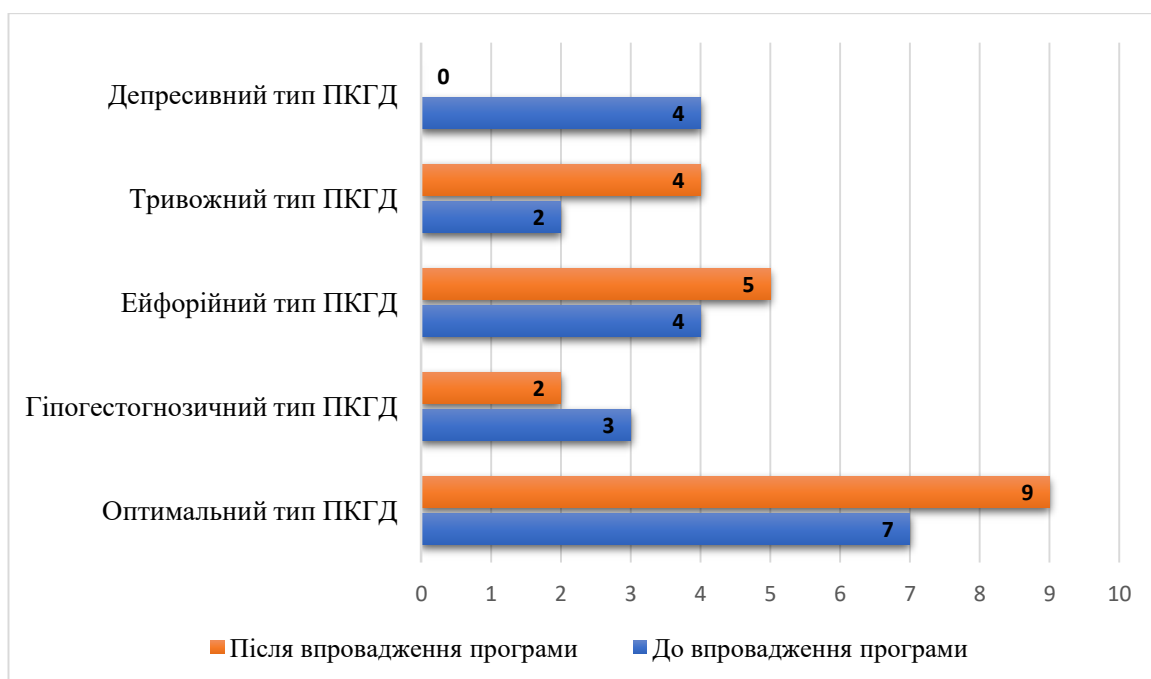


Рис. 3.4. Порівняльні результати тестування на виявлення типу ПКГД вагітної жінки («Тест ставлень вагітних»)

Варто підкреслити, що депресивний тип ПКГД після проведеної психологічної роботи трансформувався в інші, більш адаптивні типи ПКГД, що говорить про позитивні зміни в емоційному стані цих жінок, підвищення рівня їх психологічної готовності до материнства. Такі зміни свідчать про

ефективність психологічної підтримки вагітних жінок, набуття ними навичок самостійно справлятися з тривожними думками, сприймати себе у новій ролі, бути впевненими у своїх силах.

Таким чином, програма психологічної підтримки жінок з різними типами ПКГД у формуванні готовності до материнства дала змогу знизити рівень стресу та тривожності у вагітних жінок, покращити їх психологічну готовність до материнства і вплинути на зміну типу психологічного компоненту гестаційної домінанти.

Висновки до третього розділу

За допомогою психодіагностичних методик та обробці результатів констатувального експерименту вдалось довести, що вагітні жінки здебільшого перебувають у постійному стресі та відчувають тривогу, ступінь вираженості якої може варіюватися від низького до дуже високого, а також залежно від визначеного типу психологічного компоненту гестаційної домінанти з'являється можливість визначити психологічні зміни, які відбуваються у жінки, у зв'язку з вагітністю та народженням дитини.

Формувальний експеримент включав у себе розробку та впровадження програми психологічної підтримки вагітних жінок, спрямованої на зниження рівня стресу та тривожності, а також на покращення психологічної готовності таких жінок до материнства. Програма була розрахована на 10 годин та складалася із 5 тренінгових занять, проведених протягом двох тижнів для 20 вагітних жінок, які перебували на другому та третьому триместрі вагітності.

При впровадженні програми психологічної підтримки жінок з різними типами ПКГД у формуванні готовності до материнства основними методами виступили групова дискусія, тренінговий метод, релаксаційні техніки, психоедукація, дихальні вправи, візуалізація, арт-терапія, вправи на підвищення самооцінки, прогресивне розслаблення м'язів та ін.

Впровадження програми психологічної підтримки вагітних жінок, орієнтованої на покращення психологічної готовності жінок до материнства, зниження рівня стресу та тривожності, дало змогу здійснити повторний діагностичний зріз з метою визначення ефективності впровадженої програми.

Результати повторної психологічної діагностики показали наступні зміни: у опитаних жінок було відсутнє виражене емоційне напруження та не виявлений показник сильного стресу; загальний рівень стресу був зменшений, а у деяких випадках поборений зовсім; всі вагітні жінки мають легку та помірну

тривожність, важкий та дуже високий ступінь тривожності не виявлений, що свідчить про позитивний вплив впроваджених тренінгових занять.

Тип психологічної компоненти гестаційної домінанти, при переході з другого на третій триместр вагітності та внаслідок впровадженої програми психологічної підтримки у деяких жінок трансформувався з одного в інший. При цьому, депресивний тип ПКГД перейшов в інші, більш адаптивні типи ПКГД, що говорить про позитивні зміни в емоційному стані цих жінок, підвищення рівня їх психологічної готовності до материнства, набуття ними навичок самостійно справлятися з тривожними думками, сприймати себе у новій ролі, бути впевненими у своїх силах.

ВИСНОВКИ

Отже, теоретичне та емпіричне дослідження психологічної готовності жінок із різним типом ПКГД до материнства дало можливість досягти поставленої мети та завдань роботи та сформувані наступні висновки:

1. Протягом проведення дослідження було здійснено теоретичний аналіз психологічної готовності до материнства жінок із різним типом психологічного компоненту гестаційної домінанти. Таким чином, правильно сформована психологічна готовність до вагітності та материнства є підґрунтям для зосередженні уваги жінки на основному завданні – виносити й народити дитину. Ключовим чинником, що спричинює фізіологічні зміни в організмі матерів та впливає на психоемоційний стан вагітної є гестаційна домінанта, яка включає в себе фізіологічний та психологічний компоненти. Саме психологічний компонент гестаційної домінанти відповідає за підготовку психіки та фізіологічного стану жінки до процесу запліднення та майбутнього материнства. Існує п'ять типів психологічного компоненту гестаційної домінанти: оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфорійний, тривожний та депресивний. Психоемоційний стан вагітної жінки, взаємини з близькими та оточуючими людьми, а також тип психологічного компоненту гестаційної домінанти мають значний вплив на формування психологічної готовності жінки до материнства.

2. Під час роботи було охарактеризовано методику та організаційні аспекти емпіричного дослідження. Отже, констатувальний експеримент дослідження проводився серед 20 вагітних жінок віком від 20 до 38 років, які знаходяться на другому та третьому триместрі вагітності. Для досягнення результатів дослідження було розглянуто анамнез вагітних жінок, підібрано психодіагностичні методики на визначення рівня стресу (за В. Ю. Щербатих), ступеня тривожності (шкала тривоги Гамільтона), рівня реактивної та особистісної тривожності (тест тривожності Спілбергера-Ханіна), виявлення

типу психологічного компоненту гестаційної домінанти (опитувальник «Тест ставлень вагітних» Е. Г. Ейдемільера, І. В. Добрякова, І. М. Микільської).

3. Наступним етапом стало емпіричне дослідження стану психологічної готовності до материнства жінок із різним типом ПКГД. Отже, інтерпретовані результати показали, що більшість опитаних вагітних жінок перебувають у стані стресу, всі вагітні жінки, які пройшли тестування мають тривожність, яка виражена від легкого до дуже високого ступеня. Визначення типу психологічного компоненту гестаційної домінанти забезпечило можливість зрозуміти ситуацію, пов'язану з вагітністю та народженням дитини, допомагає з'ясувати, які психологічні зміни відбулися всередині жінки та як вони вплинули на стосунки у сім'ї.

Було визначено, що найбільш готовими до материнства є жінки з вираженим оптимальним та ейфорійним типом психологічного компоненту гестаційної домінанти. Жінки з іншими типами ПКГД мають певні соматичні порушення та підвищені нервово-психічні ризики, тому потребують нагляду спеціалістів. На підставі отриманих результатів первинної діагностики психологічної готовності до материнства у жінок з різним типом ПКГД було виявлено певні порушення, які супроводжуються високим та понад високим рівнем стресу і тривожності, що свідчило про необхідність впровадження програми психологічної підтримки вагітних жінок, спрямованої на зниження рівня стресу та тривожності, а також на покращення психологічної готовності таких жінок до материнства.

4. Під час дослідження було розроблено програму психологічної підтримки жінок з різними типами ПКГД у формуванні готовності до материнства та перевірено ефективність її застосування. Таким чином, формувальний експеримент включав у себе розробку та впровадження програми психологічної підтримки вагітних жінок, що складалася із 5 тренінгових занять і була розрахована на 10 годин. Основними методами при впровадженні програми виступили групова дискусія, тренінговий метод, релаксаційні техніки, психоедукація, дихальні вправи, візуалізація, арт-терапія, вправи на підвищення самооцінки, прогресивне розслаблення м'язів та ін.

Результати повторного діагностичного зрізу з метою визначення ефективності впровадженої програми показали успішні показники: емоційне напруження та сильний стрес у опитаних жінок були відсутніми; загальний рівень стресу був зменшений, а у деяких випадках відсутній зовсім; всі жінки мають легку та помірну тривожність, що є нормою при вагітності; важкий та дуже високий ступінь тривожності не був виявлений, що свідчить про позитивний вплив впроваджених тренінгових занять.

Тип психологічної компоненти гестаційної домінанти (ПКГД) може варіюватися протягом всієї вагітності, зокрема у переході з другого на третій триместр. Такі зміни зазвичай пов'язані з гормональними, емоційними, психічними, фізичними змінами в організмі жінки, зростанням дитини, підготовкою до пологів, зростанню внутрішньої готовності до материнства. Таким чином, типи ПКГД під час впровадженої програми психологічної підтримки у деяких жінок трансформувалися з одного в інший. При цьому, депресивний тип ПКГД перейшов в інші, більш адаптивні типи ПКГД, що говорить про позитивні зміни в емоційному стані цих жінок, підвищення рівня їх психологічної готовності до материнства, набуття ними навичок самостійно справлятися з тривожними думками, сприймати себе у новій ролі, бути впевненими у своїх силах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андреева В. І. Психологічний аспект готовності жінок до материнства / Технології, інструменти та стратегії реалізації наукових досліджень: збірник наукових праць з матеріалами VIII Міжнародної наукової конференції, м. Рівне, 30серпня, 2024р. / Міжнародний центр наукових досліджень. Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп». 2024. С. 136-138.
2. Андреева В. І., Яблонський А. І. Поняття та значення гестаційної домінанти в психології материнства / Розвиток сучасної науки: актуальні питання теорії та практики: матеріали VI Всеукраїнської студентської наукової конференції, м. Кропивницький, 20 вересня, 2024 рік // ГО «Молодіжна наукова ліга». Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2024. С. 153-157.
3. Андреева В. І., Яблонський А. І. Особливості психологічної готовності до материнства жінок із різним типом психологічного компонента гестаційної домінанти // Науковий журнал з соціології та психології «Габітус». Секція 4. Психологія особистості. Випуск 64, 2024. С. 80-85.
4. Андрійчук Ю. Г., Проскурняк О.П. Психологічна готовність до материнства як аспект рольової самореалізації жінки // Актуальні проблеми психології. № 28. 2015. С. 374-386. URL: <http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v10/i28/35.pdf>
5. Анчева І. А. Сучасний погляд на психологічну готовність жінки до материнства // Актуальні теми. 2017. № 6 (122). С. 50–52.
6. Астахов В.М., Бацилева О.В., Пузь І.В. Клініко-психологічні аспекти вагітності та особливості перебігу пологів у жінок із різним типом психологічного компонента гестаційної домінанти // Запорізький медичний журнал. Том 22, випуск 5 (122). 2020. С. 701-708.
7. Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В. Психологічний супровід у репродуктивній медицині : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ, 2023. 125 с.

8. Баранюк О.М. Дослідження психологічної готовності молоді до материнства в сучасних умовах. Тернопіль : ТНТУ, 2023. 66 с.
9. Баришнікова В.В. Особливості формування материнської домінанти // Габітус: Психологія особистості. Випуск 21. 2021. С. 64-69.
10. Баришнікова В.В. Психоемоційний стан вагітних та формування материнської домінанти // Габітус. Секція 5: Психологія особистості. Випуск 35. 2022. С. 85-93.
11. Бацилєва О. В. Тип психологічного компоненту гестаційної домінанти та особливості внутрішньосімейних взаємин: емпіричне дослідження // Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я: Матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції. Київ, 18 листопада 2021 р. С. 16-18.
12. Бірта Г. О. Методологія і організація наукових досліджень: навч. посіб. К. : «Центр учбової літератури», 2014. 142 с.
13. Важинський С.Е., Щербак Т. І. Методика та організація наукових досліджень : Навч. посіб. Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. 260 с.
14. Васильченко О.М. Діагностика та корекція репродуктивної поведінки особистості: навчально-методичне видання. К.: 2012. 96 с.
15. Ващук М.С. Дослідження особливостей психологічної готовності до материнства у жінок із безпліддям // Київський національний університет імені Тараса Шевченка. 2016. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/229856458.pdf>
16. Вінс В. А. Психологічна підготовка жінок до вагітності як соціально значущий фактор // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. № 3, 2023. С. 36-39.
17. Вишньовський В. В., Куца С.В. Формування психологічної готовності жінки до материнства // Матеріали V Міжнародної науково-технічної конференції молодих учених та студентів. Актуальні задачі сучасних технологій. Тернопіль, 17-18 листопада 2016. С. 301-302.
18. Волкова О. В. Дослідження особливостей ставлень жінок різного віку із загрозою зриву першої вагітності за тестом ставлень вагітної // Актуальні

проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. 2012. Том. X. Вип. 23. С. 44–53.

19. Гомонюк О. М. Особливості психологічної готовності до материнства // Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологія :електрон. наук. фахове вид. №4. Хмельницький, 2017. С. 8.

20. Грабченко А. І., Федорович В. О., Гаращенко Я. М. Методи наукових досліджень: Навч. посібник. Х.: НТУ "ХПІ", 2009. 142 с.

21. Губа Н. О., Мосол Н. О., Сюсюка В. Г. Перинатальний психологічний супровід. Інноваційні технології розвитку психологічних ресурсів особистості: колективна монографія / відпов. ред. Н.І. Тавровецька. Херсон : Вид-во ФОП Вишемирський В.С., 2019. 354 с.

22. Даниленко Н. В. Формування психологічної готовності жінки до материнства : дис... канд. психол. наук: 19.00.04 / Харківський національний педагогічний ун-т ім. Г.С.Сковороди. Х., 2007. 229 с.

23. Даниленко Н.В. Фактори, які впливають на психологічну готовність до материнства // Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки. К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2006. Вип.15(39). С.41-47.

24. Даниленко Н.В. Психологічна готовність жінки до материнства: сучасні дослідження // Наука і освіта. Одеса: 2004. №4-5. С. 14–17.

25. Даниленко Н.В. Методи дослідження готовності до материнства // Вісник ХНПУ ім. Г.С. Сковороди. Психологія. Вип. 15. Ч.1. 2005. С. 46-54.

26. Дармостук Н.В. Статеворольові та особистісні чинники формування психологічної готовності до материнства // Вісник Харківського національного університету. № 902. Вип. 43. 2010. С. 44.

27. Добряков І. В. Перинатальна психологія. 2009. 234 с.

28. Добряков І. В. Типологія гестаційної домінанти // Дитина в сучасному світі: Тези доповідей 3-ї міжнародної конференції. 1996.

29. Добряков І. В. Сімейні фактори, що впливають на формування різних типів психологічного компоненту гестаційної домінанти // Психіатричний журнал. 2011. № 2. С. 35–40.

30. Добряков І. В. Тривожний тип психологічного компоненту гестаційної домінантності // Психологія і психотерапія. Тривога і страх: єдність і різноманітність поглядів: Матеріали V щорічної Науково-практичної конференції. 8-9 лютого 2003.

31. Жабченко І. А., Корнієць Н. Г., Тертична-Телюк С. В., Коваленко Т. М. Особливості психоемоційного стану вагітних жінок – переміщених осіб // Вісник Вінницького національного медичного ун-ту. 2018. Т. 22, №1. С. 99– 103.

32. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.

33. Зубрицька-Макота І. Материнство як індивідуальна та суспільна цінність // Проблеми гуманітарних наук. Психологія : зб. наук. пр. Дрогоб. держ. пед. ун-т ім. І. Франка. Дрогобич, 2014. Вип. 33. С. 197–208.

34. Козира П.В., Легка А.І. Теоретико-методологічні засади вивчення цінностей готовності до материнства // Молодий вчений. 2022. № 4 (104). С. 55–60.

35. Коренєва Ю. П. Тривожність і фрустрованість як чинники невротизації вагітних жінок різного віку : дис. ... канд. псих. наук : 19.00.01/ Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки. Луцьк, 2019. 262 с.

36. Коренєва Ю. П. Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми // Психологічні перспективи. 2018. № 32. С. 149–161. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppst_2018_32_15

37. Корольчук М. С. Психофізіологія діяльності. Опитувальник Спілбергера-Ханіна. URL: <https://studentam.net.ua/content/view/10952/86/>

38. Кузнецова В.І. Рекомендації щодо організації психологічної допомоги жінкам з ускладненим перебігом вагітності // Вісник ХНУ ім. В.Н. Каразіна. Серія «Психологія». 2010. № 902. С. 154-159.

39. Кулик А. В. Вивчення материнства в історичному аспекті // Філософія в сучасному світі : Матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції, 20–21 листопада 2020 р. Харків. 2020. 282 с.

40. Магдисюк Л. І. Фактори, що обумовлюють психологічну готовність молоді до шлюбно-сімейних відносин // Herald pedagogiki. Nauka i Praktyka № 52 (02/2020): Wydawca : Sp. z o.o. «Diamond trading tour». 2020. S. 67-70.

41. Мартинюк І. С. Соціально-психологічні детермінанти самооцінки вагітних жінок // Psychological journal. Volume 6 Issue 10 2020. С. 57-65.

42. Макаренко А. А. Адаптаційні механізми психологічної готовності до материнства // Актуальні питання психології у сучасному інноваційному просторі. Збірник матеріалів III Міжнародної науково - практичної конференції 13 - 14 травня 2022 року.

43. Мещерякова С. Ю. Психологічна готовність до материнства // Питання України. № 5. 2002. С. 18–27.

44. Молотокас А.А., Діденко С.В. Психологічний компонент гестаційної домінантності в жінок із запланованою і незапланованою вагітністю // Габітус: психологія особистості. Випуск 31. 2021. С. 140-143.

45. Мясичев В.М. Психологія відносин: Вибрані психологічні праці / За ред. Бодалева А. А. 2005. 158 с.

46. Новікова К. С. Психологічна готовність до материнства серед сучасних жінок // Херсонський державний університет. 4 с. URL: <http://ekhsuir.kspu.edu/bitstream/handle/123456789/17690/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%20%D0%9A.%D0%A1..pdf?sequence=2>

47. Перун М. Б. Типологія емоційного ставлення жінок до материнства // Практична психологія та соціальна робота. 2011. № 6. С. 11-16

48. Перун М. Б. Соціально-психологічні цінники ставлення до вагітності у матерів доношених і недоношених дітей // Український науковий журнал «Освіта регіону». Медична психологія. № 3. 2011. URL: <https://social-science.uu.edu.ua/article/566>

49. Петрунько О. В., Верлан К. А. Емоційні стани жінок під час вагітності як чинник впливу на здоров'я майбутньої дитини // Науковий вісник Миколаївського національного ун-ту імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки. 2017. № 1. С. 134–137. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmdups_2017_1_25

50. Психодіагностика: курс лекцій з дисципліни для студентів заочної форми навчання спеціальності 053 Психологія /укладачі І.О. Корнієнко, О.Ю. Воронова. Мукачєво: МДУ, 2019. 41 с.

51. Психологія молодії сім'ї : монографія / Р. П. Федоренко, М. І. Мушкевич, Т. І.Дучимінська, Л. І. Магдисюк. Луцьк : Вежа-Друк, 2020. 392 с.

52. Ротенберг В. С., Аршавський В.В. Пошукова активність і адаптація.1984. 193 с.

53. Самсонов В.В., Сільвестров А.М., Тачиніна О.М. Методологія наукових досліджень та приклади її використання: Навч. посібник. К.:НУХТ, 2022. 385 с.

54. Сюсюка В. Г., Комарова О. В., Пейчева О. В., Аверченко Е. Г. Мотиваційні аспекти психоемоційного стану жінок під час вагітності. Аналіз характеристик гестаційної домінанти у контексті тривожності // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2017. № 1. С. 115-119.

55. Сюсюка В. Г. Функціональні аспекти психоемоційних порушень у жінок в період гестації, що зумовлені тривожністю // Вісник наукових досліджень. 2017. № 1. С. 95–98. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vndt_2017_1_22

56. Сюсюка В. Г. Психоемоційний стан жінок під час фізіологічного та патологічного перебігу вагітності // Журнал «З турботою про жінку». № 6 (90). 2018. URL: <https://extempore.info/component/content/article/9-journal/1530-psykhoemotsiynyy-stand-zhinok-pid-chas-fiziologichnoho-ta-patologichnoho-perebihu-vahitnosti.html?Itemid=357>

57. Сюсюка В. Г. Медико-психологічні аспекти вагітності. Особливості становлення материнської сфери // Журнал «З турботою про жінку». № 5 (89). 2018. URL: <https://extempore.info/component/content/article/9-journal/1385-medyko-psykholohichni-aspekty-vahitnosti-osoblyvosti-stanovlennia-materynskoisfery.html?Itemid=357>

58. Тест на визначення рівня стресу (за В. Ю. Щербатих). URL: <https://santamaria.com.ua/about/blog/test-na-viznachennya-rivnya-stresu-za-v-yu-sherbatih>

59. Тест тривожності Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) // Журнал «Mozok». URL: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2703-shkala-trevogi-spilbergera-STAI>

60. Томаржевська І.В. Теоретичні аспекти проблеми психологічної готовності до материнства в молодих жінок // Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 32 (71) № 1, 2021. С. 141-146.

61. Туркова Д. М. Психологічний компонент гестаційної домінанти як предиктор психосоматичної кризи / Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції (28 лютого – 1 березня 2019 року, м. Суми) // Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка. Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка 2019. 5 с.

62. Туриніна О. Л., Круз Б. М. Особливості формування психологічної готовності жінок до материнства // The 1st International scientific and practical conference «Modern science: innovations and prospects». Stockholm, Sweden. 2021. С. 330-336.

63. Фартушок Т.В. Роль психо-емоційної сфери вагітної жінки у перебігу гестаційного процесу // Міжнародний науковий журнал «Грааль науки». № 2-3 (Квітень, 2021). С. 572-679.

64. Філіппова Г.Г. Психологія материнства: навчальний посібник. 2002. 240 с.

65. Філіппова Г. Г. Материнство і основні аспекти його дослідження в психології // Питання України. 2001 . № 2. С. 22–37.

66. Формування материнської домінанти – запорука успішних пологів // Електронний журнал «Про медицину». 10.03.2024. URL: <https://xn----htbcnaulbik5b7a.org/959>

67. Цехмістрова Г.С. Основи наукових досліджень: навчальний посібник. К.: Видавничий дім «Слово», 2003. 240 с.
68. Чередниченко Т. В. Стиль переживання вагітності як показник психологічної готовності до материнства // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. 2018. Вип. 1(2). С. 108-113.
69. Чепелєва Н.І. Чинники формування уявлень жінки про материнство та трансформація образу матері в період народження дитини // Габітус. 2023. Вип. 45. С. 278–284.
70. Шишук О. Особливості емоційних станів у вагітних жінок // Український науковий журнал «Освіта регіону». Чоловіча і жіноча психологія. № 3. 2011. URL: <https://social-science.uu.edu.ua/article/537>
71. Шмілик Н. Психологічний аналіз змісту, структури та критеріїв суб'єктивної готовності до материнства // Актуальні питання гуманітарних наук. 2017. С. 253-259.
72. Якимчук Н.В. Особливості нейровегетативного статусу у вагітних з різними типами психологічного компоненту гестаційної домінанти // Тези Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Інноваційні технології в акушерстві та гінекології: від науки до практики». Івано-Франківськ, Яремче. 2018. С. 47-48.
73. Якимчук Н.В. Поширеність різних типів психологічної домінанти під час вагітності високого акушерського та перинатального ризику. Особливості акушерських ускладнень із урахуванням психосоматичних взаємозв'язків // Здоров'я жінки. Випуск 8. 2018. С. 70-74.
74. Яцковська Є.О. Особливості тривожного стану вагітних жінок // Молода наука-2017: Матеріали Х університетської науково-практичної конференції студентів, аспірантів і молодих вчених 12-14 квітня 2017 р. Запоріжжя: Видавництво ЗНУ, 2017. С. 101-102.
75. Brunton P.J. The expectant brain: adapting for motherhood. Nat Rev Neurosci. 2018. Vol. 9. P. 11–25.

76. Coussons-Read M.E., Okun M.L., Nettles C.D. Psychosocial stress increases inflammatory markers and alters cytokine production across pregnancy. *Brain Behav Immun.* 2007. Vol. 21 (3). P. 343–350.

77. Darvill R., Skirton H., Farrand P.A. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: A qualitative study of the transition // *Midwifery* 26(3), 2008. P. 357-366.

78. Donald Woods Winnicot. *Babies and their mothers.* 2016. 80 p.

79. Dobriakov IV. Development and validation of methods for determining the variant of the psychological component of the gestational dominant. *Mental health.* 2011. № 9. P. 75-80.

80. E. van Dijk, M. van Eijsden, K. Stronks. Maternal depressive symptoms, serum folate status, and pregnancy outcome: results of the Amsterdam Born Children and their Development study *Am. J. Obstet. Gynecol.* Vol. 203. N 563. 2010. P. 1-7.

81. Li D., Liu L., Odouli R. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Human Reproduction.* 2009. Vol. 24 (1). P. 146-153.

82. Lindberg Sara. Maternal Instinct: Does It Really Exist? // Medically reviewed by Karen Gill, M.D. 2020. URL: <https://www.healthline.com/health/parenting/maternal-instinct>

83. Maternal trait anxiety, emotional distress, and salivary Cortisol in pregnancy. *Biol Psychol* / M. Pluess et al. 2010. Vol. 83 (3). P. 169–175.

84. Slade A., Cohen L. J., Sadler L. S., & Miller M. The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health*, 2009. p. 22–39.

85. Symes Emma. The Transition to Motherhood – Psychological Factors Associated with Pregnancy, Labour and Birth // MAPS, CCLIN. The Centre for Women's Mental Health, The Royal Women's. 2022. URL: <https://psychpd.com.au/the-transition-to-motherhood-psychological-factors-associated-with-pregnancy-labour-and-birth/>

86. The Hamilton Anxiety Rating Scale. URL:
<https://clincasequest.academy/ham-ahars/>

Опитувальник на визначення рівня стресу за В. Ю. Щербатих

Інструкція: перед вами ознаки стресу - інтелектуальні, поведінкові, емоційні та фізіологічні.

За наявність у себе одного із інтелектуальних і поведінкових ознак - ставте собі 1 бал; емоційних - 1.5 бали, а фізіологічних - 2 бали.

Інтелектуальні ознаки стресу

1. Переважання негативних думок
2. Труднощі зосередження
3. Погіршення показників пам'яті
4. Постійне і безплідне обертання думок навколо однієї проблеми
5. Підвищена відволікання
6. Труднощі прийняття рішень, тривалі коливання при виборі
7. Погані сни, кошмари
8. Часті помилки, збої в обчисленнях
9. Пасивність, бажання перекласти відповідальність на когось іншого
10. Порухення логіки, сплутане мислення
11. Імпульсивність мислення, поспішні і необґрунтовані рішення
12. Звуження «поля зору», коли «бачиться» менше можливих варіантів дії

Поведінкові ознаки стресу

1. Втрата апетиту або переїдання
2. Зростання помилок при виконанні звичних дій
3. Більш швидка або, навпаки, уповільнена мова
4. Тремтіння голосу
5. Збільшення конфліктних ситуацій на роботі або в сім'ї
6. Хронічна нестача часу
7. Зменшення часу, що приділяється на спілкування з близькими і друзями
8. Втрата уваги до свого зовнішнього вигляду, неухоженість
9. Антисоціальна, конфліктна поведінка
10. Низька продуктивність діяльності

11. Порушення сну або безсоння
12. Більш інтенсивне куріння і вживання алкоголю

Емоційні симптоми

1. Занепокоєння, підвищена тривожність
2. Підозрілість
3. Похмурий настрій
4. Відчуття постійної туги, депресія
5. Дратівливість, напади гніву
6. Емоційна «тупість», байдужість
7. Цинічний, недоречний гумор
8. Зменшення почуття впевненості в собі
9. Зменшення задоволеності життям
10. Почуття відчуженості, самотності
11. Втрата інтересу до життя
12. Зниження самооцінки, поява почуття провини або невдоволення собою або своєю роботою

Фізіологічні симптоми

1. Болі в різних частинах тіла невизначеного характеру, головні болі
2. Підвищення або зниження артеріального тиску
3. Прискорений або неритмічний пульс
4. Порушення процесів травлення (запор, діарея, підвищене газоутворення)
5. Порушення свободи дихання
6. Відчуття напруги в м'язах
7. Підвищена стомлюваність
8. Тремтіння в руках, судоми
9. Поява алергії чи інших шкірних висипань
10. Підвищена пітливість
11. Швидке збільшення або втрата ваги тіла
12. Зниження імунітету, часті нездужання

Результати

Таким чином, загальна максимальна сума за всім списком теоретично може досягати 66.

Показник від 0 до 5 балів вважається хорошим - означає, що в даний момент життя вагомий стрес відсутній.

Показник від 6 до 12 балів означає, що людина відчуває помірний стрес, який може бути компенсований за допомогою раціонального використання часу, періодичного відпочинку і знаходження оптимального виходу з ситуації, що склалася.

Показник від 13 до 24 балів вказує на досить виражене напруження емоційних і фізіологічних систем організму, що виникло у відповідь на сильний стресорні фактор, який не вдалося компенсувати. В цьому випадку потрібно застосування спеціальних методів подолання стресу.

Показник від 25 до 40 балів вказує на стан сильного стресу, для успішного подолання якого бажана допомога психолога або психотерапевта. Така величина стресу говорить про те, що організм вже близький до межі можливостей чинити опір стресу.

Показник понад 40 балів свідчить про перехід організму до третьої, найбільш небезпечною стадії стресу - виснаження запасів адаптаційної енергії.

Додаток Б**Шкала тривоги Гамільтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS))**

Шкала складається із 14 показників, кожен із яких характеризується певними симптомами. Кожен показник оцінюється від 0 (відсутній) до 4 (дуже тяжкий). Шкала оцінювання:

- 0- Відсутній
- 1- Незначний
- 2- Помірний
- 3- Важкий
- 4- Дуже тяжкий

Симптоми	Рівень	Бали
1. Тривожний настрій: (стурбованість, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість)	Немає	0
	Незначний	1
	Помірний	2
	Важкий	3
	Дуже тяжкий	4
2. Напруження (відчуття напруження, здригання, плаксивість, тремтіння, відчуття занепокоєння, нездатність розслабитися)	Немає	0
	Незначний	1
	Помірний	2
	Важкий	3
	Дуже тяжкий	4
3. Страх (темряви, незнайомих, самотності, тварин, натовпу, транспорту)	Немає	0
	Незначний	1
	Помірний	2
	Важкий	3
	Дуже тяжкий	4
4. Інсомнія (утруднене засинання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, почуття розбитості й слабкості при пробудженні, кошмарні сни)	Немає	0
	Незначний	1
	Помірний	2
	Важкий	3

	Дуже тяжкий	4
5. Інтелектуальні порушення (утруднення концентрації уваги, погіршення пам'яті)	Немає	0
	Незначний	1
	Помірний	2
	Важкий	3
	Дуже тяжкий	4
6. Депресивний настрій (втрата звичних інтересів та почуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою)	Немає	0
	Незначний	1
	Помірний	2
	Важкий	3
	Дуже тяжкий	4
7. Соматичний м'язовий біль (біль, посмикування, напруження, судоми клонічні, скрипіння зубами, голос, що зривається, підвищений м'язовий тонус)	Немає	0
	Незначний	1
	Помірний	2
	Важкий	3
	Дуже тяжкий	4
8. Соматичні сенсорні (дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару і холоду, відчуття слабкості, поколювання)	Немає	0
	Незначний	1
	Помірний	2
	Важкий	3
	Дуже тяжкий	4
9. Серцево-судинні (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання)	Немає	0
	Незначний	1
	Помірний	2
	Важкий	3
	Дуже тяжкий	4
10. Респіраторні (тиск і стиснення у грудях, задуха, часті зітхання)	Немає	0
	Незначний	1
	Помірний	2
	Важкий	3
	Дуже тяжкий	4

11. Гастроінтестинальні (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунка, нудота, блювання, бурчання в животі, діарея, запор, зменшення маси тіла)	Немає	0
	Незначний	1
	Помірний	2
	Важкий	3
	Дуже тяжкий	4
12. Сечостатеві (прискорене сечовипускання, сильні позиви на сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція)	Немає	0
	Незначний	1
	Помірний	2
	Важкий	3
	Дуже тяжкий	4
13. Вегетативні (сухість у роті, почервоніння чи блідість шкіри, пітливість, головний біль із відчуттям напруження)	Немає	0
	Незначний	1
	Помірний	2
	Важкий	3
	Дуже тяжкий	4
14. Поведінка при огляді (совання на стільці, неспокійна жестикуляція і хода, тремор, нахмурювання, напружений вираз обличчя, зітхання чи прискорене дихання, часте ковтання слини)	Немає	0
	Незначний	1
	Помірний	2
	Важкий	3
	Дуже тяжкий	4

Тест тривожності Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI)

А. Шкала самооцінки реактивної тривожності

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте в даний момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6.	Я засмучений	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9.	Я собою не вдоволений	1	2	3	4
10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений	1	2	3	4
15.	Я не почуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я занепокоєний	1	2	3	4

18.	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе відчуваєте звичайно. Над твердженнями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
21.	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22.	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23.	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24.	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25.	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26.	Звичайно я відчуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27.	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
28.	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30.	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31.	Я приймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
32.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33.	Звичайно я відчуваю себе в безпеці	1	2	3	4

34.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35.	У мене буває хандра	1	2	3	4
36.	Я задоволений	1	2	3	4
37.	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38.	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40.	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка результатів

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

$$1. РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50,$$

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

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

$$2. ОТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

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

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

Інтерпретація результатів

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0-30 балів – низький рівень тривожності;

31-45 балів – помірний рівень тривожності;

вище 45 балів – високий рівень тривожності.

Опитувальник «Тест ставлень вагітних»

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

Індивідуальний бланк для респондента

ППП _____

Дата _____ Вік _____ Термін вагітності _____

Інструкція: Просимо Вас з п'яти тверджень, представлених у блоках, вибрати один, що найбільш повно відображає Ваш стан.

Блок А		
I	1	Ніщо не приносить мені такого щастя, як усвідомлення, що я вагітна
	2	Я не відчуваю жодних особливих емоцій, пов'язаних з тим, що я вагітна
	3	З того часу, як я дізналася, що вагітна, я перебуваю в нервовій напрузі
	4	В основному мені приємно усвідомлювати, що я вагітна
	5	Я дуже засмучена тим, що вагітна
II	1	Вагітність змусила мене повністю змінити спосіб життя
	2	Вагітність не змусила мене суттєво змінити спосіб життя, але я стала в чомусь обмежувати себе
	3	Вагітність я не вважаю приводом для того, щоб змінювати спосіб життя
	4	Вагітність так змінила мій спосіб життя, що воно стало прекрасним
	5	Вагітність змусила мене відмовитися від багатьох планів, тепер багатьом моїм планам не судилося здійснитися
III	1	Я намагаюся взагалі не думати ні про вагітність, ні про майбутні пологи
	2	Я постійно думаю про пологи, дуже їх боюся
	3	Я думаю, що під час пологів все зможу зробити правильно, і не відчуваю особливого страху перед ними
	4	Ніколи не замислююся над майбутніми пологами, настрій у мене погіршується, тому я майже не сумніваюся в їхньому поганому результаті
	5	Я думаю про пологи, як про майбутнє свято
Блок Б		

I	1	Я сумніваюся, що зможу впоратися з обов'язками матері	
	2	Я вважаю, що не зможу стати гарною 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 гарною 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 відчутти	
	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 годуватиму дитину грудьми	
	2	Я із захопленням уявляю собі, як годуватиму дитину грудьми	
	3	Я думаю, що годуватиму дитину грудьми	
	4	Я турбуюся про те, що у мене будуть проблеми з годуванням дитини грудьми	
	5	Я майже впевнена, що навряд чи зможу годувати дитину грудьми	
Блок В			
I	1	Я 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 негарною, і батько моєї дитини став холодніше ставитися до мене	
	5	Боюся, що зміни, пов'язані з вагітністю, можуть погіршити ставлення до мене батька моєї дитини	
II	1	Більшість близьких мені людей поділяють мою радість щодо вагітності, і мені добре з ними	
	2	Не всі близькі мені люди раді тому, що я вагітна, не всі розуміють, що я тепер потребую особливого відношення	

	3	Більшість близьких мені людей не схвалюють те, що я вагітна, 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 турбує	
III	1	Мені завжди болісно соромно, коли оточуючі помічають, що я «у положенні»	
	2	Мені трохи не по собі, коли оточуючі помічають, що я «у положенні»	
	3	Мені приємно, коли оточуючі помічають, що я «у положенні»	
	4	Мені начхати, помічають оточуючі чи ні, що я «у положенні»	
	5	Я не відчуваю особливої незручності, якщо оточуючі помічають, що я «у положенні»	

Таблиця відповідності тверджень та типів ПКГД

Блоки	Розділи	О	Г	Е	Т	Д
I	1	4	2	1	3	5
	2	2	3	4	1	5
	3	3	1	5	2	4
II	1	5	3	4	1	2
	2	1	4	2	3	5
	3	3	1	2	5	4
III	1	3	2	1	5	4
	2	1	4	2	5	3
	3	5	4	3	2	1