

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Навчально-науковий медичний інститут

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра психології

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри психології

А. І. Яблонський

“ ” 20__ року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

**з теми: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ОСОБИСТІСНОЇ ЗРІЛОСТІ З ФАКТОМ
ВИНИКНЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЕЗПЛІДДЯ**

Керівник:

к.психол.н., доцент

Кучманіч Ірина Миколаївна

(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент:

доцент кафедри психології,

філософії та соціально-

гуманітарних дисциплін

НУК ім. адмірала Макарова

к.психол.н., доцент

Чугуєва Інна Євгенівна

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

Виконала:

студентка VI курсу групи 667 Мз

Кривошеєва Марія Андріївна

(П.І.Б.)

Спеціальності:

053 Психологія

(шифр і назва спеціальності)

ОПП:

Сімейна психологія з основами

психотерапії

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ОСОБИСТІЙНА ЗРІЛІСТЬ ЯК ОДНА З УМОВ ПОДОЛОННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЕЗПЛІДДЯ.....	8
1.1 Психогенне безпліддя як психологічна проблема	8
1.2 Особистісна зрілість як соціально-психологічний феномен	14
1.3 Особистісні детермінанти психогенного безпліддя	19
Висновки до першого розділу.....	23
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНОЇ ЗРІЛОСТІ ЖІНОК ІЗ ПСИХОГЕННИМ БЕЗПЛІДДЯМ.....	28
2.1 Теоретико-методологічні засади побудови констатувального експерименту.....	28
2.2 Результати констатувального експерименту: аналіз емоційного стану жінок з психогенним безпліддям та рівня їхньої особистісної зрілості	37
2.3 Дослідження взаємозв'язку особистісної зрілості та психологічного безпліддя	50
Висновки до другого розділу.....	54
РОЗДІЛ 3. КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ОПТИМІЗАЦІЇ ПРОЦЕСУ СТАНОВЛЕННЯ ОСОБИСТІСНОЇ ЗРІЛОСТІ ЖІНКИ З ПСИХОЛОГІЧНИМ БЕЗПЛІДДЯМ	57
3.1 Корекційна програма: структура та зміст.....	57
3.2 Результати формувального етапу експерименту.....	68
Висновки до третього розділу.....	71
ВИСНОВКИ.....	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	77
ДОДАТКИ.....	82

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Проблема безпліддя упродовж багатьох століть не втрачає актуальності. Варто зауважити, що в сучасному суспільстві це питання набуває дедалі більшого поширення. Згідно з новою доповіддю, яку опубліковано Всесвітньою організацією охорони здоров'я, на безпліддя страждає кожна шоста людина у світі – понад 17,5 % дорослого населення. У доповіді висвітлено низку показників для країн з високим, середнім та низьким рівнем доходу. Так, поширеність протягом життя у країнах з високим рівнем доходу становила 17,8% ; у країнах із низьким та середнім рівнем доходу – 16,5% [34].

Варто наголосити, що в Україні ця проблема є досить нагальною. Так, за даними МОЗ 15% всіх пар протягом життя страждають на безпліддя з різних причин. Важливо зазначити, що в 25% випадків причиною безпліддя є жіночий фактор [34]. Відповідно, актуальним видається відзначити, що лікарі розрізняють такі форми жіночого безпліддя, як-от: імунологічне, маткове, трубне, ендокринне, нез'ясованого генезу, психологічне [30].

Відповідно до вивчених матеріалів з'ясовуємо, що в сучасній науці вже розрізняють поняття «психологічне безпліддя» та «безпліддя нез'ясованого генезу» [30]. У цьому контексті постає проблема більш ґрунтовного дослідження питання саме психологічного безпліддя. Тут маємо низку наукових розвідок. Психологічну компоненту готовності до материнства та соціальний аспект питання досліджували сучасні зарубіжні та українські вчені: Cannarella R., Leon G., Menninger C., Булавенко О., Бендас В., Міхєєв А., Дзісь Н. та інші. Д. Розенелд та Е. Мітчелл визначили етапи емоційного реагування на безплідність. К. Л. Мак-Еван досліджував ситуації, в яких у безплідних жінок можуть виникнути психічні розлади. В. Сатир, М. Бовен, С. Мінухін вивчали особливості сімейних систем із симптомами психогенного безпліддя. О. Королович висвітлила симптомокомплекс психогенного

безпліддя [29]. Г. Дойч описала психологічні особливості та типи жінок, які страждають або схильні до психогенного безпліддя [21]. Вчена посеред інших виокремлює такий тип жінок: жінки-діти: незрілі, чутливі, по-дитячому вередливі щодо чоловіка, схильні до функціональних розладів [21]. Тут важливим видається дослідити зв'язок рівня особистісної зрілості з виникненням психологічного безпліддя.

Проблема особистісної зрілості постійно перебуває у колі наукових інтересів учених. Маємо чисельну кількість наукових розвідок щодо цього питання. Американські вчені розпочали дослідження проблеми особистісної зрілості (Е. Еріксон, А. Маслоу, Г. Олпорт, К. Роджерс). В українській психології питання особистісної зрілості людини порушено в наукових працях учених, як-от: М. Боришевського, Ю. Гільбуха, Н. Дідик, О. Завгородньої, Ю. Приходько, О. Штепи та ін. Однак аналіз наукових джерел засвідчує, що попри низку досліджень, все ж вкрай мало об'єктивних обґрунтованих теорій та практичних результатів щодо зв'язку рівнів особистісної зрілості з виникненням психологічного безпліддя в жінок.

Таким чином, актуальність зазначеної проблеми на сучасному етапі, а саме її не досить ефективне висвітлення як на теоретичному, так і на практичному рівнях вимагає подальшого вивчення. Значущість, поширеність та водночас досить обмежена кількість наукових розвідок щодо цього питання зумовили вибір теми дослідження – «Взаємозв'язок особистісної зрілості з фактом виникнення психологічного безпліддя». Більш ґрунтовне дослідження цієї проблеми сприятиме глибшому розумінню психоемоційного стану жінок з таким діагнозом та виробленню ефективнішої психологічної допомоги при психогенному безплідді.

Мета магістерської роботи – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості взаємозв'язку рівня особистісної зрілості з виникненням психологічного безпліддя в жінок.

Відповідно до мети нами було визначено наступні **завдання**:

1. Висвітлити феномен та рівні особистісної зрілості жінки в соціально-психологічному контексті.
2. Здійснити теоретико-методологічний аналіз проблеми психологічного безпліддя.
3. Емпірично дослідити взаємозв'язок особистісної зрілості та психологічного безпліддя.
4. Розробити та перевірити ефективність комплексної програми оптимізації процесу становлення особистісної зрілості жінки з психологічним безпліддям.

Об'єкт дослідження – феномен психологічного безпліддя.

Предмет дослідження – взаємозв'язок особистісної зрілості та психологічного безпліддя жінки.

Гіпотеза дослідження: недеференційованість емоційної сфери є показником психологічної незрілості та фактором виникнення психологічного безпліддя; низький рівень особистісної зрілості є одним із чинників психогенного безпліддя.

Методи дослідження. Методологічною основою дослідження стали загальнонаукові та спеціальні методи наукового пізнання.

Теоретичні методи (аналіз, синтез, моделювання, метод порівняльного аналізу й узагальнення даних) використано з метою вивчення наукових джерел, тлумачення та уточнення ключових понять.

Емпіричні методи (опитування (бесіда, анкетування), пряме та непряме спостереження) використано з метою вивчення стану досліджуваної проблеми та одержання результатів експерименту.

Методики дослідження. Для досягнення мети дослідження застосовано комплекс *психодіагностичних методик*: Опитувальник особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна, Шкала депресії Бека, Шкала оцінки емоційного тону, Опитувальник особистісної зрілості (ОЗО) О. Штепи, Опитувальник великої п'ятірки, онлайн-анкета (запропоновано авторські питання).

Математико-статистичні методи використано для обробки результатів експерименту (коефіцієнт кореляції r-Пірсона, критерій t-Стюдента).

База дослідження. Дослідження проведено на базі Жіночої консультації № 3 КНП ММР «Пологовий будинок № 3», кабінет планування сім'ї, м. Миколаїв. *Вибірка:* Дослідження проведено впродовж 2024 року. У межах дослідження було охоплено 60 осіб. Віковий діапазон жінок, з якими було проведено дослідження: 27 – 38 років.

Теоретична значущість роботи. На основі аналізу наукової літератури висвітлено особливості взаємозв'язку особистісної зрілості з виникненням психологічного безпліддя в жінок, розроблено програму емпіричного дослідження та проведено комплекс корекційних занять з подальшими рекомендаціями.

Практичне значення роботи. Результати дослідження можуть бути використані: в межах освітнього процесу ВНЗ (у процесі вивчення навчальних дисциплін, як-от: «Кризове консультування», «Психосоматика в системному підході», «Технології тренінгової роботи», «Психологія особистості», «Психологія емоцій», «Сімейна психологія», «Перинатальна психологія» тощо; у практиці роботи психологів із жінками із безпліддям нез'ясовного генезу, в жіночих консультаціях, перинатальних центрах, клініках, які надають медичні послуги щодо лікування ідіопатичного безпліддя.

Апробація роботи. Основні положення та результати роботи обговорено на XXVII Всеукраїнській науково-практичній конференції «Могилянські читання – 2024: досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти» (Миколаїв, 2024).

Публікації.

1. Кривошесєва М. А. Психогенне безпліддя: глибинні причини та шляхи подолання. *Експериментальні та теоретичні дослідження в контексті*

сучасної науки: зб. матер. VII Всеукраїнської студентської наукової конференції (22.11. 2024, Львів, Україна).

2. Кривошеєва М. А. Взаємозв'язок особистісної зрілості з фактом виникнення психологічного безпліддя. *UNIVERSUM*. 2024. № 14.

Структура роботи. *Кваліфікаційна робота містить вступ, три розділи, висновки та додатки. Список літератури містить 46 наукових джерел. Робота містить 10 таблиць, 5 додатків. Загальний обсяг роботи 93 сторінки.*

РОЗДІЛ 1.

ОСОБИСТІЙНА ЗРІЛІСТЬ ЯК ОДНА З УМОВ ПОДОЛОННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЕЗПЛІДДЯ

1.1 Психогенне безпліддя як психологічна проблема

Проблема жіночого безпліддя упродовж багатьох століть не втрачає актуальності. Варто наголосити, що в сучасному суспільстві це питання набуває дедалі більшої актуальності.

Варто наголосити, що на факт виникнення вагітності впливають усі складові репродуктивної системи, які повинні комплексно спрацювати. Зокрема: якісні яйцеклітини; здатність імунної системи сприймати чоловічу сперму та не перешкоджати імплантації ембріона до порожнини матки; здоровий потенціал усіх органів та систем для виношування дитини; робота імунної, ендокринної та інших систем жіночого організму, які безпосередньо впливають на настання вагітності. Важлива, що порушення функцій лише однієї складової може призвести до того, що вагітність не настане.

Згідно з рекомендаціями провідних професійних асоціацій та міжнародних організацій (ВОЗ, ESHRE, ASRM) варто говорити про безпліддя та розпочати обстеження, лікування пацієнтів у таких випадках:

- за відсутності вагітності протягом 12 місяців активного статевого життя (у жінок до 35 років) та протягом 6 місяців (у жінок після 35 років) без застосування контрацепції;
- ще до закінчення вищезгаданих термінів за наявності чинників, які знижують фертильність.

Розрізняють безпліддя **абсолютне** та **відносне**. *За абсолютного безпліддя* зміни репродуктивної системи є незворотними. Відповідно, настання вагітності природнім шляхом є неможливим. У цьому контексті варто висвітлити фактори такого виду безпліддя: відсутність сперматозоїдів у

чоловіка; відсутність яйників, маткових труб чи матки у жінки. За *відносного* *безпліддя* ймовірність зачаття не виключено, однак суттєво знижено.

Безпліддя може бути *первинним та вторинним*.

Первинне безпліддя. Такий діагноз ставлять жінкам, які намагаються завагітніти вперше. Ці жінки ніколи не зверталися з такою проблемою, жодного разу не вагітніли та не народжували.

Вторинне безпліддя. Цей діагноз характерний для жінок, які вже вагітніли та народжували дітей, але повторні спроби завагітніти є невдалими.

Виокремлюють безпліддя, **яке зумовлено:**

- *чоловічим фактором* (пов'язано з проблемами репродуктивної функції в чоловіків);
- *жіночим фактором* (обумовлено проблемами зі здоров'ям та порушенням репродукції в жінок);
- *спільними факторами* в шлюбі.

У цьому контексті важливим видається зазначити, що в Україні багато років поспіль працюють команди репродуктологів, зокрема Медичних центрів «Клініка професора Стефана Хміля» (м. Львів, м. Тернопіль), які мають багаторічний успішний досвід [30]. У межах матеріалів сайту бачимо, що лікарі розрізняють такі форми жіночого безпліддя, як-от: імунологічне, маткове, трубне, ендокринне, нез'ясованого генезу, психологічне. За твердженням лікарів, кожна форма жіночого безпліддя має певні причини, прояви та відповідний протокол лікування.

Відповідно до вивчених матеріалів з'ясовуємо, що в сучасній науці *вже розрізняють поняття «психологічне безпліддя» та «безпліддя нез'ясованого генезу»*. Тут варто наголосити, що психологічні дослідження жінок з безпліддям невиявленого генезу, є не досить поширеними, більше того, в сучасному контексті тільки набирають обертів через активне поширення цієї проблеми в світі. Вчені вважають, що це нездатність пари зачати дитину без видимих причин. Попри відсутність проблем зі здоров'ям та за умови цілісного ґрунтового обстеження організму, а також здорового способу

життя та неодноразових спроб зачати дітей, вагітність так і не настає. Отже, наголошуємо, що в такій ситуації відсутні очевидні причини. І навіть за допомогою сучасних методів діагностики причина або причини залишаються не з'ясованими.

Діагноз «безпліддя нез'ясованого генезу» пацієнтка отримує, якщо пройдено комплекс відповідних досліджень (дослідження проходять обидва партнери). У результаті чого не виявлено біологічних причин репродуктивних порушень.

Умови, за яких жінкам ставлять діагноз «безпліддя неясного генезу»: немає гінекологічних захворювань; у жінки нормальна прохідність маткових труб та відсутня маткова патологія; немає гормональних порушень; структура матки без порушень; регулярна овуляція; доведено сумісність з партнером (проведено спеціальні проби на імунологічну сумісність, наприклад, непрямий MAR-тест); відсутні інші фактори безпліддя – імунологічний, психологічний або генетичний.

У контексті нашого дослідження актуальним видається саме поняття «психологічне безпліддя» або «психогенне безпліддя». У результаті аналізу наукової літератури доходимо висновку, що психогенне безпліддя – це порушення репродуктивного здоров'я, за якого: відсутні об'єктивні фактори, які унеможлиблюють зачаття, виношування та народження дитини. Однак при цьому зберігається анатомічна та функціональна цілісність репродуктивної системи жінки.

Психологи визначили низку чинників, які можуть вплинути на ймовірність настання зачаття. Найчастіше серед психологічних причин безпліддя визначають стрес та події з минулого, що спричинили травму. У цьому контексті, коли мова йде про стрес, розуміють різні його форми: фінансова нестабільність, важка психологічна ситуація вдома, схильність до депресії та занадто сильне бажання мати дитину.

У багатьох жінок психологічне безпліддя зумовлено психотравмою, яку зазнала жінка раніше (хворобливі спогади про важке дитинство або тривалий

період життя в умовах фінансової нестабільності). У жінки також можуть виникати страхи, що чоловік залишить її з дитиною. Це може бути зумовлено тим, що вона особисто росла без батька. Вагітність не може наступити до того часу, поки жінка не відчує, що вона в безпеці та за необхідності зможе захистити власну дитину.

Існує окрема група причин психологічного безпліддя. Це пов'язано з внутрішнім конфліктом між різними мотивами майбутньої матері. Наприклад, жінка прагне зробити кар'єру та водночас планує народити дитину. Такі бажання можуть бути рівними за інтенсивністю, однак абсолютно різними за спрямованістю. Конфлікт, який виникає в результаті цього, призводить до неможливості реалізації обох цих цілей.

Серед психологічних причин безпліддя також виокремлюють й усвідомлення власної бездітності. Жінки, які не можуть завагітніти, відчувають власну соціальну неповноцінність. Вони страждають через тривогу, невпевненість у майбутньому, напругу, втому, гнів або депресію. Такий перманентний стрес впливає на жіночий організм на рівні фізіології. Зокрема, відбувається: погіршення стану імунної системи, порушення роботи яєчників, погіршення стану маткових труб та матки. Також в умовах стресу змінюються процеси в головному мозку. Як наслідок, відбуваються порушення в гормональній регуляції організму. Все це значно знижує шанси на успішне зачаття дитини.

Таким чином, у межах наукового обігу висвітлено класифікацію причин психогенного непліддя. Їх умовно розподілено на три групи:

- I – причини, що походять з минулого жінки;
- II – причини, які супроводжують жінку в теперішньому житті;
- III – причини, які пов'язані з майбутнім.

У кожній із цих груп є такі фактори:

- які залежать від самої жінки (внутрішні та зовнішні);
- які залежать здебільшого від її оточення та середовища [10].

Отже, *причини з минулого*. Наприклад, жінка в дитинстві пережила розлучення батьків, втрату дуже близької людини, жорстоке ставлення. Розлучення батьків є суттєвим фактором, що впливає на дорослі стислі прихильності, оскільки мають значення не тільки стосунки дітей з батьками, а й безпосередньо взаємини батьків [16]. Якщо жінка (мати) відчувала стреси в процесі вагітності, може статися збій у формуванні регуляторних систем мозку. І тоді в жінок буде підвищена кількість чоловічих статевих гормонів, а в чоловіків – жіночих. Можливо, жінку виховували надто «правильно» в тому дусі, що статеві стосунки – це щось заборонене. Також сюди належать невдалі попередні вагітності, важкі пологи, втрата дитини. Ці ситуації, якщо жінка внутрішньо особисто собі не пробачила власного минулого та постійно докоряє собі цим. Змінити таку ситуацію видається можливим тільки за умови *переосмислення свого ставлення до вагітності*.

Причини, як мають місце в теперішньому. Наприклад, це тиск у межах оточення. Чим довше у подружжя немає дітей, тим сильніше відчувається тиск. Відповідно, це і створює несприятливий стан для зачаття. Організм посилено виробляє гормон стресу – кортизон, який може «виснажити» ембріон та пригнітити його розвиток.

Причини, що виникають при плануванні чи усвідомленні майбутнього. Переважно це страхи, які виникають внаслідок різних причин. Зокрема, переживання щодо того, чи вистачить сил та можливості забезпечити дитину всім необхідним, коли зміниться звичний спосіб життя. У жінок також виникає страх втратити роботу, залишитися самотньою, без підтримки рідних, без спілкування в колі друзів. У жінки може виникати страх пологів (фізичний біль, можливість втрати при цьому дитини) та страх через ситуацію, яка очікує жінку після пологів (буде недосконалою мамою). Також у жінки можуть виникати страхи через відповідальність. Цей вид страху, як правила, притаманний тим жінкам, на яких було покладено надмірну відповідальність за виховання молодших дітей.

Таким чином, надмірні страхи, зациклення на цьому питанні стримують в організмі жінки її дітородну функцію.

Внаслідок наукового аналізу з'ясовуємо, *що психогенне безпліддя виникає або є результатом* низки емоційних переживань:

1. Негативний образ матері.
2. Досвід «безбатченків». Страх повторити сценарій власної матері для майбутньої дитини. Залишитися матір'ю-одиначкою.
3. У дитинстві жінки – смерть одного з батьків.
4. У дитячому віці мав місце насильницький досвід.
5. Відсутність сформованої власної статевої ідентичності.
6. Досвід абортів / викиднів / завмирань. Установка – я більше не хочу це переживати.
7. Високий рівень контролю особистого життям.
8. Соціальний стан – «неодружена» (партнер не виявляє бажання оформити стосунки офіційно).
9. Страх втрати особистої свободи при народженні дитини.
10. Страх батьківської некомпетентності.
11. Нетерпимість до дитячої поведінки.
12. Внутрішньоособистісні конфлікти у жінки: народити дитину та водночас побудувати.
13. Відсутність довіри до чоловіка. Неможливість на нього покластися.
14. Неблагополучне матеріальне становище, відсутність власного житла, відсутність стабільної роботи.
15. Тему вагітності / пологів / материнства / батьківства було до певного часу табуовано. Установка – «це не на часі».

Таким чином, у результаті аналізу наукової літератури видається можливим сформулювати основні *причини психогенного безпліддя*, а саме: високий рівень тривожності або навіть наявність генерального тривожного розладу. Це може бути пов'язано з емоційними переживаннями жінки та соціально-економічною ситуацією. Для жінок з таким діагнозом характерно:

наявність певних невротичних станів; наявність депресивних станів; наявність емоційного тону.

1.2 Особистісна зрілість як соціально-психологічний феномен

Питання особистісної зрілості, її критеріїв та механізмів досягнення є чи не однією з нагальних проблем у сучасній психології. Варто наголосити, що ця проблема наразі є досить затребуваною та соціально актуальною. У наукових джерелах зазначено, що особистісна зрілість співвідноситься з різними рівнями особистісної організації: *від психофізіологічного* (сформованість фізіологічних передумов функціонування особистості) *до соціального* (відповідний рівень зрілості системи соціальної активності індивіда в межах різних соціальних сфер). Згідно з структурно-ієрархічним підходом до визначення особистісної організації визначають такі *рівні зрілості особистості*: психічний (Л. Виготський), психологічний (П. Жане), соціально-психологічний (Е. Greenberger et al.). Кожен з цих рівнів має змістовну та функціональну специфіку.

Варто зазначити, що саме американські вчені розпочали дослідження проблеми особистісної зрілості (Е. Еріксон, А. Маслоу, Г. Олпорт, К. Роджерс). У цих наукових розвідках зазначено, що зрілість особистості визначають у двох аспектах: по-перше, *це дорослість* як певний віковий період у житті людини; по-друге, *це досить високий рівень психічного та соціального розвитку людини* (незалежно від її віку). Проте *визначальною є така характеристика зрілості*: високий рівень розвитку певних особистісних якостей людини та її ставлення до норм поведінки; самоактуалізація особистості як найбільш повна та вільна реалізація власних можливостей.

У результаті аналізу наукової літератури з'ясовуємо, що в науковому обігу маємо низку паралельних понять, які вживають щодо «особистісної зрілості». Так, Г. Олпорт вживає поняття «зріла особистість», А. Маслоу використовує термін «самоактуалізована особистість», К. Роджерс вважає,

«особистість, яка повноцінно функціонує», а Е. Фром – що це «людина плідного характеру».

У цьому контексті важливим видається висвітлити вітчизняні наукові розвідки щодо цього питання. В українській психології питання особистісної зрілості людини порушено в наукових працях учених, як-от: М. Боришевського, Ю. Гільбуха, Н. Дідик, О. Завгородньої, Ю. Приходько, О. Штепи та ін.

Дослідження проблеми зрілості особистості тільки набирає обертів у вітчизняній психологічній науці. Вчені наголошують, що значення таких досліджень є безсумнівним, оскільки вони органічно поєднані із розробленням досить багатогранної проблеми становлення і розвитку особистості на різних етапах життєвого шляху. Це питання є одним із основних у теоретичній та прикладній психології.

У результаті аналізу наукової літератури з'ясовуємо, що питання особистісної зрілості передбачає *такі напрями дослідження*: співвіднесення хронологічної й особистісної зрілості; характеристика особистісно зрілих людей; формулювання механізмів особистісної зрілості; рівні особистісної зрілості.

Особистісна зрілість – це нове утворення, яке є результатом інтеграції насамперед індивідуально зумовлених та соціальних характеристик людини.

У *категорії зрілості* визначають два аспекти: *процесуальний та структурний*. Процесуальний аспект віддзеркалює цілісний процес розвитку зрілості. Структурний аспект – системоутворюючі інтегративні якості особистості, сутнісні ознаки цілісного розвитку особистості, які забезпечують її ефективне функціонування.

Зміст поняття «*зріла особистість*» містить такі характеристики:

1) *регуляторна зрілість* – здатність керувати власною поведінкою, ухвалювати самостійні рішення та брати відповідальність за наслідки такої поведінки;

2) *моральна зрілість* – здатність регулювати власну поведінку згідно з моральними нормами;

3) *когнітивна зрілість* – здатність продуктивно використовувати життєвий досвід для розв’язання певних завдань;

4) *рефлексивна зрілість* – здатність пердусім адекватно оцінювати себе, власні дії та їхні наслідки.

Відповідно до окремих сторін розвитку особистості українські та зарубіжні науковці визначають у такі *види зрілості*: батьківська (О. Васильченко, І. Кучманич, К. Сіра, О. Тіунова); біологічна (О. Васильченко, О. Тіунова); громадянська (Т. Мироненко, Л. Снігур, П. Якобсон); духовна (М. Боришевський, Л. Снігур); інтегративна (М. Ємельянова); когнітивна (О. Зазимко, О. Козаченко, М. Смульсон, О. Темрук, К. Riegel, G. Labouvie-Vief); моральна (Б. Ананьєв, П. Якобсон, В. Русалов, І. Кудрявцев); статеві (І. Кучманич, К. Сіра, О. Тіунова); професійна (О. Бондарчук, А. Деркач, Н. Дідик, Є. Гейко, Л. Камєнєва, О. Кокун, Т. Комар, О. Темрук, R. Walls, S. Gulkus; психічна (А. Деркач, С. Панченко, Г. Шапорєва); психологічна (Л. Анцифєрова, Є. Гейко, О. Козаченко, О. Лавренко, С. Максименко, Н. Мацевко, О. Старовойтенко, О. Солдатченко, О. Темрук, Т. Шутенко, П. Якобсон; психосоціальна (C. Markstrom, S. Marshall, E. Greenberger, B. Sorensen, M. Berzonsky, L. Kuk, J. Goldman, P. Olczak, M. Ремшмидт); релігійна (K. Genia, J. Hanford); соціальна (О. Васильченко, О. Зазимко, О. Зарецька, Н. Лебедик, Л. Пилипенко, Т. Скрипник, О. Солдатченко, О. Темрук, K. Schneider, О. Штепа, П. Якобсон та ін.); соціально-психологічна (А. Журавльов); суб’єктна (А. Боднар, В. Татенко, М.-Л. Чепа); синовня/дочірня (K. Fredriksen, K. Birditt); трудова (Б. Ананьєв); фізична (А. Деркач, Г. Крайг, О. Лавренко); форм поведінки (М. Боришевський).

У межах нашого дослідження *актуальним видається дослідити рівні психологічної та соціально-психологічної зрілості як базових складових особистісної зрілості.*

У сучасних наукових розвідках висвітлено вивчення особистісної зрілості за соціально та індивідуально орієнтованими критеріями в їхньому взаємозв'язку. Підґрунтям для таких досліджень є наукові праці Е. Еріксона щодо психосоціальної зрілості. Такий вид зрілості передбачає можливість прийняття людиною системи соціальних та міжособистісних ролей та рольових переваг. Необхідною умовою здійснення комплексу досягнень є формування психологічної структури індивідуальної свідомості («его»), яка здатна забезпечити уявлення людини про себе як про цілісний суб'єкт. Така особистість здатна вступати у різні типи стосунків із навколишнім світом. У цьому контексті *зріла особистість* – це соціально адаптована особистість, яка засвоїла норми соціальних систем на певних рівнях, однак при цьому є індивідуалізованою та зорієнтована на реалізацію власної мети (М. Леонов, М. Главатських).

У результаті аналізу наукових розвідок учених видається можливим визначити основні *показники зрілості особистості*: активна життєва позиція (активність у реалізації власних і суспільних цілей); асертивність (здатність людини впевнено відстоювати свої права, однак при цьому не порушувати прав інших); відкрита позиція на основі кооперації з іншими людьми; сформована ідентичність (здатність не залежати від зовнішніх впливів та оцінок, самостійно регулювати власну поведінку з урахуванням соціальних ситуацій); відповідальність за розкриття своєї індивідуальності та наслідки власних дій відповідно до позицій інших людей (здатність відповідати за власні вчинки перед іншими, суспільством, собою); повага до себе та до інших через самоприйняття та толерантність; оптимістична життєва позиція (оптимістичний усвідомлений образ майбутнього, яке відповідає власним мріям та планам); компетентність у часі (здатність зберігати самототожність та внутрішню єдність в подальшому).

Таким чином, *зрілість особистості* – це суб'єктивні інтегровані якості в межах *трикомпонентної системи*: ставлення до себе, до інших, до світу. Наявність такої системи ставлень дозволяє: надати адекватну відповідь на

зовнішні впливи та внутрішні процеси у певних життєвих ситуаціях (таку, яка відповідає насамперед власним переконанням та нормам суспільства).

У науковій розвідці Баранової С. В. визначено та систематизовано конкретні *завдання зрілості*:

- 1) виконання батьківської ролі;
- 2) становлення інтимно-особистісних відношень та любов до іншої людини;
- 3) самореалізація, зайнятість певною працею, яка приносить користь суспільству;
- 4) активне формування власної особистості, індивідуальності, саморозвиток, вміння управляти власним психологічним простором, суверенність, здатність створювати нове, усвідомлення власної суб'єктності, усвідомлення власного призначення в житті, місця в суспільстві;
- 5) духовне самозбагнення та саморозкриття як здатність до нетравматичного переживання самотності, здатність до усамітнення. Ця властивість передбачає (за Д. Рождественським): по-перше, сформованість Я-меж або диференціацію об'єкта й самості; по-друге, здатність прийняти себе в реальності за відсутності компенсуючого (доповнюючого) об'єкта [9].

Штепа О. С. визначає такі *риси особистісної зрілості*: відповідальність, децентрація, глибинність переживань, життєва філософія, толерантність, автономність, контактність, самоприйнятливність, креативність, синергічність. Вчена також стверджує, децентрація – здатність зрозуміти позицію іншої людини; вміння бачити ситуацію з позиції іншої особи [43, с. 149–157.]. У результаті аналізу наукової літератури доходимо висновку, що феномен зрілості розуміють як *поліфункціональну характеристику особи*.

У результаті аналізу наукової літератури видається можливим виокремити *характеристики зрілої особистості*: потреба в пошуку сенсу життя, здатність застосовувати знання, ефективно використовувати власний потенціал, здатність до психологічної близькості з іншою людиною, високий рівень рефлексії, наявність стійкої єдності особистісних рис, реалістичність,

функціональна автономність, уміння розмежовувати ідеальну та реальну мету, уміння конструктивно вирішувати життєві проблеми, гнучкість поведінки, самоконтроль, стійкі й несуперечливі ціннісні орієнтації, відповідальність, толерантність, активна участь у житті соціуму тощо. Однак, на думку М. Боришевського, вагомою характеристикою у формуванні зрілої особистості є самосвідомість [12].

1.3 Особистісні детермінанти психогенного безпліддя

У науковому обігу маємо вкрай мало наукових досліджень щодо жінок із психогенним безпліддям. Вважаємо необхідним зауважити, що на сучасному етапі ця проблема тільки набирає обертів через активне поширення в світі. Так, у дослідженні Назаренко Т.А. висвітлено особистісний профіль безплідних жінок. Такі жінки, які страждають на безпліддя, схильні до депресивних реакцій, тривожні, емоційно нестійкі, конфліктні, з явним прагненням подобатися всім, хто їх оточує. Також для жінок з таким безпліддям характерні риси психічного інфантилізму. Авторка, крім інфантилізму, в безплідних жінок виявила: відсутність психологічної фертильності, прояв крайньої недовіри до навколишнього світу, що відбивається в таких особистісних рисах як-от: схильність до підвищеного контролю ситуації і планування, неприйняття нового, ригідність. Низка авторів (Насирова Р. Ф., Сотнікова Л. С., Савіних Е. Н.) дослідила індивідуально-психологічні особливості жінок, які страждають на безпліддя. Так, для безплідних жінок *характерно наступні особистісні фактори* – домінування, замкнутість, байдужість, суперництво, підозрілість, самоповага, безвідповідальність, тривожність, нечутливість, напруженість, депресивність, консерватизм та ригідність. Також в цьому дослідженні було виявлено високий рівень депресії, ситуативної та особистісної тривожності. Це і є безпосередньою основою для домінування відповідних емоційних станів та особистісних особливостей.

Відповідно до наукових розвідок Чаркіної О. А. в групі жінок, які мають проблеми із зачаттям та перебігом вагітності, було з'ясовано наступне. Жінки з порушенням репродуктивної функції відзначаються: емоційною нестійкістю, схильністю до гіперстенічного реагування, схильністю до перепадів настрою, нетерпимістю до невдач з накопиченням негативних емоцій, схильністю до формування надцінних ідей, перекрученою жіночою ідентичністю, зниженим рівнем соціальної адаптації, конфліктними стосунками з батьками, незадоволеністю собою, завищеною самооцінкою, зниженою цінністю дитини при високій цінності материнства, високим рівнем тривоги, часто пригніченою агресією, відсутністю достатнього усвідомлення хвороби. У дослідженні Василюк Ф. Е. виявлено, що жінки з безпліддям мають нав'язливі емоційні переживання, пригніченість, вимогливість, прямолінійність, суворість і різкість в оцінці оточуючих.

У наукових розвідках Гелен Дойч висвітлено *чинники психологічного безпліддя*: конфліктне дитинство (некерована сексуальна поведінка батьків, насилля в анамнезі); хронічний стрес; протиріччя між професійними та сімейними мотивами; страх перед вагітністю, пологами та материнством; синдром очікуваної вагітності; несприятливі соціальні фактори (наприклад, негативні стосунки в сім'ї та зі значущими дорослими) [21].

Крім того, детермінантами психологічного безпліддя є *певні особливості жінок*. Г. Дойч класифікує їх так:

- жінки-діти: незрілі, чутливі, інфантильні, вередливі, схильні до функціональних розладів;
- агресивно-домінуючі жінки, які не усвідомлюють та не виявляють свою жіночність;
- жінки-матері для власного чоловіка, що присвячують своє життя піклуванню за чоловіком;
- жінки, що присвятили своє життя ідейним або іншим інтересам.

У наукових розвідках висвітлено класифікацію жінок із психогенним безпліддям, яку засновано відповідно до ступеню вираженості та стійкості їх протистояння зачаттю:

- жінки, в яких опір вагітності є досить поверхневим, і непліддя може припинитися мимовільно на ранніх етапах лікування. Зокрема, це може відбутися в процесі обстеження (до цієї групи належить 35 % жінок із психологічним безпліддям)

- жінки з більш стійкою «блокадою» зачаття. Ця «блокада» може виникнути внаслідок певної зовнішньої стресової ситуації, яка відчувається як несприятлива для материнства. Однак певні рекомендації та зміна умов життя можуть сприяти вагітності;

- жінки, безпліддя яких виникло в результаті глибокого й тривалого психосоматичного напруження, пов'язаного з наявністю психогенних стресів [21].

Виокремлюють декілька *етапів емоційного реагування* на непліддя: здивування, горе, злість, ізоляція, заперечення та згода. Первинна реакція здивування змінюється періодом шоку та страждання. Потім додаються почуття провини, сорому та соціальної невідповідності. Відчуття депресії може «підживлювати» внутрішній гнів, що посилюється запитанням: «Чому саме я?». Згодом виникає прагнення до ізоляції, зменшення контактів. Це сприяє аутичності в жінок з психологічним безпліддям. Такі жінки неохоче йдуть на контакт з психологом. Це значно ускладнює процес терапії.

Деякі дослідники зауважують, що у випадку, коли реалізація репродуктивної функції є неможливою через наявність інших потреб у жінки, то з'являються підстави для формування механізмів захисту. Таким чином, поява психосоматичних симптомів, пов'язаних із репродуктивною системою, в тому числі й психогенного безпліддя, може вказувати на наявність внутрішньособистісного конфлікту в жінки [42].

Крім того, до *факторів, які зумовлюють виникнення* такого виду безпліддя, належать наступні: страх зачаття, вагітності, пологів, материнства;

батьківські настанови та стереотипи, які унеможлиблюють або ускладнюють народження та виховання дитини (наприклад, «Дітям потрібно віддавати всю себе», «Діти – це тягар»); синдром мертвої матері в анамнезі жінки; парентифікація (порушення ієрархії в сімейній системі, де жінка може виконувати материнську роль щодо власних батьків та інших родичів); негативний досвід народження та виховання дитини в сімейній системі (наприклад, ранні смерті дітей, девіантна поведінка, погіршення стану здоров'я жінки через народження дитини тощо).

Психогенне безпліддя викликає порушення на всіх рівнях життєдіяльності жінки: *на психічному, емоційному, фізичному, та соціальному*. Так, О. В. Королович виокремлює симптомокомплекс, який можна спостерігати у жінок із психогенним безпліддям [29].

На *фізичному рівні* можна відзначити такі прояви: гіпертонус м'язів, зокрема й в ділянці малого тазу; порушення сну (безсоння, подовження чи скорочення певних фаз сну); розлади дихання (посилення частоти та поверховість); психосоматичні симптоми; зниження лібідо; хронічний стрес.

На *рівні психічної сфери* можна зафіксувати дискоординацію роботи симпатичної та парасимпатичної НС, ментальну напругу (нав'язливі думки щодо вагітності й дитини). Останнє пов'язано з тим, що у жінок із психологічним безпліддям зазвичай внутрішню чоловічу складову проявлено більше, ніж жіночу. Через це народження дитини перетворюється на мету, об'єкт, на який спрямовуються всі зусилля. Нemoжливість досягти бажаного викликає «сильну ментальну напругу».

На *емоційному рівні* спостерігаються недиференційовані та непрожиті емоції та почуття. Це породжує надмірну напругу та відсутність відчуття розслабленості. Так, можна виокремити такі вияви: почуття сорому, провини, злості; зниження відчуття власної цінності; несприйняття власного тіла; емоційне виснаження, вигорання; заборона на проживання певних емоційно-чуттєвих феноменів; емоційна напруга.

На *рівні соціальної сфери* – порушення в сімейній системі; неконструктивні взаємини з батьками, особливо з матір'ю; невибудовані стосунки з подружнім партнером (порушення комунікації, емоційної близькості, сексуального життя); конфлікти, перекладання відповідальності.

Таким чином, причиною психогенного безпліддя можуть бути фактори, які стосуються різних сфер життя жінки. Ці фактори є взаємообумовленими. У межах нашої наукової розвідки висвітлено основний симптомокомплекс жінок, що мають діагноз «психогенне безпліддя». Він виявляється на фізичному, фізіологічному, ментальному, емоційному і соціальному рівнях життєдіяльності жінки у вигляді напруги та дисфункцій. Для успішної терапії психогенного безпліддя необхідний психотерапевтичний вплив на всі рівні, які було висвітлено. У цьому контексті можемо дійти висновку, що лікування повинно бути спрямовано не лише на відновлення функцій усіх систем організму, не тільки репродуктивної, але також і на подолання дисфункцій у сімейній системі, на подолання наслідків порушень формування материнської домінанти, на формування емоційного інтелекту, на розвиток внутрішньої жіночої частини жінки. Це система, в якій кожен елемент взаємопов'язаний із іншими, тож як діагностичні, так і психотерапевтичні завдання роботи з цим діагнозом також повинні бути системними. Тут актуальним видається дослідити методи діагностики жінок з психогенним безпліддям для з'ясування факторів, які зумовлюють такий діагноз; сформувати комплекс ефективних методів терапії ментальної, емоційної, мотиваційно-потребової, ціннісної, духовної, соціальної сфер жінок.

Висновки до першого розділу

У результаті вивчення наукової проблеми з'ясовано, що питання психогенного безпліддя в жінок набирає обертів в сучасному суспільстві. Останні наукові розвідки засвідчують, що лікарі розрізняють такі форми жіночого безпліддя, як-от: імунологічне, маткове, трубне, ендокринне, нез'ясованого генезу, психологічне. За твердженням лікарів, кожна форма

жіночого безпліддя має певні причини, прояви та відповідний протокол лікування. Відповідно до вивчених матеріалів з'ясовуємо, що в сучасній науці *вже розрізняють поняття «психологічне безпліддя» та «безпліддя нез'ясованого генезу».*

У межах дослідження зазначеного питання доходимо висновку, що психогенне безпліддя зумовлено *такими факторами*: проблемні стосунки в сім'ї; конфліктне дитинство; страх вагітності, страхом перед пологами та післяпологовими психозами; загалом страх материнства; низка соціальних проблем; внутрішні протиріччя (прагнення до кар'єри та материнства). Однак для ґрунтовного аналізу проблеми цієї проблеми варто враховувати *комплекс факторів (соціальні, психологічні, біологічні).*

Численні наукові розвідки доводять, що безпліддя є стресовою ситуацією для жінок. Тому для жінок з *таким діагнозом характерно*: нестійкість емоцій та схильність до імпульсивної реакції; низький рівень соціальної адаптації; формування надцінних ідей, зокрема перетворення на життєву мету проблему вагітності; перепади настрою; накопичення негативних емоцій; конфліктні стосунки з матір'ю; надмірна та постійна вимогливість до себе; незадоволеність собою; занижена самооцінка; фактор тривожності – підвищений.

У результаті аналізу наукових джерел, ми можемо визначити *основні причини* психогенного безпліддя, а саме: високий рівень тривожності, наявність тривожного розладу (пов'язано з емоційними переживаннями жінки та соціально-економічною ситуацією); наявність певних невротичних станів; наявність депресивних станів; наявність емоційного тону.

Психогенне безпліддя є *результатом* впливу внутрішньоособистісної проблеми на особливості проявів організму.

Провідним чинником у виникненні психологічного безпліддя є те, що жінка функціонально безплідна на рівні особистої несвідомої тривожності. Існує причина (глибинна, особиста), через яку не досягнуто психологічної зрілості. За умови, коли немає можливості реалізувати власні внутрішні

потреби, виникають переживання. *Психологічні реакції на переживання безпліддя*: емоційні (горе/депресія; гнів/фрустрація; вина; шок/заперечення; тривога); втрата контролю – як переживання; почуття власної гідності, ідентичності і переконання; наслідки в сфері соціальних відносин: подружні стосунки, сексуальне функціонування, соціальні взаємодії в суспільстві або почуття приналежності до суспільства.

Такий вид безпліддя може бути результатом психологічного захисту після глибокого й тривалого психосоматичного напруження, пов'язаного з наявністю психогенних страхів перед вагітністю. Безпосереднім пусковим механізмом відповідної симптоматики стають тривожні очікування менструації на фоні страху завагітніти, перед загрозою аборту або, навпаки, за умови пристрасного, але недосяжного бажання стати матір'ю. Іноді можливий глибокий конфлікт між свідомим бажанням завагітніти та неусвідомленою відмовою від материнства.

У сучасних наукових розвідках висвітлено *класифікацію жінок, які страждають на психогенне непліддя*: незрілі, чутливі та по-дитячому примхливі, схильні до невротичних реакцій; *агресивно-домінуючі жінки*, які не погоджуються визнавати свою жіночність; *гіперматеринські жінки*, які свій материнський інстинкт спрямовують на чоловіка; жінки, які *присвятили себе фанатичному служінню певним ідеям*.

Отже, психологічні проблеми здатні викликати безпліддя. Психологічні особливості переживання безпліддя впливають на репродуктивну функцію, на успішність лікування безпліддя, здатність якісного процесу лікування. Тому проблему безпліддя важливим видається вивчати в психологічному контексті.

У результаті теоретичного аналізу з'ясовуємо, що в науковій літературі висвітлено психологічні особливості та типи жінок, які страждають або схильні до психогенного безпліддя: жінки-діти: незрілі, чутливі, по-дитячому вередливі щодо чоловіка, схильні до функціональних розладів. Відповідно, *варто було б дослідити зв'язок рівня особистісної зрілості з виникненням психологічного безпліддя*.

За структурно-ієрархічним підходом до визначення особистісної організації визначають такі *рівні зрілості особистості*: психічний (Л. Виготський), психологічний (П. Жане), соціально-психологічний (E. Greenberger et al.).

У результаті аналізу наукової літератури з'ясовуємо, що питання особистісної зрілості передбачає *певні напрями дослідження*: співвіднесення хронологічної й особистісної зрілості; характеристика особистісно зрілих людей; формулювання механізмів особистісної зрілості; рівні особистісної зрілості.

Зміст поняття «зріла особистість» містить такі характеристики: *регуляторна зрілість* – здатність керувати власною поведінкою, ухвалювати самостійні рішення та брати відповідальність за наслідки такої поведінки; *моральна зрілість* – здатність регулювати власну поведінку згідно з моральними нормами; *когнітивна зрілість* – здатність продуктивно використовувати життєвий досвід для розв'язання певних завдань; *рефлексивна зрілість* – здатність передусім адекватно оцінювати себе, власні дії та їхні наслідки.

Відповідно до окремих сторін розвитку особистості українські та зарубіжні науковці визначають такі *види зрілості*: батьківська, біологічна, громадянська, духовна, інтегративна, когнітивна, статевая, професійна, психічна, психологічна, психосоціальна, релігійна, соціальна, соціально-психологічна, суб'єктна, синовня/дочірня, трудова, фізична, форм поведінки. У межах нашого дослідження *актуальним видається дослідити психологічний та психологічно-соціальний рівні зрілості* як базових складових особистісної зрілості.

Отже, в межах аналізу наукових розвідок з цього питання доходимо висновку, що *особистісна зрілість* – це нове утворення, яке є результатом інтеграції насамперед індивідуально зумовлених та соціальних характеристик людини. У наукових розвідках учених висвітлено *риси особистісної зрілості*: відповідальність, децентрація, глибинність переживань, життєва філософія,

толерантність, автономність, контактність, самоприйнятливість, креативність, синергічність.

Таким чином, доходимо висновку, що психологічне безпліддя вважають результатом усвідомленого або неусвідомленого небажання жінки мати дитину. Наразі не окреслено чітких причин та не достатньо розроблено комплекс методів лікування такого порушення репродуктивної функції. Як результат, це призводить до розгубленості та пригніченого стану жінки з таким діагнозом. У цьому контексті вкрай необхідним видається розробити та сформулювати психотерапевтичну модель допомоги жінкам з психогенним безпліддям відповідно до рівнів зрілості.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНОЇ ЗРІЛОСТІ ЖІНОК ІЗ ПСИХОГЕННИМ БЕЗПЛІДДЯМ

2.1 Теоретико-методологічні засади побудови констатувального експерименту

В емпіричній частині дослідження було використано комплекс психодіагностичних методик, які передбачають визначення особливостей психоемоційного стану жінок з психогенним безпліддям та рівня їхньої особистісної зрілості. Підбір інструментарію здійснено відповідно до мети та завдань дослідження.

В основу роботи покладено наступні гіпотези:

- недеференційованість емоційної сфери є показником психологічної незрілості та фактором виникнення психологічного безпліддя;
- низький рівень особистісної зрілості є одним із чинників психогенного безпліддя.

У межах проведення експерименту відповідно до предмета дослідження було *поставлено мету*: дослідити особливості взаємозв'язку рівня особистісної зрілості з виникненням психологічного безпліддя в жінок.

Необхідно розв'язати такі завдання:

1. Виявити, які саме особистісні переживання призводять до психологічного безпліддя.
2. Проаналізувати особливості переживань.
3. Висвітлити стилі саморегуляції поведінки жінок з психогенним безпліддям.
4. Дослідити рівні особистісної зрілості жінок з психогенним безпліддям.
5. Виявити та проаналізувати взаємозв'язки рівня особистісної зрілості та психологічного безпліддя в жінок.

Дослідження проведено в два етапи:

- перший етап – аналітико-констатувальний, у межах якого здійснено вивчення та аналіз наукових джерел з проблеми дослідження; визначено об’єкт, предмет, мету, завдання та методи дослідження, визначено комплекс методик щодо експерименту;

- другий етап: дослідно-експериментальний.

Дослідження проведено: на базі Жіночої консультації № 3 КНП ММР «Пологовий будинок № 3», кабінет планування сім’ї, м. Миколаїв.

Вибірка: 60 жінок. Віковий діапазон жінок, з якими було проведено дослідження: 27 – 38 років.

Медичні показники: жінки здорові. Жінок було розподілено на контрольну та експериментальну групи. Варто наголосити, що при формуванні групи дотримано принцип добровільної участі в дослідженні. Учасникам було гарантовано збереження конфіденційності результатів. У такий спосіб процедура збору емпіричних даних спростувала вплив чинників, які потенційно впливатимуть на достовірність відповідей.

Методи дослідження: метод теоретичного аналізу психологічних досліджень із зазначеної проблеми; методи статистичної обробки, методи якісного аналізу експериментальних даних; емпіричні методи (опитування (бесіда, анкетування), пряме та непряме спостереження використано з метою вивчення стану досліджуваної проблеми та одержання результатів експерименту.

Методики дослідження:

1. Опитувальник особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера–Ханіна.
2. Шкала депресії Бека.
3. Шкала оцінки емоційного тону.
4. Опитувальник особистісної зрілості (ОЗО) О. Штепа
5. Опитувальник великої п’ятірки
6. Онлайн-анкета (запропоновано авторські питання).

Статистичну обробку результатів здійснено з використанням програми «Statistica 5» (Windows).

Проведено порівняння вибірок, в результаті якого спостерігаємо відмінності між контрольною та експериментальною групами (за допомогою t критерію Стюдента).

На нашу думку, такий комплекс методів дозволить ґрунтовно дослідити особливості емоційного стану жінок з психогенним безпліддям.

Опис та обґрунтування методів дослідження

1. Тест Спілбергера-Ханіна

У межах тесту створено 2 дві підшкали.

Перша, шкала стану тривоги (ситуативної тривожності). Ця шкала оцінює поточний стан тривоги. Вимірює: як саме респонденти відчують себе «на цей момент» (на основі: суб'єктивних відчуттів страху, напруження, нервозності, неспокою та збудження вегетативної нервової системи).

Ситуативна, або реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напруженням, нервозністю, занепокоєнням, заклопотаністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію. Він може бути різним за інтенсивністю та динамічністю в часі.

Друга, шкала особистої тривожності. Ця шкала оцінює відносно стабільні аспекти особистості: схильність до занепокоєння, стан спокою, впевненості та безпеки.

Під особистісною тривожністю розуміють стійку індивідуальну характеристику, яка віддзеркалює схильність суб'єкта до тривоги, визначає наявність у нього тенденції сприймати досить низку ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожну з них певною реакцією. Особистісна тривожність – це конституційна межа, яка обумовлює схильність особистості сприймати загрозу в широкому діапазоні ситуацій. За умови високої особистісної тривожності кожна з певних ситуацій є стресом для індивідуума, викликає в

нього виражену тривогу. Особиста тривожність як властивість активізується при сприйнятті певних стимулів, які людина вважає небезпечними (також і для самооцінки та самоповаги). Особи, які належать до категорії високотривожних, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці та життєдіяльності у великому діапазоні ситуацій та реагувати дуже вираженим станом тривожності.

Якщо STAI висвітлює в респондента високий показник особистісної тривожності, це дає підставу припускати появу стану тривожності в різних пересічних ситуаціях. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з психосоматичними захворюваннями та навіть емоційними та невротичними зривами.

Процедура проведення

Інструкція: Прочитайте уважно кожне з речень, які зазначено нижче. Закресліть цифру справа у відповідній графі залежно від того, як ви себе відчуваєте в цей момент. *Не варто:* тривалий час думати над питанням. *Відомо:* не існує правильних та неправильних відповідей.

Шкала тривоги Спілбергера: обробка результатів

Обробка результатів містить такі етапи:

- I – визначення показників ситуативної та особистісної тривожності за допомогою ключа.
- II – складання рекомендацій для корекції поведінки випробуваного (відповідно до оцінки рівня тривожності).
- III – обчислення середньогрупового показника ситуативної тривожності (СТ) й особистісної тривожності (ОТ). Порівняльний аналіз показників (наприклад, за статевою приналежності респондентів).

Інтерпретація результатів STAI

Взяти до уваги: загальний підсумковий показник може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів (за кожною із підшкал).

Відповідно: чим вищим є підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної або особистісної).

Орієнтовні оцінки тривожності (при загальній інтерпретації показників):

- до 30 балів – низька;
- 31– 44 бали – помірна;
- 45 і більше – висока.

Можливість: оцінити індивідуальну значимість стресової ситуації для респондента в результаті зіставлення результатів за обома підшкалами.

Таким чином, методика, запропонована Спілбергом-Ханіна, це єдина методика, яка дозволяє: вимірювати тривожність як стан, пов'язаний з поточною ситуацією та як особистісну властивість (диференційовано). Водночас інші методики щодо вимірювання рівня тривожності дозволяють оцінити або тільки особисту тривожність або тільки стан тривожності. Цей тест надає можливість визначити рівень тривожності в структурі особистості.

2. Шкала депресії Бека

Шкала депресії Бека (BDI, BDI-1A, BDI-II) створена Аароном Беком у 1961 році. Ця шкала призначена для самооцінки депресії. Шкала Бека – один із найбільш широко використовуваних тестів для вимірювання тяжкості депресії. Існує три версії BDI: оригінальна BDI (вперше опублікована в 1961 році, а потім переглянута в 1978 році як BDI-1A; BDI-II, опублікована в 1996 році) В останній версії BDI-II шкала призначена для осіб віком від 13 років (на відміну від попередніх).

Мета: діагностувати рівні тривожності.

Методики актуальна: для оцінки депресії на рівні всіх проявів; для аналізу окремих характерних розладів.

Шкала містить: 21 запитання. Кожне запитання віддзеркалює певний симптом депресії.

Загальна сума балів: від 0 до 63. Кожній відповіді відповідає певна кількість балів.

Відповідно: чим більша цифра, тим вищий рівень депресії.

Запитання передбачають 4 варіанти відповіді – потрібно обрати відповідний варіант відповіді до власної ситуації. До кожного запитання передбачено набір із принаймні чотирьох можливих відповідей різної інтенсивності. Наприклад:

- Мені не сумно (0)
- Мені сумно (1).
- Мені весь час сумно, і я не можу цього позбутися (2)
- Я така сумна або нещаслива, що не можу цього витримати (3).

У процесі оцінювання тесту варто враховувати, що кожній відповіді відповідає певне значення (від 0 до 3). Для визначення рівня депресивного стану загальний бал необхідно порівняти з ключем.

Стандартні граничні бали:

- ✓ 0–9: вказує на мінімальну депресію
- ✓ 10–18: вказує на легку депресію
- ✓ 19–29: вказує на помірну депресію
- ✓ 30–63: вказує на важку депресію
- 0–13: мінімальна депресія
- 14–19: легка депресія
- 20–28: помірна депресія
- 29–63: важка депресія.

3. Шкала оцінки емоційного тону

Шкала оцінки емоційного тону (розробили: Е. С. Іванова, Н. Н. Смірнова).

Опитувальник містить: 26 тверджень (10 направлено на виявлення соматичних симптомів, 16 – психоемоціональних симптомів (8 прямих і 8 зворотних тверджень).

Шкала оцінки емоційного тону *виявляє:* рівень зниженого настрою в респондентів (умовно здорових) і не провокує їх на захисні реакції щодо опису порушень, які пов'язані з депресивним станом. Це не заціклює увагу на неблагополуччях в соматичній та емоційній сферах, виключає, можливість

спровокувати самою процедурою обстеження тих чи інших реакцій, пов'язаних з реальними або уявними депресивними станами.

Тестові норми:

до 49 балів – високий емоційний тонус,

50–56 – ситуативні порушення емоційного тону,

57–63 – виражені порушення емоційного тону,

більше 63 – критичний стан, що вимагає застосування клінічних методик для оцінки ступеня вираженості депресивної симптоматики.

4. Опитувальник особистісної зрілості (ОЗО) О. Штепи

Опитувальник особистісної зрілості (ОЗО) О. Штепи було запропоновано респондентам для дослідження рівня особистісної зрілості.

Мета методики: самооцінка 10-ти рис, які є основними критеріями особистісного зростання людини.

Методика містить: 10 шкал: свідомість відповідальності, децентрація, глибинність переживань, життєва філософія, толерантність (повага, стійкість, терпимість), автономність (незалежність від чинників), контактність (власність до взаємодії з іншими), самоприйняття (цілісність розуміння себе), креативність, синергічність.

Віковий діапазон: від 15 років (у межах нашого дослідження – від 27 до 38 років)

Час проходження: 25 – 30 хв.

Зміст методики: містить 85 структурованих тверджень. Одне з тверджень, а саме 85 має проєктивний, творчо-розвиваючий характер для респондентів.

Нами було використано для організації й проведення емпіричного дослідження із опитувальника 85 стандартизованих тестів, котрі оцінюються станами (1 – 10). Респондентам було запропоновано закриті запитання, на які передбачено відповіді: «так» або «ні». Після отримання даних, результати було перенесено до таблиці (Excel). Відповідно до таблиці з ключами (Додаток Г) відповіді переведено в бали. Якщо відповідь збігається з ключем – 1 бал,

якщо відповідь не збігається з ключем – 0 балів, На наступному етапі дослідження «сирі» бали було переведено в стени (1–10).

5. *Опитувальник великої п'ятірки (ОВП)*

В основу методики покладено модель особистості Кости та Мак-Крея (1985), а також «Наскрізний біполярний перелік» Голдберга (1992).

Мета: дослідити рівень п'яти особистісних характеристик: екстраверсія – інтроверсія, нейротизм – емоційна стійкість, відкритість новому досвіду – обмеженість, сумлінність – безтурботність, доброзичливість – ворожість

Зміст методики: містить 40 тверджень.

У межах методики використано 3-бальну шкалу: 0 – «ні, це не про мене»; 1 – «іноді це про мене, іноді – ні»; 2 – «так, це точно про мене».

Рекомендовано: відповідати швидко, не замислюючись над питаннями; надавати той варіант, який першим спав на думку.

«Велика п'ятірка» якостей особистості:

I. *Екстраверсія – інтроверсія.* Це спрямованість особистості на зовнішній чи внутрішній світ. У першому випадку людина оптимістична, активна, товариська, позитивна, любить веселощі. Такі люди більш продуктивно виконуть будь-яку роботу в колі друзів чи колег, ніж на самоті. Особи протилежної категорії – досить стримані, навіть відчужені. Вони критично мислять, та здебільшого орієнтовані на виконання справи, а не на спілкування. Таким людям значно складніше в колективі. Вони – індивідуалісти. Їм значно легше перебувати в діяльності, яка не передбачає інтенсивного спілкування. *Чим вище показник, тим більш яскраво виражено екстраверсію.*

II. *Нейротизм – емоційна стійкість.* Це маркер емоційної стабільності. Емоційно стійкі люди виявляють, спокій, рівновагу. Вони не схильні до бурхливого прояву почуттів. У них підвищено стресостійкість, вони, як правило, продуктивно діють у стресових ситуаціях. Особи із високим рівнем

нейротизма, є менш стійкими до стресу. Вони емоційно реагують на будь-які життєві події. Водночас такі люди є більш чуйними. *Високі бали свідчать про нейротизм.*

III. Відкритість новому досвіду – обмеженість (вузькість інтересів). Особи, які мають здатність до відкритості новому досвіду, легко сприймає все те нове, що з'являється навколо. Вони демонструють насамперед готовність до змін, цікавість до того, що їх оточує, схильні до творчості, гнучкі. Водночас це може призводити до деякої «поверховості», нестійкості переконань та інтересів. Люди протилежної категорії насторожено ставляться до всього нового. Вони надають перевагу стабільності, і, як результат, важко змінюють власні принципи та переконання. Таку стабільність вони прагнуть забезпечити у власному житті. Тому важко орієнтуються, якщо потрапляють в неочікувану ситуацію. *Високі бали засвідчують відкритість до нового досвіду.*

IV. Сумлінність – безтурботність. Сумлінні люди, як правило, старанні, пунктуальні, цілеспрямовані, надійні, наполегливі. Однак в деяких випадках це може призвести до: впертості, яка є невиправданою; бажання контролювати всіх та все; болісного переживання провини через власні реальні або уявні помилки. Протилежний категорія – слабка воля, безтурботність, недбалість, лінь та надмірна схильність до насолод. Водночас такі люди зазвичай більш розслаблені, життєрадісні, приємні в спілкуванні, легко долають проблеми та негаразди. *Високі бали віддзеркалюють чітко виражену сумлінність.*

V. Доброзичливість – ворожість. Люди першої категорії – доброзичливі, довірливі, готова надати безкорисно надати допомогу. Такі якості, без сумніву, викликають прихильність інших. Однак іноді це може призвести до того, що цим починають зловживати інші. Особи протилежної категорії – недовірливі, насторожені. Вони схильні сприймати тих, хто оточує, як конкурентів. Такі люди не дозволяють зловживати своєю довірою. Проте саме це іноді може віддалити тих, хто є поряд, та призвести до того, що вони

залишаться наодинці. *Високі показники свідчать про те, що переважає доброзичливість.*

6. Онлайн-анкета

Для визначення особливостей психоемоційного стану жінок з безпліддям було розроблено та використано анкету. Анкета містить питання, які вказують на детермінанти психогенного безпліддя в жінок (теоретичний матеріал щодо цього питання було висвітлено в першій частині роботи).

1. Скільки років ви маєте діагноз «психогенне безпліддя»?
2. Чи змінився Ваш психоемоційний стан із моменту, коли було поставлено діагноз?
3. Чи відчуваєте Ви тиск суспільства (сім'ї) через діагноз «психогенне безпліддя»?
4. Чи відчуваєте Ви підвищення рівня тривожності через Російсько-українську війну?
5. Чи відчуваєте Ви підтримку з боку чоловіка (родини) з того моменту, як було поставлено діагноз «психогенне безпліддя»?
6. Назвіть три дії, які Вас розслаблюють?
7. Часто (здатні) ви дослухаєтесь до власних бажань?
8. Скільки відсотків часу ви думаєте, про цю проблему?
9. Чи маєте наразі сили рухатися далі?
10. Чи маєте чіткі плани на майбутнє?

2.2 Результати констатувального експерименту: аналіз емоційного стану жінок з психогенним безпліддям та рівня їхньої особистісної зрілості

На констатувальному етапі емпіричного дослідження застосовано шість *психодіагностичних методик*. У межах нашої наукової розвідки в експерименті взяло участь 60 респондентів (30 респондентів – експериментальна група; 30 респондентів – контрольна група). Віковий діапазон жінок, з якими було проведено дослідження: 27 – 38 років.

Жінок розподілено на дві групи: експериментальну (ЕГ) та контрольну (КГ). До контрольної групи увійшли респонденти з медичними показниками: жінки здорові. Мають 1–2 дитини. До експериментальної з діагнозом: психогенне безпліддя. Дітей немає.

Таблиця 2.1

**Аналіз результатів діагностики стану жінок за методикою
Спілбергера-Ханіна
(ситуативна тривожність)**

Перша шкала (ситуативна тривожність)	Результати тесту			
	ЕГ		КГ	
	Кількість	%	Кількість	%
Низька тривожність	5	16,7	20	66,7
Помірна тривожність	7	23,3	8	26,7
Висока тривожність	18	60,0	2	6,7

За результатами проведення тесту ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна з'ясовано: низький рівень тривожності мають 5 жінок з експериментальної групи та 20 жінок з контрольної групи. Тут спостерігаємо значні розходження в показниках двох груп. Майже однакові показники помірної тривожності є в жінок з експериментальної (7 – 23,3 %) та контрольної групи (8 – 26,7 %).

Ситуативна тривожність характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, занепокоєнням, нервозністю. Реактивна (ситуативна) тривожність характеризує стан особистості конкретно в даний момент часу відповідно до певних обставин. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію. У цьому контексті можемо дійти висновку, що певною мірою показники тривожності в обох групах пов'язано з Російсько-українською війною. Такий висновок обґрунтовано результатами аналізу онлайн-анкети (питання № 4). Однак все ж варто звернути увагу, що значний відсоток (60 %) з високим рівнем тривожності становлять жінки

експериментальної групи, які мають діагноз «психогенне безпліддя». Фіксуємо протилежні результати щодо високого рівня тривожності в контрольній групі (6,7 %). Проте наголосимо, що стан ситуативної тривожності є мінливим. У межах шкали ситуативної тривожності можемо оцінити поточний стан тривоги, з'ясувати, як саме респонденти відчують себе «тут і зараз».

Особистісна тривожність характеризується станом несвідомого страху, невизначеним відчуттям загрози, готовністю сприйняти будь-яку подію як несприятливу та небезпечну. Людина, схильна до такого стану, постійно знаходиться в пригніченому настрої.

Таблиця 2.2

**Аналіз результатів діагностики стану жінок за методикою
Спілбергера-Ханіна
(особистісна тривожність)**

Друга шкала (особистісна тривожність)	Результати тесту			
	ЕГ		КГ	
	Кількість	%	Кількість	%
Низька тривожність	4	13,3 %	22	73,3 %
Помірна тривожність	6	20%	7	23,4 %
Висока тривожність	20	66,7 %	1	3,3 %

Результати діагностики за шкалою особистісної тривожності засвідчують, що кількість жінок з низьким рівнем тривожності в групах суттєво відрізняється. Зокрема, низький рівень тривожності мають 4 жінки з експериментальної групи (13,3 %) та 22 жінки з контрольної групи (73,3%). Кількість жінок з помірною тривожністю майже збігається: 6 (20 %) – ЕГ та 7 (23, 4%) – КГ. Значно відрізняються показники щодо високої тривожності. Так, в експериментальній групі з діагнозом «психогенне безпліддя» високий рівень тривожності мають 20 жінок (66, 7%), водночас у контрольній групі цей показник є значно нижчим – 1 жінка (3, 3%).

Таким чином, не викликає заперечень, що високий рівень особистісної тривожності прямо корелює з психосоматичними захворюваннями. Це може бути пов'язано з надмірним хвилюванням через діагноз «психогенне безпліддя». Саме усвідомлення власної бездітності, соціальної неповноцінності є потужним стресом та супроводжується підвищеною тривожністю. Водночас, неодноразові спроби запліднення тільки посилюють відчуття постійної тривоги в жінки. Такий рівень тривожності, який виявлено в жінок експериментальної групи, можна пояснити саме постійним відчуттям напруги та хвилювання.

Таблиця 2.3

**Аналіз результатів діагностики стану жінок
за шкалою депресії Бека**

Шкали	Респонденти			
	ЕГ		КГ	
	Кількість	%	Кількість	%
Мінімальна депресія	4	13,3 %	16	53,3 %
Легка депресія	14	46,7 %	12	40 %
Помірна депресія	10	33,3 %	2	6,7 %
Важка депресія	2	6,7 %	0	0 %

За шкалою депресії Бека було виявлено: 2-х жінок із важкою депресією в експериментальній групі, що становить 6,7% та не виявлено жодної жінки в контрольній групі. Спостерігаємо значене розходження щодо кількості жінок з помірною депресією (на відміну від контрольної групи, в експериментальній таких жінок більше): у 10 жінок (ЕГ) – 33,3 % та 2 жінок (КГ) – 6,7 %. Значний відсоток в обох групах становлять жінки з легкою депресією. Щодо мінімальної депресії, то тут також суттєво відрізняються показники: у 4 жінок (ЕГ) – 13,3 % та 16 жінок (КГ) – 53,3 %.

Таким чином, результати дослідження дозволяють дійти висновку, що для жінок з психогенним безпліддям характерно різні депресивні стани із

відповідним ступенем тяжкості. Однак, попри це, все ж виявлено незначний відсоток жінок із важкою депресією. Здебільшого для жінок із таким діагнозом характерна помірна або легка депресія.

Відомо, що депресивні розлади належать до психосоматичних порушень. Це безпосередньо впливає на психічне та фізичне здоров'я людини. Також депресію не варто розуміти як тимчасовий стан або поганий настрій. Це, без сумніву, порушення психіки, яке потребує відповідної діагностики та своєчасного, правильного лікування.

Психосоматичний аспект депресії полягає в тому, що психічне порушення негативно впливає на здоров'я людини. Це здатно посилювати хронічні захворювання, викликати нові соматичні патології. Зокрема, вважаємо, це безпосередньо пов'язано й із психогенним безпліддям.

Таблиця 2.4

***Аналіз результатів діагностики стану жінок
за шкалою оцінки емоційного тону***

Шкали	Респонденти			
	ЕГ		КГ	
	Кількість	%	Кількість	%
Високий емоційний тонус	8	26,7 %	5	16,7 %
Ситуативні порушення емоційного тону	12	40 %	15	50 %
Виражені порушення емоційного тону	8	26,7 %	10	33,3 %
Критичний стан	2	6,6 %	0	0 %

Для жінок із психогенним безпліддям характерно придушення емоцій, відмова від спілкування через страх бути незрозумілими або неадекватними в сприйнятті тих, хто поряд. Це, відповідно, призводить до стану хронічного стресу. Саму ситуацію психогенного безпліддя також можна вважати тривалим стресовим станом, що зумовлює: постійну тривожність, емоційну

лабільність, нав'язливі думки, почуття провини. У подальшому все це може призвести до емоційного виснаження організму. Так, за шкалою оцінки емоційного тону було визначено, що: значний відсоток становлять жінки, у яких є ситуативні порушення емоційного тону або виражені порушення емоційного тону. Зокрема, виражені порушення емоційного тону притаманні 8-ми жінкам (ЕГ) – 26,7 % та 10 жінкам (КГ) – 33,3 %. Високий емоційний тонус виявлено у 8 респондентів (ЕГ), що становить 26,7 % та 5 (КГ) – 16,7 %. При цьому не виявлено жінок з критичним станом в контрольній групі, однак є 2 жінки в експериментальній групі.

Таким чином, варто зауважити, що жінки з психогенним безпліддям часто визначають свій стан як близький до втрати сенсу життя. Для них характерно відчуття тривоги, депресії, почуття пригніченості, агресивності, страху неспроможності продовжувати рід. Тому необхідним та результативним видається створення комплексу заходів, внаслідок чого рівень тривожності знижуватиметься, відповідно, й нижчим буде рівень психологічних порушень.

Таблиця 2.5

***Аналіз результатів діагностики стану жінок. Опитувальник
особистісної зрілості (ОЗО) О. Штепи***

Шкали	Респонденти			
	ЕГ		КГ	
	Кількість	%	Кількість	%
Високий рівень	1	3,3 %	12	40 %
Необхідний рівень	7	23,3 %	15	50 %
Низький рівень	22	73,4 %	3	10 %

Аналіз діагностики особистісної зрілості жінок засвідчує, що результати респондентів експериментальної групи та контрольної групи значно відрізняються. Так, з'ясовуємо, що значний відсоток жінок з контрольної

групи мають високий (40 %) та необхідний (50 %) рівень зрілості. Тут варто наголосити, що низький рівень зрілості мають незначний відсоток жінок (10 %). Загалом респонденти цієї групи демонструють високий рівень автономності, креативності. Вони мають чітку життєву філософію, здатні виявляти інтерес до життя. Жінки цієї групи мають здатність встановлювати та налагоджувати життєві контакти, створювати та підтримувати теплі стосунки з іншими людьми, намагаються зрозуміти позицію іншої людини. Вони мають відчуття реальності часу; можуть спиратися на власний досвід, відповідно, долати випробування, з якими стикаються в житті; приймати зміни в житті та керувати ними. Однак попри такі ситуації в житті робити висновки та рухатися далі.

За результатами дослідження жінок експериментальної групи, можемо дійти висновку, що в цій групі переважає відсоток жінок з низьким рівнем зрілості (73,4 %). Водночас, незначний відсоток становлять жінки із необхідним (23,3 %) рівнем зрілості. Показовим є те, що маємо вкрай низькі показники жінок експериментальної групи з високим рівнем зрілості (3,3 %). Тут необхідно зазначити, що жінки цієї категорії не здатні користуватися власним потенціалом. Для них не характерні такі риси, як синергічність та креативність. Однак вони досить відповідальні, дотримуються певних норм та правил. Такі жінки, як правило, більш стримані, консервативні та обережні. За результатами діагностики, з'ясовуємо, що в жінок цієї групи досить високі показники глибинних переживань. При цьому, в респондентів цієї групи значно нижчі показники креативності, автономності, контактності, ніж у жінок контрольної групи.

Таким чином, маємо високий показник жінок з необхідним рівнем зрілості в жінок контрольної групи. Також у респондентів цієї групи виявлено значний відсоток з високим рівнем зрілості. Тут варто наголосити, що такий рівень зрілості потребує значних зусиль, спрямованих на особистісне зростання, зокрема на усвідомлення власних почуттів, дій, поведінки. Здебільшого результатом такого зростання є значна психологічна та

психотерапевтична робота над собою. Кардинально протилежною є ситуація в експериментальній групі. Тут навпаки переважає відсоток жінок із низьким рівнем зрілості. Можемо дійти висновку, що зусилля жінок цієї групи не спрямовані на себе, на усвідомлення власних психологічних потреб. Вони мають низьку здатність до саморегуляції та адекватної самооцінки.

Таблиця 2.6

Аналіз результатів діагностики стану жінок. Опитувальник великої п'ятірки (ОВП)

Шкали	Респонденти				
	ЕГ – кількість, %				
	Екстраверсія	Нейротизм	Відкритість досвіду	Сумлінність	Доброзичливість
Низький	7 – (23,3 %)	3 – (10,0%)	6 – (20,0%)	3 – (10,0%)	2 – (6,7 %)
Нижче середнього	8 – (26,7 %)	4 – (13,3%)	7 – (23,4%)	3 – (10,0%)	4 – (13,3%)
Середній	8 – (26,7 %)	6 – (20,0%)	10 – (33,3%)	10 – (33,3%)	10 – (33,3%)
Вище середнього	4 – (13,3 %)	9 – (30,0%)	4 – (13,3%)	8 – (26,7 %)	8 – (26,7 %)
Високий	3 – (10,0 %)	8 – (26,7%)	3 – (10,0%)	6 – (20,0%)	6 – (20,0%)

Продовження таблиці 2.6

Шкали	Респонденти				
	КГ – кількість, %				
	Екстраверсія	Нейротизм	Відкритість досвіду	Сумлінність	Доброзичливість
Низький	2 – (6,7 %)	10 – (33,3%)	2 – (6,7 %)	4 – (13,3 %)	2 – (6,7 %)
Нижче середнього	2 – (6,7 %)	10 – (33,3%)	3 – (10,0%)	5 – (16,7 %)	2 – (6,7 %)

Середній	8 – (26,7 %)	7 - (23,4%)	8 – (26,7 %)	12 – (40,0%)	9 - (30,0%)
Вище середнього	10 – (33,3 %)	2 - (6,7%)	8 – (26,7 %)	6 – (20,0%)	9 - (30,0%)
Високий	8 – (26,7 %)	1 - (3,3%)	9 – (30,0%)	3 – (10,0%)	8 – (26,7 %)

Аналіз діагностики за Опитувальником великої п'ятірки дозволяє дійти висновків щодо ступеня прояву певних якостей у жінок контрольної та експериментальної груп. Так, з'ясовуємо, що за шкалою «екстраверсія», значний відсоток жінок експериментальної групи мають низький рівень (23,3 %) або нижче середнього (26,7 %). Водночас показники за цією ж шкалою у жінок контрольної групи значно відрізняються. У цій групі зафіксовано тільки 6,7 % жінок з низьким рівнем екстраверсії та такий же відсоток (6,7 %) з рівнем нижче середнього. Відповідно, протилежними є показники щодо високого рівня. У респондентів експериментальної групи маємо незначний відсоток: вище середнього – 13,3 %, високий – 10,0 %. Відсоток жінок контрольної групи значно перевищує: вище середнього – 33,3 %, високий – 33,3 %. Попри те, що відсоток жінок, показники яких відповідають середньому рівневі – однаковий в обох групах (26,7 %), видається можливим дійти певних висновків. Такі результати респондентів контрольної групи віддзеркалюють досить високий рівень особистісної комфортності та спрямованість у зовнішньому світі; висвітлюють ступінь взаємодії із іншими, активність, відкритість, комунікабельність, гнучкість, енергійність, імпульсивність, ступінь розвитку соціальних навичок. Водночас у респондентів експериментальної групи спостерігаємо тенденцію до протилежних характеристик. Результати дають підстави стверджувати, що для них характерно: стриманість, іноді навіть відчуженість. Вони здебільшого індивідуалісти. Людям такої категорії більш комфортною є діяльність, яка не вимагає активного спілкування.

За шкалою «нейротизм» маємо такі результати. Тут, на відміну від шкали «екстраверсія», відсоток респондентів експериментальної групи щодо високого (26,7%) та вище середнього рівня (30,0%) є досить значним. Однак у жінок контрольної групи результати значно відрізняються: високий рівень – 3,3%, рівень вище середнього – 6,7%. Показники низького рівня, відповідно, також відрізняються: експериментальна група, низький рівень – 10,0%, нижче середнього – 13,3%; контрольна група, низький рівень – 33,3%, нижче середнього – 33,3%. Показники середнього рівня в обох групах відрізняються не суттєво: ЕГ – 20,0%; КГ – 23,4%. Такі результати засвідчують, що в жінки із діагнозом «психогенне безпліддя» відзначаються внутрішньою та поведінковою тривожністю, надмірною чутливістю до стресових ситуацій, гіперболізацією. Вони схильні фокусуватися на негативних подіях. Однак, жінки, які не мають такого діагнозу, можуть виявляти впевненість. Вони не схильні до бурхливого прояву почуттів. У них відповідний рівень стресостійкості, вони здатні продуктивно працювати в складних ситуаціях та знаходити шляхи їхнього подолання.

У межах шкали «відкритість досвіду» в експериментальній групі фіксуємо незначний відсоток респондентів у межах високого (10,0%) та вище середнього рівнів (13,3 %). Однак маємо значний відсоток жінок, які виявили середній (33,3 %), нижче середнього (23,4 %) та низький (20,0 %) рівні. Досить відмінні від експериментальної, маємо показники в контрольній групі. Тут навпаки виявлено значний відсоток жінок з високим рівнем (30,0 %) та рівнями вище середнього (26,7 %) та середнім (26, 7 %). Однак, порівняно з експериментальною, маємо менший відсоток респондентів у межах низького (6,7 %) та нижче середнього (10,0 %) рівнів. Такі результати дають підстави стверджувати, що жінки, які не мають діагноз «психогенне безпліддя», мають досить широке коло інтересів; вони здатні більш критично мислити; у стосунках та вирішенні складних питань намагаються дійти компромісу; здатні сприймати складну ситуацію та віднайти конструктивні шляхи її розв'язання; можуть поставити себе на місце іншої людини, намагатися

зрозуміти її. Водночас за результатами жінок експериментальної групи, розуміємо, що ці якості та здатності значно менш виявлені та розвинені в них, ніж у жінок із контрольної групи.

Результати діагностики за шкалою «сумлінність» доводить, що в респондентів контрольної групи виявлено значний відсоток жінок в межах середнього рівня (40,0 %), вище середнього рівня (20,0 %) та нижче середнього (16,7 %). Незначний відсоток становлять показники високого рівня (10,0 %) та низького рівня (13,3 %). Це дає підстави стверджувати, що жінки цієї групи загалом мають такі якості, як наполегливість, структурованість та завзятість, однак це в них виявлено не на високому рівні. Вони досить відповідальні, чіткі та здебільшого послідовні у виконанні певних дій, намагаються завершити вчасно справи, проте не повній мірі завзято та наполегливо. Діагностика експериментальної групи засвідчує дещо інші результати. Тут маємо вдвічі вищі показники високого рівня (20,0 %) та досить високі показники вище середнього (26,7 %) та середнього рівнів (33,3 %). Незначний відсоток у цій групі становлять показники низького (10,0 %) та нижче середнього рівнів (10,0 %). У цьому контексті відається можливим дійти висновку, що жінки з діагнозом «психогенне безпліддя» значною мірою завзяті, структуровані, мають високий рівень відповідальності, здебільшого сумлінно та наполегливо виконують службові обов'язки, послідовні у власних діях, мають чіткі плани, намагаються вчасно реалізувати їх.

За шкалою «доброзичливість» на спостерігаємо значних розбіжностей між контрольною та експериментальною групами. Так, за результатами діагностики в експериментальній групі фіксуємо значний відсоток жінок у межах середнього (33,3 %), вище середнього (26,7 %) та високого рівнів (20,0 %). У цій же групі маємо незначний відсоток жінок низького (6,7 %) та нижче середнього рівнів (13,3 %). У контрольній групі також переважна кількість жінок посіли високий рівень (26,7 %), вище середнього (30,0 %) та середній (30,0 %). Щодо низького (6,7 %) та нижче середнього рівнів (6,7 %), то відзначаємо таку ж тенденцію, як і в експериментальній групі. Результати

діагностики за цією шкалою дають можливість з'ясувати, що загалом жінкам з обох груп характерні такі якості, як доброзичливість, гуманність, в певній мірі альтруїстичність, довірливість та поступливість. Вони не є байдужими до інших, авторитарними та в значній мірі закритими.

Таким чином, *результати діагностики за Опитувальником великої п'ятірки доводять*, що жінки, які мають діагноз «психогенне безпліддя» досить стримані, подекуди навіть відчужені, здебільшого індивідуалісти, їм більшою мірою комфортно є діяльність, яка не потребує активного спілкування. Такі жінки здебільшого відзначаються внутрішньою та поведінковою тривожністю, надмірною чутливістю до стресових ситуацій, гіперболізацією, вони здатні фокусуватися на негативних подіях. Жінки з таким діагнозом меншою мірою здатні критично мислити, знаходити конструктивні шляхи розв'язання в складних ситуаціях, не завжди намагаються дійти згоди, компромісу. За умови виникнення проблемної ситуації здебільшого не схильні до її сприйняття, не намагаються зрозуміти іншу людину. Водночас вони, як правило, відповідальні, структуровані, здебільшого мають чіткі плани та вчасно їх реалізують, сумлінно та ретельно виконують посадові обов'язки. Попри такі характеристики вони відзначаються в певній мірі доброзичливістю, гуманністю, поступливістю.

Аналіз результатів дослідження за онлайн-анкетой

У процесі дослідження було створено онлайн-анкету, яка містила авторські питання.

У дослідженні взяло участь 30 респондентів. Всі жінки мали діагноз «психогенне безпліддя», відповідно, дітей не мали. Вони є клієнтами Жіночої консультації № 3 КНП ММР «Пологовий будинок № 3», м. Миколаїв.

За результатами анкетування доходимо висновку, що значна частина респондентів (52 %) мають такий діагноз 5 років; 38 % – 5–10 років; 10 % – 2 – 5 років. Переважна кількість жінок (83 %) зазначила, що їхній емоційний стан змінився від моменту, коли було поставлено такий діагноз. Також маємо відсоток жінок (38 %), які заявили про те, що відчувають тиск сім'ї або

суспільства через такий діагноз. Проте більшість все ж вважає, що не відчуває цього (62 %). Водночас переважна частина респондентів (95 %) заявили про підвищення рівня тривожності через Російсько-українську війну.

У питанні щодо того, чи відчувають вони підтримку з боку чоловіка (родини) з того моменту, як було поставлено діагноз «психогенне безпліддя» маємо такі результати. Відповідь «однозначно – так» (32 %), «швидше так, ніж ні» – 40 %, «швидше ні, ніж так» – 18 %, «здебільшого» – ні (10 %).

На питання «які три дії вас розслаблюють» більшість респондентів зазначили, що це перегляд фільмів, загалом відео, соціальні мережі, спорт, медитації, книжки. Щодо питання «як часто Ви дослухаєтесь до Ваших бажань» маємо такі відповіді: «досить часто» – 24 %, «час від часу» – 46 %, «вкрай мало» – 30 %.

На питання, в якому треба було висвітлити наявність чітких планів на майбутнє, було надано такі відповіді. Маємо відсоток респондентів, які зазначили, що мають чіткі плани на майбутнє (37 %) та 22 % з відповіддю «швидше «так», ніж «ні». Незначна частина респондентів надали відповідь «швидше «ні», ніж «так» (31 %) та 10 % відповіли «Ні». Такі відповіді частково пов'язуємо з воєнними подіями, які наразі мають місце в країні.

За результатами анкетування з'ясовуємо, що більшість жінок значну частину часу думає про цю проблему, це питання їх тривожить. Тут маємо наступні результати: «постійно думаю про це» – 29 %, «періодично повертаюся в думках до цього питання» – 54 %, намагаюся про це не думати – 17 %.

Позитивним, на нашу думку, є те, що переважна частина респондентів, попри все, надали впевнену відповідь, що мають сили рухатися далі (62 %), Певна кількість респондентів зауважила, що «скоріше за все маю сили» (31 %). Однак незначний відсоток жінок відповів, що «майже не маю сил» (7 %). За результатами аналізу анкети доходимо висновку, що здебільшого таку відповідь надали жінки, які мають діагноз «психогенне безпліддя» понад 5 років.

Таким чином, результати онлайн-опитування дозволяють дійти висновків, що жінки з діагнозом «психогенне безпліддя» відзначають зміну емоційного стану після того, як було отримано такий діагноз. Переважна частина респондентів зазначає, що більшість часу думає про цю проблему. Зафіксовано певний відсоток жінок, які висловлюють думку про те, що відчувають тиск з боку суспільства або родини через цей діагноз. Окрім цього, майже всі відчувають підвищення рівня тривожності та напруження через воєнні дії в країні. Позитивною тенденцією вважаємо те, що значна частина жінок зазначили, що відчувають підтримку з боку чоловіка та мають плани на майбутнє.

2.3 Дослідження взаємозв'язку особистісної зрілості та психологічного безпліддя

У цьому підрозділові висвітлено кількісний та якісний аналіз отриманих емпіричних даних констатувального етапу дослідження.

Таблиця 2.7

Кореляційні зв'язки між шкалами використаних методик

	Експериментальна група	Рівні особистісної зрілості			Особистісні характеристики				
		Високий	Необхідний	Низький	Екстремальна	Нейротизм	Відкритість досвіду	Сумлінність	Доброчливість
Особистісна тривожність	Низька тривожність	0,05			0,05		0,05		
	Помірна тривожність							0,05	
	Висока тривожність			0,05		0,05			
	Мінімальна депресія		0,05						
	Легка депресія								
	Помірна депресія					0,05			

	Важка депресія			0,05					
	Високий емоційний тонус	0,05							
	Ситуативні порушення емоційного тону								
	Виражені порушення емоційного тону			0,05		0,05			
	Критичний стан								

За результатами дослідження в експериментальній групі за *Таблицею 2.7* доходимо висновку, що існує взаємозв'язок між певними шкалами методик. Так, з'ясовуємо, що низький рівень зрілості прямо корелює з високою тривожністю, важкою депресією та пов'язаний з вираженими порушеннями емоційного стану жінок. Також за кореляціями, які висвітлено в таблиці, бачимо, що необхідний рівень особистісної зрілості пов'язаний з мінімальною депресією, а високий – з низькою тривожністю та високим емоційним тонусом. Це дає підстави стверджувати, що чим вищим є рівень особистісної зрілості жінки, тим менше негативних зрушень відбувається в її психіці.

Важливими видаються кореляції за шкалою «нейротизм». У результаті дослідження з'ясовуємо, що жінки, які відзначаються надмірною чутливістю до стресових ситуацій, гіперболізацією, схильні фокусуватися на негативних подіях мають високий рівень тривожності, помірну депресію та виражені порушення емоційного тону.

Цікавими, на нашу думку є такі кореляції. Жінки з високим рівнем сумлінності, тобто наполегливі, структуровані, завязаті, відповідальні, чіткі та послідовні у виконанні певних дій мають помірний рівень тривожності.

Жінки, які виявили низький рівень тривожності, мають високий рівень особистісної комфортності, демонструють високий ступінь взаємодії із іншими, активність, відкритість, комунікабельність, гнучкість, енергійність,

високий ступінь розвитку соціальних навичок. Також вони мають широке коло інтересів; здатні більш критично мислити; у стосунках та вирішенні складних питань намагаються дійти компромісу.

Таблиця 2.8

Кореляційні зв'язки між шкалами використаних методик

Контрольна група	Рівні особистісної зрілості			Особистісні характеристики				
	Високий	Необхідний	Низький	Екстраверсія	Нейротизм	Відкритість досвіду	Сумлінність	Доброчливість
Низька тривожність	0,05			0,05		0,05		0,05
Помірна тривожність								
Висока тривожність								
Мінімальна депресія		0,05				0,05	0,05	0,05
Легка депресія								
Помірна депресія								
Важка депресія								
Високий емоційний тонус		0,05		0,05		0,05		0,05
Ситуативні порушення емоційного тону								
Виражені порушення емоційного тону								
Критичний стан								

Результати аналізу за Таблицею 2.8 дають підстави стверджувати, що виявлено тісний зв'язок між такими шкалами. Зокрема, у жінок, які мають

високий рівень зрілості, виявлено низький рівень тривожності та високий емоційний тонус.

Жінки, у яких виявлено мінімальний рівень депресії (яку пов'язуємо з тривалістю воєнних дій в країні), мають необхідний рівень зрілості. У цієї категорії жінок виявлено кореляції за шкалами «відкритість досвіду», «сумлінність», «доброзичливість».

Жінки з високим емоційним тонусом відзначаються необхідним рівнем зрілості, мають кореляції за шкалами «екстраверсія», «відкритість досвіду», «доброзичливість».

Таким чином, результати діагностики дають підстави стверджувати, що жінки з високим та необхідним рівнями зрілості виявили низький рівень тривожності, можуть мати мінімальну депресію. Вони здебільшого активно взаємодіють з тими, хто їх оточує, у певній мірі поступливі, доброзичливі, активні, досить енергійні, мають розвинені соціальні навички. Жінки цієї категорії здатні критично мислити, сприймати проблему, знаходити конструктивні шляхи її розв'язання в складних ситуаціях, намагаються почути іншого та дійти компромісу. Тут потрібно наголосити, що більшою мірою такі характеристики мають жінки контрольної групи (тобто ті, яким не поставлено діагноз «психогенне безпліддя»).

Жінки експериментальної групи, які здебільшого виявили низький рівень зрілості загалом відзначаються іншими характеристиками. Розуміємо, що такі показники рівня зрілості прямо корелюють з показниками високої тривожності, депресивними станами, вираженими порушеннями емоційного тонусу. Вони здатні, більшою мірою, ніж інші, фокусуватися на негативних подіях, не відзначаються поступливістю, гнучкістю. У проблемних ситуаціях зазвичай не схильні до її сприйняття та до пошуку конструктивних шляхів розв'язання.

Висновки до другого розділу

У результаті дослідження на констатувальному етапі питання щодо взаємозв'язку рівня особистісної зрілості з виникненням психологічного безпліддя в жінок ми дійшли таких висновків.

За результатами онлайн-анкети з'ясовано, що жінки з діагнозом «психогенне безпліддя» значну частину свого часу думають про цю проблему та відзначають зміну емоційного стану після отримання такого діагнозу. Одночасно з цим, жінки висловили думку про те, що відчують тиск з боку суспільства або родини через діагноз «психогенне безпліддя». Попри такі відповіді, позитивною тенденцією вважаємо те, що значна частина жінок зазначили, що відчують підтримку від чоловіка та мають плани на майбутнє.

За результатами аналізу наукової літератури з'ясовуємо, що високий рівень особистісної тривожності пов'язаний з певними психосоматичними захворюваннями. У цьому контексті результати діагностики за «Опитувальником особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна» підтверджують, що такий рівень тривожності, який виявлено в жінок експериментальної групи пов'язано з надмірним хвилюванням через діагноз «психогенне безпліддя». Усвідомлення власної бездітності, соціальної неповноцінності зумовлює появу хвилювання, напруги, стресу, що супроводжується підвищеною тривожністю.

У межах теоретичного аналізу доходимо висновку, що депресивні розлади належать до психосоматичних порушень. Так, за методикою «Шкала депресії Бека» з'ясовано, що для жінок з психогенним безпліддям характерно різні депресивні стани із відповідним ступенем тяжкості. Здебільшого для жінок із таким діагнозом характерна помірна або легка депресія. Однак в цій групі все ж виявлено незначний відсоток жінок із важкою депресією. Розуміємо такі депресивні стани не як тимчасові (через певні події). Це порушення психіки, зокрема, які пов'язуємо із психогенним безпліддям, що потребують відповідної діагностики та своєчасного, правильного лікування.

Результати діагностики за «Шкалою оцінки емоційного тону» доводять, що в переважній частині жінок експериментальної групи виявлено ситуативні порушення емоційного тону, виражені порушення емоційного тону та зафіксовано незначний відсоток жінок, які мають критичний стан. Це дає підстави стверджувати, що для жінок із психогенним безпліддям характерно придушення емоцій, напруги, обмеженість спілкування з іншими (через страх бути незрозумілими). Це призводить до стану хронічного стресу, який зумовлює: емоційну лабільність, нав'язливі думки, почуття провини. У подальшому це може призвести до емоційного виснаження організму.

За «Опитувальником особистісної зрілості (О. Штепа)» виявлено значний відсоток жінок в контрольній групі з необхідним та високим рівнями зрілості. Розуміємо, що такі рівні особистісної зрілості потребують зусиль, спрямованих на особистісне зростання, на усвідомлення власних почуттів, дій, поведінки. Водночас, констатуємо, що протилежними є показники жінок експериментальної групи, де переважає відсоток жінок із низьким рівнем зрілості. Можемо дійти висновку, що зусилля жінок цієї групи не спрямовані на себе, на усвідомлення власних психологічних потреб.

Діагностика жінок за «Опитувальником великої п'ятірки» доводить, що респонденти з діагнозом «психогенне безпліддя» відзначаються стриманістю, внутрішньою поведінковою тривожністю, надмірною чутливістю до стресових ситуацій. Вони, на відміну від жінок контрольної групи, меншою мірою виявляють здатність до критичного мислення, розуміння ситуації, знаходження конструктивних шляхів розв'язання проблеми тощо. Однак для них характерно здатність до планування та чіткого виконання дій, ретельне виконання обов'язків.

За допомогою коефіцієнту кореляції r -Пірсона встановлено такі статистично-значущі зв'язки між шкалами методик, які було застосовано в дослідженні. В експериментальній групі фіксуємо значно інші кореляції, ніж в межах контрольної. Так, жінки експериментальної групи, здебільшого виявили низький рівень особистісної зрілості, що прямо корелює з

показниками високої тривожності, депресивними станами, вираженими порушеннями емоційного тону. Водночас маємо значний відсоток жінок контрольної групи з необхідним рівнем особистісної зрілості, який пов'язаний з мінімальною депресією, та високим, що корелює з низькою тривожністю та високим емоційним тоном. Це дає підстави стверджувати, що чим вишим є рівень особистісної зрілості жінки, тим менше негативних зрушень відбувається в її психіці.

РОЗДІЛ 3.

КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ОПТИМІЗАЦІЇ ПРОЦЕСУ СТАНОВЛЕННЯ ОСОБИСТІСНОЇ ЗРІЛОСТІ ЖІНКИ З ПСИХОЛОГІЧНИМ БЕЗПЛІДДЯМ

3.1 Корекційна програма: структура та зміст

Психологічне безпліддя може бути причиною відсутності в подружніх пар дитини впродовж багатьох років. За даними МОЗ України, з 12,3 млн. жінок репродуктивного віку близько 1 млн жінок мають діагноз «безпліддя». 15–20 % відсотків із загальної кількості жінок, які не можуть завагітніти, мають діагноз «психогенне безпліддя» [34]. Відповідно, кожна п'ята жінка не може завагітніти не через медичні показники, а через певні психологічні причини. Тому важливо, щоб лікування безпліддя не обмежувалося тільки медичними обстеженнями, а вирішувалося й на психологічному рівні.

У сучасному світі питання психологічного безпліддя тільки набирає обертів. Тому панує думка про те, що важливе значення для настання вагітності має психологічний стан людини. Це видається особливо актуальним для жінок. З розвитком медицини фізіологічні причини безпліддя діагностувати значно швидше та простіше. Однак психологічні причини здебільшого є прихованими від фахівців, та навіть у певних випадках від самих жінок. Тут постає питання якісної діагностики психогенного безпліддя в жінок та ефективної терапії комплексу симптомів цього виду безпліддя. Така ситуація потребує вчасної фахової допомоги спеціалістів.

У результаті діагностики попереднього етапу експерименту з'ясовано, що жінки з діагнозом «психогенне безпліддя», здебільшого виявили низький рівень особистісної зрілості, що прямо корелює з показниками високої тривожності, депресивними станами, вираженими порушеннями емоційного тону. Аналіз теоретичних джерел доводить, що порушення репродуктивної

функції супроводжуються змінами в структурі психоемоційного стану жінки, які проявляються високим рівнем стресу, напругою, дезадаптацією тощо. У цьому контексті актуальним видається розробити *комплексну програму оптимізації процесу становлення особистісної зрілості жінки з психологічним безпліддям*.

Програму побудовано на основі таких принципів: керованість, системність, етапність, послідовність, динамічність, варіативність, ефективність, відтворюваність.

Мета програми – підвищення рівня особистісної зрілості жінки з діагнозом «психогенне безпліддя, підвищення диференціації емоційно-чуттєвої сфери, усвідомлення та адекватизація мотивації вагітності.

Відповідно до мети було визначено наступні завдання:

1. Підвищити когнітивну репрезентацію проблеми психогенного безпліддя у жінок.
2. Створити умови для розвитку значущих характеристик особистісної зрілості жінок з діагнозом «психогенне безпліддя».
3. Сприяти розвитку мотивації жінок щодо особистісного зростання.
4. Сприяти підвищенню диференціації емоційної сфери жінок з діагнозом «психогенне безпліддя».

Формувальний експеримент містив три основних етапи.

I етап. Підготовчий

Завдання першого етапу

1. Визначити вибірку жінок для формувального експерименту на основі емпіричних результатів дослідження в межах констатувального експерименту.
2. Розробити цикл тренінгових занять для роботи з жінками, які мають діагноз «Психогенне безпліддя».
3. Сформувати в жінок мотивацію до відвідування індивідуальних консультацій та участі в тренінгових заняттях.

II етап. Впровадження комплексної програми оптимізації процесу становлення особистісної зрілості жінки з психологічним безпліддям

Завдання:

1. Ознайомити учасників програми з походженням симптомів та явищ, які об'єднуються діагнозом «психогенне безпліддя».
2. Сприяти розвиткові процесу самопізнання жінки та розуміння власних цінностей, інтересів, мрій та сильних сторін.
3. Розвивати емоційну грамотність жінки, вміння керувати власними емоціями та взаємодіяти з іншими людьми.
4. Розвивати навички ефективного спілкування, слухання та розв'язання конфліктів; розуміння та сприйняття емоцій інших людей.

III етап. Стабілізація психоемоційного стану

Завдання

1. Виявити ресурсні можливості жінки, сприяти їхньому розвиткові, закріпленню шляхом роботи з актуальним для неї кейсом.
2. Формувати здатність використовувати прийоми самопізнання, саморозвитку, саморегуляції.
3. Формувати здатність взаємодопомоги та взаємопідтримки в стосунках з партнером.

IV етап. Контрольно-діагностичний

1. Дослідити зміни, які відбулися або не відбулися після проходження програми.
2. Сформулювати висновки. Врахувати позитивні та негативні зрушення в особистісній та мотиваційно-поведінковій характеристиці жінки.

Програму можуть використати: психологи в роботі з жінками, яким було поставлено діагноз «психогенне безпліддя».

Показники: низький рівень особистісної зрілості, виражені порушення емоційного тону, недеферинційованість емоційної сфери, депресивні стани, висока тривожність.

Напрями роботи: робота жінки з собою як з особистістю; робота із рівнем тривоги, депресії жінки; робота в діаді (дружини та її партнера).

Було обрано 15 жінок, які за результатами констатувального експерименту виявили низький рівень особистісної зрілості, високий рівень особистісної тривожності, перебували в стані помірної або важкої депресії, мали виражені порушення емоційного тону, які відзначаються надмірною чутливістю до стресових ситуацій, гіперболізацією, схильні фокусуватися на негативних подіях.

Очікуваний результат: підвищення рівня особистісної зрілості жінок з діагнозом «психогенне безпліддя»; позитивні зрушення в особистісній та мотиваційно-поведінковій характеристиці жінки.

Програма роботи з жінками, які мають діагноз «Психогенне безпліддя»:

Початковий етап

Індивідуальна консультація – 1

Мета: виявити чіткий запит жінки, діагностика;

Основний етап

10 консультацій індивідуально;

5 консультацій в межах подружньої підсистеми;

тренінги (10)

Заключний етап

Завершальна консультація. Повторна діагностика, аналіз.

Наведемо приклади вправ, які віддзеркалюють певні компоненти програми.

Вправа «Про себе» – 10 – 15 хв.

Мета: знайомство учасників один з одним; звернути увагу учасників групи на власні відчуття, почуття і в такий спосіб намагатися зняти напругу.

Інструкція: кожен учасник тренінгу розповідає про очікування від тренінгу, про власний емоційний стан. Обговорення правил роботи в тренінговій групі – 15 хв.

Вправа «Наші цінності» – 35 хв.

Мета: узгодження пріоритетів ціннісних орієнтацій з пріоритетами жінки, усвідомлення єдності цінностей сім'ї.

Інструкція: вправа виконується в тренінгових парах. Подружжя повинні визначити та записати те, що для їхньої сім'ї є найбільш значущим, що є сімейною цінністю (7-10 позицій). Потім окремо один від одного чоловік та дружина визначають з отриманого списку найбільш важливі для себе пункти (5 позицій). Відбувається обговорення.

Вправа «Я захоплююся...» (40 – 45 хв.)

Мета: усвідомлення самоцінності, можливість отримати зворотній зв'язок.

Інструкція: всі учасники групи утворюють два кола (внутрішнє та зовнішнє); стоять обличчям один до одного. Ті, хто стоїть обличчям один до одного, утворюють пару. Починати взаємодію найкраще зі значимою людиною. Перший член пари говорить партнеру про те, яку якість характеру він цінує та поважає в ньому. Наприклад: «Я захоплююся твоїм терпінням». Партнер відповідає «так, звичайно, але, крім того, я ще й ...» (називає те, що цінує в собі). Потім партнери обмінюються ролями, після чого роблять крок вліво, утворюючи нові пари. Вправа повторюється до того моменту, поки не буде утворено повний круг.

Обговорення за схемою: Що ви відчували, коли партнер говорив про Ваші якості ?, Чи відрізняється Ваша реакція на похвалу від реакції інших людей?.

Вправа «Ох, я зловила...» (5 – 7 хв.)

Мета: зняття напруги, перемикання уваги, активізація, групове згуртування.

Інструкція: учасники перекидають м'яч по колу, супроводжуючи кидок м'яча словами: «м'яч» – «гарбуз», «гаряча картопля або морква», «слива» тощо). Хто зловив повинен обходитися з м'ячем як з позначеним предметом.

Вправа «У собі мені найбільше подобається...»

Мета: розвиток вміння самоаналізу, усвідомленню власних позитивних якостей, власної унікальності та неповторності.

Хід вправи: потрібно продовжити фразу «У собі мені найбільше подобається...».

Рефлексія заняття: Чи важко Вам було визначити ту характеристику, яка подобається у собі найбільше? Чому? Чи відчували Ви власну унікальність при виконанні цієї вправи?

Вправа «Уявіть, що ваші речі заговорили...»

Мета: розвивати вміння визначати власні індивідуальні якості

Обладнання: картки з написами неживих предметів

Хід вправи:

Тренер: «Ми звикли, що в світі існує поділ на істоти та неістоти. Уявіть ситуацію, що всі неістоти раптом набули ознак істот. Що тоді про вас могли б сказати предмети, які вас оточують. Зокрема, ноутбук, шафа, зубна щітка, щоденник, телефон тощо»

Перелік речей: ноутбук, шафа, зубна щітка, щоденник, телефон, дзеркало, туфлі, чашка, постіль, книжка, чайник, халат.

Рефлексія вправи: Що ви відчували, коли говорили від імені неживого предмету про себе? Чи довго роздумували, що сказати?

Вправа «Я-образ»

Мета: візуально-символічно зобразити Я-образ, висловити власне життєве кредо.

Тренер: «Пропоную вам на листках намалювати власний герб, як відображення свого Я та написати свій життєвий девіз. Після завершення роботи всі малюнки збирає тренер. Учасники вгадують, де чий малюнок і пояснюють, чому вони так вважають.

Рефлексія вправи: Поясніть, що означають складові частини вашого гербу? Обґрунтуйте свій девіз.

Домашнє завдання. Складіть портрет своєї індивідуальності. Опишіть Ваші найбільш яскраві індивідуальні риси.

Вправа «Стіна нерозуміння»

Мета: проаналізувати причини непорозуміння з собою та тими, хто оточує, виявити бар'єри в спілкуванні.

Матеріал: на ватмані намальовано стіну, яка складається з великих каменів.

Тренер: На малюнку зображено «стіну нерозуміння» людиною самої себе та інших людей. Що є камінням, з якого вона складена? Що є «наріжним каменем»? Кожен учасник має написати на кожному камені причини нерозуміння себе та оточуючих.

Рефлексія вправи: Якими є основні причини нерозуміння себе та оточуючих? Чи можливо розуміти оточуючих, не розуміючи себе? Як подолати бар'єри в розумінні інших?

Вправа «Передай іншому»

Мета: вдосконалити навички невербальної комунікації, міжособистісного сприймання.

Хід роботи: Один з учасників відображає на обличчі який-небудь незвичайний вираз та показує своєму сусіду, прикрившись від інших учасників. Сусід передає побачене іншому і так далі. В кінці учасником, який знаходиться перед тим, який почав гру показує вираз, який до нього дійшов. Потім той, який починав гру демонструє вираз, з якого вся гра починалась.

Рефлексія вправи: Чи збіглися початковий та кінцевий мімічний вираз? Чому? Чи важко вам було повторювати вираз обличчя іншого?

Вправа «Самопрограмування»

Мета: розвивати навички позитивного самопрограмування, саморегуляції за допомогою словесного впливу.

Хід вправи:

Тренер: «Один із способів саморегуляції – словесний вплив. Тут діє свідомий механізм самонавіювання, коли відбувається безпосередній вплив на психофізіологічні функції організму. Самонавіювання відбувається у вигляді простих та коротких тверджень без частки «не», має позитивне спрямування.

Це також можуть бути самонакази – короткі розпорядження самому собі; самосхвалення; самопрограмування. У багатьох ситуаціях є доцільним згадати власні успіхи в минулому в подібних ситуаціях. Це допоможе почуватися більш впевнено, вірити в перемогу над обставинами в майбутньому».

Інструкція: Подумайте, якої події чи ситуації ви зараз найбільше боїтеся? Згадайте ситуацію, в якій ви вирішили подібну проблему. Які емоції ви тоді відчували? Відтворіть це в своїй уяві. Використовуйте словосполучення «саме сьогодні» («саме сьогодні у мене все вийде», «саме сьогодні я буду спокійною та врівноваженою» тощо). Подумки повторіть це декілька разів.

Рефлексія вправи: Чи збільшилася у вас віра в себе та можливість успішного розв'язання проблеми? Поділіться власними відчуттями та враженнями.

Вправа: «Там, де я відчуваю себе безпечно»

Мета: розвивати здатність використовувати образи для саморегуляції

Хід вправи:

Тренер: Важливим для саморегуляції є вміння використовувати образи, які дозволяють відкрити доступ до потужних підсвідомих резервів психіки. Візуалізація – побудова в уяві ситуацій, яких ще не було, але є позитивними для Вас.

Інструкція: Заплющіть очі. Розслабтесь. Уявіть, що у вас є безпечне місце. Ніхто, крім вас, не може сюди потрапити, нікому невідома сюди дорога. Безпечним місцем може бути: будинок біля моря, затишний садок, будиночок в глухому селі, маленька затишна квартирка, космічний корабель тощо. Головне, щоб вам там було затишно. Які речі вас там оточують? Що ви любите там робити? Які відчуття вас наповнюють? Залиштеся тут на декілька хвилин...»

Рефлексія вправи: Що ви відчували в безпечному для Вас місці? Чи виникло у вас бажання повернутися туди ще раз?

У процесі проведення тренінгів жінки навчалися управляти власними емоціями, бути більш емоційно спокійними, більш адаптивними до переживань.

У межах реалізації програми також було використано: групову дискусію, рольову гру, психогімнастичні та релаксаційні вправи.

Групові дискусії в межах тренінгу було спрямовано на обговорення значущих характеристик особистісної зрілості жінок. Наприклад, розкрити зміст понять «самостійність», «самопізнання», «саморозвиток» тощо. У результаті проведення групових дискусій розвиваються значущі характеристики особистісної зрілості, як-от: інтелектуальність, креативність, комунікабельність, усвідомлення значущості себе як особистості.

Рольова гра – це метод, у межах якого відбувається зміна власної поведінки, яка полягає в тому, щоб взяти на себе певну роль, несвідомо виконувати соціальну роль або свідомо виконувати прийняту роль. Так, учасникам пропонують виконати роль (за їх уявленнями), у якій віддзеркалити характер та манеру поведінки персонажа; показати ситуацію, яку пропонують розіграти за ролями. Використання цього методу сприятиме розвитку комунікабельності, креативності, саморегуляції.

Психогімнастичні вправи найчастіше застосовуються всередині заняття для зняття психічного та фізичного напруження після «емоційно складних» вправ. Релаксаційні вправи спрямовані на психічне та фізичне розслаблення, зняття напруги. Часто релаксація застосовується в кінці тренінгу. Психогімнастичні та релаксаційні вправи найбільше розвивають саморегуляцію, самостійність, креативність, аутентичність. Особливе місце в програмі тренінгу особистісного зростання посідають індивідуально-орієнтовані завдання самопізнання та самовдосконалення.

Психосоматичні проблеми безпліддя в жінок також успішно можна лікувати за допомогою кататимно-імагінативної психотерапії (символдрами). Здебільшого із застосуванням цього методу психотерапії відзначалося, що поряд із полегшенням симптоматики та позитивними змінами в сімейних та

особистісних стосунках, мало місце також просування в лікуванні, яке підтверджувалося об'єктивними показниками.

Символдрама (кататимно-імагінативна психотерапія, кататимне переживання образів, метод «сновидінь наяву») – один із напрямів сучасної психоаналітично-орієнтованої психотерапії. Метафорично символдраму можна назвати «психоаналізом за допомогою образів». Основним завданням символдрами є перетворення фантазії у форму образів на вільну або задану психотерапевтом тему (мотив). Символдрама працює з найпотаємнішими куточками душі людини, причому для цього немає необхідності використовувати якісь складні прийоми. Техніка «сновидіння наяву» передбачає в стані спокійного розслаблення «тут і зараз». Коли людина занурюється до світу фантазій, поступово слабшає функція контролю розуму. Назовні проривається щось глибинне, приховане в нашій підсвідомості. Причому «обдурити» підсвідомість неможливо – «випадкових» деталей у фантазіях не буває, так чи інакше людина почне говорити про те, що турбує її насправді.

За допомогою цього методу людина не просто фантазує – вона має можливість під керівництвом спеціаліста, який використовує режисерський прийом, змінити сюжет своїх фантазій, розширити межі життєвого простору і поглянути в обличчя власним страхам. І потім перенести отриманий досвід у реальне життя. За допомогою цього методу у клієнта з'являється можливість впливати на свої внутрішні страхи і його переживання трансформуються на живу енергію. У такий спосіб відбувається обговорення проблеми на зрілому рівні. Метод дає можливість досліджувати почуття, які блокуються, перекриваються та не мають можливості проявлятися.

Групі пропонується репертуар символдраматичних мотивів, які може запропонувати тренер, або група може обрати самостійно. Наприклад, «відпочинок на курорті», «похід в гори», «подорож до чарівної країни», «безлюдний острів», «політ на іншу планету», «пікнік за містом», «поїздка на велосипедах», «політ на повітряній кулі», «зустріч з монахом» тощо. Робота з

груповими імагінаціями дозволяє торкнутися відчуття проживання в присутності Іншого, що створює умови: проживання «важких» почуттів та ситуації власної безпорадності в безпечному приймаючому просторі в присутності Іншого, коли можна бути собою; можливість відчути турботу від Іншого через безпосередній спонтанний зворотний зв'язок, що може сприяти позитивному самосприйняттю; здобути іншу/нову оцінку себе, що сприяє зменшенню спотворення сприйняття себе; побачити іншу/нову оцінку Іншого на основі адекватності взаємодії з Іншим; набуття навичок витримувати репертуар найрізноманітніших почуттів як власних, так і Іншого; розширення репертуару проявів активності й способів взаємодії з реальністю.

Рекомендації жінкам з діагнозом «психологічне безпліддя»

1. Намагайтеся повсякчас не думати про цю проблему (не зациклюватися).
2. Пам'ятайте: жінка, в якій є психологічні установки, вже налаштована на негативний результат. Активні спроби тільки погіршують її настрій, а це швидко призводить до появи тривожності та перешкоджає зачаттю.
3. Знайте: підсвідомий страх перешкоджає зачаттю. Жінка на підсвідомому рівні може боятися: токсикозу, викидня, завмерлої вагітності або майбутніх пологів; зміни зовнішнього вигляду.
4. Варто переключити сили, увагу, ресурси на інші проблеми, питання, діяльність (робота, спорт, хобі тощо). У такий спосіб намагатися позбутися думки, що вагітність не настає чи так і не настане.
5. Пам'ятайте: вагітність настає в ситуації стабільності та емоційного спокою.
6. У цій ситуації важливо позбутися стресу, негативних емоцій.
7. Варто визначити речі, які вас розслаблюють (музика, книги, спорт, малювання, кіно, театр, медитація тощо).
8. Знайдіть та приділяйте час на повноцінний відпочинок
9. Не втрачайте надії реалізувати бажання мати дітей.
10. Що сприятиме вирішенню проблеми? Візит до кваліфікованого психолога, терапія Це допоможе побороти внутрішні конфлікти та

суперечності, з'ясувати істинні причини безпліддя. Водночас ви отримаєте психологічну підтримку.

Таким чином, у процесі реалізації психокорекційної програми було проведено індивідуальні консультації, тренінги, консультації в діаді. Роботу було спрямовано на підвищення рівня особистісної зрілості жінок з діагнозом «психогенне безпліддя»; на формування здатності до самопізнання та саморозвитку; на формування здатності партнерів розуміти та підтримувати один одного, особливо за умови наявності діагнозу «психогенне безпліддя».

3.2 Результати формувального етапу експерименту

У межах наукового дослідження корекційну роботу було здійснено *за трьома напрямками*: робота жінки з собою як з особистістю; робота із рівнем тривоги, депресії жінки; робота в діаді (дружини та її партнера).

У межах формувального експерименту було обрано 15 жінок, які за результатами констатувального експерименту виявили низький рівень особистісної зрілості, мали виражені порушення емоційного тону, високий рівень особистісної тривожності, мали депресивні стани, які відзначаються надмірною чутливістю до стресових ситуацій, гіперболізацією, схильні фокусуватися на негативних подіях.

Нижче сформовано порівняльну таблицю, де висвітлено результати формувального експерименту. На цьому етапі експерименту використано такі ж методики, як і на констатувальному: Опитувальник особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна, Шкала депресії Бека, Шкала оцінки емоційного тону, Опитувальник особистісної зрілості (ОЗО) О. Штепа, Опитувальник великої п'ятірки.

Таблиця 3.1

Порівняльний аналіз результатів методик

№ з/п	Назва методики	Попередні показники (у %)	Нові показники (у %)
----------	-------------------	------------------------------	-------------------------

1.	Опитувальник особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна	Низька тривожність – 15,8	Низька тривожність – 31,8
		Помірна тривожність – 21,2	Помірна тривожність – 47,6
		Висока тривожність – 63,0	Висока тривожність – 20,6
2.	Шкала депресії Бека	Мінімальна депресія – 17, 2	Мінімальна депресія – 38, 2
		Легка депресія – 39,6	Легка депресія – 43,8
		Помірна депресія – 43,2	Помірна депресія – 18,0
		Важка депресія – 0	Важка депресія – 0
3.	Шкала оцінки емоційного тону	Високий емоційний тонус – 10, 2	Високий емоційний тонус – 32, 2
		Ситуативні порушення емоційного тону – 32, 8	Ситуативні порушення емоційного тону – 42, 4
		Виражені порушення емоційного тону – 43,7	Виражені порушення емоційного тону – 25,4
		Критичний стан – 13,3	Критичний стан – 0
4.	Опитувальник особистісної зрілості (ОЗО) О. Штепа	Високий рівень – 4,2	Високий рівень – 23,6
		Необхідний рівень – 49,0	Необхідний рівень – 54,6
		Низький рівень – 46,8	Низький рівень – 21,8

Таблиця 3.2

Порівняльний аналіз результатів за Опитувальником великої п'ятірки

Рівні	Попередні показники (у %)					Нові показники (у %)				
	Екст рав.	Нейрот	Відкр. досв.	Сумл.	Доброз	Екст рав.	Нейрот	Відкр. досв.	Сумл	Добр оз
Низький	32,0	10,7	21,3	8,0	2,4	15,4	21,0	2,7	11,2	1,0
Нижче середнього	23,0	12,0	24,8	10,0	16,4	19,0	38,3	8,3	17,8	5,4
Середній	21,0	31,6	32,5	32,3	35,4	27,6	20,5	42,5	29,8	36,2
Вище середнього	14,0	25,4	12,0	28,4	24,8	21,0	12,8	26,7	24,7	28,2
Високий	10,0	20, 3	9,4	21,3	21,0	17,0	7,4	19,8	16,5	29,2

Результати аналізу формувального етапу експерименту дають підстави стверджувати, що відбулися позитивні зміни в жінок, з якими було проведено корекційну роботу. Так, за Опитувальником особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна було досліджено тільки рівні особистісної тривожності. Відповідно до результатів, які було отримано за цією методикою, з'ясовуємо, що після корекційної роботи значно зменшилися показники високої тривожності (було – 63,0 %; стало – 20,6 %) та, водночас, збільшилися показники помірної та низької. Це підтверджує ефективність роботи в межах формувального етапу, яка сприяла зниженню рівня хвилювання, напруги, стресу в жінок з діагнозом «психогенне безпліддя».

Також спостерігаємо позитивні зрушення за Шкалою депресії Бека, згідно з якою було досліджено рівні депресивних станів у жінок з діагнозом «психогенне безпліддя». Так, до корекційної роботи було зафіксовано значний відсоток жінок з легкою та помірною депресією. Однак нові показники засвідчують, що значно зменшено кількість жінок з депресивними станами. Наприклад, якщо було 17,2 % жінок з мінімальною депресією, то стало 38,2 %. Відповідно, зменшилися показники помірної депресії (було – 43,2 %; стало – 18,0 %). Жінок з важкою депресією не було виявлено на обох етапах дослідження.

За Шкалою оцінки емоційного тону також фіксуємо позитивні результати. Так, до психокорекції було виявлено незначний відсоток жінок у межах критичного стану (13,3 %) та значний відсоток з вираженими порушеннями емоційного тону – 43,7 %. Показовим є те, що нові показники віддзеркалюють позитивну тенденцію в результаті роботи: не виявлено жінок із показниками критичного стану та значно знижено відсоток жінок з вираженими порушеннями емоційного тону (25,4 %).

Порівняльний аналіз результатів за Опитувальником особистісної зрілості (О. Штепа) доводить, що збільшено відсоток жінок з необхідним (було – 49,0 %; стало – 54,6 %) та високим (було – 4,2 %; стало – 23,6 %) рівнями особистісної зрілості та зменшено з низьким рівнем (було – 46,8 %; стало –

21,8 %). Підвищення рівня особистісної зрілості сприяє розвитку здатності розуміти та диференціювати власні емоції, забезпечує здатність до визначення життєвої філософії, автономності, контактності, самоприйняття.

Результати дослідження за Опитувальником великої п'ятірки засвідчують позитивну динаміку. Зокрема, показовою є динаміка за шкалою «нейротизм». Так, було зафіксовано значний відсоток респондентів з високим рівнем, однак після психокорекційної роботи відсоток значно змінився (було – 20,3 %; стало – 7,4 %). Позитивною є динаміка за шкалою «екстраверсія». Тут фіксуємо збільшення відсотків високого рівня (було – 10,0 %; стало – 17,0 %) та зменшення низького (було – 32,0 %; стало – 15,4 %). Це підтверджує думку про те, що жінки після роботи за програмою стали більш активними, оптимістичними, товариськими, набули позитивних емоцій.

Таким чином, результати дослідження у межах формувального етапу дозволяють стверджувати, що психокорекційна робота позитивно позначилася на психоемоційному стані жінок із діагнозом «психогенне безпліддя». Результати наукової розвідки дозволяють підтвердити гіпотези нашого дослідження про те, що недеференційованість емоційної сфери є показником психологічної незрілості та одним із факторів виникнення психологічного безпліддя а низький рівень особистісної зрілості може виступати чинником виникнення такого діагнозу. Підвищення рівня особистісної зрілості, диференціація та розуміння власних емоцій сприятиме позитивним зрушенням в психіці жінки, усвідомленню та адекватизації мотивації вагітності.

Висновки до третього розділу

У результаті дослідження на формувальному етапі проведення експерименту ми дійшли таких висновків. На основі результатів констатувального етапу експерименту з'ясовано, що жінки з діагнозом «психогенне безпліддя», здебільшого виявили низький рівень особистісної зрілості, який прямо корелює з показниками високої тривожності, депресивними станами, вираженими порушеннями емоційного тону.

Водночас аналіз теоретичних джерел доводить, що порушення репродуктивної функції супроводжуються змінами в структурі психоемоційного стану жінки, які проявляються високим рівнем стресу, напругою, дезадаптацією тощо. Відповідно, було розроблено *комплексну програму оптимізації процесу становлення особистісної зрілості жінки з психологічним безпліддям*.

Відповідно до програми корекційну роботу було здійснено *за трьома напрямками*: робота жінки з собою як з особистістю; робота із рівнем тривоги, депресії жінки; робота в діаді (дружини та її партнера). Так, було обрано 15 жінок, які за результатами констатувального експерименту виявили низький рівень особистісної зрілості, мали виражені порушення емоційного тону, високий рівень особистісної тривожності, депресивні стани тощо.

У межах прихокорекційної роботи було проведено індивідуальні консультації, консультації в межах подружньої підсистеми, тренінги. У процесі реалізації програми також було використано: групову дискусію, рольову гру, психогімнастичні та релаксаційні вправи, метод символдрами. На завершальному етапі надано рекомендації жінкам з діагнозом «психологічне безпліддя».

Таким чином, результати контрольного етапу дослідження підтверджують гіпотези нашого дослідження та достатній рівень ефективності психокорекційної програми. Зокрема, було виявлено таку позитивну динаміку в психоемоційному стані жінок із діагнозом «психогенне безпліддя». За результатами повторної діагностики маємо значне зменшення показників високої тривожності та, водночас, збільшення показників помірної та низької тривожності в жінок із зазначеним діагнозом. Спостерігаємо позитивну тенденцію щодо рівня депресивних станів у жінок: зменшено відсоток жінок із помірною депресією та збільшено із мінімальною депресією. Показовим є те, що після психокорекції не виявлено жінок із показниками критичного стану та значно знижено відсоток жінок з вираженими порушеннями емоційного тону. Важливими є показники за шкалою «нейротизм»: відсоток

респондентів з високим рівнем нейротизму після психокорекційної роботи значно зменшився. Розуміємо, що в контексті нашого дослідження особливої значущості набувають результати щодо рівня особистісної зрілості. Повторна діагностика засвідчує позитивні зрушення щодо цього питання. Підтверджено, що значно збільшено відсоток жінок з необхідним та високим рівнями особистісної зрілості та зменшено з низьким рівнем.

Отже, жінки які мають проблему реалізації репродуктивного потенціалу, переживають спектр негативних станів, які нашаровуються в процесі лікування безпліддя. Глибина переживань є динамічною та може змінюватися протягом різних етапів.

ВИСНОВКИ

У дослідженні здійснено ґрунтовний теоретико-методологічний аналіз проблеми психологічного безпліддя у жінок; висвітлено феномен особистісної зрілості жінки в соціально-психологічному контексті; емпірично досліджено взаємозв'язок особистісної зрілості жінки та психологічного безпліддя; розроблено та перевірено ефективність комплексної програми оптимізації процесу становлення особистісної зрілості жінки з психологічним безпліддям.

Результати, які було отримано, дозволяють зробити наступні висновки:

1. Аналіз наукових розвідок засвідчує, що розрізняють такі форми жіночого безпліддя: імунологічне, маткове, трубне, ендокринне, нез'ясованого генезу, психологічне. Відповідно до вивчених матеріалів з'ясовуємо, що в сучасній науці розрізняють поняття «психологічне безпліддя» та «безпліддя нез'ясованого генезу».

2. У результаті теоретичного дослідження доходимо висновку, що *психогенне безпліддя* – це порушення репродуктивного здоров'я, за якого: відсутні об'єктивні фактори, які унеможлиблюють зачаття, виношування та народження дитини. Однак при цьому зберігається анатомічна та функціональна цілісність репродуктивної системи жінки. Психогенне безпліддя викликає порушення на всіх рівнях життєдіяльності жінки: *на психічному, емоційному, фізичному, та соціальному*.

3. На основі аналізу наукових джерел визначено *основні причини* психогенного безпліддя: високий рівень тривожності, наявність тривожного розладу (пов'язано з емоційними переживаннями жінки); наявність певних невротичних станів; наявність депресивних станів; наявність емоційного тону.

4. У науковій літературі висвітлено психологічні особливості жінок, які схильні до психогенного безпліддя: *незрілі, чутливі, по-дитячому вередливі, схильні до функціональних розладів*. Відповідно, було досліджено *зв'язок рівня особистісної зрілості з виникненням психологічного безпліддя*.

5. У межах нашого дослідження *особистісну зрілість* розуміємо як нове утворення, яке є результатом інтеграції насамперед індивідуально зумовлених та соціальних характеристик людини. У наукових розвідках учених висвітлено *риси особистісної зрілості*: відповідальність, децентрація, глибинність переживань, життєва філософія, толерантність, автономність, контактність, самоприйнятливність, креативність, синергічність.

6. Жінки, які мають проблему реалізації репродуктивного потенціалу, переживають спектр негативних станів, які нашаровуються в процесі лікування безпліддя. Глибина переживань є динамічною та може змінюватися протягом різних етапів. На констатувальному етапі експерименту виявлено різні кореляції в експериментальній та контрольній групах. В експериментальній групі здебільшого зафіксовано низький рівень особистісної зрілості, що прямо корелює з показниками високої тривожності, депресивними станами, вираженими порушеннями емоційного тону. Водночас виявлено значний відсоток жінок контрольної групи з необхідним рівнем особистісної зрілості, який пов'язаний з мінімальною депресією. Високий рівень зрілості жінок контрольної групи корелює з низькою тривожністю та високим емоційним тонусом. Це дає підстави стверджувати, що чим вищим є рівень особистісної зрілості жінки, тим менше негативних зрушень відбувається в її психіці.

7. Розроблено та апробовано *комплексну програму оптимізації процесу становлення особистісної зрілості жінки з психологічним безпліддям*, роботу якої реалізовано за *трьома напрямками*: робота жінки з собою як з особистістю; робота із рівнем тривоги, депресії жінки; робота із подружньою підсистемою.

8. Апробація програми підтвердила її ефективність, й відповідно, гіпотези нашого дослідження про те, що недеференційованість емоційної сфери є показником психологічної незрілості та одним із факторів виникнення психологічного безпліддя а низький рівень особистісної зрілості може виступати чинником виникнення такого діагнозу.

9. З'ясовано, що підвищення рівня особистісної зрілості жінки, диференціація та розуміння її власних емоцій сприятиме позитивним зрушенням в психіці жінки, усвідомленню та адекватизації мотивації вагітності.

10. Перспективу подальших досліджень вбачаємо в таких напрямках:

- 1) ґрунтовне вивчення основного симптомокомплексу жінок з психогенним безпліддям; систематизація та виявлення нових чинників психогенного безпліддя у жінок;
- 2) розробка та вдосконалення інструментарію щодо діагностики причин психогенного безпліддя в жінок;
- 3) дослідження та впровадження нових методів, прийомів та технік психокорекційної та психотерапевтичної роботи з жінками, яким поставлено діагноз «психогенне безпліддя» .

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Bydlowski M, Dayan-Lintzer M. Psycho-medical approach to infertility: «Suffering from infertility» *J Psychosom Obst Gynecol*. 1988. № 9. P. 139. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6886324/>
2. Collins JA, Crosignani PG. Unexplained infertility: a review of diagnosis, prognosis, treatment efficacy, and management. *Int J Gynecol Obstet*. 1992; 39: 267–275. URL: [https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/0020-7292\(92\)90257-J](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/0020-7292(92)90257-J)
3. Crosignani PG, Collins J, Cooke ID, Diczfalussy E., Rubin B. Recommendations of the ESHRE workshop on «Unexplained Infertility». *Hum Reprod*. 1993; 8: 977–980. URL: https://academic.oup.com/humrep/article-abstract/8/6/977/789190?redirectedFrom=fulltext#google_vignette
4. GL Christie. Psychogenic factor of infertility. *Austr NZ J Psychiatry*. 1994; P. 378–390. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.3109/00048679409075863>
5. Templeton AA, Penney GC. The incidence, characteristics, and prognosis of patients whose infertility is unexplained. *Fertil Steril*. 1982; 37 :175–182. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028216460358?via%3Dihub>
6. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/>
7. Андрійчук Ю.Г., Проскурняк О.П. Психологічна готовність до материнства як аспект рольової самореалізації жінки. *Актуальні проблеми психології*. № 28. 2015. С. 374–386. URL: <http://www.appsychology.org.ua/data/jrn/v10/i28/35.pdf>
8. Астахов В. М., Бацилєва О. В., Пузь І. В. Психологічний супровід у репродуктивній медицині : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ, 2023. 125 с.

9. Баранова С. В. Особистісна зрілість та відповідальність: соціально-психологічний аспект: монографія. Київ: Інтерконтиненталь-Україна, 2020. 364 с.
10. Баришнікова В.В. Особливості формування материнської домінанти. *Габітус: Психологія особистості*. Випуск 21. 2021. С. 64 – 69.
11. Бацилєва О. В. Тип психологічного компоненту гестаційної домінанти та особливості внутрішньосімейних взаємин: емпіричне дослідження. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я: Матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції*. Київ, 18 листопада 2021 р. С. 16–18.
12. Боришевський М. Й. Особистість у вимірах самосвідомості: монографія. Суми: Еллада, 2012. 608 с.
13. Боришевський М. Й. Психологічні механізми розвитку особистості. *Актуальні проблеми психології*. Т. 1. Соціальна психологія. Психологія управління. К. : Інститут психології імені Г. С. Костюка, 2001. С. 26–33.
14. Варій М. Й. Психологія особистості : навч. пос. Київ, 2008. 592 с.
15. Васильченко О.М. Діагностика та корекція репродуктивної поведінки особистості: навчально-методичне видання. К.: 2012. 96 с.
16. Ващук М.С. Дослідження особливостей психологічної готовності до материнства у жінок із безпліддям. *Київський національний університет імені Тараса Шевченка*. 2016. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/229856458.pdf>
17. Гільбух Ю. З. Тест-опитувальник особистісної зрілості. К.: Науково-практичний центр «Психодіагностика та диференційоване навчання», 1994. 24 с.
18. Гомонюк О. М. Особливості психологічної готовності до материнства. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. *Серія: Психологія: електрон. наук. фахове вид.* № 4. Хмельницький, 2017. С. 8
19. Добряков І. В. Перинатальна психологія. 2009. 234 с.
20. Добряков І. В. Тривожний тип психологічного компоненту гестаційної домінанти. *Психологія і психотерапія. Тривога і страх: єдність і*

різноманітність поглядів: Матеріали V щорічної Науково-практичної конференції. 8–9 лютого 2003.

21. Дойч Х. Психоаналітична інтерпретація. Том 2. Материнство. Нью-Йорк: Grune and Stratton; 1945. Психологія жінки.

22. Завгородня О. В. Особистість: шляхи досягнення зрілості. *Практична психологія та соціальна робота*. 2010. № 12. С. 11–17.

23. Загальна психологія з практикумом: лабораторний практикум. Частина 2. / Для студентів денної та заочної форм навчання спеціальності 053 Психологія: укладач Б.В. Барчі. Мукачево: МДУ, 2017. 51 с.

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

25. Кокурн О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: монографія. К.: Міленіум, 2004. 265 с.

26. Копець Л. Психологія особистості. К.: Києво-Могилянська академія, 2007. С. 50–69.

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

28. Королович О.В. Детермінанти психогенного безпліддя: глибинний погляд на проблему. *Psychological journal*. 2018. № 8 (18). С. 86–75.

29. Королович О.В. Симптомокомплекс психогенного безпліддя: напрями діагностики та терапії. *Теорія і практика сучасної психології*. 2020. № 2. С. 79–82. URL: DOI <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2020.2.13>

30. Медичний центр «Клініка професора Стефана Хміля» (м. Львів, м. Тернопіль). URL: <https://khmilclinic.com.ua/zhinoche-bezpliddya/>

31. Меднікова Г. І. Особистісна зрілість: сутність та критерії. Вісник Харківського національного педагогічного університету ім. Г. Сковороди. Психологія. 2012. № 44 (2). С. 127–134.

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

33. Молотокас А.А., Діденко С.В. Психологічний компонент гестаційної домінанти в жінок із запланованою і незапланованою вагітністю. *Габітус: психологія особистості*. Вип. 31. 2021. С. 140–143.

34. Настанова 00567. Безпліддя. URL:
<https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3395>

35. Наумич (Королович) О. В. Взаємозв'язок між особистісною тривожністю жінки та її вагітністю. *Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Психологічні науки*. Київ, 2007.

36. Наумич (Королович) О. В. Фактори, які впливають на психологічну готовність до материнства. *Наукові праці МАУП. Психологія*. Київ : МАУП, 2007.

37. Новікова К. С. Психологічна готовність до материнства серед сучасних жінок. Херсонський державний університет. *Психологія і суспільство*. 2006. № 4. С. 8–52. URL:
<http://ekhsuir.kspu.edu/bitstream/handle/123456789/17690/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%20%D0%9A.%D0%A1..pdf?sequence=2>

38. Особистісна зрілість як проблема сучасної психології. Том 1 : колективна монографія / кол. авт. ; наук. ред. З. М. Мірошник. Кривий Ріг : Вид. Р. А. Козлов, 2019. 220 с.

39. Репродуктивне здоров'я українських жінок – 2014. Попередній звіт. Київ : Київський міжнародний інститут соціології, Центри з контролю та профілактики захворювань (США), березень 2015 р.

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

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

42. Філіпова Г.Г. Психологія материнства: навчальний посібник. 2002. 240 с.

43. Штепа О. С. Дефініція особистісної зрілості. *Наукові студії із соціальної та політичної психології: Збірник статей / АПН України, Ін-т соціальної та політичної психології*. К.: Міленіум, 2007. Вип. 16 (19). С. 149–157.

44. Штепа О. С. Психологічні особливості формування та актуалізації особистісної зрілості. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 5. С. 24–31.

45. Штепа О. С. Особистісна зрілість. Модель. Опитувальник. Тренінг : Монографія. Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2008. 210 с.

46. Штепа О.С. Пропріумом зрілої особистості. *Практична психологія та соціальна робота*. 2004. №2. С. 26–35.

47. Штепа О. С. Феномен особистісної зрілості. *Соціальна психологія*. 2005. №1 (9). С. 62–77.

Додаток А

Тест Спілбергера-Ханіна

Опитувальний бланк ситуативної тривожності (Спілбергера-Ханіна)

№ з/п	Ситуація	Ні, це не так	Напевно, так	Правильно	Дійсно правильно
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені нічого не загрожує	1	2	3	4
3	Я почуваю себе напружено	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6	Я розчарований	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе таким, що відпочив	1	2	3	4
9	Я стурбований	1	2	3	4
10	Я маю відчуття внутрішнього 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 відчуваю скованості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я заклопотаний	1	2	3	4
18	Я надто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

1. Обстежуваному пропонується: «Уважно прочитайте кожне з наведених тверджень і закресліть відповідну цифру справа залежно від того, як ви себе почуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтеся. Перша відповідь, зазвичай, яка приходить в голову, є найбільш правильною, адекватною Вашому стану».

2. Проводиться тестування з використанням опитувального бланка.

3. Показник ситуативної (реактивної) тривожності розраховується за формулою: $PT = \sum 1 - \sum 2 + 35$, де $\sum 1$ – сума закреслених цифр по пунктах 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; $\sum 2$ – сума закреслених цифр по пунктах 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Якщо РТ не перевищує 30, то, особа, яку опитували, не відчуває особливої тривоги, тобто у неї в даний момент виявляється низька тривожність. Якщо сума знаходиться в інтервалі 31-45, то це означає помірну тривожність. При 46 і більше - тривожність висока. Дуже висока тривожність (> 46) прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями.

Низька тривожність (> 12) характеризує стан як депресивний, ареаактивний, з низьким рівнем мотивацій. Але іноді дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витіснення особою високої тривоги з метою показати себе в «кращому світлі».

4. Результати варто записати у зошиті і сформулювати висновок про рівень реактивної тривожності обстеженої особи.

Опитувальний бланк особистісної тривожності (ОТ)

№ з/п	Ситуація	Ніколи	Майже ніколи	Часто	Майже завжди
1	У мене буває піднесений настрій	1	2	3	4
2	Я буваю дратівливим	1	2	3	4
3	Я легко можу почати турбуватися	1	2	3	4
4	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
5	Я сильно переживаю неприємності і довго не можу про них забути	1	2	3	4
6	Я відчуваю прилив сил, бажання працювати	1	2	3	4
7	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
8	Мене турбують можливі труднощі	1	2	3	4
9	Я дуже переживаю через дрібниці	1	2	3	4
10	Я буваю цілком щасливий	1	2	3	4
11	Я все приймаю близько до серця	1	2	3	4
12	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13	Я відчуваю себе беззахисним	1	2	3	4
14	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15	У мене буває хандра	1	2	3	4
16	Я буваю задоволений	1	2	3	4
17	Всякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
18	Буває, що я відчуваю себе невдахою	1	2	3	4
19	Я врівноважена людина	1	2	3	4
20	Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Загальний підсумковий показник по кожній із підшкал може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим вищим є підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної або особистісної).

При загальній інтерпретації показників можна використовувати наступні орієнтовні оцінки тривожності:

- до 30 балів – низька;
- 31 – 44 бали – помірна;
- 45 і більше – висока.

Зіставлення результатів за обома підшкалами дає можливість оцінити індивідуальну значимість стресової ситуації для респондента.

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 заснути.

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: кожна відповідь оцінюється за шкалою від 0 до 3. Більш високі загальні бали вказують на більш серйозні симптоми депресії. Стандартні граничні бали дещо відрізняються від оригінальної BDI:

- 0–13: мінімальна депресія
- 14–19: легка депресія
- 20–28: помірна депресія
- 29–63: важка депресія.

Шкала оцінки емоційного тону (ШОЕТ)

Ніколи / зрідка; іноді; часто; Майже завжди; постійно

1. Буває, що я відчуваю занепокоєння, не можу всидіти на місці
2. Буває, я погано сплю ночами (не можу заснути, бачу кошмари)
3. Я дуже критично сприймаю свої слабкості і помилки
4. Я стурбований станом свого здоров'я
5. Я оптимістично дивлюся в майбутнє
6. Я вважаю, що рідше досягаю успіху, ніж інші люди
7. Я відчуваю бадьорість
8. Я втомлююсь швидше, ніж раніше
9. Чи буває, що, дивлячись на себе з боку, я розумію, що гідний осуду
10. Я вмію радіти життю
11. Буває, що я значно втрачаю у вазі
12. Я дратуюся більше, ніж зазвичай
13. Я здатний розсміятися і побачити в тому щось смішне
14. Чи буває, що я говорю, думаю і дію повільніше, ніж зазвичай
15. Мені потрібні додаткові зусилля щоб розпочати щось робити.
16. Мені легко ухвалювати рішення
17. Буває, я відчуваю це фізичному рівні (болі в животі, головний біль тощо)
18. У деяких випадках мені важко побороти певні думки
19. У мене бувають порушення апетиту, я не відчуваю смаку того, що їм
20. Мені цікаво, що відбувається з оточуючими мене людьми
21. Бувають ситуації, коли я не приймаю себе таким, який я є
22. Вранці я відчуваю, що ні виспався
23. Бувають ситуації, коли я готовий заплакати або плачу без видимих причин
24. Я не стежу за своєю зовнішністю
25. Зазвичай я спокійний і розслаблений
26. Я живу досить повним життям

Обробка:

Соматична Субшкала: 2,4,8,11,14,17,19,22,23,24.

Ніколи – 1 бал, іноді – 2 бали, часто – 3 бали, майже завжди – 4 бали. *Психоемоційна шкала (прямі питання):* 1,3,6,9,12,15,18,21.

Ніколи – 1 бал, іноді – 2 бали, часто – 3 бали, майже завжди – 4 бали. *Психоемоційна шкала (зворотні питання):* 5,7,10,13,16,20,25,26.

Ніколи – 4 бали, іноді – 3 бали, часто – 2 бали, майже завжди – 1 бал.

Нормативні показники: Встановлено такі тестові норми: до 49 балів – високий емоційний тонус, 50-56 – ситуативні порушення емоційного тону, 57-63 – виражені порушення емоційного тону, більше 63 - критичний стан, що вимагає застосування клінічних методик для оцінки ступеня вираженості депресивної симптоматики.

Дослідження рівня особистісної зрілості за методикою О. С. Штепи

Інструкція: Вам буде запропоновано опитувальник, питання якого стосуються деяких рис Вашої особистості, здібностей, ставлення до різних життєвих ситуацій. На кожне з наступних тверджень у бланку для відповідей надайте відповідь «так» – якщо Ви згодні з твердженням; «ні» – якщо Ви не погоджуєтесь із твердженням.

1. Коли мені сумно, я намагаюся влаштувати щось веселе.
2. Бути успішним для мене важливіше, ніж вміти любити.
3. Я вважаю споглядання краси природи важливою естетичною цінністю.
4. Я не готовий чітко сформулювати, що я хочу отримати від життя.
5. Мені часто кажуть, що я надто терпимий до інших.
6. Я відчуваю докори сумління, коли серджуся на тих, кого люблю.
7. Двоє людей найкраще порозуміються між собою, якщо кожен з них приховає власні почуття і намагатиметься догодити іншому.
8. Вважаю, що людина має приборкувати власні бажання.
9. У складних ситуаціях завжди необхідно шукати принципово нові рішення.
10. Мені легко відрізнити справжнє кохання від легкого захоплення.
11. Як правило, я обдумую наслідки своїх намірів.
12. Найбільше мені подобається, коли інші цінують мене.
13. Я розумію тих, хто здатний захоплюватися красою творів людського розуму.
14. Я схильний завантажувати себе такою кількістю справ і брати на себе стільки обов'язків, що на себе самого мені вже не вистачає часу.
15. Мене не дратує, якщо співрозмовник виявляє переконаність у думках та цінностях, що відрізняються від моїх.
16. Для мене важливо, щоб інші обов'язково поділяли мої погляди.
17. Я постійно почуваюся зобов'язаним робити усе від мене залежне, щоб у тих, з ким я спілкуюся, був хороший настрій.
18. Найчастіше власні плани і вчинки видаються мені правильними.
19. Не думаю, що найціннішим для людини є улюблена робота.
20. Більшість справ та обов'язків, покладених на мене, я виконую із задоволенням.
21. Коли проблема має багато варіантів рішень, мені важко зупинитися на одному з них.
22. Втрата друзів – ніщо, порівняно з приниженням власної гідності.
23. Можу сказати, що саме сильне почуття любові змінило моє ставлення до життя.
24. Моя самоповага дуже страждає, коли мені доводиться спонукати інших робити те, що мені самому видається не дуже важливим.

25. Вияв прихильності до інших є ознакою слабкості людини.
26. Я відчуваю себе зобов'язаним чинити так, як очікують від мене оточуючі.
27. Мені більше подобається робити подарунки, ніж отримувати їх.
28. Я відчуваю дискомфорт, коли поведжуся у товаристві так, як мені насправді не властиво.
29. Я не схильний приймати рішення спонтанно.
30. Я не бачу тісного зв'язку між своїм теперішнім і минулим.
31. Я спокійно реагую, якщо щось зроблено не зовсім так, як я вважав за потрібне.
32. Задля особистого успіху я пожертвую хорошими взаєминами з колегами.
33. У мене в житті не було причин пишатися результатами власної творчої праці.
34. Те, що я роблю, і те, що відбувається у моєму житті, не видається мені достатньо значущим.
35. Самовладання покидає мене у складних ситуаціях.
36. Коли виникають труднощі, я насамперед намагаюся чітко сформулювати власний погляд на них.
37. Мене не дуже приваблює робота, що потребує широкого кола спілкування.
38. Моє ставлення до самого себе можна назвати дружнім.
39. За необхідності людина може досить легко позбавитися своїх небажаних звичок.
40. Буває, що мені подобаються люди, чию поведінку я не схвалюю.
41. Часом я впевнений у власній нікчемності.
42. Зазвичай я з першої зустрічі вгадую "рідну душу" у новому знайомому.
43. Нерідко бувають моменти, коли мене сповнюють глибокі релігійні почуття.
44. Розпочинаючи нову справу, я передусім думаю про те, який величезний обсяг роботи доведеться зробити.
45. Не впевнений, що мої знайомі відгукнуться про мене, саме як про доброзичливу людину.
46. Мені не подобається, що інші сприймають як належне мою турботу про них, і не завжди її відповідно оцінюють.
47. З обов'язками організатора я справляюся вміло і з задоволенням.
48. У мене не може бути якихось негативних якостей.
49. Навіть якщо книжка сподобалась, я не буду перечитувати її ще раз.
50. Людині дуже важко подолати внутрішню суперечку емоцій і розуму.
51. Я сприймаю життєві події не гостріше, ніж інші люди.
52. Я легко можу уявити себе якоюсь твариною, відчути її характер та звички.
53. Думаю, що для людини нереально відчувати свою гармонію зі світом.
54. У мене є відчуття, що я можу подолати усі труднощі на шляху до своєї мети.
55. Мені властиво поспіхом засуджувати або захищати інших людей.
56. Навіть коли я подобаюсь сам собі, я розумію, що є люди, яким я неприємний.

57. Люди мають стримуватися у своїх поривах ніжності.
58. У цілому, мене влаштовує те, яким я є.
59. Я досить легко можу зважитися на ризиковане рішення.
60. Прийнято вважати, що для людини власні інтереси обов'язково важливіші за інтереси оточуючих.
61. Навіть серед людей я більшу частину часу почуваю себе самотньо.
62. Мені легко вдається копіювати міміку і жести людей.
63. У моєму житті були моменти, коли я ясно розумів, як багато ще можу зробити.
64. Я готовий взятися за втілення нової ідеї лише тому, що мені цікаво, що з цього вийде.
65. Характеризуючи себе, з повним правом можу сказати, що я – гуманіст.
66. Мене люблять тому, що я сам здатний любити.
67. Іноді я не проти, щоб мною керували.
68. Якби моє друге Я існувало, то для мене це був би найнудніший співрозмовник.
69. У вирішенні особистих проблем я значною мірою керуюся власним баченням і лише потім – загальноприйнятими уявленнями.
70. Мені не подобаються фільми, у яких не зрозуміло – хороша чи погана людина головний герой.
71. Я байдужий до того, чи спостерігає хтось за тим, як я працюю.
72. У мене творча натура – поетична, художня, артистична.
73. Часом я буваю різким з людьми, які мене дратують.
74. Динамічність та різнобарвність – це ознаки не мого життя.
75. Я усвідомлюю, що існують певні межі моїх можливостей.
76. Мої друзі цінують у мені здібність до співпереживання.
77. Навіть заради того, щоб здійснити щось, за що люди були б мені вдячні, я не хотів би поступатися власними принципами.
78. Мене приваблює участь у палкій суперечці.
79. Недоліків у мене більше, ніж чеснот.
80. Мені рідко зустрічалися люди, яких я розумів би без зайвих слів.
81. Важко досягти успіху в житті, дотримуючись моральних принципів.
82. Я намагаюся запам'ятовувати цікаві історії, щоб потім розповісти їх іншим.
83. Мені важко зрозуміти, чому якісь дрібниці можуть так сильно засмучувати людей.
84. Мені не властиво переживати через втрату взаєморозуміння з оточуючими.
85. Завдання: уявіть, що усе Ваше життя зображено у книжці. Напишіть коротку анотацію до цієї книжки /Анотація – короткий виклад змісту книги, статті, часто з її критичною оцінкою /.

Обробка даних

1. За кожен відповідність до ключа нараховується 1 бал, бали сумуються окремо за кожним фактором. Отримані «сирі бали переводяться» у стени
2. Визначається рівень особистісної зрілості:
високий рівень – риси відповідальності, життєва філософія, креативність, автономність виражені на високому рівні (8–10 стенив),
 решта рис – *на середньому рівні*,

необхідний рівень – риси життєва філософія та автономність виражені на середньому рівні (4–7 стени), імовірно, є риси, що характеризуються низьким рівнем вираженості (1–3 стени).

Ключ:

Відповідальність 1+ 11+ 21+ 31– 41+ 51– 61+ 71– 79– 82+

Децентрація 2– 12– 22– 32– 42+ 52+ 62+ 72+ 80+ 83–

Глибинність переживань 3+ 13+ 23+ 33– 43+ 53– 63+ 73– 81– 84–

Життєва філософія 4– 14– 24+ 34– 44– 54+ 64+ 74– 85*

Толерантність 5+ 15+ 25– 35– 45– 55– 65+ 75+

Автономність 6– 16– 26– 36+ 46– 56+ 66+ 76+

Контактність 7– 17– 27+ 37– 47+ 57– 67+ 77+

Самоприйняття 8– 18+ 28– 38+ 48– 58+ 68– 78+

Креативність 9+ 19– 29– 39+ 49– 59+ 69+

Синергічність 10+ 20+ 30+ 40+ 50– 60– 70–

П'ятифакторний особистісний опитувальник «Велика п'ятірка»
(модифікація А.Г. Грецова)

В основу покладено модель особистості Кости та Мак-Крея (1985), а також «Наскрізний біполярний перелік» Голдберга (1992).

Інструкція: оцініть можливість застосування до себе кожного з запропонованих тверджень. Відповіді позначте одним з трьох чисел:

0 – «ні, це не про мене»;

1 – «іноді це про мене, іноді – ні»;

3 – «так, це точно про мене».

Відповідайте швидко, не замислюючись над питаннями; давайте той варіант, який першим приходить в голову. Відповіді записуйте в бланк, який наведено нижче.

Текст опитувальника

1. Для мене найкращий відпочинок – поспілкуватися у веселій компанії.
2. Я іноді відчуваю себе дуже веселим або сумним навіть без серйозної причини.
3. Мене дуже цікавить все нове, що з'являється навколо.
4. Я завжди виконую те, що запланував.
5. Коли я з кимось у сварці, то зазвичай сам роблю перший крок, щоб помиритися.
6. Я часто потребую друзів, які могли б мене підтримати і втішити.
7. У мене легко змінюється настрій.
8. Мені здається, що прислів'я «все нове – це добре забуте старе» неправильне.
9. Я вмію розраховувати свій час так, що встигаю зробити все необхідне.
10. Мене можна назвати м'якосердою людиною.
11. Я дуже люблю ходити в гості.
12. Іноді я хвилююся так сильно, що не можу всидіти на місці.
13. Мене можна назвати людиною вельми допитливою.
14. Думаю, що оточуючі вважають мене дуже відповідальною людиною.
15. Я людина довірлива.
16. Мене часто тягне до пригод, я люблю «підбадьоритися».
17. Одноманітність мені швидко набридає, викликає нудьгу.
18. У мене широке коло інтересів, різноманітні захоплення.
19. Я акуратний і обачний в словах і в справах.
20. Я охоче відгукуюся на найрізноманітніші прохання друзів і знайомих.
21. Більшість знань я отримую із спілкування з іншими, а не з книг або занять.
22. Буває, я відчуваю себе дуже втомленим без будь-якої причини.
23. Я легко орієнтуюся в несподіваних ситуаціях.
24. Якщо мої бажання суперечать тому, що потрібно, то я завжди вибираю не те, що хочу, а те, що повинен робити.

25. Думаю, що оточуючі не вважають мене егоїстом.
26. Я людина балакуча.
27. Вважаю, що характеристика «спокійний» - до мене не підходить.
28. Думаю, що більшість оточуючих вважають, що я людина творча, з багатою уявою.
29. Вважаю, що назвати мене ледачим не можна.
30. Я уникаю суперництва з іншими людьми.
31. Мені подобаються великі галасливі компанії.
32. Мене часто не полишає сумнів щодо різних питань.
33. Я люблю роздумувати над причинами та наслідками подій, що відбуваються в моєму житті.
34. Коли я поставив перед собою мету, то готовий долати великі перешкоди на шляху до неї.
35. Думаю, що я людина щедра.
36. У мене краще виходить працювати в оточенні інших людей, а не на самоті.
37. Мене легко розвеселити або засмутити.
38. Мені подобається дізнаватися все нове - навіть коли це йде врозріз з моїми знаннями і переконаннями.
39. Перш ніж зробити що-небудь, я завжди замислююся про можливі наслідки.
40. Мені приносить задоволення допомагати іншим людям.

Бланк для відповідей

Ключ та інтерпретація результатів

Порахуйте суму балів в кожному зі стовпців. Отримані суми свідчать про вираженість відповідних якостей особистості, що входять до «Великої п'ятірки» (їх перелік наведено нижче).

Показники ступеня вираженості:

- 0-3: низький
- 4-6: нижче середнього
- 7-9: середній
- 10-12: вище середнього
- 13-16: високий