

DOI: 10.31548/hspedagog14(2).2023.121-131

УДК 159.922.1-055.2:612.6

ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ЖІНОК ПРИ ПОРУШЕННЯХ РЕПРОДУКТИВНОЇ СФЕРИ – ПРОГРАМА ЩОДО ПОДОЛАННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ НЕПОВНОЦІННОСТІ

КАРТУШИНСЬКА А. В., старший викладач

кафедри соціальної роботи та реабілітації

Національний університет біоресурсів і природокористування України

E-mail: nakonechnaya.a.v@ukr.net

ORCID 0000-0002-7251-6351

Анотація. В цій статті описано процедуру дослідження психологічних станів жінок з порушеннями репродуктивної сфери, які повторно вступали в протокол екстракорпорального запліднення (ЕКЗ). Представлено організаційні аспекти та окреслено методологічну базу здійсненого експерименту. Обґрунтовано релевантні психодіагностичні інструменти, охарактеризовано репрезентативні вибірки та розкрито особливості проведення дослідження. Зазначено, що у суспільстві, в умовах високих стресогенних факторів, поганої екології проблема ідіопатичного безпліддя, тобто безпліддя неясної етіології, дуже актуальна. Воно діагностується після проходження подружжя повного обстеження та неможливості встановити причини проблеми. В статті представлено інформацію щодо організації емпіричного дослідження та характеристики дослідницької вибірки, обґрунтовано основні методи та методики забезпечення дослідження. Застосований нами у роботі психодіагностичний інструментарій продемонстрував відповідність поставленим завданням експериментального дослідження. Обрані методи та методики сприяли комплексному вивченню психофізіологічних аспектів, що сприяють здійсненню психокорекції порушень репродуктивного здоров'я у жінок. Практичні рекомендації щодо подолання репродуктивної неповноцінності у жінок, засновані на вирішенні основних причин психології безпліддя, а саме: боязнь вагітності та важких пологів; незбережене зачаття та безуспішні пологи у минулому; недоговореність у ній; страх змін тіла, втратити струнку фігуру та бажаність; надмірне бажання бути матір'ю; страх втраченого часу та дітородних можливостей; постійний натиск із боку близьких людей; боязнь майбутнього болю та непередбачених травм; невпевненість у виконанні материнських завдань; психологічні порушення з дитинства; негативний досвід спілкування з батьками.

Ключові слова: психологічний стан, репродуктивне здоров'я жінок, психофізіологічні аспекти, депресія, тривожність, психодіагностика, безпліддя, психологічний супровід, репродуктивна неповноцінність, психологія безпліддя.

Актуальність (Introduction).

Домінуючі емоції жінок із діагнозом безпліддя мають взаємозв'язок із екзистенційним виконанням. Якщо жінка переживатиме горе, відчуватиме злість і гнів, огиду, зневагу, страх, сором і провину, то ймовірність того, що вона зможе дистанціюватися від проблемної ситуації та подивитись на неї та на себе збоку, зменшуватиметься.

Також за таких емоцій буде складно відчувати життєві цінності, екзистенційну значущість подій, що важливо, а що ні, важко емоційний відгук світові. Можливо, будуть складнощі з прийняттям рішень, якщо жінка не побачить найважливіше для неї, на підставі чого вільно вибирати та вирішувати.

Закони демографії свідчать, що кожен випадок безпліддя - це втрати потенційних народжень. Це проблема не

тільки сім'ї, а й суспільства загалом, тому інвестиції у допоміжні репродуктивні технології стають одним із способів покращення демографічної ситуації у країнах.

Репродуктивне здоров'я - найважливіша складова здоров'я суспільства в цілому, у зв'язку з чим потрібно своєчасно виявляти та оперативно вирішувати проблеми, що існують у цій сфері. У суспільстві безпліддя залишається демографічним чинником депопуляції. Діагноз «безпліддя» поєднує в собі фізичне, соціальне, психічне неблагополуччя, тому пацієнтки повинні не лише спостерігатися у спеціалізованих центрах допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), а й знаходити професійну психологічну підтримку, яка дозволить пацієнтці успішно адаптуватися до вагітності і до материнства, вирішувати важкі життєві ситуації, зберігаючи власний психічний статус, що виявляється у здібності адекватно виявляти свою поведінку, регулювати свої психічні стани, підлаштовуючись до умов кризової ситуації.

Мета (Purpose). Мета емпіричного дослідження: дослідження взаємозв'язку емоційних станів жінок з депресивністю та тривожністю, які мають патології репродуктивної системи та жінок, у яких таких патологій не виявлено.

Основною метою нашого дослідження у корекції психоемоційного стану жінок з порушеннями репродуктивної сфери постанала експериментальна перевірка ефективності впровадження програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок», що поєднувала методи - психодинамічної психотерапії; когнітивно-поведінкової терапії (КПТ); короткострокової терапії, спрямованої на вибір стратегій, прийняття рішень та забезпечення соціальної підтримки; методи арт-терапії та ін.

Завдання емпіричного дослідження:

1. Дослідити показники емоційного стану, депресивності та тривожності у жінок, які мають патології репродуктивної системи та жінок, у яких таких патологій не виявлено.

2. Провести порівняльний аналіз вираженості показників емоційної складової, депресивності та тривожності у жінок, які мають патології репродуктивної системи та жінок, у яких таких патологій не виявлено.

3. Дослідити взаємозв'язки психологічних показників, депресивності та тривожності у жінок, які мають патології репродуктивної системи та здорових жінок.

4. Дослідити особливості самооцінки емоційних станів жінок.

5. Дослідити смисложиттєві орієнтації респондентів.

6. Дослідити доцільність впровадження програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок».

Вибірка дослідження: У дослідженні взяли участь 60 жінок, віком від 26 до 43 років. З них 57% (34 жінки) із встановленим діагнозом безпліддя та лікувались від безпліддя, повторно вступали в протокол ЕКЗ, віком 32–38 років (середній вік — $34,2 \pm 2,2$ року), що відповідає репродуктивному віку жінки, згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09.09.2013 р. № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні», віком від 27 до 43 років, а 43% (26 жінок) без діагнозу безпліддя і мають дітей.

На момент дослідження 80,2% пацієнток перебували в офіційному, 10,4% — у цивільному шлюбі, 7,3% не перебували у стосунках, 2,1% перебували в одностатевих відносинах. Період між попереднім та наступним протоколом ЕКЗ становив 3–24 міс (в середньому — $12,4 \pm 2,2$ міс).

Методи (Methods). Обов'язковим для якості виконання дослідження було, врахування вікових, фізіологічних,

соціальних, психологічних та психоматичних особливостей жінок з порушенням репродуктивної сфери. У кожній жінки склалася індивідуальна соціально-психологічна ситуація чи кризовий період у житті, що впливають чи погіршують її переживання щодо попереднього не вдалого протоколу екстракорпорального запліднення (ЕКЗ).

Емпіричні: тестування; методи математичної статистики

1. Шкала депресії Бека;
2. Тест на тривожність Спілбергера-Ханіна;
3. Методика «Самооцінка емоційних станів» А. Уесмана та Д. Рікса;
4. Шкала диференціальних емоцій (ШДЕ) К. Ізарда;
5. Тест «Сенсожиттєві орієнтації» (СЖО) Д.А. Леонтьєва;
6. Шкала екзистенції (ШЕ) А. Ленглі та К. Орглер;
7. Самоактуалізаційний тест (методика САТ) Е. Шострома;
8. Методика РОД (рольовий опитувальник дітонародження).

Методи статистичної обробки: виявлення статистично достовірних відмінностей між психологічними показниками використовувався непараметричний U-критерій Манна-Уїтні; виявлення статистично достовірних взаємозв'язків між психологічними показниками використовувався непараметричний коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

Контент-аналіз історій попереднього протоколу ЕКЗ. У дослідженні застосовано емпіричний метод *контент-аналізу* медичних історій пацієнток, що дав змогу отримати необхідні біографічні дані, інформацію про загальний стан здоров'я, захворювання жінки та його перебіг, що є вагомими у процесі здійснення експерименту. Водночас вивчення даних анамнезу жінок з гінекологічними захворюваннями обумовлено узагальненим баченням проблеми, що сприятиме вирішенню психологічних складових захворювання та покращенню стану здоров'я.

Метою вивчення нами психоемоційного стану жінок із безпліддям при повторному проходженні протоколу ЕКЗ, є оцінка ефективності впровадження програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок».

У нашій роботі психологічний стан жінок з порушеннями репродуктивної сфери розглядаємо як складне й різноаспектне явище, динамічний і масштабний процес у соціумі, що потребує медичного та психологічного впливу [13, 14]. Для обґрунтування теоретико-методологічної основи нашого дослідження застосовано теоретичні методи, що сприяли визначенню власне методичного забезпечення експерименту.

Метод *спостереження* застосований нами задля отримання цілеспрямованих, послідовних і фіксованих отриманих даних [15]. Основним предметом нашого спостереження виступали поведінка, комунікативна та емоційна волява сфера жінок з порушенням репродуктивної сфери, що допомагали з'ясувати суть та психологічну причину захворювання, розкрити його психосоматичну, соціальну й індивідуально-психологічну складову, а також сприяли у виборі й застосуванні індивідуальних методів психокорекційного впливу.

Також у ході під час експерименту використовувався й метод *самоспостереження*, що комплексно дав змогу відслідковувати й аналізувати психоемоційні стани у жінки [16]. Для уникнення суб'єктивності в оцінюванні результатів, самоспостереження співставлялося нами з результатами психодіагностичних тестувань.

З метою отримання інформації про індивідуальні особливості, властивості особистості нами використовувався метод діагностичного *інтерв'ю*. Він сприяв встановленню тісного особистісного контакту між експеримента-

тором та пацієнтом, допомагав зрозуміти внутрішній стан досліджуваного і його проблеми.

Досить дієвим емпіричним методом терапевтичної *бесіди* у процесі апробації програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» був метод клінічного інтерв'ю. Цей метод застосовувався задля надання допомоги жінці в усвідомленні власних внутрішньоособистісних проблем, конфліктів, нереалізованих мотивів поведінки та визначенні шляхів їх вирішення.

Емпіричний метод *бесіди* застосовувався нами як допоміжний засіб збору значущих біографічних та психологічних даних. За його використання ми враховували такі вимоги як: ретельність планування, цілеспрямованість та поєднання прийомів вивчення і впливу на досліджувану особу. Водночас перед проведенням *бесіди* обов'язково складався план та визначався час її проведення з пацієнткою. Під час *бесіди* експериментатором враховувався стан жінки, її індивідуально-характерологічні особливості, а власне запитання ставилися чітко та лаконічно. Планово *бесіда* з досліджуваним у процесі експерименту проводилась задля з'ясування психоемоційного стану жінки, її розуміння захворювання та обізнаності щодо взаємозв'язку фізичного стану здоров'я з її психічним станом та усвідомленні нею причинно-наслідкового зв'язку у випадку соматизації захворювання.

При психологічному супроводі пацієнток з безпліддям, нами використовувався цілий комплекс психотерапевтичних методик, серед яких найбільш ефективними були методи раціональної психотерапії, групова психотерапія, елементи гештальттерапії та транзактного аналізу, арттерапевтичні підходи, аутотренінг, сімейна психотерапія, сугестивна психотерапія, вербалізація тривожного досвіду, занепо-

коєння у вигляді повторюваного мовлення та промовляння; переключення уваги на інші важливі цілі та досягнення в житті пацієнток; виявлення та коригування автоматичних думок, метод катарсису, метод ідентифікації з позитивним прикладом, метод запису подій дня, метод трьох стовпців: перша колонка - опис ситуації, друга – неадаптивні думки, третя - коригувальні думки та поведінка.

Психотерапія є важливим втручанням, яке має бути рекомендоване всім жінкам, які страждають будь-якою формою безпліддя. Тому в ідеалі консультування слід починати до того, як пацієнтки почнуть будь-яке медичне втручання для лікування безпліддя. Деяким жінкам може знадобитися психотерапія для прийняття діагнозу безпліддя, і психолог повинен розповісти їм про всі можливі варіанти. Спілкування є центральною точкою в лікуванні, таким чином, сприяє кращому взаєморозумінню партнерів між собою. Як показали деякі дослідження, вирішення психологічних проблем, таких як депресія, тривога і стрес може допомогти збільшити ймовірність зачаття. Також відомо, що психотерапія допомагає розвиватися механізмам подолання та прийняття рішень під час лікування. Окрім тривоги та депресії, пацієнтки, які страждають різними розладами сну та харчування, також можуть отримати користь від терапії.

Застосування методів поведінкової психотерапії, спрямовувались на навчання жінок впоратися з проблемними та тривожними ситуаціями, стабілізації стану, сприяння у розкритті їх особистісних ресурсів, потенціалу особистої поведінки та зменшення небажаних способів реагування.

Цілью програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» було: - надання психологічної допомоги жінкам, які перебувають в

поганому фізіологічному та психосоматичному стані, що пов'язано із проблемами в репродуктивній сфері.

Подолання депресії. Психодрама як метод групової роботи, що визначає розігрування учасницями певних ролей у модельованих життєвих ситуаціях, що мають для них особистісний сенс. Цей підхід дав можливість нашим учасницям програми програвати образи та уявлення, пов'язані з материнством. При цьому вони не просто відтворювали емоції, а й вносили нові елементи в поведінку та переживання, тим самим коригуючи та формуючи свої уявлення. Також, психодраматичний підхід дозволив жінкам випустити ті почуття, які роками стримувалися в собі. Методи психодрами дозволили заново прожити, переосмислити та скоригувати материнсько-дочірні відносини. Повернення в часі допомогло переглянути образ своєї матері та образ себе в ролі майбутньої матері.

Психологічна допомога у подоланні тривожності. Практична значимість полягає у можливості використання результатів дослідження в практиці психологічного супроводу жінок з діагнозом безпліддя.

До цілей програми відносяться:

1. Освоєння способів зняття емоційної напруги та можливостей його запобігання за допомогою арт-терапії.
2. Забезпечення жінок психологічною інформацією, розвиток у них умінь та навичок попередження та подолання тимчасових труднощів, пов'язаних із проблемами у репродуктивній сфері.

Завдання програми:

1. Профілактика/зниження рівня тривожності.
2. Формування вміння адекватно оцінювати проблемні ситуації та вирішувати життєві проблеми.
3. Заохочування учасниць до аналізу своїх взаємин з оточуючими.
4. Формування вміння контролювати свою поведінку.

Форма роботи: групова.

У процесі реалізації програми передбачалось підвищення емоційної стійкості жінок та їх готовності до психологічних навантажень.

Структура програми: Програма включала проведення 3 зустрічей у формі тренінгів тривалістю 60-100 хвилин.

Основні теми тренінгів:

- «Малюнок мосту»,
- «П'ять найголовніших сфер у моєму житті»,
- «П'ять сфер, які я хотів би, щоб вони були в моєму житті».

Когнітивно-поведінкова терапія. Змістом сесій було управління стресом, методи блокування негативних думок, релаксаційна терапія та біологічний зворотний зв'язок, оскільки компоненти поведінкових експериментів та когнітивного підходу дають право на когнітивну реструктуризацію (це передбачає визнання спотвореного або негативного мислення та навчання заміні його більш реалістичним), позитивні думки чи переконання, методи спілкування та вирішення проблем для полегшення вираження емоцій та потреб та вирішення кризи періоду безпліддя, і поліпшення сексуальних відносин.

Наступна застосована програма є переважно напрямком **арт-терапії** та психосинтезу, з використанням елементів символдрами. До програми включено основні сфери можливих психологічних порушень у розвитку особистості. Це такі сфери як: ставлення до власної матері; провідні мотиви вагітності; образ себе, дитини та внутрішня картина вагітності; співвідношення розуму, тіла та почуттів; взаємодія чоловічої та жіночої складової особистості. Також на заняттях пропонувалися деякі методи релаксації та способи стабілізації емоційного стану.

Кожне заняття складалось з кількох блоків: 1) вступ, знаходження актуального стану та релаксація; 2) основний

блок: постановка та робота з конкретною психологічною сферою можливих порушень; 3) заключний блок: шерінг.

До експерименту жінки відчували, що їх уміння та можливості обмежені. Після експерименту вони відчували, що здібностей достатньо і перспективи хороші.

За результатами проведеної роботи ми отримали наступні результати:

- зниження рівня ситуативної та особистісної тривожності: знижується внутрішня напруга та дискомфорт, знижується переживання почуття занепокоєння, йде на спад вегетативне збудження у представниць ЕГ (експериментальна група). Також, у ситуаціях життєвої взаємодії, знижується або частково пропадає спрямованість до сприйняття більшості подій, що відбуваються як загрозливих для особистості та спокою;

- у ЕГ (експериментальна група) підвищення рівня переживання позитивного афекту та зниження рівня негативного афекту: зниження суб'єктивно пережитого страждання, відбувається усунення з неприємної залученості різної за змістом (гнів, огида, зневага, вина, страх, дратівливість) на позитивну (інтерес, радість, здивування);

- у ЕГ підвищення переживання позитивних диференціальних емоцій та зниження переживання негативних та тривожно-депресивних диференціальних емоцій: пригнічений емоційний стан заміщається позитивним, негативний фон настрою і переважанням негативних емоцій (горе, гнів, огида, зневага, страх, сором, вина) йде на задній план, і провідним фоном настрій стає позитивним;

- у ЕГ зниження рівня переживання депресивного стану: знижується переживання пригніченого настрою, переходячи в позитивну гаму емоцій, йде відчуття безпорадності та безнадійності життя, з'являється інтерес до подій, що

відбуваються в житті та оточуючому, переживання негативних станів (почуття провини, переживання туги, тривоги, апатії, хронічної втоми) знижується та переходить у тенденцію до позитивних станів.

Висновки і перспективи (Discussion). Слід зазначити, що у суспільстві, в умовах високих стресогенних факторів, поганої екології проблема ідіопатичного безпліддя, тобто безпліддя неясної етіології, дуже актуальна. Воно діагностується після проходження подружжя повного обстеження та неможливості встановити причини проблеми. Реалізація завдань дослідження нами організаційно здійснювалась у три етапи. На першому етапі визначалися тема, мета, гіпотеза, предмет і завдання дослідження, здійснена систематизація та теоретичний аналіз досліджень з проблематики порушень репродуктивної сфери у жінок у наукових джерелах. На другому – проведено підбір та обґрунтування методичного забезпечення експериментального дослідження. На третьому – безпосередньо втілено формувальний експеримент та здійснено експериментальну перевірку результатів дослідження та ефективності упровадженої авторської програми. Визначено особливості, що обґрунтовують її доцільність шляхом виокремлення дієвих психологічних напрямів щодо психокорекції порушень репродуктивної сфери у жінок.

1. Застосований нами у роботі психодіагностичний інструментарій відповідає поставленим завданням експериментального дослідження. Обрані методи та методики сприяють комплексному вивченню психофізіологічних аспектів, що сприяють здійсненню психокорекції порушень репродуктивного здоров'я у жінок.

Обґрунтування методів та методик забезпечення дослідження.

Ґрунтуючись на проведеному теоретичному аналізі проблеми психологічного стану жінок з порушеннями репродуктивної сфери, що описаний у першому розділі, та відповідно до поставлених завдань дослідження нами було обрано теоретичні, емпіричні та статистичні методи.

1. Комплекс взаємопов'язаних теоретичних методів дослідження складався з методів: аналізу, взаємозв'язку та взаємообумовленості, порівняння, синтезу, систематизації та узагальнення наукових даних.

2. До комплексу емпіричних методів увійшли: контент-аналіз (вивчення даних попередніх протоколів ЕКЗ), спостереження, діагностичне та клінічне інтерв'ю, бесіда, психологічний експеримент, психодіагностичне тестування.

Схема емпіричного дослідження:

1. Дослідити показники емоційного стану, депресивності та тривожності у жінок, які мають патології репродуктивної системи та жінок, у яких таких патологій не виявлено.

2. Провести порівняльний аналіз вираженості показників емоційної складової, депресивності та тривожності у жінок, які мають патології репродуктивної системи та жінки, у яких таких патологій не виявлено.

3. Дослідити взаємозв'язки психологічних показників, депресивності та тривожності у жінок, які мають патології репродуктивної системи та здорових жінок.

4. Дослідити особливості самооцінки емоційних станів жінок.

5. Дослідити смисложиттєві орієнтації респондентів.

6. Дослідити доцільність впровадження програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок».

У дослідженні взяли участь 60 жінок, віком від 26 до 43 років. З них 57% (34 жінки) із встановленим діагнозом безпліддя та лікувались від безпліддя,

повторно вступали в протокол ЕКЗ, віком 32–38 років (середній вік — $34,2 \pm 2,2$ року), що відповідає репродуктивному віку жінки, згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09.09.2013 р. № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» (без дітей), віком від 27 до 43 років, а 43% (26 жінок) без діагнозу безпліддя, з дітьми віком від 26 до 43 років.

Домінуючі емоції жінок із діагнозом безпліддя має взаємозв'язок із екзистенційною виконанням.

Якщо жінка переживатиме горе, відчуватиме злість і гнів, огиду, зневагу, страх, сором і провину, то ймовірність того, що вона зможе дистанціюватися від проблемної ситуації та подивитись на неї та на себе збоку, зменшуватиметься. Також за таких емоцій буде складно відчувати життєві цінності, екзистенційну значущість подій, що важливо, а що ні, важко емоційний відгук світові.

Можливо, будуть складнощі з прийняттям рішень, якщо жінка не побажить найважливіше для неї, на підставі чого вільно вибирати та вирішувати.

Закони демографії свідчать, що кожен випадок безпліддя – це втрати потенційних народжень. Це проблема не тільки сім'ї, а й суспільства загалом, тому інвестиції у допоміжні репродуктивні технології стають одним із способів покращення демографічної ситуації у країнах.

Результати досліджень показали, що пари, які лікувались від безпліддя, високо оцінюють підтримку з боку своєї сім'ї та партнера та відчують її. Можна також зробити висновок про те, що рівень підтримки, що отримується від медичного персоналу, суттєво впливає на її сприйняття.

Репродуктивне здоров'я – найважливіша складова здоров'я суспільства в цілому, у зв'язку з чим потрібно своєчасно виявляти та оперативно

вирішувати проблеми, що існують у цій сфері.

У суспільстві безпліддя залишається демографічним чинником депопуляції. Діагноз «безпліддя» поєднує в собі фізичне, соціальне, психічне неблагополуччя, тому пацієнтки повинні не лише спостерігатися у спеціалізованих гінекологічних центрах, а й знаходити професійну психологічну підтримку, яка дозволить пацієнтці успішно адаптуватися до вагітності і до материнства, вирішувати важкі життєві ситуації, зберігаючи власний психічний статус, що виявляється у здібності адекватно виявляти свою поведінку, регулювати свої психічні стани, підлаштовуючись до умов кризової ситуації.

2. Серед інфертильних жінок найвиразнішими симптомами можна назвати такі симптоми, як песимізм, незадоволеність, ідеї самозвинувачення, сльозливість, почуття провини. У інфертильних жінок є симптоми депресивного стану з наростанням тяжкості. Визначені найбільш виражені симптоми у інфертильних жінок такі, як песимізм, незадоволеність, ідеї самозвинувачення, сльозливість, почуття провини.

На основі отриманих результатів нами було розроблено практичні рекомендації для жінок, які переживають психологічну безплідність. Практичні рекомендації засновані на вирішенні основних причин психологічної безплідності, а саме:

1. Боязнь вагітності та важких пологів.

2. Незбережене зачаття та безуспішні пологи у минулому.

3. Недоговореність у ній.

4. Страх змін тіла, втратити струнку фігуру.

5. Надмірне бажання бути матір'ю.

6. Страх втраченого часу та дітородних можливостей.

7. Постійний натиск із боку близьких людей.

8. Боязнь майбутнього болю та непередбачених травм.

9. Невпевненість у виконанні материнських завдань.

10. Психологічні порушення з дитинства.

11. Боязнь майбутніх змін.

12. Негативний досвід спілкування з власними батьками.

Для вирішення психологічних проблем, необхідно докладне вивчення цього питання жінками та усвідомлення наявності психологічної складової.

Основними завданнями психотерапії для жінок були:

- Заповнення недоліку інформації про безплідність, одержуваної від лікуючих лікарів-гінекологів;

- Корекція наявних афективних розладів, песимістичного настрою пацієнток, багаточисленних страховок;

- Ідей неповноцінності («Я — не така, як всі») і пов'язаних з цим почуттям вини перед чоловіком, батьками;

- Робота з найближчим оточенням пацієнток, спрямована на поліпшення внутрішньосімейних відносин;

- Укріплення віри в можливість успішного результату лікування, а також формування спокійної реакції на серію можливих невдач, підтвердження можливої тривалості даної терапії, необхідності терпіння;

- Формування реалістичної оцінки свого стану та робота з нереалістичними та ілюзорними надіями пацієнток на можливість миттєвого запліднення.

Підбиваючи підсумки аналізу результатів формуючого експерименту, можна констатувати, що цілеспрямований вплив на психологічні детермінанти за допомогою застосування програми «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» сприяє підвищенню метричного індексу репродуктивних установок.

Результати порівняльного аналізу дозволили нам зробити такі висновки:

1. За результатами повторної діагностики жінки, які брали участь у програмі, демонструють збільшення показників за багатьма шкалами. На думку жінок, після психологічної програми вони стали частіше брати на себе зобов'язання за те, що відбувається з ними в житті, мислити позитивніше і виявляти більше толерантності щодо себе та навколишнього середовища. Підкреслимо, що у жінок підвищився рівень самоцікавості, самоприйняття та саморозуміння. У їхній ієрархічній системі цінностей стали переважати такі цінності як близькість з коханою людиною, щасливе сімейне життя, наявність добрих і вірних друзів, чуйність, терпимість, чесність та самоконтроль. Водночас жінки стали позитивніше оцінювати себе у ролі майбутньої матері та вважати, що готові до цієї ролі.

2. Зіставлення результатів до та після формуючого експерименту показало наявність достовірних відмінностей за всіма детермінантами.

3. Було проведено порівняльний аналіз рівнів репродуктивних установок до та після програми. Отримані результати виявили наявність статистично значущих відмінностей у учасниць. Це підтвердило можливість цілеспрямованого використання психологічних методів впливу.

Список використаних джерел:

1. Берестовий О. О. Безпліддя подружніх пар: медичні та вікові аспекти. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики № 3. 2022 Р. С. 44-51.
2. Peterson, B. D., Newton, C. R., Feingold, T., & Girdler, B. J. (2021). The psychosocial impact of infertility: A critical review of the literature. *Current Psychiatry Reports*, 23(3), 16. [5, p. 18] 6. Broughton, D. E., & Moley, K. H. (2018).
3. Семененко І. В. Клінічна характеристика обстежених пацієнток із безпліддям та перенесеним пренаталь-

ним стресом / І. В. Семененко. Український журнал медицини, біології та спорту. 2022. Т. 7, № 1. С. 182-190. URL:<https://doi.org/10.26693/jmbs07.01.182>

4. Obesity and female infertility: potential mediators of obesity's impact. *Fertility and Sterility*, 109. 32-39.

5. Жаровська І.М. Охорона репродуктивного здоров'я: міжнародний та національний досвід. *Reproductive Endocrinology*. No 4. 2022. С. 109-117.

6. Ебає Нсан Еком Нсед, О. Г. Бойчук, О.В. Янів. Особливості психоемоційного стану жінок з непліддям на тлі внутрішньопечінкового холестаза. «Art of Medicine». №4. 2020 р. С. 71-75.

7. Щотка О.П. Гендерна психологія: навч. посіб. / О.П. Щотка. Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2019. 359 с.

8. Бакун, О.В., Ткачук, А.І. Вплив генітального ендометріозу та супутніх захворювань на безпліддя за даними ретроспективного аналізу історій хвороби. *Буковинський медичний вісник*. 2019. № 4. С. 9–15.

9. Воробій, В.Д. Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з ендометріозом. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. 2018. № 18. С. 44–47.

10. Королович О.В. Детермінанти психогенного безпліддя: глибинний погляд на проблему. *Psychological Journal*. 2018. № 8 (18). С. 76–85.

11. Нероба М.В. Материнство як психологічний феномен. Педагогічний Процес: теорія і практика. 2015. № 3–4 (48–49). С. 90–93.

12. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female sexual dysfunction. *Med Clin North Am*. 2019 Jul;103(4):681-98. doi: 10.1016/j.mcna.2019.02.008. PMID: 31078200.

13. Чаркіна О. А. Психологічні детермінанти жіночого ідіопатичного

безпліддя. Молодий вчений. 2014. № 12 (2). С. 271-274.

14. Пузь І. В. Особливості психологічного супроводу жінок з порушеннями репродуктивної сфери. Інтеграційний розвиток особистості та суспільства: психологічний і соціологічний виміри: матеріали II міжнарод. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 12 червня 2020 року) / за ред. д. ю. н., проф. Аракелян М. Р.; Національний університет «Одеська юридична академія». Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2020. С. 231-235.

15. Астахов В. М., Пузь І. В. Дослідження репродуктивних установок як елементу репродуктивної поведінки сучасної молоді. Психолого-педагогічні координати розвитку особистості: зб. наук. матеріалів II Міжнар. наук.-практ. конф., 3-4 червня 2021 р. Полтава : Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», 2021. С. 175-179.

16. Бацилева О. В., Астахов В. М., Пузь І. В. Психологічний супровід вагітних в умовах військового стану. Особистість та суспільство в цифрову еру: психологічний вимір (до 25-річчя Національного університету «Одеська юридична академія» та 175-річчя Одеської школи права) : матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 24 черв. 2022 р.) / Нац. ун-т «Одес. юрид. акад.», каф-ра психології. Одеса: Національний університет «Одеська юридична академія», 2022. С. 8-12. URL: <https://hdl.handle.net/11300/18037>

17. Вінс В. А. Причини та наслідки психосоматичного безпліддя у чоловіків та жінок. Психологія особистості. № 37. 2022. С. 76-79.

18. Хритинін Д. Ф., Гарданова Ж. Р., Кулакова Е. В. Організація психо-

терапевтичної допомоги жінкам, які потребують сурогатного материнства в програмі екстракорпорального запліднення. Громадське здоров'я та охорона здоров'я. 2018. С. 55-59.

19. Stanhiser J. Psychosocial Aspects of Fertility and Assisted Reproductive Technology. Obstet Gynecol Clin North Am. 2018 Sep. №45(3). P.563-574.

20. Ulrich-Lai YM, Herman JP. Neural Regulation of Endocrine and Autonomic Stress Responses. Nat Rev Neurosci. 2019 Jun. №10(6). P.397-409.

21. World Health Organization. Reproductive health strategy. Geneva: WHO; 2019 (WHO/ RHR/04.8).

22. Пузь І. В. Роль психологічних чинників у виникненні безпліддя у жінок. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції (28 лютого – 1 березня 2019 року, м. Суми) / Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка. Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2019. С. 337-340.

23. Мухаровська І. Р. Медико-психологічний паспорт, як алгоритм оцінки психологічного статусу пацієнток у практиці акушерств а та гінекології.

24. Espey, E., Dennis, A., Landy, U. The importance of access to comprehensive reproductive health care, including abortion: a statement from women's health professional organizations. American journal of obstetrics and gynecology, 1, 2019, 67–70.

doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.008

25. Литвиненко Н. В. Вегетативний та психоемоційний статус жінок у динаміці вагітності / Н. В. Литвиненко, Т. Й. Пурденко, Л. Й. Островська. Сімейна медицина. 2015. No 3. С. 51–53.

STUDY OF THE PSYCHOLOGICAL STATES OF WOMEN WITH DISRUPTIONS REPRODUCTIVE SPHERE – PROGRAM TO OVERCOME REPRODUCTIVE DISABILITY

Kartushynska A. V.

Abstract. *This article describes the procedure for researching the psychological conditions of women with disorders of the reproductive sphere, who re-entered the protocol of in vitro fertilization (IVF). The organizational aspects are presented and the methodological basis of the experiment is outlined. Relevant psychodiagnostic tools are substantiated, representative samples are characterized, and specifics of the research are revealed. It is noted that the problem of idiopathic infertility, i.e. infertility of unclear etiology, is very relevant in society, in conditions of high stressogenic factors and bad ecology. It is diagnosed after the spouses undergo a full examination and it is impossible to establish the causes of the problem. The article presents information on the organization of empirical research and characteristics of the research sample, substantiates the main methods and methods of providing the research. The psychodiagnostic tools used in our work demonstrated compliance with the tasks of the experimental research. The chosen methods and techniques contributed to the comprehensive study of psychophysiological aspects that contribute to the psychocorrection of reproductive health disorders in women. Practical recommendations for overcoming reproductive inferiority in women, based on solving the main causes of the psychology of infertility, namely: fear of pregnancy and difficult childbirth; unsaved conception and unsuccessful childbirth in the past; misunderstanding in it; fear of body changes, losing a slim figure and desirability; excessive desire to be a mother; fear of lost time and childbearing opportunities; constant pressure from loved ones; fear of future pain and unforeseen injuries; insecurity in performing maternal tasks; psychological disorders since childhood; negative experience of communication with parents.*

Key words: *psychological state, women's reproductive health, psycho-physiological aspects, depression, anxiety, psychodiagnosis, infertility, psycho-logical support, reproductive inferiority, psychology of infertility.*