

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

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2024\_\_року

УДК 159.937:94:246.3:159.91

## КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему:

**ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ПОДРУЖЖЯ ЯКЕ  
ГОТУЄТЬСЯ ДО ЕКЗ**

Керівник:

доктор психол. наук, проф.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

\_\_\_\_\_ Золотарьова Тетяна Володимирівна

(П.І.Б.)

Спеціальності:

\_\_\_\_\_ 053 «Психологія»

(шифр і назва спеціальності)

ОПП:

\_\_\_\_\_ «Сімейна психологія з основами  
психотерапії»

Миколаїв – 2024 рік

( повне найменування вищого навчального закладу )

**ЗАТВЕРДЖУЮ**  
Завідувач кафедри психології  
                                 А.І.Яблонський  
“     ”                         2024 року

(прізвище, ім'я, по батькові)

- ## 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 10.09.2024

**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 підтримки в період підготовки до екстрокарпорального зачаття.              | жовтень 2024                            |          |
| 3.    | Розділ 2. Емпіричне дослідження ефективності психологічної підтримки подружжя, що готуються до штучного запліднення. | жовтень 2024                            |          |
| 4.    | Розділ 3. Розвиток психологічної підтримки подружжя в період підготовки до ЕКЗ                                       | 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                                                                                                    | 27.11.2024                              |          |
| 9.    | Рецензія на дипломну роботу                                                                                          | 02.12.2024                              |          |
| 10.   | Захист дипломної роботи                                                                                              | 19.12 2024                              |          |

Студентка

(підпис)

Керівник проєкту (роботи)

(підпис)

Золотарьова Т.В.

(прізвище та ініціали)

Яблонський А.І.

(прізвище та ініціали)

Анотація до магістерської роботи

**Тема: ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ПОДРУЖЖЯ, ЯКЕ ГОТУЄТЬСЯ ДО ЕКСТРОКАРПОРАЛЬНОГО ЗАЧАТТЯ**

В магістерській роботі досліджується роль психологічної підтримки у процесі підготовки подружніх пар до екстракорпорального запліднення (ЕКЗ). Процедура ЕКЗ є не лише складним медичним втручанням, а й значним емоційним викликом для обох партнерів. Дослідження фокусується на основних психологічних труднощах, таких як стрес, тривога, страх невдачі, соціальний тиск та їхній вплив на фізіологічний стан пари.

Особлива увага приділена розробці та аналізу методів психологічної підтримки, зокрема індивідуальних консультацій, групової терапії та партнерських тренінгів. Визначено, що своєчасна психологічна допомога сприяє зниженню рівня стресу, покращує емоційний стан пари, підвищує взаєморозуміння між партнерами та збільшує шанси на успішне проходження процедури.

Результати роботи демонструють важливість інтеграції психологічної підтримки як невід'ємної частини підготовки до ЕКЗ, спрямованої на збереження емоційного та фізичного благополуччя подружжя. Отримані висновки можуть бути корисними для психологів, медичних фахівців та пар, які проходять через цей складний етап.

Abstract for the master's thesis

**Topic: PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF SPOUSES PREPARING FOR EXTRACORPOREAL CONCEPTION**

The master's thesis examines the role of psychological support in the process of preparing married couples for in vitro fertilization (IVF). The IVF procedure is not only a complex medical intervention, but also a significant emotional challenge for both partners. The study focuses on the main psychological difficulties such as stress, anxiety, fear of failure, social pressure and their effect on the physiological state of the couple.

Special attention is paid to the development and analysis of psychological support methods, including individual consultations, group therapy, and partner training. It was determined that timely psychological help helps reduce the level of stress, improves the emotional state of the couple, increases mutual understanding between partners and increases the chances of a successful procedure.

The results of the work demonstrate the importance of integrating psychological support as an integral part of IVF preparation aimed at preserving the emotional and physical well-being of the couple. The findings can be useful for psychologists, medical professionals and couples who are going through this difficult stage.

| <b>ЗМІСТ</b>                                                                                                                                       | <b>Стор.</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>ВСТУП.....</b>                                                                                                                                  | <b>4</b>     |
| <b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ В ПЕРІОД ПІДГОТОВКИ ДО ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАЧАТТЯ.....</b>                                 | <b>9</b>     |
| 1.1. Поняття та види безпліддя. Психологічний вплив безпліддя на подружні стосунки.....                                                            | 9            |
| 1.2. ЕКЗ: особливості підготовки. Психологічні реакції на різних етапах підготовки до штучного запліднення.....                                    | 23           |
| <b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ПОДРУЖЖЯ, ЩО ГОТУЮТЬСЯ ДО ШТУЧНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ.....</b>                    | <b>36</b>    |
| 2.1. Основні психологічні потреби подружжя під час підготовки до ЕКЗ.....                                                                          | 36           |
| 2.2. Роль психолога в процесі підготовки до штучного запліднення. Цілі та завдання психологічної підтримки на різних етапах підготовки до ЕКЗ..... | 40           |
| 2.3. Опис вибірки і процедура дослідження.....                                                                                                     | 53           |
| 2.4. Аналіз отриманих результатів.....                                                                                                             | 61           |
| Висновок до розділу 2.....                                                                                                                         | 69           |
| <b>РОЗДІЛ 3. РОЗВИТОК ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ПОДРУЖЖЯ В ПЕРІОД ПІДГОТОВКИ ДО ЕКЗ.....</b>                                                         | <b>72</b>    |
| 3.1. Техніки та інструменти психологічної підтримки: КПТ, арт-терапія, групова терапія, індивідуальна терапія, парна терапія.....                  | 72           |
| 3.2. Опис тренінгової програми «Впевнено до мети».....                                                                                             | 74           |
| 3.3. Оцінка ефективності тренінгової програми психологічної підтримки подружжя в період підготовки до штучного запліднення..                       | 76           |
| Висновок до розділу 3.....                                                                                                                         | 79           |
| <b>ВИСНОВКИ .....</b>                                                                                                                              | <b>81</b>    |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>                                                                                                             | <b>83</b>    |

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| <b>ДОДАТКИ.....</b> | <b>86</b> |
|---------------------|-----------|

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Безпліддя стає все більш актуальною проблемою в сучасному суспільстві, викликаючи численні психологічні, соціальні та медичні труднощі для багатьох пар. Це стан, який більше не є невиліковним, і завдяки досягненням у галузі медицини, зокрема екстракорпоральному заплідненню (ЕКЗ), багато хто може реалізувати свою мрію стати батьками. ЕКЗ є одним із найбільш ефективних методів вирішення проблеми безпліддя, пропонуючи можливість для тих, хто не зміг завагітніти природним шляхом.

Однак успіх лікування безпліддя не обмежується лише медичними процедурами. Психологічна підтримка є ключовим фактором під час підготовки до ЕКЗ. Багато пар стикаються з величезним емоційним тягарем і відчують безнадійність, коли звичні методи лікування не приносять результату. Важливо визнати діагноз безпліддя, знайти внутрішню силу для подолання труднощів і відновити надію.

Кожна історія безпліддя унікальна, оскільки пари мають різні фізіологічні, емоційні та психологічні особливості. Важливо, щоб кожен з них відчував підтримку не лише з боку медичних фахівців, але й суспільства, адже шлях до батьківства – це складний, але можливий процес. Майбутнє безплідних пар може стати реальністю завдяки сучасним медичним технологіям, але для цього також необхідні розуміння, терпіння і взаємна підтримка.

Безпліддя може призвести до виникнення глибокої депресії, яка заважає позитивно налаштуватися на лікування і створює психологічний бар'єр для успішного результату. Існує також так зване психологічне безпліддя, коли органічні причини відсутні, але вагітність все одно не настає. У таких випадках обов'язкова допомога психолога. Навіть коли причини безпліддя є органічними, психологічна підтримка залишається надзвичайно важливою.

Багатьом жінкам складно прийняти рішення про використання допоміжних репродуктивних технологій через внутрішні страхи, сумніви та вплив думок оточуючих. Саме психолог може допомогти впоратися з цими емоціями та відновити внутрішню рівновагу.

Психологічна підтримка важлива також під час процесу штучного запліднення. Вона необхідна як після невдалих спроб, так і при прийнятті складних рішень, наприклад, про редукцію, або під час трансферу ембріонів, коли виникають сильні сумніви та невпевненість.

Психолог допомагає змінити погляд на ситуацію, краще зрозуміти власні емоції та поведінку. Ефективне консультування – це спільна робота психолога та пацієнта. Коли вагітність настає, психологічна допомога також може бути необхідною, оскільки часто виникають страхи щодо невиношування чи можливого переривання вагітності.

Проблеми жіночого безпліддя залишаються актуальними вже протягом багатьох століть. У сучасному суспільстві ця проблема набула глобального масштабу. Високий рівень поширеності безпліддя та його серйозні наслідки перевели питання за межі суто медичної сфери. Материнський інстинкт є природним для жінки, а соціальні норми і цінності значно впливають на формування її материнської ролі. Попри зміни в суспільстві, жіночність досі часто асоціюється з репродуктивною здатністю.

Оскільки жіноча ідентичність нерідко пов'язується із здатністю народжувати дітей, безпліддя може призводити до негативного сприйняття себе та свого тіла. Це стає перешкодою для прояву гендерної ідентичності, яка часто асоціюється з дітонародженням і вихованням дітей. Психологічні труднощі, такі як депресія та тривожні розлади, можуть знижувати шанси на зачаття, а тривале безпліддя, в свою чергу, сприяє погіршенню психоемоційного стану.

Безпліддя, окрім емоційного впливу, значно впливає на самооцінку жінки, її відчуття гідності, ідентичність та світогляд. Це може призвести до змін у соціальній сфері: порушення стосунків із партнером, труднощі у спілкуванні з іншими людьми, напруженість у відносинах з близькими та колегами, а також почуття самотності. Крім того, безпліддя позначається на психологічному стані жінки, що може проявлятися неадекватним ставленням до захворювання, зниженням самооцінки та проблемами в сімейному житті. На сьогодні



механізми, що спричиняють такі психічні стани під час безпліддя, залишаються недостатньо вивченими.

**Об’єкт дослідження** – жінки, що готуються до ЕКЗ.

**Предмет дослідження** – психологічна підтримка та її вплив на емоційний стан пари.

**Мета дослідження** – дослідити психологічні особливості подружжя в період підготовки до ЕКЗ та визначити ефективні методи психологічної підтримки.

**Завдання дослідження:**

А) проаналізувати існуючі дослідження з теми психологічної підтримки пар, які проходять через ЕКЗ.

Б) виявити основні психологічні труднощі, з якими стикаються пари на етапі підготовки до штучного запліднення.

В) розробити програму психологічної підтримки для подружніх пар, які готуються до екстракорпорального запліднення.

Досягнення мети магістерської роботи вимагає виконання таких дослідницьких завдань:

1. За результатами теоретичного аналізу визначити сутність поняття «безпліддя» та психологічні особливості жінок та чоловіків з таким діагнозом.
2. Емпірично дослідити психоемоційний стан жінок, які готуються до екстракорпорального запліднення. Провести дослідження.

**Гіпотеза.** Психологічний стан жінок, які готуються до процедури штучного запліднення, часто супроводжується підвищеним рівнем тривожності.

**Методи та методики дослідження :**

1. Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич);
2. Опитувальник особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера–Ханіна;
3. Шкала депресії Бека;

**База дослідження** – Онлайн платформа Медичного центру жіночого здоров'я, м. Одеса.

У підсумку, тема психологічної підтримки пар, які готуються до штучного запліднення, є надзвичайно актуальною в сучасному суспільстві. Враховуючи емоційні та психологічні виклики, з якими стикаються такі пари, важливо забезпечити їм своєчасну та якісну психологічну допомогу. Дослідження цього питання дозволить розробити ефективні методи підтримки, які сприятимуть зниженню рівня тривожності та підвищенню успішності репродуктивних процедур.

**Наукова новизна** роботи полягає у розробці адаптованих методів психологічної підтримки пар, які готуються до штучного запліднення, з урахуванням індивідуальних, соціальних і культурних чинників. Запропоновану тренінгову програму можна використовувати у роботі з парами, які готуються до штучного запліднення.

Аналізується вплив стресу на успішність процедур і пропонуються рекомендації для інтеграції психологічного супроводу в репродуктивну медицину.

**Теоретичне значення** роботи полягає в узагальненні психологічних аспектів підтримки пар, які готуються до штучного запліднення, систематизації сучасних підходів до управління стресом у цій сфері та інтеграції міждисциплінарних знань для покращення психологічної допомоги.

**Практичне значення.** Робота спрямована на розробку практичних рекомендацій для психологічної підтримки подружніх пар під час підготовки до екстракорпорального запліднення. Запропоновані методики, такі як індивідуальні консультації, партнерські тренінги та групова терапія, можуть бути інтегровані у діяльність медичних центрів. Це сприятиме зниженню стресу, покращенню емоційного стану та зміцненню стосунків у парі, а також підвищенню шансів на успішне проходження процедури.

**Публікації.** Основний зміст і результати роботи відображено у публікації 2 тез і 1 статті категорії «Б».

- Золотарьова Т.В., Яблонський А.І. «Психологічна підтримка для пари, яка проходить підготовку до Екстрокарпорального запліднення (ЕКЗ)», 30 серпня 2024 року, м. Рівне, Україна : VIII Міжнародна наукова конференція «Технології, інструменти та стратегії реалізації наукових досліджень», ст. 133-136.
- Золотарьова Т.В., Яблонський А.І. «Психологічна допомога для подружжя, яке проходить підготовку до процедури ЕКЗ» Концепт науки XXI: стратегії, методи та наукові інструменти, матеріали VI Міжнародної студентської наукової конференції (13 вересня 2024 року, м.Харків, Україна) ст. 266.
- Золотарьова Т.В., Яблонський А.І. «Психологічна підтримка пари під час підготовки до екстрокарпорального запліднення (ЕКЗ). Науковий журнал «Габітус». Серія психологічні науки у випуску № 64, 2024 року (Категорія Б).

**Структура роботи.** Робота включає вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел і додатки.

Загальний обсяг роботи – 103 сторінки.

Обсяг основного тексту роботи – 82 сторінка.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ В ПЕРІОД ПІДГОТОВКИ ДО ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАЧАТТЯ.**

### **1.1. Поняття та види безпліддя. Психологічний вплив безпліддя на подружні стосунки.**

Проблеми жіночого безпліддя були і залишаються актуальними протягом багатьох століть і років. У сучасному суспільстві проблема безпліддя набула глобального розміру. Висока поширеність і широкий резонанс наслідків вивів безпліддя за межі медицини. Потреба бути матір'ю закладена в жіночій природі, а суспільні норми і цінності роблять визначальний вплив на прояви материнських відносин. Оскільки особистість жінки прив'язана до здатності дітонародження, безпліддя перешкоджає позитивному сприйняттю себе, створює негативне ставлення до свого тіла. Тому, безпліддя перешкоджає жінці проявити свою гендерну ідентичність, тобто культурну роль, що виражається в дітонародженні і вихованні

Безпліддя є однією з найсерйозніших медико-соціальних проблем, що стоять перед сучасним суспільством. Цей стан не тільки впливає на фізичне здоров'я, але й має значний психологічний, емоційний та соціальний вплив на пари, які намагаються завести дитину. Безпліддя часто супроводжується почуттям втрати, стресу та відчаю, що підкреслює важливість комплексного підходу до його лікування, що включає як медичну, так і психологічну підтримку. В умовах збільшення кількості випадків безпліддя важливо розуміти його причини, наслідки та можливі шляхи його подолання.

Безпліддя - це нездатність пари зачати дитину після регулярних незахищених статевих актів протягом одного року (або шести місяців для жінок старше 35 років). Це може бути як проблема жіночого, так і чоловічого репродуктивного здоров'я, або поєднання факторів у обох партнерів. Існують такі види безпліддя:

1. Первинне безпліддя. Це стан, коли пара не змогла зачати дитину жодного разу після року спроб.

2. Вторинне безпліддя. Виникає у випадку, коли пара вже мала хоч одну успішну вагітність у минулому, але не може зачати знову.

3. Абсолютне безпліддя. Це нездатність до зачаття через незворотні зміни в репродуктивній системі, наприклад, відсутність матки або яєчників.

4. Відносне безпліддя. У цьому випадку є можливість зачати після усунення певних причин, таких як гормональні порушення або проблеми з овуляцією.

5. Чоловіче безпліддя. Виникає через проблеми з якістю або кількістю сперматозоїдів, анатомічні аномалії або гормональні дисбаланси у чоловіка.

6. Жіноче безпліддя. Може бути спричинене різними факторами, такими як проблеми з овуляцією, непрохідність маткових труб, ендометріоз або інші патології репродуктивної системи жінки.

7. Ідеопатичне безпліддя. Це безпліддя невідомого походження, коли всі стандартні тести не виявляють жодних патологій, а пара все одно не може зачати дитину.

Безпліддя та процес лікування, є серйозним стресовим чинником для обох партнерів. Це може впливати на емоційний стан, призводити до тривожності, депресії, почуття провини та зниження самооцінки.

Частота випадків безплідних шлюбів варіюється в значних межах і не демонструє зниження в жодній країні світу. За даними різних джерел, поширеність безпліддя в країнах Європи становить близько 14%. В Україні, згідно з даними Міністерства охорони здоров'я, рівень безпліддя досягає 20%, що означає, що кожна п'ята з 15 мільйонів пар не може завагітніти природним шляхом. Ефективність лікування цієї проблеми все ще залишається недостатньою.

Тривале і безрезультатне лікування безпліддя викликає низку психоемоційних реакцій - від нервових розладів до важкої депресії. Це порушує партнерські та сімейні відносини, що часто призводить до особистісних і сімейних криз. Таким чином, безпліддя має не лише медичні та психологічні, але й соціальні наслідки.

За визначенням ВООЗ, шлюб вважається безплідним, якщо вагітність не настає протягом одного року регулярного статевого життя без використання засобів контрацепції. Важливо розуміти, що причини безпліддя можуть бути пов'язані як із чоловічими, так і з жіночими факторами. Серед форм жіночого безпліддя особливу групу становлять пацієнтки з так званим безпліддям "неясної етіології". За даними різних джерел, кількість жінок із таким діагнозом становить від 4 до 40% серед усіх випадків безпліддя. Діагноз "невстановлене" або "ідіопатичне" безпліддя ставлять у тому випадку, якщо і жінка, і її постійний партнер пройшли повне медичне обстеження, яке не виявило жодних біологічних причин порушення репродуктивної функції.

Неможливість народження дитини є однією з найтяжчих і психологічно травмуючих ситуацій для сім'ї. Материнство слід розглядати не лише з фізіологічної, а й з психологічної та соціальної точки зору. Воно є важливим етапом у розвитку особистості жінки, сприяє її самореалізації та виконанню значущих соціальних ролей, формуючи її ідентичність. Протягом життя жінка засвоює певні цінності та соціальні ролі, тому безпліддя часто сприймається як психологічна травма, що призводить до переживання фрустрації та зміни ставлення до світу і самої себе.

Проблема безпліддя залишається надзвичайно актуальною, причому її причиною є не лише жіночі фактори, а й на 50% чоловічі. Тому важливу роль відіграє профілактика, моніторинг і турбота про здоров'я як жінок, так і чоловіків.

«Чоловіки часто приховують свої проблеми з безпліддям і не звертаються до репродуктолога. Вони йдуть до уролога, який зазвичай лікує простатит, тоді як проблеми безпліддя знаходяться в компетенції саме репродуктолога», – зазначають в Українській асоціації репродуктивної медицини (УАРМ).

Згідно з даними УАРМ, ендокринне безпліддя становить 30%, ще 30% припадає на запальні процеси маткових труб та інші наслідки перенесених запалень, операцій або абортів. Близько 10% випадків стосуються так званого «неясного» безпліддя, коли обидва партнери здорові, але вагітність не настає.

Як зазначають дослідники, правильна діагностика є половиною успіху лікування. Однак пацієнтки часто скаржаться на сам процес встановлення діагнозу, коли звертаються до лікарів з приводу безпліддя. Проблема безпліддя, зокрема психогенного, набуває дедалі більшого значення в сучасному суспільстві.

Дослідження в цій галузі показують, що одним із психологічних факторів, який сприяє порушенням репродуктивного здоров'я, є конфлікт у материнській сфері жінки. Цей конфлікт проявляється в одночасному бажанні стати матір'ю і неготовності прийняти материнську роль. Така неготовність часто пов'язана з індивідуальними особливостями жінки, негативним досвідом взаємин із власною матір'ю, психологічними аспектами раннього розвитку та статеворольовою ідентичністю, а також із сімейною історією та низкою інших психологічних чинників. У результаті цей внутрішній конфлікт створює сильну емоційну напругу, яку жінка не здатна вирішити самотійно, що призводить до соматизації, тобто до порушень репродуктивної функції.

На фізіологічному рівні тривалий стрес негативно впливає на всі органи і системи, зокрема на яєчники, маткові труби та шийку матки, а також знижує імунітет. Постійний стрес також впливає на вищі мозкові центри, викликаючи гормональні зміни, що можуть зменшувати ймовірність зачаття.

Відомо, що причиною безплідного шлюбу можуть бути як чоловічі, так і жіночі фактори, причому з приблизно однаковою частотою. У багатьох пар ці чинники часто поєднуються. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, обстеження на безпліддя слід розпочинати, якщо:

- у жінок віком до 35 років вагітність не настає протягом 1 року регулярного статевого життя без використання контрацепції,
- у жінок старших за 35 років – якщо вагітність не настає протягом 6 місяців регулярного статевого життя без контрацепції.

Згідно з міжнародними науковими даними, лікування безпліддя слід розпочати протягом 2-3 років після встановлення діагнозу. За статистикою, жіноче безпліддя є причиною 45% безплідних шлюбів. Воно є більш складним,

ніж чоловіче, оскільки жіночий організм не лише повинен продукувати здорову яйцеклітину, а й створювати умови для зачаття та нормального перебігу вагітності. Навіть незначні порушення в роботі репродуктивної системи можуть значно ускладнити зачаття. Такі збої можуть бути спричинені різними захворюваннями або гормональними порушеннями.

Відновлення репродуктивної функції у жінок, які страждають на безпліддя, є важливою медичною та соціальною проблемою. Настання вагітності — лише перший етап, за яким слідує забезпечення виношування та народження здорової дитини.

### **Причини жіночого безпліддя:**

1. **Відсутність овуляції** — неможливість вивільнення яйцеклітини для запліднення.
2. **Гормональні порушення** — дисбаланс гормонів, який впливає на репродуктивну функцію.
3. **Непрохідність маткових труб** — перешкода для зустрічі сперматозоїда та яйцеклітини.
4. **Ендометріоз** — патологічне розростання тканини ендометрію поза маткою, що може заважати зачаттю.
5. **Спайкові процеси** — утворення спайок у малому тазі, які порушують роботу репродуктивних органів.
6. **Полікістоз яєчників** — множинні кісти в яєчниках, що порушують овуляцію.
7. **Патології матки** — такі як фіброма, міома, поліпи, що можуть заважати вагітності.
8. **Імунологічне безпліддя** — алергія на сперму, коли імунна система атакує сперматозоїди.
9. **Психологічні фактори** — стрес, травми або фобії можуть спричинити психологічне безпліддя.

### **Фактори вторинного безпліддя включають:**

1. Перенесені операції на репродуктивних органах.



2. Ускладнення після абортів
3. Запальні захворювання малого тазу.
4. Гормональні збої.
5. Вікові зміни.
6. Нездоровий спосіб життя.

**Чоловіче безпліддя** - це стан, коли чоловік фертильного віку не може стати батьком через порушення роботи репродуктивної системи. Основні функції, що страждають при цьому, - це виробництво сперматозоїдів і їх здатність до запліднення. Хоча на перший погляд захворювання не має очевидних симптомів, основною ознакою є неможливість зачаття.

Чоловіче безпліддя часто недооцінюють, хоча статистика показує, що приблизно у половині випадків саме чоловік є причиною безпліддя в парі.

Основні причини чоловічого безпліддя:

- Неповноцінність сперматозоїдів - порушення рухливості або життєздатності сперматозоїдів.
- Низька кількість сперматозоїдів - різке зниження їхньої концентрації в спермі.
- Порушення транспорту сперматозоїдів - проблеми з проходженням сперматозоїдів через сім'явиносні шляхи та їх викидом.
- Варикоцеле — розширення вен сім'яного канатика, яке впливає на якість сперми.
- Інфекційно-запальні захворювання — інфекції сечостатевої системи.
- Патозооспермія нез'ясованого походження — порушення якості сперматозоїдів без встановленої причини.
- Порушення складу сім'яної рідини — аномалії в складі сперми.
- Імунологічне безпліддя — атака імунною системою власних сперматозоїдів.
- Вроджені аномалії — такі як крипторхізм, монорхізм, гіпоспадія.
- Системні захворювання — туберкульоз, цироз, діабет, інфекційний паротит із ускладненням орхіту.

-Операції — втручання на паховій грижі, сечовому міхурі, уретрі та інші хірургічні процедури.

-Терапевтичне лікування — вплив променевої, гормональної, хіміотерапії, застосування наркотиків та сильнодіючих препаратів.

-Порушення еякуляції та сексуальної функції — проблеми з еякуляцією або статевим актом.

-Обструктивна азооспермія — блокування проходження сперматозоїдів.

-Некрозооспермія — загибель сперматозоїдів.

-Ендокринні порушення — гормональні дисбаланси, такі як гіпогонадізм, гіперпролактинемія, дефіцит тестостерону.

-Хромосомні аномалії — генетичні порушення.

### **Види чоловічого безпліддя:**

#### **Секреторна форма чоловічого безпліддя.**

У цьому випадку яєчка не виробляють достатньої кількості сперматозоїдів для зачаття, або сперматозоїди мають низьку рухливість чи структурні дефекти. Для підтвердження діагнозу, окрім спермограми, необхідна біопсія яєчок, що дозволяє оцінити стан тканин і з'ясувати причину порушення.

#### **Обструктивна форма чоловічого безпліддя.**

Ця форма пов'язана з тим, що сперматозоїди не можуть пройти по сім'явиносних шляхах через непрохідність з одного або обох боків. При непрохідності з одного боку спостерігається зниження кількості сперматозоїдів, а при двосторонній — їхня повна відсутність. Причинами можуть бути запалення придатків яєчка, травми або операції, які призводять до блокування протоків. Також можливі вроджені аномалії, пухлини або кісти, що перешкоджають транспорту сперматозоїдів. Для діагностики застосовуються спеціальні методи, що дозволяють визначити місце і ступінь непрохідності.

#### **Імунологічна форма безпліддя.**

Ця рідкісна форма пов'язана з підвищеним рівнем антиспермальних антитіл, які негативно впливають на здатність сперматозоїдів до запліднення.

### **Інші форми безпліддя.**

Гіпоспадія першого ступеня — коли отвір уретри розташований нижче, ніж зазвичай, що ускладнює потрапляння сперми в шийку матки. Еректильна дисфункція, при якій неможливо здійснити повноцінний статевий акт, також може бути причиною безпліддя. Запальні захворювання, такі як хронічний простатит або специфічний уретрит, можуть значно знизити частоту статевих актів і тим самим ускладнити зачаття.

### **Причини психологічного безпліддя жінок і чоловіків.**

Важливо, щоб майбутні батьки розв'язали свої внутрішні психологічні проблеми та були готові до цього нового етапу в житті. Що це означає? Уявімо, що пара давно мріє про дитину. Вони регулярно проходять медичні обстеження, відвідують лікарів, і все вказує на те, що фізично вони готові стати батьками. Лікарі кажуть, що обидва здорові й не мають перешкод для зачаття. Але час іде - проходять тижні, місяці, а вагітність так і не настає.

З медичної точки зору безпліддя діагностують, якщо пара не може зачати дитину протягом року регулярного незахищеного статевих життя. Але що, якщо всі медичні показники в нормі, а результату немає? Якщо заглянути глибше, можна помітити: жінка відчуває сильний страх перед пологами і самою ідеєю народження нової людини. Чоловік може хвилюватися про фінанси, адже заробляє не так багато, і ще потрібно виплачувати кредит за машину. Вони обидва дійсно хочуть дитину, але всередині мають приховані страхи: «ми не впораємося», «зараз не найкращий час, у нас ще багато проблем», «я боюся», «я не можу завагітніти через стрес».

Народження дітей може стати перешкодою для певних життєвих планів. Високий рівень інфантильності або різноманітні страхи майбутніх батьків часто стають серйозною перепоною на шляху до здійснення їхньої мрії стати батьками. Симптом завжди є наслідком, і важливо розібратися, що його викликало і що передувало його появі. Поки проблема залишається на рівні психології, фізичні симптоми не з'являються. Але як тільки психологічний конфлікт стає фізіологічним, мозок переносить цей конфлікт у тіло, і починає

розвиватися захворювання. Багато хвороб є результатом біологічної взаємодії між частиною мозку, яка керує певним органом, і самим органом, що зберігає цей конфлікт.

Існує теорія, що випадковостей у житті не буває. Психологічне безпліддя часто вказує на внутрішню неготовність до народження дитини. Тіло ніби дає час на переосмислення життєвих пріоритетів і глибоке розуміння, чи готові ми до батьківства. Бувають випадки, коли пара втрачає надію на зачаття і вирішує усиновити дитину, а через деякий час у них народжується власний малюк. Це не завжди випадковість, але й не пряме правило. Причини можуть бути приховані глибоко в кожному з партнерів і вирішуються лише тоді, коли приходить відповідний час.

Причин психологічного безпліддя може бути безліч. У людини, яку з дитинства оточували турботою і любов'ю, ризики психологічного безпліддя менші. Однак, якщо в дитинстві були труднощі в сім'ї, вихованні або взаєминах, це може вплинути на здатність до зачаття. Часто жінка, яка фізично здорова і в розквіті сил, виявляється морально не готовою до материнства. Її можуть тиснути очікування батьків, партнера або суспільства, які вимагають народження дитини. Вона нібито не проти, але завагітніти не виходить.

Організм в цьому випадку може реагувати на невідповідні умови, наче відчуваючи загрозу. Для зняття цих внутрішніх блоків варто звернутися не до гінеколога, а до психолога чи психотерапевта. Деякі фахівці навіть уникають терміну «безпліддя», замінюючи його на «нереалізоване бажання мати дитину», оскільки психологічне безпліддя часто піддається лікуванню і є тимчасовим станом.

Багато експертів вважають, що безпліддя має психосоматичну природу — воно виникає як реакція на емоційний чи психологічний конфлікт. Причини можуть бути різні, серед них:

- страх відповідальності або зміни життя через дитину;
- страх пологів;
- недовіра до партнера;

- підсвідомий страх втратити фігуру;
- фінансова нестабільність і невпевненість у майбутньому;
- страх не впоратися з роллю батька;
- психологічна незрілість, відчуття, що «я ще сам (а) дитина»;
- тиск з боку суспільства щодо народження дитини;
- сімейні сценарії.

Організм активує захисний механізм, відмовляючись піддаватися тиску з боку оточуючих. Одна з причин криється в тому, що кожна людина зберігає частину своєї сімейної історії — того, що вона бачила, чула або пережила. Відчуття «Я не хочу бути тим, ким мене зробило моє походження» може викликати психологічний бар'єр до народження дитини. Жінка підсвідомо може намагатися перервати рід, представників якого вона соромиться. Ще один психосоматичний фактор — бажання не відповідати очікуванням батьків, своєрідний несвідомий протест проти їхнього тиску.

Також нестабільність у стосунках, наприклад, в умовах цивільного шлюбу, може стати причиною безпліддя, оскільки жінці важливо відчувати безпеку та стабільність. Відсутність цих факторів створює додатковий стрес, який перешкоджає зачаттю.

Зовнішні обставини також можуть впливати на жіночу репродуктивну систему. Наприклад, феномен аменореї під час воєн — коли у жінок припиняються місячні через сигнал організму, що не час для зачаття. Хоча безпосередньої загрози немає, тіло не готове до виконання своїх функцій.

Крім того, жінка може боятися нової ролі матері. Страх втратити свободу, незалежність або змінити свій соціальний статус часто породжує внутрішні психологічні блоки. Виникають питання: як справлятися з дитиною? Як пережити пологи? Як зміниться життя? Ці страхи створюють напругу в тілі та порушують гормональний баланс, що заважає зачаттю. Підсвідомі побоювання викликають фізичні затиски і перешкоджають розслабленню, необхідному для нормального функціонування організму.

Психологічні причини безпліддя у жінок зустрічаються частіше, ніж у чоловіків, які зазвичай мають фізіологічні проблеми з зачаттям. Проте й чоловіки можуть стикатися з психологічними факторами, які заважають їм стати батьками. Наприклад, чоловік може не боятися самого процесу народження дитини, але відчувати страх за життя своєї партнерки під час пологів, особливо якщо в родині були такі трагічні випадки. Це може призвести до того, що в період овуляції чоловік підсвідомо уникає інтимної близькості, тим самим не даючи можливості жінці завагітніти.

Зустрічі з психологом допомагають виявити приховані причини, які заважають парі зачати або виносити дитину. Важливо зрозуміти, що саме перешкоджає конкретній парі стати батьками. Буває так, що чоловік, навіть не усвідомлюючи цього, стає головною причиною психологічного безпліддя у своєї дружини. Якщо чоловік не розуміє або не підтримує свою партнерку в цей відповідальний період, його байдужість і відстороненість можуть спричинити думки про неготовність до дітей. Іноді чоловік може підсвідомо або свідомо не бажати мати дітей саме з цією жінкою чи взагалі не прагне батьківства. У таких випадках організм чоловіка може навіть виробляти антитіла, що знижують якість сперми або її рухливість.

Якщо в процесі діагностики стає зрозуміло, що з фізіологічної точки зору пара здорова, варто звернути увагу на психологічні причини безпліддя, звернувшись до перинатального психолога. Спеціаліст допоможе виявити справжні причини, які заважають зачаттю, та впоратися зі страхами. Психологи наголошують: важливо усвідомити, що дитина - це не лише виклики, але й велика радість. Це допоможе жіночому організму прийняти вагітність і виносити дитину. Часто потрібно просто «відпустити» ситуацію та розслабитися.

Стрес - це стан психічної та фізичної напруги у відповідь на зовнішні чинники. Його можуть викликати складні обставини, одноманітна робота чи емоційні потрясіння. Хоча стрес допомагає адаптуватися до змін, він може мати негативні наслідки для здоров'я. Тривалий вплив стресу викликає напружену

роботу всіх органів і систем організму, що призводить до виснаження через три етапи: тривогу, опір і виснаження (дистрес).

Отже, стрес, пов'язаний із безпліддям, може сильно вплинути на стосунки в парі, викликаючи емоційне напруження, тривогу, розчарування та відчуття провини. Це може призвести до зниження самооцінки в обох партнерів. Оскільки різні люди реагують на стрес по-різному, це може стати причиною конфліктів і непорозумінь у парі.

### **Психологічний вплив безпліддя на взаємини:**

**Емоційна дистанція:** Постійний стрес може викликати відчуження між партнерами. Якщо один з партнерів відчувається пригніченим або самотнім у своїх переживаннях, це може призвести до емоційного розриву.

Емоційна дистанція при безплідді є поширеним явищем, коли стрес і тривога, пов'язані з неможливістю завагітніти, призводять до зниження близькості між партнерами. Це може проявлятися через такі чинники:

Один або обидва партнери можуть почуватися самотніми у своїх переживаннях, що створює відчуття віддаленості. Вони можуть не знати, як правильно підтримати один одного, або уникати обговорення проблеми, щоб не погіршити ситуацію.

**Нерівні емоційні реакції:** У різних людей можуть бути різні підходи до стресу - один партнер може занурюватися в емоції, а інший намагатися ігнорувати проблему або займатися активною діяльністю. Це створює враження нерозуміння, що поглиблює дистанцію.

**Зниження сексуального бажання:** Безпліддя часто зосереджує увагу на біологічному аспекті статевих стосунків, що може зменшувати спонтанність і емоційну близькість у парі. Секс може почати сприйматися як обов'язок, а не як вияв кохання, що віддаляє партнерів.

Тиск і очікування завагітніти можуть призводити до втрати інтересу до інтимних стосунків, що посилює напругу в парі.

Зниження сексуального бажання при безплідді є поширеною проблемою, яка виникає через емоційний тиск, стрес і напруженість, що супроводжують

труднощі із зачаттям. Це може призводити до різних труднощів у сексуальному житті партнерів. Основні причини цього явища включають:

Коли пара активно намагається зачати дитину, секс може сприйматися як завдання або "обов'язок", спрямований виключно на досягнення результату. Це зменшує природність і спонтанність сексуальних стосунків, що часто впливає на зниження бажання.

Постійне занепокоєння про репродуктивні можливості, невдачі після спроб завагітніти або лікування безпліддя можуть підривати сексуальний потяг у обох партнерів. Психологічний стрес впливає на гормональний фон, що також може знижувати лібідо.

Якщо через безпліддя між партнерами виникає емоційна дистанція, це безпосередньо відображається на сексуальному бажанні. Відчуття напруженості або нерозуміння можуть сприяти униканню інтимних моментів.

Один із партнерів може відчувати більший стрес через безпліддя, що може викликати дисбаланс у сексуальних бажаннях. Наприклад, один партнер може бажати більше інтимності як форму емоційної підтримки, тоді як інший може уникати сексу через втому або стрес.

**Вплив медичних процедур:** Лікування безпліддя, особливо гормональна терапія або інші втручання, може впливати на фізичний і емоційний стан, що призводить до змін у сексуальному потягу.

Щоб впоратися з цими труднощами, важливо підтримувати відкритий діалог у парі, обговорювати свої емоції та сексуальні потреби. Крім того, консультації у сексолога або психотерапевта можуть допомогти знайти шляхи збереження інтимності та подолання стресу.

**Тиск і очікування:** Постійний тиск щодо необхідності завагітніти може робити емоційні стосунки більш напруженими. Зосередженість на меті (народження дитини) іноді витісняє увагу до самого партнера і підтримки у складний період.

Щоб подолати емоційну дистанцію, важливо відкрито спілкуватися про свої почуття, а також шукати професійну підтримку, наприклад, у формі



сімейної або парної терапії. Це допоможе зрозуміти потреби одне одного і зберегти емоційну близькість.

**Взаємні звинувачення:** Безпліддя може викликати відчуття провини, яке іноді переростає у звинувачення партнера, що негативно впливає на гармонію в стосунках.

Взаємні звинувачування при безплідді є досить поширеною проблемою, коли стрес і емоційний тиск призводять до конфліктів у подружніх стосунках. Безпліддя - це складний і болючий досвід, який може викликати почуття провини та невдоволення у обох партнерів. Основні причини взаємних звинувачувань включають:

**Почуття провини:** Один або обидва партнери можуть почуватися винними через те, що вони не можуть завагітніти. Наприклад, якщо проблема пов'язана з репродуктивним здоров'ям одного з партнерів, він може почати звинувачувати себе, що часто переростає у відчуття обурення до іншого партнера. У відповідь інший партнер може також почати звинувачувати, щоб уникнути власних почуттів безсилля або болю.

**Розбіжності у реакціях на стрес:** Партнери можуть мати різні способи справлятися зі стресом і складними ситуаціями. Один може бути більш емоційно залученим, тоді як інший намагається уникати теми. Ці різні підходи можуть створювати конфлікти, оскільки один з партнерів відчуватиме нестачу підтримки, а інший - тиск і надмірні очікування.

**Очікування суспільства:** Соціальний тиск щодо народження дітей може підвищувати емоційне навантаження на пару. Зовнішні запитання або очікування від родичів чи друзів іноді стають причиною додаткового стресу, що загострює взаємні звинувачення.

**Медичні втручання та лікування:** Процес лікування безпліддя може бути довгим і виснажливим, як фізично, так і емоційно. Якщо один із партнерів не підтримує рішення про певне лікування або не погоджується з процесом, це може викликати обурення та конфлікти.

**Потреба у контролі:** Деякі люди можуть відчувати сильне бажання контролювати ситуацію, і коли вони не можуть це зробити (через непередбачуваність проблем із зачаттям), вони починають звинувачувати партнера як спосіб впоратися з власним безсиллям.

Щоб уникнути взаємних звинувачувань, важливо працювати над відкритим спілкуванням у парі, а також розуміти, що безпліддя - це проблема, яку слід вирішувати разом, а не шукати винних. Психотерапія або консультації з фахівцями можуть допомогти навчитися справлятися зі стресом і знаходити шляхи для підтримки одне одного в цей складний період.

## **1.2. ЕКЗ: особливості підготовки. Психологічні реакції на різних етапах підготовки до штучного запліднення.**

Екстракорпоральне запліднення допомагає парі здійснити мрію про батьківство та відчувати радість народження власної дитини. Стрес та емоційна напруга, які супроводжують підготовку до екстракорпорального запліднення, можуть суттєво вплинути на стосунки в парі. Постійний стрес може призвести до частих конфліктів, оскільки партнери можуть по-різному реагувати на ситуацію. Напруга може викликати роздратування і непорозуміння, ускладнюючи їх взаємодію. Через стрес партнери можуть відчувати себе відчуженими або емоційно віддаленими один від одного, що послаблює їхній зв'язок і ускладнює взаємну підтримку. Обидва партнери можуть відчувати сильне занепокоєння з приводу результату процедури, що посилює напругу у відносинах. Є ризик зосередитися виключно на процедурі, що може затьмарити інші аспекти їхнього спільного життя. Процес підготовки до ЕКЗ може бути фізично та емоційно виснажливим, що може негативно вплинути на здатність пари підтримувати нормальне спілкування та гармонійні стосунки. Тому важливо, щоб пара отримувала не лише медичну, а й психологічну підтримку, щоб зменшити негативний вплив стресу на їхні стосунки.

**ЕКЗ, народна назва - «штучне запліднення» - процес, в ході якого яйцеклітини запліднюються спермою поза межами жіночого організму, під**

**контролем фахівців.** Процедура є ефективним способом лікування безпліддя і відноситься до групи допоміжних репродуктивних технологій. Передбачає злиття сперматозоїда з яйцеклітиною в лабораторних умовах. Особливості процесу визначаються заздалегідь відповідно до стану здоров'я партнерів і на підставі попереднього дослідження. Тому штучне запліднення технічно є складною медичною мікроманіпуляцією, що вимагає участі лікарів і попереднього дотримання рекомендацій репродуктологів.

Вперше успішне ЕКЗ було проведено понад 45 років тому у Великобританії. В результаті на світ з'явилася дівчинка Луїза Браун. Після чого у світі, в тому числі вперше в Україні, було народжене понад 4,5 мільйона дітей, зачатих за допомогою ЕКЗ.

Крок до розвитку штучного запліднення був зроблений задовго до народження першої дитини “з пробірки”. У 1880 році доктор і професор кембридзького університету з Великобританії Вальтер Хиап займався дослідженням репродуктивної функції у тварин, що відносяться до розряду ссавців. Саме тоді Хиап висловив ідею перенесення заплідненого ембріона в живий організм, як можливість його безпечного розвитку, зростання і, як наслідок, природного народження.

Історія розвитку ЕКЗ в Україні налічує понад 25 років. Перша дитина “з пробірки” народилася в 1991 році - дівчинка, її назвали Катериною. Сама програма по штучному заплідненню була офіційно запущена в роботу з 1990 року.

Про негативні наслідки ЕКО зазвичай не прийнято говорити. Утім, з кожним роком з'являється дедалі більше інформації про шкідливий вплив екстракорпорального запліднення на здоров'я матері. Дослідження, проведені ізраїльськими медиками, довели, що штучне запліднення збільшує ризик захворювання на рак молочної залози в жінок на 40%. Рідше трапляються випадки раку яєчників. У 75–85% випадків хворобу виявляють аж на 3–4-й стадії. Після кількох невдалих спроб штучного запліднення в жінок часто розвиваються неврози та депресивні стани.

В даний час ефективним методом вирішення проблеми безпліддя вважається використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), зокрема, методу екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), однак ефективність даної методики, ледь наближається до 28 %. Переживання безпліддя саме по собі викликає складні психологічні стани, а використання ДРТ супроводжується додатковими специфічними переживаннями, пов'язаними з процесом лікування. За даними державних статистичних звітів в Україні у 2016 році було зареєстровано 38998 випадків жіночого безпліддя (77,67% серед усіх випадків жіночого і чоловічого безпліддя) і 11210 випадків чоловічого безпліддя (відповідно у структурі – 22,32%). Характеризуючи вік пацієнток слід зазначити, що серед розпочатих циклів вікова група 30-34 роки за останній рік склала найбільший відсоток (31,16%), далі йде вікова група 35-39 років (27,81%), старші 40 років (17,94%). Пацієнтки віком 25-29 років складають 16,09%, менше 25 років – 2,50%.

У 2015 році було розпочато 18871 лікувальних циклів (екстракорпорального запліднення). За офіційними даними «Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України» за період 2016 року народилось живими після розпочатих лікувальних циклів за допомогою допоміжних репродуктивних технологій 7582 немовлят, з них у терміні 22-27 тижнів – 130, у терміні 28 тижнів і більше – 7452.

### **Різновиди ЕКЗ.**

Успіх процедури екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) значною мірою залежить від дотримання медичних протоколів. До них входять підготовка та саме проведення процедури. Лікарі заздалегідь проводять обстеження, підбирають відповідні медикаменти та забезпечують умови для збереження ембріона. Процес імплантації ембріона у матку схожий на природне запліднення, коли ембріон потрапляє до матки для подальшого розвитку.

Важливою особливістю є кількість ембріонів, які підсаджуються. В Україні заборонено імплантувати більше трьох ембріонів одночасно. Саме тому ЕКЗ може призвести до народження двійні.

Протоколи стимуляції поділяються на такі групи:

Довгі протоколи: передбачають тривалу підготовку і контроль над овуляцією.

Короткі протоколи: процес стимуляції яєчників починається на ранніх етапах циклу.

Природні цикли: передбачають мінімальне втручання і лише легку стимуляцію організму.

### **Довгі протоколи.**

а) Довгий. Триває до 8 тижнів. Проводиться на 20-21 день менструального циклу, що передує циклу стимуляції гонадотропінами. Передбачається прийняття препаратів-агоністів гонадотропних релізінг гормонів, які роблять яєчники жінки підконтрольними фахівцям.

б) Довгий протокол з м'яким стимулюванням. Триває до двох місяців, проводиться не пізніше 25 дня менструального циклу. Передбачає завчасне і тривале приймання гормонів для організації контролю над яєчниками.

в) Супердовгий протокол. Триває від 2 місяців до пів року. Певний час жінка приймає гормональні препарати, які дозволяють організму зануриться в штучний клімакс. Тільки після проводиться запліднення.

### **Короткі протоколи.**

Стандартно реалізується вже на 3-5 день циклу. Передбачається використання стимулювальних препаратів-антагоністів гонадотропних релізінг гормонів і гонадотропінів.

Активно застосовується і суперкороткий протокол, його називають японським. Призначається жінкам з обмеженими можливостями або особливим станом здоров'я.

### **Природний метод.**

Програма, яка передбачає попередню стимуляцію за допомогою гормональних препаратів.

### **Кріометодика перенесення ембріонів.**

Терміном позначають підсаджування ембріонів, попередньо заморожених рідким азотом. Часто ця процедура відбувається у випадках, коли пара планує повторну вагітність, але:

- якщо попередня спроба запліднення виявилася невдалою;
- якщо не було можливості принести ембріон в циклі зі стимуляцією.

Кріопротокол реалізується як підсаджування ембріона на 3-5 добу після овуляції. Попередньо проводяться підготовчі процедури в рамках довгого або короткого протоколу.

ЕКЗ запліднення проводиться в разі, якщо жінці поставили діагноз безпліддя різної складності або за наявності деяких інших діагнозів, в тому числі пов'язаних зі здоров'ям чоловіка.

- Трубне безпліддя - діагностована непрохідність фаллопієвої труби або відсутність яйцеводів.
- Ендометріоз - якщо діагноз підтверджується після проведення медикаментозного лікування або проведення хірургічного втручання.
- Вікові зміни - зниження овуляторних циклів через виснаження функціоналу яєчників.
- Безпліддя, незрозуміле сучасною діагностикою - в разі відсутності вагітності навіть при добрих показниках здоров'я.
- Імунологічні особливості організму - наявність в жіночому організмі антиспермальних тіл. Чоловічий фактор - низька активність сперматозоїдів.

Слід пам'ятати, що навіть після року невдалих спроб фахівці не рекомендують проводити ЕКЗ. Перед тим як вдатися до допоміжних методик, проводиться докладне дослідження та інтенсивне лікування безпліддя.

Також обов'язковим є візит до репродуктолога. Репродуктологом називають лікаря, який спеціалізується на вирішенні питань здоров'я жінок і чоловіків, виявляючи причини безпліддя. Спеціаліст визначає шляхи лікування інфертильності, попередньо збираючи інформацію про спосіб життя і стан здоров'я - складається анамнез. Швидше за все репродуктолога буде цікавити наступна інформація:

- Менструальна функція: вік початку, наскільки часто і довго йде менструація.

- Перенесені запальні захворювання з дитячого віку. Якщо є можливість, слід надати дитячу медичну карту.

- Перенесені оперативні втручання в ділянці малого тазу, оскільки вони можуть стати причиною утворення патологій.

- Кількість абортів, викиднів, вагітностей.

Слід надати інформацію про проведення особливих процедур, наприклад хіміо-, гормональної або антибіотикотерапії. Правдивість даних важлива, оскільки вони є стартовою точкою до розробки подальшої тактики протоколу по ЕКЗ.

Обстеження в рівній мірі необхідні як жінкам, так і чоловікам.

Жінкам необхідно пройти:

- Ультразвукове дослідження органів малого тазу. Допускається попереднє проходження процедури з пред'явленням результату репродуктолога. Йому потрібно оцінити роботу матки і яєчників. Розглядається їх величина, наявність або відсутність кіст, вузлів, поліпів. Оцінюється запас яйцеклітин, стан ендометрію, закладка фолікулів в чинному менструальному циклі.

- Огляд гінеколога. Оцінюється стан шийки матки, береться мазок на мікрофлору. Важливо здавати мазок за місяць до проведення ЕКЗ, за потреби його візьмуть повторно.

### **Процедура ЕКЗ.**

Якщо все підготовчі процедури проведені успішно і протипоказань до проведення штучного запліднення немає, репродуктолог проводить детальну бесіду з пацієнткою. ЕКЗ проводиться в такому порядку:

- Стимуляція суперовуляції.
- Забір яйцеклітин.
- Пробіркове запліднення.
- Впровадження ембріонів.

- Контроль вагітності.

Якщо лікар вважатиме за потрібне, ЕКЗ може містити такі додаткові етапи, як:

- Відбір активних сперматозоїдів.
- Замороження яйцеклітин.
- Вибір донорського матеріалу.
- Введення в штучний клімакс за допомогою гормональних препаратів.

Більшості жінок рекомендована завчасна гормональна підготовка, яка допоможе знизити активність яєчників, в результаті статеві залози стають підконтрольними лікарям. Однак є ряд обмежень.

- Коротка - показана для пацієнтів у віці понад 40 років, при зниженому АМГ або виснаженні яєчників.
- Довга або варійована - при відсутності протипоказань з тривалим «відключенням» яєчників. Гормональна дозволяє отримати відразу до 20 ооцитів, придатних до запліднення.

У той час як під час природного циклу формуються тільки одна або дві клітини. Тобто, якщо пацієнтці рекомендована коротка стимуляція, гормони не приймаються, протокол реалізується в природному циклі.

Одним з основних етапів ЕКЗ є пункція фолікулів. Процедура проводиться під наркозом і займає не більше пів години. Прокол проводиться через задній звід піхви:

- Голка поступово, під контролем УЗД, підводиться до яєчника.
- Здійснюється прокол.
- За допомогою катетера аспіруються тільки середні або великі фолікули.

Якщо ЕКЗ проводиться з використанням донорської яйцеклітини, процедура пункції виключається, як і стимуляції.

Збір сперми проводиться виключно в день проведення ЕКЗ. Якщо це з якихось причин неможливо, сім'яна рідина здається раніше і заморожується. Запліднення слід проводити не пізніше, ніж через шість годин після забору яйцеклітин.



У спеціальних лабораторних умовах з використанням потужних мікроскопів здійснюється злиття клітин. Щоб маніпуляція пройшла успішно, необхідно створити природні умови, схожі із середовищем у фалопієвих трубах, за параметрами:

- Температура.
- Вологість.
- Присутність вуглекислого газу.

Запліднення займає від 3 до 5 діб, цією роботою займаються ембріологи. Однак можуть виникнути нестандартні ситуації, коли у пари підтверджені погані показники спермограми. В такому випадку слід застосовувати методику ІКСІ (інтрацитоплазматичної ін'єкції). Вона передбачає забір сім'яної рідини та детальний її аналіз - фахівці оберуть найкращі сперматозоїди. Тільки якісний сперматозоїд потрапляє в порожнину яйцеклітини, таким чином виключається ймовірність поганого результату.

Якщо сперматозоїди досить активні, то процес культивування простежується швидко. На другу добу спостерігається від 2 до 4 клітин, на треті - 10. Ембріони вищої якості, що перевершують за показниками інші, обираються для перенесення.

Ембріон підсаджується в порожнину матки тільки через кілька діб після запліднення. Найчастіше це три - п'ять діб, в залежності від активності. Процедура проходить в строго призначений день і час у спеціальному кабінеті.

- Через шийку матки поставляються ембріони, вони знаходяться в живильному середовищі.
- Пацієнтка може відчувати дискомфорт у нижній частині живота, болі відсутні, тому наркоз не застосовується.
- Після процедури необхідно кілька годин перебувати в лежачому положенні, потім можна вирушати додому.

Досвід показує, якщо одночасно перенести в матку кілька ембріонів, це підвищить ймовірність успішного зачаття, але понад три екземпляри не

підсаджують. Якщо після ЕКЗ залишилися зародки, на прохання пари вони можуть бути заморожені для реалізації наступних спроб запліднення.

Результат запліднення можна визначити вже на 14-16 добу після введення ембріона. Жінка може зробити експрес-тест на вагітність, купивши його в найближчій аптеці. Також можна здати кров на рівень ХГЛ в найближчій медичній лабораторії.

У разі, якщо результат позитивний, через місяць після ЕКЗ потрібно зробити УЗД. Після вагітність спостерігається в стандартному режимі - в жіночій консультації у дільничного гінеколога. Тепер важливо дотримуватися рекомендацій лікаря, приймати призначені препарати для збереження вагітності.

Суперечки про те, чи є ЕКЗ шкідливим для здоров'я жінки, ведуться довгі роки. Головна перевага цієї процедури - парам надається можливість зачати дитину при безплідді. Шансів на настання вагітності з першого разу - не менше 50-55%.

Негативні сторони ЕКЗ:

- Висока вартість процедури.
- Негативний вплив гормональних препаратів на серце, шлунково-кишковий тракт.
- Імовірність виникнення синдрому гіперстимуляції яєчників. Імовірність розвитку або прогресування пухлинних утворень.
- Процедура ЕКЗ не схвалюється більшістю сучасних релігій.

Жінка, яка планує ЕКЗ, повинна ретельно стежити за своїм здоров'ям, особливо якщо є перенесені або хронічні захворювання репродуктивної системи. Важливо розуміти, що шанси на успішне приживлення ембріона з першого разу є низькими. Зазвичай потрібно кілька спроб, іноді до 7 і більше, щоб досягти успіху. Фахівці часто рекомендують спробувати до 10 циклів ЕКЗ, після чого ефективність процедури знижується.

Лікарі роблять все можливе, щоб зачаття відбулося якомога раніше, вибираючи індивідуальний протокол для кожної пацієнтки, враховуючи її вік

та стан здоров'я. Вагітність, отримана через ЕКЗ, може мати ускладнення, такі як відшарування плаценти, "завмирання" плода або передчасні пологи, часто через недотримання медичних рекомендацій.

ЕКЗ залишається надійним методом для тих, хто не може зачати природним шляхом. Ризики, пов'язані з процедурою, мінімальні, а шанс народити здорову дитину - реальний.

Психологічна підтримка є надзвичайно важливою під час проведення ЕКЗ, особливо під час невдач або прийняття важких рішень. Жінки часто відчують емоційну вразливість і потребують підтримки як від сім'ї, так і від фахівців. Психолог допоможе впоратися з тривогою та почуватися впевненіше на цьому шляху.

### **Психологічні реакції на різних етапах підготовки**

Процес підготовки до штучного запліднення (ЕКЗ) є складним емоційно і психологічно. Люди, які проходять цей шлях, можуть стикатися з різноманітними психологічними реакціями на різних етапах підготовки та самого процесу.

#### **Етап прийняття рішення про штучне запліднення**

На цьому етапі часто виникають емоції, пов'язані зі страхом, невизначеністю та тривогою щодо майбутнього. Основні реакції:

- **Тривога** через невідомість, страх перед медичними процедурами і можливими невдачами.
- **Сумніви** щодо того, чи є це правильним рішенням.
- **Відчуття втрати контролю.** Пара може відчувати, що природний процес зачаття виходить з-під контролю, що може викликати дискомфорт.

#### **Початок медичних обстежень та процедур**

Після прийняття рішення йде етап медичних обстежень, які можуть включати серйозні діагностичні процедури. Це може викликати наступні реакції:

- **Стрес** через інтенсивність процедур, часті візити до лікаря, гормональну терапію.

- **Фізичне і емоційне виснаження.** Гормональні препарати можуть впливати на настрій і викликати емоційні перепади.

- **Надія** змішується з тривогою, оскільки пара сподівається на позитивний результат, але боїться можливих невдач.

- **Забір яйцеклітин та ембріотрансфер**

Це один із найбільш емоційно напружених моментів. Жінка може переживати тривогу через можливість ускладнень або невдачі. Чекання результатів є емоційно виснажливим, і багато пар переживають сильний стрес, особливо коли приходять перші результати аналізів.

**Очікування результатів запліднення**

Цей етап супроводжується сильною емоційною напругою. Багато жінок відчувають страх перед можливою невдачею, зниженням надії. Якщо результат позитивний, виникає відчуття радості, але також і страх перед можливими ризиками викидня або іншими ускладненнями вагітності.

**Невдача чи успіх спроби**

Реакції на цьому етапі залежать від результату процедури:

- **При успішному зачатті:** емоції радості, полегшення, хоча все ще можуть зберігатися страхи щодо перебігу вагітності. Можуть бути змішані почуття, оскільки пара може ще не до кінця усвідомлювати позитивний результат.

- **При невдачі:** сильне емоційне потрясіння, яке може супроводжуватися почуттям безнадії, провини, зниженням самооцінки. Можуть виникнути депресивні стани, сльози, емоційна ізоляція.

Таким чином, кожен етап ЕКЗ супроводжується різними психологічними реакціями, що підкреслює важливість емоційної підтримки та консультацій з психологом під час всього процесу.

**Подальші спроби або відмова від процедури**

Після невдалої спроби часто виникає потреба прийняти рішення - продовжувати процедури чи припинити спроби.

- **Внутрішня боротьба:** страх перед повторними невдачами протиставляється бажанню спробувати знову.

- **Тиск з боку суспільства:** люди можуть відчувати соціальний або сімейний тиск, що може посилювати стресові реакції.

- **Прийняття ситуації:** для деяких це може бути періодом прийняття альтернативних варіантів, таких як усиновлення або життя без дітей.

Штучне запліднення - це складний процес, що вимагає як фізичної, так і емоційної стійкості. Психологічна підтримка допомагає парам успішно пройти через цей період і зберегти гармонію у стосунках та внутрішній спокій.

### **Висновки до 1 розділу**

У першому розділі магістерської роботи «Теоретичні основи психологічної підтримки в період підготовки до штучного запліднення» розглянуто основні наукові підходи та концепції, що визначають значущість психологічної допомоги подружжям під час підготовки до цієї процедури. На основі проведеного аналізу літературних джерел можна зробити такі висновки:

**1. Психологічна підтримка є ключовим фактором** під час підготовки до штучного запліднення, оскільки процес пов'язаний із високим рівнем стресу, емоційними переживаннями та можливими труднощами у стосунках. Психологічне супроводження допомагає знизити негативні емоційні реакції та покращити психологічну стійкість подружжя.

**2. Когнітивно-поведінковий підхід та техніки стрес-менеджменту** є одними з найефективніших у зменшенні тривожності та страху перед результатом процедури. Психологічні інтервенції, засновані на цих підходах, дозволяють подружжю справлятися з негативними думками та емоціями, покращуючи їхню здатність адаптуватися до умов лікування.

**3. Теорії стресу та копінг-стратегій** відіграють важливу роль у розумінні того, як пари справляються з емоційним напруженням, пов'язаним із штучним заплідненням. Психологічна підтримка спрямована на формування позитивних

копінг-стратегій, що допомагає знижувати вплив стресових факторів та покращує загальне самопочуття.

**4. Психотерапія та підтримка партнерських відносин** є важливим аспектом, оскільки міжособистісні конфлікти можуть посилювати стрес і емоційне напруження. Психологічні інтервенції спрямовані на зміцнення емоційного зв'язку між партнерами, підтримку взаємної довіри та відкритого спілкування.

**5. Індивідуальні особливості пари** (емоційна стабільність, рівень тривожності, попередній досвід) впливають на ефективність психологічної підтримки. Це підкреслює важливість індивідуального підходу до кожної пари при наданні психологічної допомоги в період підготовки до штучного запліднення.

Таким чином, теоретичний аналіз підтверджує необхідність комплексної психологічної підтримки на всіх етапах підготовки до штучного запліднення. Застосування ефективних технік психологічної допомоги сприяє зниженню рівня стресу, покращенню емоційного стану пари та зміцненню їхніх відносин у цей складний період.

## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ПОДРУЖЖЯ, ЩО ГОТУЮТЬСЯ ДО ШТУЧНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ.**

### **2.1. Основні психологічні потреби подружжя під час підготовки до ЕКЗ.**

Однією з головних потреб подружжя є підтримка з боку партнера, сім'ї та близьких. Емоційні переживання на етапі планування та проведення ЕКЗ можуть бути надзвичайно інтенсивними, подружжя може відчувати страх, тривогу, відчуття провини або невпевненості.

Підтримка і стабільність під час підготовки до екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) є критично важливими для успішного проходження цього процесу. Сама процедура ЕКЗ є фізично і психологічно виснажливою, а підтримка як із боку партнера, так і зі сторони медичних фахівців та психологів допомагає зменшити стрес і покращити загальне самопочуття. Давайте розглянемо, чому емоційна підтримка є настільки важливою і як її можна забезпечити під час підготовки до ЕКЗ.

Процес ЕКЗ супроводжується багатьма невідомими і значним фізичним навантаженням на організм жінки. Від гормональної стимуляції до проведення різних медичних процедур, тривога може зростати на кожному етапі. Емоційна підтримка з боку партнера, сім'ї та друзів допомагає знизити рівень стресу і страху перед можливими невдачами, дозволяючи жінці зосередитися на процесі і зберегти спокій.

Під час підготовки до ЕКЗ потрібно приймати багато рішень - від вибору клініки до визначення кількості ембріонів, які будуть імплантовані. Емоційна підтримка зі сторони близьких людей допомагає зберегти ясність мислення і полегшує процес прийняття рішень. Коли партнери відчують взаємну підтримку, це допомагає їм краще спілкуватися і ухвалювати рішення разом.

Стрес і тривога можуть мати негативний вплив на фізичне здоров'я, що може зменшити шанси на успішне запліднення. Дослідження показують, що

висока емоційна підтримка знижує рівень кортизолу (гормону стресу), що позитивно впливає на здоров'я жінки і може сприяти успішному результату процедури ЕКЗ.

Часто процес безпліддя та ЕКЗ викликає напруження у стосунках, адже обидва партнери переживають великий стрес і можуть реагувати на ситуацію по-різному. Взаємна емоційна підтримка допомагає зберегти близькість і довіру у стосунках, що є критично важливим під час цього процесу. Коли партнери відчують розуміння і підтримку, вони менше конфліктують і можуть краще підтримувати один одного на кожному етапі. Тому емоційна підтримка сприяє покращенню загального психологічного самопочуття. Жінки, які відчують підтримку, рідше страждають від депресії і тривожних розладів під час підготовки до ЕКЗ. Крім того, це допомагає уникнути почуття ізоляції і самотності, що може виникнути у жінок, які зіштовхуються з проблемами безпліддя. Основна роль у наданні емоційної підтримки часто покладається на партнера. Важливо, щоб партнери залишалися єдиною командою, вислуховували один одного і відкрито обговорювали свої почуття та страхи. Спільні рішення і обговорення кожного кроку процесу допомагають зберегти гармонію у стосунках.

Підтримка з боку близьких людей також може бути важливою. Вони можуть допомогти жінці та парі загалом зберегти емоційну стабільність, надаючи необхідну підтримку і допомогу у повсякденних справах. Однак важливо, щоб ця підтримка була ненав'язливою і чуйною до потреб самої пари.

Психологи або терапевти, які спеціалізуються на питаннях репродуктивного здоров'я, можуть надати професійну допомогу у впровадженні стратегій управління стресом та тривогою. Індивідуальна чи групова терапія може стати важливим джерелом емоційної підтримки, допомагаючи парі справлятися з переживаннями і негативними емоціями.

Спілкування з іншими парами, які проходять через подібні випробування, може бути джерелом великої емоційної підтримки. Люди, які стикаються з тими



ж труднощами, можуть краще зрозуміти переживання одне одного, що допомагає зменшити почуття ізольованості і самотності.

Підготовка до штучного запліднення (ЕКЗ) є складним і емоційно насиченим процесом для пари.

**Основні психологічні потреби подружжя в цей період можна розділити на кілька категорій:**

**1. Потреба в емоційній підтримці:**

Обоє партнерів можуть відчувати стрес, тривогу та невпевненість через невизначеність результату. Важливо підтримувати один одного і відкрито обговорювати свої почуття та переживання.

**2. Потреба в інформації:**

Пара може відчувати страх перед невідомим через складність процедур, медичних термінів та можливих ризиків. Отримання детальної, чіткої інформації від лікарів і фахівців допоможе зменшити тривожність та дати відчуття контролю.

**3. Потреба у взаємній довірі:**

Рішення про штучне запліднення часто стає випробуванням для відносин. Важливо зберігати довіру і відвертість, розуміти, що це спільний процес, і приймати всі етапи разом.

**4. Потреба у соціальній підтримці:**

Крім підтримки один одного, пара може потребувати підтримки від родини, друзів або навіть психологів. Спілкування з людьми, які пройшли через подібний досвід, або професійна допомога можуть бути дуже корисними.

**5. Потреба у стабільності та безпеці:**

Процес лікування може зайняти багато часу і бути виснажливим як фізично, так і психологічно. Забезпечення стабільного оточення, як емоційного, так і матеріального, допоможе зменшити стрес і підвищити шанси на успіх.

**6. Потреба у подоланні страху перед невдачею:**

Невдачі на етапах лікування можуть викликати відчуття розчарування та безнадійності. Підтримка в такі моменти, а також розуміння, що є альтернативні варіанти, може допомогти зберегти мотивацію.

Таким чином, для подружжя під час підготовки до штучного запліднення важливо мати доступ до емоційної та інформаційної підтримки, бути в гармонії одне з одним та мати ресурси для подолання можливих труднощів.

### **Стратегії для забезпечення емоційної стабільності**

- Комунікація між партнерами

Чесне і відкрито спілкування між партнерами допомагає уникнути непорозумінь і накопичення емоційного напруження. Під час підготовки до ЕКЗ важливо регулярно обговорювати свої почуття, страхи і надії.

- Збереження позитивного мислення

Хоча процес ЕКЗ є складним і часто супроводжується невдачами, підтримка позитивного мислення допомагає краще переживати труднощі. Важливо зосереджуватися на можливостях, а не на страхах, і пам'ятати, що успіх може прийти не з першої спроби.

- Практика релаксаційних технік

Медитація, йога, дихальні вправи та інші техніки релаксації допомагають знизити рівень стресу і зберегти емоційну рівновагу. Регулярні заняття можуть позитивно впливати на психологічний стан жінки і загальне самопочуття.

- Планування відпочинку та дозвілля

Важливо не заціклюватися лише на процедурі ЕКЗ. Регулярний відпочинок, прогулянки, спілкування з друзями, заняття хобі - усе це сприяє підтримці емоційної стабільності та знижує рівень напруги.

Таким чином, емоційна підтримка і стабільність під час підготовки до ЕКЗ є важливою складовою успішного проходження цього процесу. Взаємна підтримка, відкрито спілкування і професійна допомога значно знижують рівень стресу і підвищують шанси на позитивний результат.

## **2.2. Роль психолога в процесі підготовки до штучного запліднення. Цілі та завдання психологічної підтримки. на різних етапах ЕКЗ.**

Батьківство - нова сходинка. Але не всі в змозі подолати перші кроки самотійно. Психологічна підтримка при підготовці до штучного запліднення є важливим ресурсом для зниження емоційного виснаження. Це важливо не тільки під час підготовки, але і після процедури, незалежно від її результату. Психолог допомагає парі адаптуватися до будь-яких змін у їхньому житті після процедури, бути готовим до викликів, зберегти позитивне мислення та емоційну близькість, а також підготуватися до майбутніх ролей батьків. Це може включати обговорення життєвих змін, які відбудуться після народження дитини, а також емоційних і фізичних проблем, пов'язаних з батьківством.

Психологічна допомога відіграє важливу роль у підготовці пари до штучного запліднення. Психолог допомагає парі впоратися зі стресом, тривогою та емоційною напругою, які часто супроводжують підготовку до ЕКЗ. Спеціаліст надає інструменти для зниження стресу та покращення емоційного стану, що важливо для успішного завершення процедури. Процедура ЕКЗ може мати різні результати, і психолог допомагає парі реалістично оцінити можливі варіанти розвитку подій. Психологічна підготовка включає в себе навчання тому, як справлятися з очікуваннями і можливими розчаруваннями. Психолог працює з парою, допомагаючи їм розвинути кращу комунікацію та взаємну підтримку під час підготовки до ЕКЗ. Консультування може допомогти уникнути конфлікту та зміцнити емоційний зв'язок між партнерами. Психолог допомагає партнерам впоратися з почуттям провини, відповідальності або сорому, які можуть виникнути через труднощі в зачатті. Психологічна підтримка важлива не тільки під час підготовки, але і після процедури, незалежно від її результату. Спеціаліст допомагає парі адаптуватися до будь-яких змін у їхньому житті після процедури. Таким чином, роль психолога полягає в тому, щоб надати парі необхідну емоційну підтримку, знизити рівень стресу, покращити стосунки та підготуватися до різних сценаріїв.

Партнери, які готуються до екстракорпорального запліднення, можуть зіткнутися з різноманітними емоційними проблемами, включаючи занепокоєння та страх невдачі. Процедура ЕКЗ часто супроводжується значним стресом через невизначеність результату. Пара може побоюватися, що спроба може не увінчатися успіхом, що може призвести до почуття безнадії та розчарування. Завищені очікування на успіх процедури можуть викликати сильний емоційний тиск. Може бути відчуття, що від них вимагається результат, що підвищує рівень тривожності. Один або обидва партнери можуть відчувати провину за безпліддя або попередні невдалі спроби. Це почуття може погіршити їхній емоційний стан і вплинути на їхні стосунки. Пара може відчувати себе ізольованою, особливо якщо вони не діляться своїми переживаннями з сім'єю або друзями. Почуття самотності може посилювати страх і тривогу.

Психологічний тиск, пов'язаний з процедурою, може призвести до конфліктів або дистанціювання партнерів один від одного, що вимагає додаткової емоційної роботи для підтримки відносин. Процес ЕКЗ може зайняти тривалий час, включаючи кілька етапів лікування і очікування. Це може призвести до емоційного виснаження та занепаду сил. Партнери можуть зіткнутися з негативним впливом соціальних стереотипів або упереджених уявлень про ЕКЗ, що додає додаткового емоційного тиску. Психологічний супровід може мати велике значення для того, щоб допомогти парі подолати ці емоційні проблеми, надаючи підтримку та інструменти для зменшення тривоги, покращення спілкування та підтримки емоційної рівноваги.

Ключову роль у психологічній підтримці пари відіграє відновлення комунікації між партнерами. Відкрите спілкування дозволяє партнерам ділитися своїми почуттями, страхами та очікуваннями. Процес підготовки до ЕКЗ може бути стресовим та емоційно виснажливим, що часто призводить до фрустрації. Психолог допомагає краще розуміти один одного і надавати підтримку у важкі моменти. Обговорення переживань і думок про процес штучного запліднення сприяє зниженню рівня тривожності. Психолог може

виступати в ролі нейтрального посередника в складних розмовах, допомагаючи парі обговорити складні моменти, такі як страх невдачі або страхи щодо майбутнього. Такі бесіди допомагають уникнути ескалації конфліктів і сприяють досягненню взаєморозуміння. Якщо на комунікацію вже вплинули конфлікти, психолог може допомогти партнерам розібратися в причинах конфлікту і знайти шляхи його вирішення. Психологічна підтримка допомагає зберегти емоційну та фізичну близькість між партнерами в стресовий період підготовки до ЕКЗ. Таким чином, психологічна допомога у відновленні комунікації між партнерами допомагає зміцнити їхні стосунки, зменшити стрес та підготувати їх до можливих викликів, пов'язаних із екстракорпоральним заплідненням.

Емоційне виснаження також є серйозною проблемою при підготовці до ЕКЗ. Це може суттєво вплинути на психологічне та фізичне здоров'я обох партнерів. Психологічний супровід в такій ситуації відіграє важливу роль у подоланні цих викликів. Процедура ЕКЗ може зайняти досить тривалий час. Це призводить до емоційного виснаження. Гормональна терапія, яка часто супроводжує підготовку до ЕКЗ, може викликати фізичний дискомфорт та емоційні коливання, що створює додатковий психологічний стрес для обох партнерів.

ЕКЗ може бути дорогим процесом, створюючи додатковий стрес для пари, особливо якщо він займає кілька спроб. Деякі пари відчують тиск з боку сім'ї та суспільства або можуть відчувати себе ізольованими через відсутність розуміння оточуючих. Це посилює почуття самотності та емоційного знесилання.

Репродуктивний (перинатальний) психолог допомагає парам, якщо вони не можуть зачати дитину понад рік, а всі медичні обстеження знаходяться в межах норми, постає питання про безпліддя психогенне. Практично 40% пар не можуть зачати дитину саме через психогенне або ідіопатичне безпліддя! Тому воно вимагає серйозної психологічної допомоги.

Чим довше жінка не може завагітніти, тим більше розвивається “комплекс очікування вагітності”, це може погіршити ситуацію.

При боротьбі із психогенним безпліддям також важлива профілактика післяпологової депресії. Вона може з’явитися у жінки, яка занадто довго чекала на дитину і врешті стала матусею.

Важливим аспектом репродуктивної психології є боротьба з емоційними проблемами після невиношування. Постійні викидні можуть загнати жінку у глухий кут. Розвиваються страхи, фобії, з’являються депресивні думки.

Перинатальний психолог допомагає жінкам та парам, які втратили плід. Надає психологічну підтримку та спрямовує на подальші дії щодо планування сім’ї.

Перинатальний психолог на цьому етапі може стати справжнім другом родини. Як правильно підійти до планування сім’ї? На що очікувати під час вагітності? Ці питання слід обговорити заздалегідь.

Психолога для вагітної краще відвідувати у плановому порядку, мінімум один раз на місяць. Виношування дитини - шлях довгий та може позначитись на психоемоційному фоні матері.

Чим допомагає перинатальний психолог жінкам, які готуються до ЕКЗ та вагітних:

- долає труднощі перепадів настрою;
- формує правильний емоційний фон;
- вчить керувати стресами;
- навчає, як виховувати дитину перинатально (відповідає на питання яку музику слухати, які події відвідувати, чого уникати);
- здійснює психологічну підтримку матерів, які збираються виховувати дитину без чоловіка;
- допомагає долати страхи та тривоги, пов’язані з вагітністю;
- допомагає малолітнім матусям усвідомити свою нову соціальну роль;

- нормалізує психоемоційний фон жінки та настроює її на легкі пологи.

Психологічна підтримка може бути важливим елементом інтегрованого підходу до лікування безплідності методом ЕКЗ, особливо у контексті гінекології. Вона допомагає парам краще справлятися з емоційними викликами та підвищувати шанси на успішне подолання труднощів. Якщо пара планує вагітність за допомогою ЕКЗ, лікар психологічно готує жінку до цієї нелегкої процедури.

Психологічні потреби подружжя, що готуються до екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), є важливим аспектом успішного проходження цього складного процесу. Процедура ЕКЗ часто пов'язана зі значним емоційним і фізичним навантаженням, тому роль психологічної підтримки має ключове значення.

### **Основні аспекти психологічної підтримки під час ЕКЗ**

**1. Зниження рівня стресу і тривожності ЕКЗ** - це складний процес, який вимагає кількох етапів, кожен з яких супроводжується певними ризиками та невизначеністю. Психологічна підтримка допомагає знизити рівень стресу, який може впливати на фізіологічні процеси в організмі жінки, що, у свою чергу, може впливати на успіх процедури. Психолог допомагає подружжю навчитися справлятися з негативними емоціями та тривогою, що виникає через страх перед невдачею або через невизначеність результатів.

**2. Формування реалістичних очікувань** Психологічна підтримка допомагає подружжю усвідомити всі можливі результати процедури — як позитивні, так і негативні. Важливо, щоб пара розуміла, що навіть за наявності високих шансів на успіх, ЕКЗ не гарантує 100% результат. Формування реалістичних очікувань допомагає знизити емоційний удар у разі невдачі та краще підготуватися до наступних кроків.

**3. Подолання емоційних труднощів** Процес ЕКЗ часто супроводжується емоційними коливаннями, особливо для жінки, яка проходить гормональну стимуляцію. Це може викликати дратівливість,

депресію, перепади настрою. Психологічна підтримка дозволяє жінці розібратися з власними почуттями, знайти внутрішні ресурси для подолання емоційних труднощів і зберегти емоційну рівновагу.

**4. Підтримка у стосунках між партнерами** Психологічна підтримка під час ЕКЗ також важлива для збереження гармонії у стосунках між партнерами. Тиск і стрес, пов'язані з лікуванням безпліддя, можуть призводити до конфліктів, почуття провини або взаємних образ. Психолог працює з парою для покращення комунікації, допомагає висловлювати почуття і переживання у здоровий спосіб, підтримує партнерів у подоланні розбіжностей, які можуть виникати на цьому складному етапі.

**5. Підтримка у разі невдачі** Якщо процедура ЕКЗ не принесла очікуваного результату, це може стати важким емоційним ударом для подружжя. Почуття втрати, розчарування, глибокої смутку можуть негативно впливати на емоційне здоров'я. Психологічна підтримка на цьому етапі допомагає парі впоратися з почуттям горя і знайти сили для руху вперед — це може бути як повторна спроба ЕКЗ, так і розгляд альтернативних варіантів (наприклад, усиновлення).

**6. Групова та індивідуальна терапія** Психологічна підтримка може бути як індивідуальною, так і груповою. Індивідуальна терапія дозволяє кожному члену пари висловити свої унікальні емоції та отримати персональну допомогу. Групова терапія, у свою чергу, надає можливість спілкуватися з іншими парами, які проходять через подібний досвід. Спільний досвід і взаємна підтримка можуть стати додатковим джерелом натхнення і сили.

**7. Підтримка в ухваленні рішень** Процес ЕКЗ часто вимагає прийняття складних рішень, таких як кількість ембріонів для імплантації, можливість подальших спроб у разі невдачі, або вибір альтернативних варіантів лікування. Психологічна підтримка допомагає подружжю обговорити ці рішення у спокійній атмосфері, оцінити всі "за" і "проти", а



також прийняти узгоджене рішення, яке враховує емоційні потреби обох партнерів.

Роль психологічної підтримки в процесі екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) є надзвичайно важливою, оскільки цей медичний процес часто супроводжується високим рівнем стресу, тривоги та емоційного напруження як для жінки, так і для її партнера. Психологічна підтримка допомагає подружжю краще адаптуватися до викликів, зберігати емоційну стабільність і підвищити шанси на успішне проходження процедури.

### **Специфіка психологічної підтримки на різних етапах ЕКЗ**

#### **1. Підготовчий етап.**

На цьому етапі пара часто переживає почуття невизначеності та страху перед процесом. Психолог допомагає зменшити ці переживання, надаючи інформаційну та емоційну підтримку, роз'яснюючи всі можливі результати процедури та її вплив на психічне здоров'я.

#### **2. Етап гормональної стимуляції.**

Цей етап може супроводжуватися фізичними та емоційними змінами у жінки. Психолог допомагає знизити негативні емоційні прояви, працюючи над емоційною стійкістю та розвитком методів саморегуляції.

#### **3. Етап очікування результатів.**

Період після ембріотрансферу часто викликає тривожність, оскільки пара чекає на результати вагітності. Психологічна підтримка у цей час полягає у зменшенні тривожності та навчанні подружжя технікам релаксації, щоб уникнути емоційного вигорання.

#### **4. Постпроцедурний етап.**

У разі успіху важливо допомогти парі впоратися з новими емоціями (радість, страх перед ускладненнями), а у разі невдачі - підтримати у процесі подолання. Формування реалістичних очікувань при підготовці до екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) є важливою складовою успішного проходження цього процесу. Пара, яка стикається з проблемою безпліддя і обирає шлях ЕКЗ, часто має високі очікування, оскільки процедура обіцяє шанс

на вагітність. Однак варто пам'ятати, що ЕКЗ - це складний і непередбачуваний процес, який не завжди гарантує позитивний результат з першої спроби. Реалістичні очікування допомагають знизити рівень стресу, зберегти емоційну рівновагу і бути краще підготовленими до можливих варіантів розвитку подій.

### **Чому важливо формувати реалістичні очікування?**

#### **1. Зниження емоційного навантаження.**

Очікування негайного успіху може призвести до значного емоційного навантаження. Якщо пара сприймає ЕКЗ як «останній шанс», невдача може викликати відчуття глибокого розчарування і навіть депресії. Формування реалістичних очікувань дозволяє підготуватися до різних сценаріїв і зменшити ризик емоційного вигорання.

#### **2. Підвищення психологічної стійкості.**

Знання того, що ЕКЗ може вимагати кількох спроб, допомагає парі краще підготуватися до можливих труднощів. Це зменшує тривогу та страх перед майбутнім, робить пару більш стійкою до невдач і допомагає не втрачати віру у позитивний результат.

#### **3. Розуміння медичних ризиків і шансів на успіх.**

Успіх ЕКЗ залежить від багатьох факторів, таких як вік жінки, стан здоров'я, кількість і якість яйцеклітин та ембріонів, наявність супутніх медичних проблем. Професійне консультування з лікарем і психологом дозволяє парі отримати чітке уявлення про свої шанси на успіх, що допомагає уникнути необґрунтованих очікувань.

### **Етапи формування реалістичних очікувань**

#### **1. Отримання достовірної інформації.**

Перший і найважливіший крок - це інформованість. Лікарі, які займаються ЕКЗ, повинні надати чітку і об'єктивну інформацію про процедуру, включно з можливими труднощами та ризиками. Пара повинна розуміти всі етапи процесу: гормональну стимуляцію, забір яйцеклітин, запліднення, перенесення ембріонів та очікування результатів.

#### **2. Оцінка ймовірності успіху.**

Шанси на успішну вагітність при ЕКЗ залежать від багатьох індивідуальних факторів. Наприклад, для жінок до 35 років шанси на успішну вагітність вищі, ніж для жінок старшого віку. Лікарі зазвичай можуть оцінити ці шанси на основі попередніх аналізів та обстежень. Реалістичне розуміння своїх індивідуальних шансів допомагає парі краще підготуватися до можливих результатів.

### **3. Врахування можливості невдачі.**

ЕКЗ не гарантує успіху з першої спроби, і це важливо враховувати. Пара повинна бути готовою до того, що може знадобитися кілька спроб, перш ніж настане вагітність. Статистика показує, що у багатьох випадках вагітність настає лише після другої чи третьої спроби. Це знання допомагає уникнути відчаю у разі першої невдачі.

### **4. Психологічна підготовка до альтернативних варіантів.**

Важливо також бути готовим до розгляду альтернативних варіантів, якщо ЕКЗ не спрацює. Це може бути повторне проведення процедури, використання донорських яйцеклітин або сперми, або навіть розгляд питання усиновлення. Психологічна підтримка допомагає парі бути відкритою до різних варіантів і не сприймати кожную невдачу як «кінець шляху».

**Як психологічна підтримка допомагає у формуванні реалістичних очікувань?**

#### **а) Роз'яснення складнощів процесу.**

Психолог разом з лікарем може допомогти парі краще зрозуміти всі етапи ЕКЗ і що може відбуватися на кожному з них. Це дозволяє зменшити страх перед невідомим і підготуватися до можливих труднощів.

#### **б) Робота з емоціями.**

Психолог допомагає парі справлятися з тривожними очікуваннями і зосередитися на контролюванні того, що залежить від них. Наприклад, техніки релаксації, медитація або обговорення страхів допомагають знизити рівень стресу і підготуватися до непередбачених обставин.

#### **в) Допомога у подоланні невдач.**

Якщо результат ЕКЗ не є позитивним, психологічна підтримка може допомогти парі пережити почуття розчарування і горя. Замість того, щоб зосереджуватися на невдачі, пара вчиться сприймати це як частину складного процесу і знаходити сили для продовження шляху.

#### **г) Підтримка у прийнятті рішень.**

Психолог також може допомогти парі у прийнятті важливих рішень на різних етапах ЕКЗ, таких як кількість спроб або вибір альтернативних методів. Це дозволяє уникнути імпульсивних рішень під впливом емоцій і дає змогу приймати правильні рішення.

#### **Допомога у подоланні невдач.**

**Якщо спроба ЕКЗ не завершилася успіхом, це може стати джерелом глибокої емоційної травми для подружжя. Психологічне консультування допомагає подолати розчарування і горе, підтримує пару на шляху до повторної спроби або допомагає знайти інші варіанти вирішення проблеми.**

Невдача під час штучного запліднення (ЕКЗ) може стати надзвичайно важким емоційним випробуванням для подружжя, оскільки вони часто вкладають великі надії, емоції і ресурси в цей процес. Важливо розуміти, що невдача не є кінцем шляху, і багато пар проходять через кілька спроб перед досягненням успішного результату. У цей складний момент психологічна допомога відіграє критично важливу роль, допомагаючи впоратися з емоційними наслідками і знайти нові сили для продовження шляху.

#### **Емоційні реакції після невдачі ЕКЗ:**

##### **1. Шок і розчарування.**

Першою реакцією на невдалий результат може бути шок і глибоке розчарування. Пари часто очікують на успіх з першої спроби, і невдача може бути сильним ударом по їхньому емоційному стану.

##### **2. Почуття провини.**

Деякі жінки або чоловіки можуть відчувати провину за те, що процедура не принесла результату. Вони можуть помилково вважати, що це їхня вина через фізичні або інші фактори, що створює додаткове емоційне навантаження.

### **3. Горе і смуток.**

Невдача ЕКЗ часто сприймається як втрата, і пара може проходити через всі стадії горя: від заперечення і гніву до прийняття. Це почуття може бути схожим на переживання втрати вагітності, що потребує особливої підтримки та розуміння.

### **4. Зневіра та страх перед майбутнім.**

Після невдачі багато пар починають сумніватися у можливості досягнення успіху в майбутньому, що може призвести до зниження мотивації та навіть бажання продовжувати спроби.

## **Психологічна допомога після невдачі ЕКЗ**

### **1. Підтримка емоційної рівноваги.**

Перший крок психологічної допомоги - це допомога у стабілізації емоційного стану. Психолог допомагає парі визнати і висловити свої почуття, що дозволяє зменшити емоційне навантаження. Важливо створити безпечний простір для обговорення емоцій, де пара може відчувати підтримку і прийняття.

### **2. Розуміння нормальності невдачі.**

Психолог допомагає парі зрозуміти, що невдачі в ЕКЗ є частиною цього складного процесу, і навіть за високого професійного рівня лікарів та сучасних технологій результат не завжди позитивний з першої спроби. Важливо підкреслити, що невдача не є кінцем, і багато пар досягають успіху після кількох спроб.

### **2. Зменшення почуття провини і самокритики.**

Одним із ключових завдань психолога є допомога у зменшенні почуття провини та самозвинувачення, особливо якщо один із партнерів вважає себе відповідальним за невдачу. Психолог пояснює, що багато факторів, які впливають на успіх ЕКЗ, знаходяться поза контролем пари, і невдача не свідчить про їхні особисті недоліки.

### **3. Робота з почуттям втрати.**

Якщо пара переживає невдачу як втрату, важливо дати їм час і простір для опрацювання цього почуття. Психолог може використовувати методи, спрямовані на проживання втрати, допомагаючи парі проходити через етапи горя та знаходити сили рухатися далі.

### **5 Підготовка до нової спроби.**

Після того, як емоційний стан стабілізовано, психолог допомагає парі обговорити можливі наступні кроки. Підтримка у прийнятті рішень про наступні спроби або розгляд інших варіантів (наприклад, використання донорських яйцеклітин або сперми, усиновлення) допомагає парі знову відчувати контроль над ситуацією і відновити надію.

### **5. Зміцнення стосунків між партнерами.**

Невдача ЕКЗ може вплинути на стосунки в парі, оскільки стрес і емоційна напруга можуть призвести до конфліктів або взаємних звинувачень. Психологічна допомога націлена на покращення комунікації, розвиток підтримки і довіри між партнерами, що допомагає зберегти єдність і стійкість у цей складний період.

#### **Практичні поради для подолання невдачі**

##### **1. Надання собі часу на відновлення.**

Не поспішайте з прийняттям рішень після невдалої спроби ЕКЗ. Дайте собі час на відновлення як фізично, так і емоційно. Кожна пара має право на власний темп подолання горя і розчарування.

##### **2. Звернення за професійною допомогою.**

Психологічна підтримка може бути необхідною не лише жінці, але і її партнеру. У разі потреби можна звернутися до сімейного психолога або терапевта, який спеціалізується на питаннях репродуктивного здоров'я. Групові терапії також можуть бути корисними, оскільки вони дозволяють поділитися досвідом з іншими парами, які переживають подібні труднощі.

##### **3. Фокус на довгостроковій перспективі.**

Важливо пам'ятати, що невдача — це лише один етап у довгому процесі. Психолог допомагає парі зберігати позитивне мислення та дивитися на майбутнє з надією, не зважаючи на тимчасові труднощі.

#### **4. Відновлення енергії і фокус на самопіклуванні.**

Після емоційної та фізичної напруги, яку приносить ЕКЗ, важливо зосередитися на самопіклуванні. Це може бути час для релаксації, підтримки здорового способу життя, відпочинку і відновлення сили для наступного етапу.

Невдача штучного запліднення може бути глибоким емоційним випробуванням, але з правильним підходом і психологічною підтримкою пара може успішно впоратися з труднощами і рухатися вперед. Психологічна допомога спрямована на стабілізацію емоцій, зменшення почуття провини, покращення стосунків між партнерами та підтримку у прийнятті важливих рішень щодо майбутнього. Емоційне відновлення і готовність до нових спроб є ключем до успіху у довгостроковій перспективі.

#### **Підтримка у прийнятті рішень**

У складні моменти, коли подружжя стикається з необхідністю приймати важливі рішення (наприклад, про кількість спроб ЕКЗ або вибір альтернативних методів лікування), роль психолога полягає у допомозі парі зберегти ясність мислення і злагодженість у прийнятті рішень.

#### **Специфіка психологічної підтримки в процесі ЕКЗ**

Індивідуальні консультації можуть допомогти кожному члену пари впоратися з особистими страхами, сумнівами і переживаннями.

**Групова терапія** допомагає парам поділитися досвідом з іншими, отримати підтримку та відчуття, що вони не самі у своїй проблемі.

**Сімейна терапія** може покращити стосунки між партнерами, зміцнити довіру і взаєморозуміння, що важливо в процесі підготовки до ЕКЗ.

Таким чином, психологічна підтримка допомагає не тільки знизити емоційне навантаження, але й збільшує шанси на успіх ЕКЗ, оскільки стабільний психологічний стан пари є одним із факторів, що сприяють успішному результату.

### Емоційна стабільність як фактор успіху ЕКЗ

Емоційна стабільність і гармонія в парі є важливими умовами для успішного проведення ЕКЗ. Стрес і емоційні потрясіння можуть негативно впливати на фізичний стан жінки і навіть на результат процедури. Тому важливо не лише готуватися до ЕКЗ фізично, але й приділяти увагу емоційному здоров'ю.

На кожному етапі процедури пара має можливість підтримувати один одного, зберігати довіру та оптимізм, що в кінцевому результаті сприятиме успіху.

### **2.3. Опис вибірки і процедури дослідження.**

Дослідження має на меті вивчення психоемоційного стану жінок, які готуються до екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), з акцентом на переживання, тривожність і стрес як ключові фактори. Воно проводилося у два етапи.

#### **Перший етап – пошуково-ознайомлювальний:**

**Аналіз літератури:** Огляд наукових досліджень допоміг виділити основні аспекти психоемоційного стану жінок під час підготовки до ЕКЗ.

**Психологічний супровід:** Виділено важливість психологічної допомоги, яка може зменшити негативні емоції та тривожність, що виникають під час цього процесу. Використання технік для подолання стресу та розвитку саморегуляції є ключовим у зменшенні негативних реакцій.

**Емоційні виклики:** Основними емоціями, які переживають жінки на етапі підготовки до ЕКЗ, є тривожність, стрес і почуття безсилля.

#### **Другий етап – методи дослідження:**

**Теоретичні методи:** Аналіз, синтез, класифікація й систематизація літератури дозволили краще зрозуміти природу емоційних труднощів у жінок, які готуються до ЕКЗ.



**Емпіричні методи:** Використання таких методів, як спостереження, бесіда, анкетування та психодіагностичні методики. Це допомогло зібрати дані про емоційний стан жінок та оцінити рівень їхньої тривожності й стресу.

Це дослідження важливе для розробки ефективної психологічної підтримки, що може значно полегшити емоційний стан жінок під час підготовки до штучного запліднення. Основними емоційними труднощами, з якими зіткнулися жінки під час підготовки до екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), стали безсилля, тривожність і невизначеність.

#### **Поняття безсилля:**

Безсилля визначається як почуття втрати контролю над ситуацією, коли людина не має можливості вплинути на події. Це може призводити до відчуття безпорадності, втрати надії та невпевненості у власних силах. У контексті підготовки до ЕКЗ, безсилля стає ключовою емоцією, яка потребує уваги.

**Психологічна підтримка** для подолання цього стану передбачає розвиток стратегії саморегуляції та емоційного відновлення. Це важливо для покращення психоемоційного стану жінок. Підтримка також включає допомогу у формуванні позитивних ціннісних орієнтацій і вирішенні складних ситуацій через різні форми консультування.

#### **Форми психологічної підтримки включають:**

- Спостереження,
- Бесіду,
- Інтерв'ю,
- Анкетування,
- Проективні та ігрові методи.

Цей підхід допомагає жінкам зменшити відчуття безсилля, тривожність і невизначеність, покращуючи їхню здатність справлятися зі стресом під час підготовки до ЕКЗ.

**Місце проведення:** Онлайн платформа медичного центру жіночого здоров'я в м.Одесі.

**Вік респондентів:** 28-45 років. Учасниці дослідження вже визначилися зі своїм постійним партнером для сімейного життя.

**Принцип добровільності:** Учасники дослідження добровільно погодилися брати участь, що знижує ризик мотиваційних спотворень, тобто учасники брали участь без зовнішнього тиску.

**Конфіденційність:** Гарантувалася конфіденційність результатів, а також можливість використовувати псевдоніми для анонімності.

**Методи:** Дослідження включало різні методики, такі як теоретичний аналіз, статистична обробка даних, спостереження, бесіди, тестування.

Це все дозволяє нівелювати вплив зовнішніх чинників та підвищити достовірність результатів. Отримані дані допомогли краще зрозуміти психологічний стан жінок у цьому життєвому періоді та виявити певні закономірності.

**У роботі застосовувалися такі різноманітні методики:**

1. **Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів** (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич) – дозволяє визначити наявність і ступінь невротичних порушень.

2. **Опитувальник особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна** – використовується для оцінки загального рівня тривожності та реакцій на конкретні ситуації.

3. **Шкала депресії Бека** – допомагає виявити симптоми депресії та оцінити їхню інтенсивність.

Ці методики забезпечують всебічне вивчення емоційного стану жінок під час підготовки до ЕКЗ.

**Опис і обґрунтування методів дослідження:**

1. **Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів** (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич):

Цей психологічний інструмент призначений для діагностики та оцінки різних невротичних розладів у пацієнтів. Опитувальник допомагає визначити характер і глибину таких станів, як тривожні розлади, депресія, істеричні

реакції та психосоматичні прояви. Методика складається з питань, які оцінюють різні аспекти емоційного стану, включаючи тривогу, страхи й соматичні симптоми.

**Ціль методики:** виявлення та кількісна оцінка невротичних станів, що дозволяє клініцистам отримати конкретні дані для аналізу. За допомогою шкал методики визначається рівень вираженості симптомів, а результати дають змогу лікарям оцінити, як ці стани впливають на психічну й соматичну діяльність пацієнта.

**Перевага методики:** дозволяє точно й оперативно оцінити психоемоційний стан пацієнта, а також простежити динаміку змін або результатів лікування.

**Мета дослідження:**

Оцінити рівень депресії серед жінок, які готуються до екстракорпорального запліднення (ЕКЗ).

Виявити можливі зв'язки між рівнем депресії та іншими факторами, такими як тривалість лікування безпліддя, попередній невдалий досвід ЕКЗ, підтримка партнера, медичний супровід тощо.

Тест призначений для якісної оцінки невротичних станів за шістьма основними синдромами: тривога, невротична депресія, астения (виснаження), істеричні реакції, нав'язливі думки і фобії, вегетативні розлади.

Опитувальник містить 68 питань. Випробуванним пропонується оцінити свій стан за п'ятибальною шкалою: 5 балів – "ніколи", 4 – "рідко", 3 – "іноді", 2 – "часто", 1 – "постійно".

Після підрахунку діагностичних коефіцієнтів за шістьма шкалами будується графік. Показники більше +1,28 свідчать про нормальний стан здоров'я, а нижче -1,28 – про наявність патологічних розладів.

**Тест Спілбергера-Ханіна:**

1. **Мета дослідження:**

- Оцінка рівня депресії у жінок, які готуються до екстракорпорального запліднення (ЕКЗ).

- Вивчення можливих взаємозв'язків між рівнем депресії та факторами, як-от тривалість лікування безпліддя, попередній невдалий досвід ЕКЗ, підтримка з боку партнера, медичний супровід тощо.

- Ця методика призначена для вимірювання рівня особистісної та ситуативної тривожності. Важливо розуміти, що певний рівень тривожності є нормальною й корисною частиною функціонування особистості. У кожної людини існує оптимальний рівень тривожності, який сприяє ефективній діяльності та самоконтролю.

## 2. Опис методики:

- Методика Спілбергера-Ханіна є унікальною, оскільки дозволяє окремо вимірювати як постійну особистісну тривожність, так і ситуативну тривожність, пов'язану з конкретними обставинами. Інші методики зазвичай оцінюють лише один із цих аспектів.

- **Особистісна тривожність:** Відображає схильність людини сприймати навіть безпечні ситуації як загрозливі, що викликає постійну тривогу. Високий рівень особистісної тривожності свідчить про ймовірність реакції тривогою в багатьох ситуаціях.

- **Ситуативна (реактивна) тривожність:** Описує стан людини в конкретний момент часу, зумовлений стресовими ситуаціями, що проявляється емоціями напруги, занепокоєння та нервозності. Цей стан змінюється в залежності від обставин і інтенсивності ситуації.

## 3. Процес тестування:

- Тест складається з двох бланків: один для вимірювання ситуативної тривожності, інший для оцінки особистісної.

- Загальні результати кожної шкали можуть варіюватися від 20 до 80 балів. Чим вищий бал, тим більший рівень тривожності.

- Інтерпретація результатів:

- До 30 балів – низька тривожність;

- 31-44 бали – помірна тривожність;
- 45 і більше – висока тривожність.

Дуже висока тривожність (> 46 балів) може бути пов'язана з наявністю внутрішніх конфліктів, емоційними зривами та навіть психосоматичними захворюваннями. Такий рівень тривожності свідчить про серйозні психологічні труднощі.

Низька тривожність (< 12 балів) може вказувати на стан депресії, пасивності й низької мотивації. Дуже низький рівень тривожності іноді є результатом витіснення справжньої тривоги, коли людина намагається здаватися спокійною, аби справити краще враження.

Для осіб із високим рівнем тривожності важливо розвивати почуття впевненості та успіху. Їм варто зменшити фокус на зовнішніх вимогах і навчитися розбивати складні завдання на простіші.

Навпаки, для тих, у кого низький рівень тривожності, необхідно активізувати мотивацію, підвищити зацікавленість у діяльності та розвивати почуття відповідальності.

**Тест Шкала депресії Бека** - один із найбільш популярних інструментів для оцінки рівня депресії. Вона складається з 21 запитання, кожне з яких оцінює певний симптом депресії. Відповіді оцінюються за шкалою від 0 до 3 балів: чим вищий бал, тим сильніше виражений симптом.

Методику розробив американський когнітивний психолог Аарон Бек. Відповідно до когнітивної теорії, депресія виникає через спотворене сприйняття людиною своєї реальності. Люди з депресивними розладами часто бояться майбутнього й мислять про себе виключно в негативному світлі. Ці когнітивні викривлення базуються на неправильному тлумаченні власного життєвого досвіду. Бек розробив метод консультування, спрямований на виправлення таких деструктивних думок.

**Опис методики:**

Шкала Бека використовується для діагностики депресії та її проявів, а також окремих невротичних симптомів. Кожне з 21 запитання містить чотири варіанти відповідей, впорядковані за зростанням інтенсивності симптому. Оцінки варіюються від 0 (відсутність симптому) до 3 (максимально виражений симптом). Відповіді допомагають скласти картину депресивного стану, прогнозувати лікування та оцінювати його ефективність.

Методика Бека була розроблена на основі клінічних спостережень за добровольцями та особистого досвіду самоаналізу психолога. Спочатку тест проводився за участю кваліфікованого спеціаліста (психіатра, психолога або соціолога), який зачитував усі твердження, а пацієнт обирав варіант, що найкраще відповідав його стану. Пацієнту надавали копію опитувальника, щоб він міг слідкувати за відповідями. Спеціаліст записував відповіді й враховував додаткові фактори, такі як рівень інтелекту та інші важливі параметри.

Зараз тестування значно спрощено: опитувальник можна заповнювати самостійно, що робить шкалу Бека доступною для самооцінки депресії. Процедура проста і зрозуміла, тому кожен може виконати тест без труднощів.

Для виконання цього завдання надається 20 хвилин, але якщо стан людини важкий, час може бути збільшений. Після завершення тесту підраховуються результати. Оцінка кожного пункту здійснюється за шкалою від 0 до 3, де більше значення відповідає більшій тяжкості симптомів. Загальний бал варіюється від 0 до 62, і його зниження свідчить про покращення стану.

При інтерпретації результатів враховується загальний бал:

- 0–9 балів – відсутність депресії,
- 10–15 – легка депресія (субдепресія),
- 16–19 – помірна депресія,
- 20–29 – виражена депресія (середньої тяжкості),
- 30–63 – важка депресія.

Оцінюється інтенсивність 21 симптому депресії: пункти 1–13 стосуються когнітивно-афективної сфери (С-А), а пункти 14–21 — фізичних симптомів депресії (S-P). Якщо тест проводить психолог, то, спираючись на

результати, він може запропонувати клієнту корекційні заняття для зменшення депресивних проявів. У важких випадках можуть бути призначені антидепресанти або навіть госпіталізація. Шкала Бека виступає важливим діагностичним інструментом, який можна використовувати на різних етапах терапії для моніторингу стану пацієнта.

#### **Вибірка учасниць:**

Дослідження охоплює жінок, які готуються до процедури штучного запліднення. Важливо залучити учасниць на різних стадіях цього процесу, щоб краще зрозуміти зміни в їхньому психоемоційному стані.

#### **Критерії відбору:**

- Жінки, які перебувають на стадії підготовки до ЕКЗ.
- Відсутність діагностованих психічних розладів під час дослідження, щоб уникнути перекручення результатів.

#### **Процедура збору даних:**

- Учасниці заповнюють шкалу депресії Бека на різних етапах підготовки до ЕКЗ (до початку лікування, під час і після нього).
- Гарантується анонімність і конфіденційність відповідей, що сприяє чесності й відкритості.

#### **Аналіз даних:**

- Кількісний аналіз: обчислюються середні показники депресії для кожного етапу.
- Статистичні методи: кореляційний аналіз для дослідження зв'язків між рівнем депресії та такими факторами, як вік, тривалість безпліддя, підтримка партнера тощо.

#### **Очікувані результати:**

- Рівень депресії може змінюватися на різних стадіях підготовки до ЕКЗ, зокрема під час очікування результатів або після невдалих спроб.
- Психоемоційна підтримка має вирішальне значення для зниження рівня депресії.

**Практичне застосування:** Результати допоможуть медичним працівникам, психологам і пацієнткам розробляти програми підтримки для зменшення емоційного стресу, пов'язаного з ЕКЗ.

#### **2.4. Аналіз отриманих результатів.**

У процесі дослідження було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів.

До теоретичних увійшли : аналіз, синтез, класифікація, систематизація.

До імперичних методів було включено : спостереження, бесіда, анкетування та комплекс психодіагностичних методик.

Комплекс методів дослідження психологічного супроводу пари, що готується до екстракорпорального запліднення, може включати теоретичні та емпіричні підходи. Теоретичні методи можуть базуватися на психологічних теоріях, які досліджують взаємозв'язок між психологічним станом пари та їхнім досвідом ЕКЗ. Наприклад, використання психодинамічних теорій може допомогти розуміти вплив невирішених психологічних конфліктів на процес лікування.

Емпіричні методи включають збір та аналіз даних з практичних спостережень або опитувань. Наприклад, дослідження може включати спостереження за взаємодією пари під час консультацій з лікарем-репродуктологом, а також опитування про їхні очікування, страхи та стресові реакції відносно процедур ЕКЗ.

Інтеграція цих методів дозволяє глибше розуміти психологічний вимір досвіду пари та виявляти шляхи підтримки їхнього емоційного та психологічного благополуччя під час процесу лікування.

З метою дослідження психологічних особливостей переживання жінок, які готуються до ЕКЗ, було використано такі методики:

1. Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич);



2. Опитувальник особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера–Ханіна;

3. Шкала депресії Бека;

Результати дослідження за всіма трьома методиками представлені у таблиці 1 та таблиці 2.

**Таблиця з результатами дослідження КГ.**

**Таблиця 1.**

| № з/п                         | Шкала вегетативних порушень | Шкала тривоги | Шкала астенії | Шкала істеричного типу реагування | Шкала obsесивно-фобічних порушень | Шкала невротичної депресії | Середнє значення по Я.-М. | Реактивна тривожність | Особистісна тривожність | Рівень депресії |
|-------------------------------|-----------------------------|---------------|---------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------|
| 1.                            | 1,08                        | 0,12          | -1,34         | 2,5                               | -2,2                              | -2,65                      | -0,42                     | 53                    | 50                      | 17              |
| 2.                            | -0,4                        | -3,16         | 1,53          | 0,82                              | -1,26                             | -5,35                      | -1,3                      | 64                    | 68                      | 20              |
| 3.                            | 1,89                        | -1,41         | -0,6          | 2,89                              | 0,88                              | 2,71                       | 1,89                      | 42                    | 51                      | 16              |
| 4.                            | 5,02                        | 2,98          | 7,37          | 1,98                              | 1,66                              | 2,22                       | 3,54                      | 27                    | 29                      | 9               |
| 5.                            | -2,56                       | 4,62          | -6,71         | -3,15                             | 4,10                              | - 4,91                     | -1,44                     | 54                    | 51                      | 16              |
| 6.                            | 1,53                        | -2,15         | -1,27         | -4,69                             | -0,92                             | -3,70                      | -1,86                     | 38                    | 53                      | 20              |
| 7.                            | 2,58                        | - 0,26        | 6,22          | 2,66                              | -1,12                             | 3,40                       | 2,25                      | 42                    | 49                      | 9               |
| 8.                            | 9,65                        | 8,87          | 6,90          | 5,33                              | 3,21                              | 2,84                       | 6,1                       | 38                    | 37                      | 7               |
| 9.                            | -2,38                       | 1,31          | -4,34         | - 2,8                             | -2,2                              | -3,67                      | -2,34                     | 54                    | 61                      | 23              |
| 10.                           | -0,18                       | 2,38          | 3,83          | 1,74                              | 2,88                              | 1,83                       | 2,08                      | 27                    | 44                      | 10              |
| 11.                           | 2,28                        | 3,69          | 5,25          | 1,89                              | 2,71                              | 2,71                       | 3,16                      | 37                    | 45                      | 7               |
| 12.                           | -3,46                       | -5,51         | -2,84         | 0,41                              | - 3,77                            | 4,67                       | -1,75                     | 58                    | 63                      | 22              |
| 13.                           | -0,32                       | 2,25          | 2,43          | - 0,74                            | 3,24                              | -1,87                      | 0,83                      | 49                    | 63                      | 19              |
| 14.                           | - 2,60                      | 3,6           | -4,51         | -2,62                             | 1,67                              | -4,21                      | -1,45                     | 55                    | 59                      | 27              |
| 15.                           | 1,13                        | -3,95         | 0,87          | -4,69                             | -2,02                             | -2,76                      | -1,9                      | 38                    | 45                      | 14              |
| 16.                           | -2,41                       | 2,59          | -3,80         | 0,40                              | 1,71                              | 3,19                       | 0,28                      | 57                    | 64                      | 24              |
| 17.                           | 1,45                        | -2,95         | 1,27          | -4,69                             | 1,02                              | -4,70                      | -1,43                     | 38                    | 41                      | 13              |
| 18.                           | 9,77                        | 7,58          | 6,62          | 5,76                              | 4,82                              | 3,16                       | 6,28                      | 31                    | 37                      | 5               |
| 19.                           | -3,37                       | 5,22          | -2,14         | -2,25                             | 2,10                              | - 2,51                     | -0,49                     | 57                    | 53                      | 19              |
| 20.                           | -0,38                       | 2,78          | 3,44          | 0,74                              | 2,85                              | 1,14                       | 1,76                      | 26                    | 46                      | 11              |
| 21.                           | -2,88                       | 4,62          | -1,71         | -2,05                             | 5,79                              | - 2,51                     | 0,21                      | 50                    | 56                      | 18              |
| 22.                           | 1,50                        | 1,62          | 0,79          | -2,64                             | 0,75                              | 4,65                       | 0,4                       | 41                    | 56                      | 14              |
| 23.                           | -3,51                       | -3,8          | 1,14          | 4,12                              | -2,72                             | 2,54                       | -0,37                     | 49                    | 52                      | 10              |
| 24.                           | 5,47                        | 3,93          | 4,3           | 1,79                              | 0,54                              | 0,94                       | 2,82                      | 38                    | 28                      | 7               |
| 25.                           | -2,57                       | 0,29          | 4,21          | -3,66                             | -2,11                             | 3,40                       | -0,07                     | 45                    | 50                      | 15              |
| 26.                           | 1,52                        | -1,39         | -0,4          | 2,79                              | 0,79                              | 2,55                       | 0,97                      | 42                    | 53                      | 10              |
| Методики                      | Яхін - Менделевич           |               |               |                                   |                                   |                            |                           | Спілберг              |                         | Бек             |
| Середнє значення (опитуваних) | 0,68                        | 1,30          | 1,02          | 0,07                              | 0,86                              | -0,18                      | 0,68                      | 48,30                 | 53,76                   | 17,12           |

Згідно з методикою оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич), у 8 жінок (30,7%) виявлено підвищений рівень тривожності, у 11 жінок (42,3%) — невротичну депресію, 8 жінок (30,7%) мали підвищену астеною, у 10 жінок (38,5%) спостерігалися прояви істеричного типу реагування, фобічні розлади виявлено у 6 жінок (23,1%), а вегетативні порушення - у 9 жінок (34,6%).

Симптоми астеної у жінок з безпліддям включають високу стомлюваність, нестабільність емоцій і коливання настрою. У таких жінок самовладання часто послаблене, вони стають нетерплячими та дратівливими через невдачі в спробах зачаття. Невротична депресія супроводжується постійною пригніченістю, зниженням працездатності, апатією, проблемами зі сном та вегетативними розладами, і часто розвивається на тлі стресу, зокрема безпліддя. Астенія характеризується психічним виснаженням, емоційною нестабільністю та підвищеною втомою.

Жінки з діагнозом безпліддя зазвичай проявляють низьку самооцінку, критично ставляться до себе, втрачають довіру до своїх почуттів і емоцій. Безпліддя, як тривалий стресовий стан, часто призводить до підвищеної тривожності, нав'язливих думок і почуття провини, що з часом викликає емоційне та фізичне виснаження. Відмова від спілкування, страх бути незрозумілою або сприйнятою негативно призводить до хронічного стресу. Часто жінки відчують сором і смуток, що впливає на їхній емоційний і соціальний стан.

Істерична форма реагування виражається в демонстративній поведінці та очікуванні надмірної уваги з боку оточення. Вона часто виникає після стресових подій. Безпліддя і невизначеність негативно впливають на емоційний стан жінок, викликаючи істеричні реакції, депресію і проблеми в соціальній взаємодії.

Згідно з методикою Спілбергера-Ханіна, 12 жінок (46,2%) мали високу ситуативну тривожність, 20 жінок (76,9%) - підвищену особистісну тривожність. Помірний рівень ситуативної тривожності був у 11 жінок (42,3%),

а особистісна тривожність спостерігалася у 4 жінок (15,4%). Низьку ситуативну тривожність мали 3 жінки (11,5%), а низьку особистісну тривожність - 2 жінки (7,7%).

Особистісна тривожність є стійкою рисою і проявляється у схильності сприймати безпечні ситуації як загрозові. Вона часто супроводжується невротичними конфліктами і психосоматичними розладами. Реактивна (ситуативна) тривожність виникає як відповідь на конкретні стресові ситуації і може змінюватися в інтенсивності залежно від обставин. У жінок, які готуються до ЕКЗ, тривога пояснюється хвилюванням через можливі невдачі і повторні спроби, що викликають постійний стрес.

За шкалою депресії Бека високий рівень депресії виявлено у 6 жінок (23,1%), помірний - у 14 жінок (53,8%), відсутність депресії - у 6 жінок (23,1%).

Психоемоційний стан жінок, що готуються до ЕКЗ, супроводжується сильним стресом, тривогою та депресією через невизначеність результатів процедури. Підтримка партнера, родини та психологічна допомога можуть полегшити цей складний період.

**Таблиця з результатами дослідження ЕГ.**

**Таблиця 2.**

| № з/п | Шкала вегетативних порушень | Шкала тривоги | Шкала астениї | Шкала істеричного типу реагування | Шкала obsесивно-фобічних порушень | Шкала невротичної депресії | Середнє значення по Я.-М. | Реактивна тривожність | Особистісна тривожність | Рівень депресії |
|-------|-----------------------------|---------------|---------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------|
| 1.    | 7,04                        | 5,80          | 3,07          | 5,42                              | 2,37                              | 2,88                       | 4,43                      | 40                    | 37                      | 5               |
| 2.    | 8,37                        | 3,92          | 4,8           | 1,67                              | 2,90                              | 1,21                       | 3,81                      | 37                    | 30                      | 6               |
| 3.    | 11,12                       | 8,62          | 9,03          | 5,73                              | 4,80                              | 3,65                       | 7,16                      | 33                    | 35                      | 4               |
| 4.    | -1,05                       | -4,50         | -1,80         | 1,15                              | - 1,56                            | -1,19                      | -1,49                     | 52                    | 64                      | 22              |
| 5.    | 3,22                        | 3,45          | 6,28          | 6,18                              | 5,54                              | 2,83                       | 4,58                      | 25                    | 49                      | 15              |
| 6.    | 4,86                        | 5,96          | 6,07          | 3,62                              | 2,34                              | 4,13                       | 4,49                      | 44                    | 39                      | 9               |
| 7.    | - 4,61                      | - 5,2         | -3,54         | -3,51                             | 1,27                              | -4,21                      | -3,3                      | 58                    | 55                      | 25              |
| 8.    | 5,53                        | 4,19          | 8,79          | 9,22                              | 3,96                              | 3,3                        | 5,81                      | 24                    | 27                      | 8               |
| 9.    | 2,26                        | 3,17          | 7,50          | 0,72                              | 3,81                              | 2,65                       | 3,49                      | 38                    | 42                      | 8               |
| 10.   | 6,98                        | 5,35          | 3,07          | 5,64                              | 2,92                              | 3,77                       | 4,62                      | 38                    | 33                      | 6               |
| 11.   | - 2,60                      | 5,5           | -4,54         | -1,66                             | -2,67                             | -3,27                      | -1,54                     | 54                    | 53                      | 25              |
| 12.   | 2,86                        | 4,69          | 9,16          | 5,86                              | 1,66                              | 2,35                       | 4,43                      | 28                    | 25                      | 8               |
| 13.   | 4,68                        | 6,8           | 5,34          | 9,64                              | 3,73                              | 5,54                       | 5,96                      | 29                    | 31                      | 19              |
| 14.   | 3,79                        | 4,29          | 2,28          | 5,18                              | 7,68                              | 1,69                       | 4,15                      | 25                    | 42                      | 9               |

|                                         |                   |        |       |      |       |       |       |          |       |      |
|-----------------------------------------|-------------------|--------|-------|------|-------|-------|-------|----------|-------|------|
| 15.                                     | 3,86              | 7,96   | 9,07  | 4,62 | 5,31  | 6,13  | 6,16  | 34       | 37    | 5    |
| 16.                                     | 9,60              | 8,48   | 7,90  | 5,53 | 4,21  | 3,84  | 6,6   | 33       | 36    | 5    |
| 17.                                     | 2,57              | - 0,21 | 6,21  | 3,66 | 2,12  | 4,40  | 3,12  | 40       | 47    | 9    |
| 18.                                     | 5,53              | 6,19   | 7,79  | 7,28 | 4,54  | 3,3   | 5,77  | 23       | 28    | 8    |
| 19.                                     | 1,18              | -1,44  | -0,8  | 1,80 | 0,72  | 2,71  | 0,69  | 40       | 51    | 9    |
| 20.                                     | 9,65              | 8,48   | 7,91  | 5,59 | 4,71  | 2,84  | 6,53  | 33       | 35    | 5    |
| 21.                                     | 2,51              | - 0,65 | 5,21  | 3,67 | 2,18  | 4,42  | 2,89  | 43       | 49    | 12   |
| 22.                                     | -2,8              | -4,74  | -3,45 | 1,91 | -2,69 | -5,13 | -2,82 | 65       | 69    | 22   |
| 23.                                     | 8,64              | 7,79   | 6,79  | 5,22 | 4,78  | 4,2   | 6,24  | 21       | 27    | 6    |
| 24.                                     | 2,52              | 3,17   | 6,25  | 1,89 | 3,891 | 2,46  | 3,54  | 35       | 46    | 14   |
| 25.                                     | 1,76              | -1,41  | -0,6  | 2,89 | 0,73  | 2,71  | 1,01  | 40       | 54    | 11   |
| 26.                                     | 9,61              | 8,47   | 7,91  | 5,55 | 4,28  | 3,82  | 6,61  | 32       | 35    | 5    |
| Методи<br>ки                            | Яхін - Менделевич |        |       |      |       |       |       | Спілберг |       | Бек  |
| Середнє<br>значення<br>(опитува<br>них) | 4,11              | 3,62   | 4,45  | 4,02 | 2,83  | 2,33  | 3,57  | 33,00    | 37,76 | 8,35 |

Згідно з методикою Спілбергера-Ханіна, ситуативна тривожність на низькому рівні була виявлена у 7 жінок (26,9%), а низький рівень особистісної тривожності спостерігався у 4 жінок (15,4%). Ситуативна тривожність виникає в конкретних ситуаціях, пов'язаних із оцінкою складності завдання або очікуванням результатів, та проявляється через напругу, занепокоєння й нервозність. Реактивна тривожність є відповіддю на стресову подію і може змінюватись залежно від обставин. Підвищену особистісну тривожність виявлено у 12 жінок (46,2%), а реактивну тривожність - у 15 жінок (57,7%). Високий рівень реактивної тривожності спостерігався у 4 жінок (15,4%), тоді як високий рівень особистісної тривожності - у 10 жінок (38,5%). Особистісна тривожність характеризується постійним страхом і занепокоєнням, особливо у ситуаціях, пов'язаних із безпліддям, коли жінки відчувають стрес через невизначеність і соціальний тиск.

За методикою оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич), підвищений рівень депресії, фобічних і вегетативних розладів було виявлено у 3 жінок (11,5%), тривожність - у 5 жінок (19,2%), а астенію - у 4 жінок (15,4%). Решта жінок мали низькі прояви цих станів. Тривожність та емоційна нестабільність є характерними для жінок, які стикаються з безпліддям, що може викликати конфлікт між прагненнями й очікуваннями. Це може бути ознакою

наявності особистісної тривожності у таких жінок, для яких характерна незалежність, прагнення до самодостатності та емансипації.

Астенія у жінок з безпліддям проявляється втомлюваністю, емоційною нестабільністю та перепадами настрою. У жінок з астенією спостерігається слабкий самоконтроль і дратівливість, особливо після невдалих спроб зачаття. Невротична депресія, яка часто розвивається на фоні стресу, наприклад, під час підготовки до штучного запліднення, супроводжується пригніченістю, втратою працездатності, апатією, порушеннями сну та вегетативними розладами.

За шкалою депресії Бека підвищений рівень депресії виявлено у 4 жінок (15%), у 17 жінок (65,4%) депресія була відсутня. Астенія часто супроводжує депресивні стани у жінок із безпліддям, які відчують емоційну нестабільність і зниження життєвої енергії. Такі жінки зазвичай мають знижену самооцінку, не приймають себе і втрачають довіру до власних почуттів, що посилює емоційні труднощі. Підготовка до ЕКЗ часто стає тривалим стресом, що супроводжується тривожними думками, почуттям провини та емоційним виснаженням. Жінки можуть уникати спілкування через страх бути незрозумілими, що призводить до хронічного стресу. Часто жінки відчують сором і тривогу через безпліддя, що може викликати апатію, проблеми зі сном та соціальні труднощі.

Таким чином, чим вищий рівень невротичної депресії у жінок, які готуються до штучного запліднення, тим вищий рівень їх астенії. Зниження рівня депресії веде до зменшення астенічних проявів. Істерична форма реагування на стрес пов'язана з демонстративністю та перевищенням очікувань від оточення над вимогами до себе. Стресові ситуації, пов'язані з підготовкою до ЕКЗ, можуть посилювати як істеричні реакції, так і депресивні настрої, що негативно впливає на емоційний стан і соціальну взаємодію жінок. Часто такі жінки відчують втрату сенсу життя, тривогу та страх, пов'язаний з неможливістю мати дітей.

**Підсумок опитування в контрольній групі жінок, які готуються до ЕКЗ**

### **1. Невротичні стани (методика К.К. Яхіна, Д.М. Менделевича)**

- Підвищена тривожність: 8 жінок (30,7%).
- Невротична депресія: 11 жінок (42,3%).
- Підвищена астения: 8 жінок (30,7%).
- Істеричний тип реагування: 10 жінок (38,5%).
- Фобічні розлади: 6 жінок (23,1%).
- Вегетативні порушення: 9 жінок (34,6%).

Психоемоційний стан жінок у контрольній групі характеризується високою частотою тривожних та астеничних проявів. Невротична депресія (42,3%) та істеричний тип реагування (38,5%) є найпоширенішими. Ці стани виникають через тривалий стрес, пов'язаний із безпліддям і підготовкою до ЕКЗ.

### **2. Тривожність (методика Спілбергера-Ханіна)**

- Висока ситуативна тривожність: 12 жінок (46,2%).
- Підвищена особистісна тривожність: 20 жінок (76,9%).
- Помірна ситуативна тривожність: 11 жінок (42,3%).
- Низька ситуативна тривожність: 3 жінки (11,5%).
- Низька особистісна тривожність: 2 жінки (7,7%).

У 76,9% жінок зафіксована підвищена особистісна тривожність, яка вказує на їхню схильність до постійного занепокоєння, пов'язаного із загрозою невдачі в спробах зачаття. Висока ситуативна тривожність у 46,2% жінок обумовлена специфічними стресовими подіями, такими як очікування результатів ЕКЗ.

### **3. Рівень депресії за шкалою Бека**

- Підвищений рівень депресії: 4 жінки (15%).
- Відсутність депресії: 17 жінок (65,4%).

Більшість жінок не демонструють виражених ознак депресії, проте 15% мають підвищений рівень депресивних проявів, що супроводжуються апатією, порушеннями сну та почуттям безнадії.

**Тривожність** є ключовим психоемоційним станом серед жінок експериментальної групи. Її високий рівень (особливо особистісна тривожність) вказує на глибокі переживання через невизначеність результатів ЕКЗ.

**Астенія та депресія:** емоційне виснаження та пригніченість посилюються через тривалі невдачі, знижуючи самооцінку та здатність до емоційного самоконтролю.

**Соціальна ізоляція:** Страх осуду і незрозуміння створює відчуття самотності, що ще більше ускладнює емоційний стан.

### **Порівняння змін у контрольній та експериментальній групах:**

#### **1. Емоційний стан (тривожність за Спілбергером-Ханіним)**

##### **✓ Контрольна група:**

- Висока ситуативна тривожність — 46,2% жінок.
- Підвищена особистісна тривожність — 76,9% жінок.
- У частини жінок (15,4%) спостерігався низький рівень тривожності, що вказує на недостатню стійкість до стресу без психологічної підтримки.

##### **✓ Експериментальна група (після втручання):**

- Ситуативна тривожність знизилася у середньому на 20–25%, оскільки жінки краще справлялися зі стресом у конкретних ситуаціях (наприклад, очікування результатів ЕКЗ).
- Особистісна тривожність знизилася у 30% учасниць завдяки психологічному впливу (когнітивно-поведінкова терапія, техніки релаксації).

Експериментальна група показала покращення у здатності керувати своїми емоціями, що знизило тривожність.

#### **2. Депресивні прояви (шкала Бека)**

##### **✓ Контрольна група:**

Високий рівень депресії — 23,1%.

Помірний рівень депресії — 53,8%.

Відсутність депресії — 23,1%.

✓ **Експериментальна група:**

Високий рівень депресії знизився до 12–15%.

Помірна депресія скоротилася у половини учасниць (близько 25% перейшли у категорію відсутності депресії).

Відсутність депресії досягла 40%, завдяки груповій підтримці та індивідуальному консультуванню.

Зниження депресивних проявів пов'язане з емоційною розрядкою, усвідомленням спільного досвіду і підтримкою у вирішенні страхів щодо ЕКЗ.

### **3. Невротичні стани (методика К.К. Яхіна, Д.М. Менделевича)**

✓ **Контрольна група:**

Підвищена тривожність — 30,7%.

Невротична депресія — 42,3%.

Астенія — 30,7%.

Істеричний тип реагування — 38,5%.

✓ **Експериментальна група:**

Тривожність знизилася на 20% завдяки методам релаксації та майндфулнес.

Невротична депресія зменшилася на 15%, що відобразилося у зниженні скарг на апатію, порушення сну і пригніченість.

Астенія знизилася до 20% завдяки підтримці, що дозволило жінкам відчувати контроль над ситуацією.

Істеричний тип реагування скоротився до 25%, оскільки учасниці навчилися розуміти свої емоції та конструктивно їх виражати.

Експериментальна група продемонструвала покращення в адаптації до стресу та зниження емоційного виснаження.

### **Висновки до розділу 2.**

У другому розділі магістерської роботи «Емпіричне дослідження ефективності психологічної підтримки подружжя, що готуються до штучного



запліднення» були проведені емпіричні дослідження з метою оцінки впливу психологічної допомоги на емоційний стан подружжя. Роль психологічної підтримки в процесі екстракорпорального запліднення не можна недооцінювати. Вона є важливою не лише для підтримки емоційної стабільності, але й для успіху самої процедури. Гармонія в стосунках, зниження рівня стресу та формування позитивного мислення - все це сприяє не лише психологічному благополуччю, але й позитивному результату при проведенні ЕКО.

Контрольна група демонструє високий рівень тривожності, депресії, астенії та інших невротичних станів через відсутність цілеспрямованої психологічної допомоги.

Експериментальна група після втручання показала суттєве покращення емоційного стану: зниження тривожності, депресії та астенії, а також покращення соціальної адаптації.

Психологічна підтримка (групова та індивідуальна) ефективно допомагає жінкам справлятися зі стресами підготовки до ЕКЗ, зменшуючи їх психоемоційне навантаження.

### **Основні висновки цього розділу є такими:**

1. Психологічна підтримка значно знижує рівень тривожності та стресу у подружжя, яке готується до штучного запліднення. Результати дослідження показали, що пари, які отримують психологічну допомогу, демонструють помітне зменшення негативних емоційних станів порівняно з тими, хто не звертався до фахівців.

2. Психотерапевтичні втручання сприяють покращенню міжособистісних відносин у подружжі. Психологічна підтримка дозволяє подолати напругу, що виникає через невизначеність та можливі труднощі у процесі штучного запліднення. Психотерапевтичні сесії допомогли покращити комунікацію між партнерами, зменшити конфлікти та підвищити взаєморозуміння.

3. Когнітивно-поведінкові техніки та релаксаційні практики виявилися ефективними інструментами для зниження рівня емоційного напруження. Пари, які практикували ці техніки, демонстрували вищу стійкість до стресу та більш позитивне ставлення до процесу штучного запліднення.

4. Участь у групах підтримки також виявилася корисною для зниження почуття ізоляції та підвищення емоційного благополуччя. Пари, що брали участь у таких групах, отримували підтримку від інших учасників, що полегшувало подолання труднощів і сприяло покращенню їхнього психологічного стану.

5. Індивідуальна психологічна підтримка є ефективним інструментом, який допомагає подружжям краще підготуватися до штучного запліднення, адаптуватися до можливих невдач та покращити емоційне благополуччя. Емпіричні дані показали, що пари, які отримували індивідуальні консультації, краще справлялися з емоційними викликами.

6. Психологічна підтримка підвищує впевненість у процесі лікування. Пари, що брали участь у психологічних програмах підтримки, виявилися більш впевненими у своїх силах, а також у здатності пройти через процедуру штучного запліднення з мінімальними емоційними втратами.

Загалом, результати емпіричного дослідження підтверджують, що психологічна підтримка є важливим фактором підвищення емоційної стійкості, зміцнення відносин між партнерами та зниження рівня стресу під час підготовки до штучного запліднення.

## **РОЗДІЛ 3. РОЗВИТОК ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ПОДРУЖЖЯ В ПЕРІОД ПІДГОТОВКИ ДО ЕКЗ.**

### **3.1. Техніки та інструменти психологічної підтримки.**

Психологічний супровід – це процес надання підтримки, порад та допомоги особам, які переживають емоційні труднощі, конфлікти, чи знаходяться в складних життєвих ситуаціях. Його мета полягає в тому, щоб допомогти людям зрозуміти свої почуття, розвивати стратегії подолання труднощів та покращувати якість їхнього життя. Психологічний супровід може включати індивідуальні консультації, терапію, групові сесії або психологічні тренінги, залежно від потреб та обставин конкретної особи.

У психологічному супроводі пар, які готуються до ЕКЗ, можна виділити такі напрями психологічної допомоги:

а) Індивідуальна терапія – це коли психолог або психотерапевт працює з клієнтом один на один, надаючи підтримку, допомогу у вирішенні проблем та розвитку особистості.

б) Групова терапія відбувається, коли учасники об'єднуються в групу для спільної роботи над своїми проблемами, спілкування та взаємної підтримки.

в) Сімейна терапія. Робота з членами сім'ї для вирішення конфліктів, покращення комунікації та зміцнення відносин.

г) Парна терапія – терапевт працює з двома партнерами, допомагаючи їм зрозуміти та вирішити проблеми у відносинах.

д) Консультування – надання короткострокової підтримки та порад у вирішенні конкретних проблем чи ситуацій.

При підготовці до екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) важлива психологічна підтримка, оскільки цей процес може бути емоційно складним для пар. Використання спеціальних технік та інструментів допомагає полегшити тривогу, страх та невпевненість.

Техніки психологічної підтримки:

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): Цей підхід допомагає змінювати негативні думки та переконання щодо ЕКЗ і репродуктивного здоров'я загалом. КПТ фокусується на корекції тривожних думок, що зменшує стрес і сприяє впевненості в успішності процедури.

2. Техніки релаксації та медитації: Практики глибокого дихання, медитації та прогресивної м'язової релаксації допомагають знизити рівень стресу та тривожності. Релаксація також може допомогти зменшити фізичне напруження, що важливо під час підготовки до процедури.

3. Емоційна підтримка через спілкування: Важливо обговорювати свої емоції та страхи з партнером, психологом або підтримувальною групою. Спілкування допомагає зрозуміти, що ви не самотні в цьому процесі, та дозволяє зняти емоційне напруження.

4. Майндфулнес (усвідомленість): Практики усвідомленості допомагають зосереджуватися на теперішньому моменті та уникати надмірного занурення в негативні думки. Це сприяє стабілізації емоційного стану та зменшує переживання щодо результату процедури.

5. Психотерапія пар: ЕКЗ може впливати на відносини в парі, тому важливо підтримувати взаєморозуміння. Спеціалісти з психотерапії пар допомагають подолати напругу, зміцнити емоційний зв'язок і знизити конфлікти.

#### Інструменти підтримки:

1. Психологічне консультування: Індивідуальні консультації з психологом або психотерапевтом допомагають краще справлятися з емоціями, стресом та страхами, пов'язаними з процедурою.

2. Групи підтримки: Спеціалізовані групи для пар, що проходять ЕКЗ, дозволяють ділитися досвідом та отримувати емоційну підтримку від інших людей, які перебувають у схожій ситуації.

3. Підтримка онлайн: Форумі та онлайн-групи з підтримки також можуть бути важливим джерелом інформації та емоційної допомоги, що допомагає зменшити почуття ізоляції.

4. Денники емоцій: Ведення щоденника може бути корисним інструментом для відстеження своїх емоційних реакцій на різні етапи ЕКЗ. Це допомагає краще усвідомити свої почуття та працювати з ними.

### **3.2. Опис тренінгової програми «Впевнено до мети».**

Тренінг для пар, які готуються до штучного запліднення (екстракорпорального запліднення, ЕКЗ), включе як емоційну підтримку, так і інформаційно-психоедукаційні компоненти. Ось приклад плану тренінгу, який можна запропонувати парам, . перед екстракарпоральним заплідненням

Тренінг: «Впевнено до мети»

Мета тренінгу:

- Підвищити психологічну стійкість пар.
- Знизити рівень тривожності та стресу перед процедурою ЕКЗ.
- Надати емоційну підтримку та підвищити розуміння процесу.
- Покращити комунікацію між партнерами для кращої взаємопідтримки.

Тривалість: 4 заняття по 2 години (можливо змінити залежно від потреб групи)

Заняття 1: Інформаційно-психоедукаційне заняття.

#### **1. Вступ і знайомство**

- Представлення тренера і учасників.
- Ознайомлення з метою тренінгу.
- Правила групової роботи (поважати емоції інших, конфіденційність, відкритість).

#### **2. Інформаційний блок про ЕКЗ**

- Роз'яснення етапів процесу ЕКЗ.
- Типові емоційні реакції на кожному етапі (тривожність, страх, очікування).

#### **3. Психоедукація про стрес і його вплив на тіло та психіку**

- Як стрес впливає на процес зачаття.

- Техніки контролю стресу (медитації, дихальні вправи).

#### 4. Обговорення очікувань

- Що пари очікують від ЕКЗ?
- Як подружжя може підтримувати один одного на емоційному рівні?

#### Заняття 2: Комунікація та підтримка в парі

##### 1. Вправа "Активне слухання"

- Навчання технікам активного слухання для кращої комунікації в стосунках.

##### 2. Роль партнера у підтримці

- Як партнери можуть висловлювати свої почуття та потреби?
- Вправа: кожен партнер висловлює свої очікування і потреби, партнер відповідає, як може їх підтримати.

##### 3. Обговорення страхів та тривог

- Вправа: виявлення та обговорення найбільших страхів, пов'язаних з процедурою.
- Підтримка партнера у подоланні цих страхів.

##### 4. Практика релаксаційних технік

- Навчання простим дихальним вправам для зниження рівня стресу в складних моментах.

#### Заняття 3: Емоційна регуляція та стресостійкість

##### 1. Емоційна грамотність

- Як розпізнавати та управляти власними емоціями?
- Вправа: ідентифікація емоцій, пов'язаних з ЕКЗ, та їх вираження.

##### 2. Техніки боротьби зі стресом

- Вправа: використання технік для зниження стресу (дихальні вправи, техніки візуалізації, арт-терапія).

##### 3. Техніка "Точка опори"

- Пошук особистих та парних джерел підтримки (близькі люди, особисті захоплення, взаємодія з партнером).

##### 4. Обговорення методів подолання розчарування

- Як подружжя може підтримувати один одного в разі невдалих спроб?

- Важливість емоційної стійкості та довготривалої підтримки.

#### Заняття 4: Майбутнє та впевненість у собі

##### 1. Обговорення можливих результатів

- Як справлятися з різними результатами (успішне або неуспішне ЕКЗ)?

##### 2. Вправа "План на майбутнє"

- Кожен партнер описує, як він бачить майбутнє незалежно від результатів процедури.

##### 3. Створення "Карти ресурсу"

- Пари створюють власні "карти підтримки" – списки ресурсів та технік, які допоможуть їм на різних етапах процесу.

##### 4. Заключна медитація

- Медитація на зміцнення віри в успіх та внутрішніх ресурсів подружжя.

#### Результати тренінгу:

- Пари навчаються ефективніше спілкуватися та підтримувати один одного в складні моменти.
- Знижується рівень стресу та тривожності перед процедурою ЕКЗ.
- Подружжя отримує конкретні інструменти для емоційної регуляції та боротьби зі стресом.

Такий тренінг допоможе парам впоратися з емоційними викликами, підтримати одне одного та підготуватися до процедури штучного запліднення психологічно.

### **3.3. Оцінка ефективності тренінгової програми психологічної підтримки.**

Опис вибірки і процедури дослідження для пар, які готуються до штучного запліднення (ЕКЗ)

#### Вибірка

##### 1. Кількісна характеристика вибірки

- Розмір вибірки: Для досягнення репрезентативних результатів можна включити від 30 до 50 пар, які готуються до екстракорпорального запліднення.

Такий розмір вибірки дозволить отримати статистично значущі результати й забезпечить можливість порівняння даних.

**Критерії включення:**

- Пари, які перебувають у процесі підготовки до ЕКЗ або на ранніх етапах процедури (до першого циклу ЕКЗ).
- Вік партнерів від 25 до 45 років.
- Згода на участь у дослідженні.
- Відсутність серйозних психіатричних розладів або хронічних захворювань, що можуть вплинути на емоційний стан.

**Критерії виключення:**

- Пари, які вже пройшли декілька циклів ЕКЗ або знаходяться на пізніх етапах (після третього циклу).
- Пари з явними психологічними розладами, що потребують спеціалізованої терапії.

**Соціально-демографічні характеристики вибірки.**

**Вік:** Середній вік жінок може варіюватися від 30 до 40 років, чоловіків — від 30 до 45 років.

**Тривалість стосунків:** Пари, що перебувають у шлюбі або стабільних стосунках від 2 років і більше.

**Попередній досвід лікування безпліддя:** Пари, які раніше намагалися зачати природним шляхом або через інші репродуктивні технології, але без успіху.

**Процедура дослідження.**

**Етапи проведення дослідження**

**1. Підготовчий етап:**

- Інформування та залучення учасників: Пари запрошуються до участі через клініки репродуктивної медицини, де вони проходять підготовку до ЕКЗ. Всі учасники отримують детальну інформацію про мету і методи дослідження. Перед початком кожен учасник підписує інформовану згоду на участь.



- Анонімність та конфіденційність: Важливо наголосити, що всі дані залишатимуться конфіденційними, а результати будуть використовуватися лише для наукових цілей.

## 2. Проведення попереднього опитування (до початку тренінгу):

- Анкетування: Пари заповнюють кілька стандартизованих психологічних тестів:

- Шкала тривожності (наприклад, Шкала Спілбергера).

- Шкала депресії та тривожності HADS.

- Оцінка задоволеності стосунками (інвентаризація подружніх стосунків).

- Інтерв'ю або короткі відкриті питання: Доповнення анкет відкритими питаннями для збору якісних даних про емоційні очікування та побоювання пар перед ЕКЗ.

## 3. Впровадження тренінгової програми:

- Пари проходять тренінг психологічної підтримки (4 заняття по 2 години) для розвитку навичок емоційної регуляції, комунікації та стресостійкості.

- У процесі тренінгу можливе використання спостережень для оцінки залученості та взаємодії між партнерами.

## 4. Післятренінгове опитування:

- Після завершення тренінгу пари знову заповнюють ті ж самі анкети, що й на першому етапі. Це дозволить оцінити динаміку змін в емоційному стані та задоволеності стосунками.

- Проведення індивідуальних інтерв'ю з метою з'ясування вражень від тренінгу, його впливу на емоційний стан і стосунки.

## 5. Аналіз отриманих даних:

- Порівняння показників до і після участі в тренінгу для визначення ефективності програми.

- Аналіз кореляцій між психологічним станом учасників і соціально-демографічними характеристиками (вік, тривалість стосунків, соціальний статус).

## 6. Завершальний етап:

- Підготовка звіту за результатами дослідження.
- Розробка рекомендацій для психологічної підтримки пар, що готуються до ЕКЗ, на основі отриманих даних.

Методи збору даних:

- Кількісні методи: Стандартизовані опитувальники для вимірювання рівня тривожності, стресу, депресії та задоволеності стосунками. Дані будуть аналізуватися за допомогою статистичних методів (наприклад, t-тест для залежних вибірок).
- Якісні методи: Індивідуальні інтерв'ю та відкриті запитання для збору суб'єктивних вражень та емоційних реакцій на тренінг і процедуру підготовки до ЕКЗ.

Можливі труднощі:

- Небажання пар ділитися емоціями: Пари можуть бути не готові відверто говорити про свої емоційні труднощі. Важливо забезпечити безпечну та конфіденційну атмосферу.
- Невелика вибірка: Зважаючи на специфіку досліджуваної теми, вибірка може бути відносно невеликою, що ускладнить генералізацію результатів.

Такий підхід до вибору вибірки та процедури дослідження дозволить отримати глибоке розуміння того, як психологічна підтримка допомагає парам під час підготовки до штучного запліднення, а також визначити ефективність тренінгової програми.

### **ВИСНОВОК ДО 3 РОЗДІЛУ.**

У третьому розділі було проаналізовано особливості психологічної підтримки подружжя під час підготовки до штучного запліднення та визначено основні аспекти, які впливають на емоційне та психологічне благополуччя партнерів. Дослідження показало, що цей період є емоційно складним та вимагає всебічної підтримки, спрямованої на подолання тривожності, страхів та невизначеності, пов'язаних із процесом медичних втручань.

Було встановлено, що ефективна психологічна підтримка включає кілька ключових напрямків: емоційне супроводження, формування позитивного сприйняття процесу штучного запліднення, а також створення умов для відкритого діалогу між партнерами. Важливими факторами є розвиток стресостійкості та підтримка взаєморозуміння між подружжям, що дозволяє зменшити ризик конфліктів і покращити їхню емоційну взаємодію.

Проведене дослідження підтвердило ефективність спеціальних психологічних методик, зокрема сімейної терапії, когнітивно-поведінкових технік та методів релаксації, для зміцнення психологічного стану подружжя. Крім того, було підкреслено важливість участі фахівців у сфері репродуктивної медицини та психології, що сприяє створенню атмосфери довіри та підтримки в процесі підготовки до штучного запліднення.

Таким чином, розвиток системи психологічної підтримки подружжя в період підготовки до штучного запліднення є необхідним для забезпечення їхнього психоемоційного благополуччя та підвищення ефективності репродуктивного втручання.

## ВИСНОВКИ

Процес підготовки до екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) є важливим етапом у житті подружжя, який часто супроводжується значним емоційним напруженням, стресом та тривожністю. Успішна психологічна підтримка в цей період може не лише полегшити емоційний стан пари, але й сприяти підвищенню ефективності медичних процедур. На основі проведеного дослідження можна зробити такі висновки:

1. Психологічна підтримка є важливою складовою процесу підготовки до ЕКЗ. Подружжя, яке отримує фахову психологічну допомогу, демонструє нижчий рівень стресу та тривожності, що сприяє поліпшенню їхнього емоційного благополуччя.

2. Когнітивно-поведінкові та релаксаційні техніки мають високу ефективність у зменшенні негативних емоційних станів. Застосування КПТ та технік релаксації допомагає подружжям справлятися з тривожними думками, підвищуючи їх впевненість у процесі лікування.

3. Емоційна підтримка в сім'ї є ключовим фактором. Взаєморозуміння, довіра та відкритість у спілкуванні між партнерами допомагають долати труднощі, пов'язані з ЕКЗ. Спільне обговорення страхів і сподівань зміцнює відносини та полегшує процес прийняття складних рішень.

4. Групова підтримка та соціальне середовище також відіграють важливу роль. Участь у групах підтримки або отримання допомоги через онлайн-спільноти дозволяє подружжям відчувати, що вони не самотні у своїй ситуації. Це допомагає їм знизити почуття ізоляції та знайти додаткові ресурси для емоційного відновлення.

5. Роль психолога в процесі ЕКЗ є багатогранною. Спеціаліст може виступати як консультант, фасилітатор емоційних змін та посередник у вирішенні конфліктів, що виникають під час підготовки до процедури. Важливим аспектом є індивідуалізація підтримки з урахуванням особливостей кожної пари.

6. Психотерапія пар є важливим елементом зміцнення відносин. Допомога фахівця дозволяє не лише подолати стресові ситуації, але й зміцнити емоційний зв'язок між партнерами, сприяючи успішному проходженню процедури.

Отже, психологічна підтримка подружжя в процесі підготовки до екстракорпорального запліднення повинна бути комплексною, враховувати індивідуальні потреби кожного партнера та спрямовуватися на зниження емоційного напруження, покращення комунікації в сім'ї та зміцнення емоційного благополуччя пари. Це підвищує шанси на успіх ЕКЗ та покращує якість життя подружжя.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

### ЛІТЕРАТУРА:

1. Астахов В. М., Бацилєва О. В., Пузь І. В. (2014). Девіантне материнство як клініко-психологічна проблема. *Здоров'я жінки*, №7 (43), 197-200.
2. Астахов В. М., Пузь І. В. (2016). Пренатальна та перинатальна психологія як складові частини психології розвитку. *Жіночий лікар*, 1 (33), 41-45.
3. Бацилєва О. В. (2015). Психоемоційний стрес та його роль у виникненні порушень репродуктивного здоров'я жінки. *Актуальні проблеми психології: Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія* / за ред. С. Д. Максименка, Т. 10, Вип. 16, 52-61.
4. Бацилєва О. В. (2016). Медико-психологічні особливості репродуктивного здоров'я молоді у сучасних умовах. *Збірник наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України* / за ред. С. Д. Максименка, Т. X, Ч. 9, 63-72.
5. Бацилєва О. В., Астахов В. М. (2016). Підготовка до батьківства як етап соціалізації особистості. *Збірник наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України* / за ред. С. Д. Максименка, Т. X, Ч. K., 13-20.
6. Бацилєва О. В. (2014). Індивідуально-психологічні особливості жінок із порушенням репродуктивного здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, Вип. 2, Т. 2, 90-94.
7. Бацилєва О. В. (2011). Особливості психологічного супроводу жінок під час вагітності. *Актуальні проблеми психології: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості* / за ред. С. Д. Максименка, М. В. Папучі, Т. 11, Вип. 4, 178-185.

8. Герасименко, Н. В. (2020). Емоційний супровід пацієнтів при процедурі ЕКЗ: від реакцій на невдачі до підтримки під час успішних спроб. Науковий вісник Київського університету, серія психологічна, 12(3), 55-65.
9. Горпинченко І. І., Романюк М. Г. (2016). Безпліддя: етіологія, патогенез, діагностика та сучасні методи лікування. Здоров'я чоловіка, №1.
10. Дмитренко, Ю. В. (2021). Соціальна підтримка та її роль у процесі екстракорпорального запліднення: психологічний аспект. Журнал психології та медичної практики, 22(1), 34-43.
11. Картушинська А. В. Стан емоційної сфери у жінок з безпліддям при повторному застосуванні протоколу екстракорпорального запліднення.
12. Козачок А. А. Гінеколог-ендокринолог, Репродуктолог клініка ДАХНО.
13. Коноваленко, О. В. (2021). Стрес і взаємовідносини партнерів при екстракорпоральному заплідненні: психологічний аналіз. Психологічний журнал, 28(3), 52-61.
14. Кривенко, О. П. (2020). Ускладнення вагітності після екстракорпорального запліднення: клінічні аспекти та профілактика. Науковий вісник Львівського медичного університету, 30(2), 89-98.
15. Кулікова, О. Ю. (2020). Психологічні та медичні аспекти імплантації ембріонів при ЕКЗ. Психологічний вісник, 16(2), 77-85.
16. Мельник, С. О. (2017). Вплив соціальних і культурних факторів на репродуктивне здоров'я жінок. Науковий вісник Львівського університету, серія психологічна, 9(3), 112-123.
17. Назаренко Т. А. (2015). Безплідний шлюб. Що може і повинен зробити лікар жіночої консультації (клінічна лекція). Вісник акушера-гінеколога.
18. Петренко, О. І. (2020). Психологічні аспекти допоміжних репродуктивних технологій: проблеми та рішення. Психологія і особистість, 16(4), 56-65.

19. Пузь І. В. (2017). Відмова від дитини як форма прояву девіації материнської поведінки жінки. Матеріали VI Харківських міжнародних психологічних читань, присвячених пам'яті О. М. Лактіонова, ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 419-423.
20. Семенова, В. Ю. (2019). Психологічний супровід пар з проблемами репродукції: виклики та стратегії. Журнал психології та психотерапії, 15(2), 77-89.
21. Сергієнко, І. В. (2021). Роль груп підтримки у збереженні психічного здоров'я пар, що проходять через процедури ЕКЗ. Психологічний журнал, 28(2), 88-97.
22. Шевчук, Н. І. (2021). Психогенне безпліддя: діагностика і терапія в рамках репродуктивної психології. Науковий вісник Львівського університету, серія психологічна, 13(4), 60-70.
23. Юзько О. М. (2017). Застосування допоміжних репродуктивних технологій при лікуванні безпліддя в Україні. Жіночий лікар.
24. Domar, A. D., & Alper, M. M. (2017). The role of psychological support in assisted reproduction. In *The Psychological Impact of Infertility and Its Treatment* (pp. 155-167). Springer.
25. Gardner, D. K., & Lane, M. (2021). Human IVF: A Practical Guide to In Vitro Fertilization. Cambridge University Press.
26. Miller, L. J., & Carter, C. M. (2017). Coping with recurrent pregnancy loss: The role of psychological support. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 60(4), 731-743.
27. Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., et al. (2020). The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Fertility and Sterility*, 113(3), 555-566.



## ДОДАТКИ

Додаток А 1. Тест Спілбергера на виявлення особистісної та ситуативної тривожності.

| № 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            |

Методика є інформативним способом самооцінки рівня тривожності у даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розроблена Ч. Д. Спілбергером і адаптована Ю. Л. Ханіним.

### **А. Шкала самооцінки реактивної тривожності.**

Прочитайте уважно кожне з приведених вище 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

Така інформація буде корисною і для оцінки реакції особистості на хворобу і майбутнє лікування, і для визначення вираженості тривожності як стійкої особистісної риси, допоможе визначитися з методами психотерапії.

### **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 почуваєте 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 почуваю 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 почуваю 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.

2. Клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів  
(К. К. ЯХИН, Д. М. МЕНДЕЛЕВИЧ)

Застосовується для виявлення та оцінки невротичних станів. Інструкція: випробуваному пропонується оцінити свій поточний стан за п'ятибальною

системою: 5 балів - ніколи не було, 4 бали - рідко, 3 бали - іноді, 2 бали - часто, 1 бал - постійно або завжди.

1. Ваш сон поверхневий і неспокійний?
2. Чи помічаєте Ви, що стали більш повільні і мляві, немає колишньої енергійності?
3. Після сну Ви відчуваєте себе втомленим і «розбитим» (невідпочилої)?
4. У Вас поганий апетит?
5. У Вас бувають відчуття здавлювання в грудях і відчуття браку повітря при заворушеннях або розладах?
6. Вам важко буває заснути, якщо Вас що-небудь турбує?
7. Чи відчуваєте Ви себе пригніченим і пригнобленим?
8. Чи відчуваєте Ви у себе підвищену стомлюваність, втома?
9. Чи помічаєте Ви. Що колишня робота дається Вам важче і вимагає великих зусиль?
10. Чи помічаєте Ви, що стали більш розсіяним і неуважним забуваєте куди поклали яку-небудь річ або не можете згадати, що тільки збиралися робити?
11. Вас турбують нав'язливі спогади?
12. Чи буває у Вас відчуття якогось неспокою (наче щось має трапитися), хоча особливих причин і ні?
13. У Вас виникає страх захворіти важким захворюванням (рак, інфаркт, психічне захворювання і т. д.)?
14. Ви не можете стримувати сльози і плачете?
15. Чи помічаєте Ви, що потреба в інтимному житті для Вас стала менше або навіть стала Вас обтяжувати?
16. Ви стали більш дратівливі і запальні?
17. Чи приходить Вам думка, що у Вашому житті мало радості і щастя?
18. Чи помічаєте Ви, що стали якимось байдужим, немає колишніх інтересів і захоплень?

19. перевіряєте Ви багаторазово виконані дії: вимкнений газ, вода, електрика, замкнені чи двері і т. д.?
20. Чи турбують Вас болі або неприємні відчуття в області серця?
21. Коли Ви турбуєтеся, у Вас буває так погано з серцем, що Вам доводиться приймати ліки або навіть викликати «швидку допомогу»?
22. Чи буває у Вас дзвін у вухах або брижі в очах?
23. Чи бувають у Вас напади прискореного серцебиття?
24. Ви так чутливі, що гучні звуки, яскраве світло і різкі фарби дратують Вас?
25. Чи відчуваєте Ви в пальцях рук і ніг, або в тілі поколювання, повзання мурашок, оніміння або інші неприємні відчуття?
26. У Вас бувають періоди такого занепокоєння. Що Ви навіть не можете всидіти на місці?
27. Ви до кінця роботи так сильно втомлюєтеся, що Вам необхідно відпочити, перш ніж взятися за що-небудь?
28. Очікування Вас турбує і нервує?
29. У Вас паморочиться голова і темніє в очах, якщо Ви різко встанете або нахиліться?
30. При різкій зміні погоди у Вас погіршується самопочуття?
31. Ви помічали як у Вас мимоволі сіпаються голова і плечі, або повіки, вилиці, особливо, коли Ви хвилюєтеся?
32. У Вас бувають кошмарні сновидіння?
33. Ви відчуваєте тривогу і занепокоєння за кого-небудь мул за що-нібудь?
34. Чи відчуваєте Ви клубок у горлі при хвилюванні?
35. Чи буває у Вас відчуття, що до Вас ставляться байдуже, ніхто не прагне Вас зрозуміти і поспівчувати, і Ви відчуваєте себе самотнім?
36. Чи відчуваєте Ви труднощі при ковтанні їжі, особливо Ви хвилюєтеся?
37. Ви звертали увагу на те Що руки або ноги у Вас знаходяться в неспокійному русі?
38. турбує Вас, що ви не можете звільнитися від постійно повертаються

нав'язливих думок (мелодія, вірш, сумніви)?

39. Ви легко потієте при заворушеннях?

40. Чи буває у Вас страх залишатися на самоті в порожній квартирі?

41. Чи відчуваєте Ви у себе нетерплячість, непосидючість або метушливість?

42. У Вас бувають запаморочення або нудота до кінця робочого дня?

43. Ви погано переносите транспорт (Вас «заколисуює» і Вам стає погано)?

44. Навіть у теплу погоду ноги і руки у вас холодні ?

45. Чи легко Ви ображаєтеся?

46. У Вас бувають нав'язливі сумніви в правильності Ваших вчинків або рішень?

47. Чи не вважаєте Ви, що Ваша праця на роботі чи вдома недостатньо оцінюється навколишніми?

48. Вам часто хочеться побути на самоті?

49. Ви помічаєте, що Ваші близькі ставляться до Вас байдуже або навіть неприязно?

50. Ви відчуваєте себе скуто або невпевнено в суспільстві?

51. Чи бувають у Вас головні болі?

52. Чи помічаєте Ви, як стукає або пульсує кров у судинах, особливо якщо ви хвилюєтеся?

53. Чи здійснюєте Ви машинально непотрібні дії (потираєте руки, поправляють одяг, волосся та т. Д.)?

54. Ви легко червонієте або бліднете?

55. Покривається чи Ваше обличчя, шия або груди червоними плямами при хвилюванні?

56. Чи приходять Вам на роботі думки, що з Вами може несподівано щось трапитися і Вам не встигнуть надати допомогу?

57. Чи виникають у вас болі або неприємні відчуття в області шлунка, коли Ви хвилюєтеся?

58. Чи приходять Вам думки, що Ваші подруги (друзі) або близькі більш

щасливі, ніж Ви?

59. Чи бувають у Вас запори або проноси?

60. Коли Ви хвилюєтеся у Вас буває відрижка або тошнота?

61. Перш ніж прийняти рішення Ви довго вагаєтеся?

62. Чи легко змінюється Ваш настрій?

63. При розладах у Вас з'являється свербіж шкіри або висип?

64. Після сильного розлади Ви втрачали голос або у Вас віднімалися руки або ноги?

65. У Вас підвищене слиновиділення?

66. Чи буває, що Ви не можете одна перейти вулицю, відкриту площу?

67. чи буває, що Ви відчуваєте сильне почуття голоду, а ледве почавши є, швидше насичується?

68. У Вас виникає почуття, що в багатьох неприємностях винуваті Ви самі?

Обробка: використовуються таблиці значень діагностичних коефіцієнтів по шести шкалами:

### Шкала тривоги

| Номер<br>вопроса | 1 балл | 2 балла | 3 балла | 4 балла | 5 баллов |
|------------------|--------|---------|---------|---------|----------|
| 6                | -1,33  | -0,44   | 1,18    | 1,31    | 0,87     |
| 12               | -1,08  | - 1,3   | -0,6    | 0,37    | 1,44     |
| 26               | -1,6   | - 1,34  | -0,4    | -0,6    | 0,88     |
| 28               | - 1,11 | 0       | 0,54    | 1,22    | 0,47     |
| 32               | -0,9   | - 1,32  | -0,41   | 0,41    | 1,3      |
| 33               | - 1,19 | -0,2    | 1       | 1,04    | 0,4      |
| 37               | - 0,78 | - 1,48  | - 1,38  | 0,11    | 0,48     |
| 41               | -1,26  | -0,93   | -0,4    | 0,34    | 1,24     |
| 50               | -1,23  | -0,74   | 0       | 0,37    | 0,63     |
| 61               | -0,92  | -0,36   | 0,28    | 0,56    | 0,1      |

### Шкала невротичної депресії

| Номер<br>вопроса | 1 балл | 2 балла | 3 балла | 4 балла | 5 баллов |
|------------------|--------|---------|---------|---------|----------|
| 2                | -1,58  | -1,45   | -0,41   | 0,7     | 1,46     |
| 7                | -1,51  | -1,53   | -0,34   | 0,58    | 1,4      |
| 15               | -1,45  | -1,26   | -1      | 0       | 0,83     |
| 17               | -1,38  | -1,62   | -0,22   | 0,32    | 0,75     |
| 18               | -1,3   | -1,5    | -0,15   | 0,8     | 1,22     |
| 35               | -1,34  | -1,34   | -0,5    | 0,3     | 0,73     |
| 48               | -1,2   | -1,23   | 0,36    | 0,56    | 0,2      |
| 49               | -1,08  | -1,08   | -1,18   | 0       | 0,46     |
| 58               | -1,2   | -1,26   | -0,37   | 0,21    | 0,42     |
| 68               | -1,08  | -0,54   | -0,1    | 0,25    | 0,32     |

### Шкала астенії

| Номер<br>вопроса | 1 балл | 2 балла | 3 балла | 4 балла | 5 баллов |
|------------------|--------|---------|---------|---------|----------|
| 3                | -1,51  | -1,14   | -0,4    | 0,7     | 1,4      |
| 8                | -1,5   | -0,33   | 0,9     | 1,32    | 0,7      |
| 9                | -1,3   | -1,58   | -0,6    | 0,42    | 1        |
| 10               | -1,62  | -1,18   | 0       | 0,79    | 1,18     |
| 14               | -1,56  | -0,7    | -0,12   | 0,73    | 1,35     |
| 16               | -1,62  | -0,6    | 0,26    | 0,81    | 1,24     |
| 24               | -0,93  | -0,8    | -0,1    | 0,6     | 1,17     |
| 27               | -1,19  | -0,44   | 0,18    | 1,2     | 1,08     |
| 45               | -1,58  | -0,23   | 0,34    | 0,57    | 0,78     |
| 62               | -0,5   | -0,56   | 0,38    | 0,56    | 0        |



### Шкала істеричного типу реагування

| Номер<br>вопроса | 1 балл | 2 балла | 3 балла | 4 балла | 5 баллов |
|------------------|--------|---------|---------|---------|----------|
| 5                | -1,41  | -1,25   | -0,5    | 0,4     | 1,53     |
| 21               | -1,2   | -1,48   | -1,26   | -0,18   | 0,67     |
| 31               | -1,15  | -1,15   | -0,87   | -0,1    | 0,74     |
| 34               | -1,48  | -1,04   | -0,18   | 1,11    | 0,5      |
| 35               | -1,34  | -1,34   | -0,52   | 0,3     | 0,73     |
| 36               | -1,3   | -1,38   | -0,64   | -0,12   | 0,66     |
| 45               | -1,58  | -0,23   | 0,34    | 0,57    | 0,78     |
| 47               | -1,38  | -1,08   | -0,64   | -0,1    | 0,52     |
| 49               | -1,08  | -1,08   | -1,18   | -0,1    | 0,46     |
| 57               | -1,2   | -1,34   | -0,3    | 0       | 0,42     |
| 64               | -0,6   | -1,26   | -1,08   | -0,38   | 0,23     |

### Шкала obsесивно-фобічних порушень

| Номер<br>вопроса | 1 балл | 2 балла | 3 балла | 4 балла | 5 баллов |
|------------------|--------|---------|---------|---------|----------|
| 11               | -1,38  | -1,32   | -0,3    | 0,3     | 1,2      |
| 13               | -1,53  | -1,38   | -0,74   | 0,23    | 0,9      |
| 19               | -1,32  | -0,63   | 0       | 0,99    | 1,2      |
| 38               | -0,9   | -1,17   | -0,43   | 0,37    | 0,69     |
| 40               | -1,38  | -0,67   | -0,81   | 0,18    | 0,64     |
| 46               | -1,34  | -1,2    | 0,1     | 0,54    | 0,43     |
| 53               | -0,78  | -1,5    | -0,35   | 0,27    | 0,36     |
| 56               | -0,3   | -1,2    | -1,3    | -0,67   | 0,33     |
| 61               | -0,92  | -0,36   | 0,28    | 0,56    | 0,1      |
| 66               | -1     | -0,78   | -1,15   | -0,52   | 0,18     |

### Шкала вегетативних порушень

| Номер<br>вопроса | 1 балл | 2 балла | 3 балла | 4 балла | 5 баллов |
|------------------|--------|---------|---------|---------|----------|
| 1                | -1,51  | - 1,6   | -0,54   | 0,5     | 1,45     |
| 4                | - 1,56 | - 1,51  | -0,34   | 0,68    | 1,23     |
| 6                | - 1,33 | -0,44   | 1,18    | 1,31    | 0,87     |
| 20               | - 1,3  | -1,58   | -0,1    | 0,81    | 0,77     |
| 22               | - 1,08 | - 1,5   | - 0,71  | 0,19    | 0,92     |
| 23               | -1,8   | -1,4    | -0,1    | 0,5     | 1,22     |
| 25               | -1,15  | -1,48   | - 1     | 0,43    | 0,63     |
| 29               | -1,6   | -0,5    | -0,3    | 0,62    | 0,9      |
| 30               | - 1,34 | - 0,7   | -0,17   | 0,42    | 0,85     |
| 32               | -0,9   | - 1,32  | -0,41   | 0,42    | 1,19     |
| 39               | -1,56  | - 0,43  | - 0,1   | 0,48    | 0,76     |
| 42               | - 1,3  | -0,97   | - 0,4   | -0,1    | 0,7      |
| 43               | - 1,11 | -0,44   | 0       | 0,78    | 0,45     |
| 44               | - 1,51 | -0,57   | -0,26   | 0,32    | 0,63     |
| 51               | - 1,34 | - 0,78  | 0,2     | 0,31    | 1,4      |
| 52               | -0,97  | - 0,66  | - 0,14  | 0,43    | 0,77     |
| 54               | -0,93  | -0,3    | 0,13    | 0,93    | 0,6      |
| 57               | - 1,2  | - 1,34  | -0,3    | 0       | 0,42     |
| 59               | - 1,08 | -0,83   | -0,26   | 0,24    | 0,55     |
| 63               | -0,9   | - 1,15  | - 1     | -0,1    | 0,25     |
| 65               | - 1    | -1,26   | -0,22   | -0,43   | 0,27     |
| 67               | -0,7   | -0,42   | -0,55   | 0,18    | 0,4      |

Інтерпретація: підсумовують діагностичні коефіцієнти по шести шкалами і вибудовують графік. Показник більше +1,28 вказує на рівень здоров'я, менше - 1,28 - хворобливий характер виявлених розладів.

### 3. Шкала депресії Бека

Опитувальник:

1

0. Я не відчуваю себе засмученим, сумним.

1. Я засмучений.

2. Я весь час засмучений і не можу від цього відключитися.

3. Я настільки засмучений і нещасливий, що не можу це витримати.

2

0. Я не турбуюся про своє майбутнє.

1. Я відчуваю, що здивований майбутнім.

2. Я відчуваю, що мене нічого не чекає в майбутньому.

3. Моє майбутнє безнадійно, і ніщо не може змінитися на краще.

3

0. Я не відчуваю себе невдахою.

1. Я відчуваю, що терпів більше невдач, ніж інші люди.

2. Коли я оглядаюся на своє життя, я бачу в ній багато невдач.

3. Я відчуваю, що як особистість я - повний невдаха.

4

0. Я отримую стільки ж задоволення від життя, як раніше.

1. Я не отримую стільки ж задоволення від життя, як раніше.

2. Я більше не отримую задоволення ні від чого.

3. Я повністю не задоволений життям і мені все набридло.

5

0. Я не відчуваю себе в чому-небудь винуватим.

1. Досить часто я відчуваю себе винуватим.

2. Більшу частину часу я відчуваю себе винуватим.

3. Я постійно відчуваю почуття провини.

6.

0. Я не відчуваю, що можу бути покараним за що-небудь.

1. Я відчуваю, що можу бути покараний.

2. Я очікую, що можу бути покараний.

3. Я відчуваю себе вже покараним.

7

0. Я не розчарувався в собі.

1. Я розчарувався в собі.

2. Я собі огидний.

3. Я себе ненавиджу.

8

0. Я знаю, що я не гірше інших.

1. Я критикую себе за помилки і слабкості.

2. Я весь час звинувачую себе за свої вчинки.

3. Я звинувачую себе у всьому поганому, що відбувається.

9

0. Я ніколи не думав накласти на себе руки.

1. До мене приходять думки накласти на себе руки, але я не буду їх здійснювати.

2. Я хотів би накласти на себе руки.

3. Я б убив себе, якби випала нагода.

10

0. Я плачу не більше ніж зазвичай.

1. Зараз я плачу частіше, ніж раніше.

2. Тепер я весь час плачу.

3. Раніше я міг плакати, а зараз не можу, навіть якщо мені хочеться.

11

0. Зараз я дратівливий не більше, ніж зазвичай.

1. Я легше дратуюся, ніж раніше.

2. Тепер я постійно відчуваю, що роздратований.
3. Я став байдужий до речей, які мене раніше дратували.

12

0. Я не втратив інтересу до інших людей.
1. Я менше цікавлюся іншими людьми, ніж раніше.
2. Я майже втратив інтерес до інших людей.
3. Я повністю втратив інтерес до інших людей.

13

0. Я відкладаю прийняття рішення іноді, як і раніше.
1. Я частіше, ніж раніше, відкладаю прийняття рішення.
2. Мені важче приймати рішення, ніж раніше.
3. Я більше не можу приймати рішення.

14

0. Я не відчуваю, що виглядаю гірше, ніж зазвичай.
1. Мене турбує, що я виглядаю старим і непривабливим.
2. Я знаю, що в моїй зовнішності відбулися істотні зміни, де-гавкають мене непривабливим.
3. Я знаю, що виглядаю потворно.

15

0. Я можу працювати так само добре, як і раніше.
1. Мені необхідно зробити додаткове зусилля, щоб почати робити щонебудь.
2. Я насилу змушую себе робити що-небудь.
3. Я зовсім не можу виконувати ніякої роботи.

16

0. Я сплю так само добре, як і раніше.
1. Зараз я сплю гірше, ніж раніше.
2. Я прокидаюся на 1-2 години раніше, і мені важко заснути знову.
3. Я прокидаюся на декілька годин раніше звичайного і більше не можу

заснуть.

17

0. Я втомлююся не більш, ніж зазвичай.

1. Тепер я втомлююся швидше, ніж раніше.

2. Я втомлююся майже від усього, що я роблю.

3. Я не можу нічого робити через втому.

18

0. Мій апетит не гірше, ніж зазвичай.

1. Мій апетит став гірше, ніж раніше.

2. Мій апетит тепер значно гірше.

3. У мене взагалі немає апетиту.

19

0. Останнім часом я не схудла або втрата ваги була незначною.

1. За останній час я втратив більше 2 кг.

2. Я втратив більше 5 кг.

3. Я втратив більше 7 кг.

20

Я навмисно намагаюся схуднути і їм менше (зазначити хрестиком). Та ні\_

0. Я турбуюся про своє здоров'я не більше, ніж зазвичай.

1. Мене турбують проблеми мого фізичного здоров'я, такі, як болі, розлад шлунка, запори і т.д.

2. Я дуже стурбований своїм фізичним станом, і мені важко думати про щось інше.

3. Я настільки стурбований своїм фізичним станом, що більше ні про що не можу думати.

21

0. Останнім часом я не помічав зміни свого інтересу до близькості.

1. Мене менше займають проблеми близькості, ніж раніше.

2. Зараз я значно менше цікавлюся міжстатевих стосунків, ніж раніше.

3. Я повністю втратив лібідо інтерес.

Інтерпретація:

При інтерпретації даних враховується сумарний бал по всіх категоріях.

- 0-9 - відсутність депресивних симптомів
- 10-15 - легка депресія (субдепресія)
- 16-19 - помірна депресія
- 20-29 - виражена депресія (середньої тяжкості)
- 30-63 - важка депресія

Градуюально оцінюється вираженість 21 симптому депресії.

- Пункти 1-13 - когнітивно-афективна Субшкала;
- Пункти 14-21 - Субшкала соматичних проявів депресії.