

Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника

Факультет психології

Кафедра загальної та клінічної психології

## **БАКАЛАВРСЬКА РОБОТА**

на тему:

**«Психологічний супровід материнства»**

Виконала: студентка IV курсу,

Групи ПС-41

Спеціальності 053 «Психологія»

Савіцька М.М.

Керівник

кандидат психологічних наук,

доцент кафедри загальної та

клінічної психології

Карпюк Ю.Я.

Рецензент

Кандидат психологічних наук,

професор кафедри загальної та

клінічної психології

Гасюк М. Б.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ МАТЕРИНСТВА.....</b>	<b>6</b>
1.1 Особливості психологічного супроводу вагітної жінки .....	6
1.2. Психологічна допомога під час вагітності та взаємодії з дитиною.....	14
1.3. Особливості психологічного супроводу жінок під час воєнного стану.....	19
Висновки до розділу I.....	21
<b>РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>	<b>23</b>
2.1. Дослідження ефективності психологічного супроводу вагітної жінки...23	
2.2. Інтерпретація результатів дослідження.....	28
2.3. Практичні рекомендації.....	32
Висновки до розділу II.....	33
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>35</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....</b>	<b>38</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>43</b>

## ВСТУП

Актуальність проблеми психологічного супроводу материнства полягає у складному етапі становлення нашої держави в умовах воєнних дій та соціально-економічної нестабільності, що зумовлює високий рівень психоемоційної напруги, для вагітних жінок, а також недостатній розвиток психологічного супроводу материнства як напрямку, для забезпечення психоемоційної стабільності та благополуччя вагітних жінок.

**Мета дослідження** - теоретико-емпіричне вивчення проблеми психологічного ставлення вагітних жінок до материнства.

**Об'єкт**- психологічний супровід материнства.

**Предмет**- особливості психологічного супроводу материнства

**Завдання** роботи полягає у висвітленні основних уявлень про материнство в цілому в сучасній науці та дослідженні впливу психологічного супроводу на вагітну жінку.

В сучасних умовах проблема збереження здоров'я та життя матері і дитини є однією з найактуальніших проблем сьогодення. На афективність вагітних жінок важливий вплив мають різноманітні чинники, насамперед це війна в нашій країні, що зумовлює постійні стреси та психоемоційні переживання за життя та здоров'я майбутньої дитини. Теперішня ситуація виступає сильним психотравмуючим чинником, що призводить до розвитку посттравматичних стресових розладів, що спостерігається у більшості вагітних жінок.

Тривале перебування вагітної жінки в стресовій ситуації може призвести до порушення внутрішньоутробного розвитку плоду, передчасних пологів та народження дитини з низкою психосоматичних та психопатологічних розладів. Нестабільна ситуація в країні може впливати на материнську сферу та стати підґрунтям для її порушення, а саме для неготовності прийняття відповідальності за життя дитини та до неналежного виконання материнських обов'язків, що загрожує адекватному функціонуванню сім'ї та зниженню демографічного потенціалу держави.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) надає наступні рекомендації по організації допомоги породіллям (1985)

1. Кожна жінка має право на пренатальний догляд, в якому вона відіграє провідну роль та бере участь у його плануванні та проведенні. Необхідною умовою проведення належного перинатального догляду є вплив ролі соціальних і психологічних факторів перебігу вагітності і пологів.

2. Жінка, яка народжує в лікарні, має право на самостійне прийняття рішень про належну їжу та одяг для себе і дитини, та інші важливі для жінки питання.

3. Жінка повинна бути добре проінформована про надання спеціальної допомоги під час перинатального періоду, потрібно підтримувати бажання жінки яка хоче самостійно піклуватися про себе проте здійснювати моніторинг та вчасно надавати допомогу у випадку виникнення потреби, яка повинна бути доступною.

4. Уряд країни повинен забезпечити та визначити установу, яка буде забезпечувати якісне ведення перинатального періоду, та заохочувати якісний акушерський догляд не технічних аспектів а психологічний та соціальних аспектів пологів.

5. Жінка має повне право на обговорення і прийняття рішень з приводу ведення пологів, на що персонал пологового відділення та члени сім'ї повинні забезпечувати емоційну підтримку породіллі, та узгоджувати з нею всі дії.

6. Доречною є присутність когось із родини під час пологів та у післяпологовий період задля комфорту жінки.

7. Доцільно одразу після пологів прикладати немовля одразу до материнських грудей [3.52]

Саме тому особливої актуальності набуває організація та надання комплексної медико-психологічної допомоги вагітним жінкам, метою якої є, перш за все адаптація до нової ситуації розвитку в умовах сьогодення, створення сприятливих умов для розвитку особистісних ресурсів жінок для ефективного протистояння різного роду стресогенних чинників, результатом

чого є збереження не тільки фізичного та психічного здоров'я жінки а й благополуччя дитини.

Феноменологію материнства доцільно досліджувати в психофізіологічному напрямі, для його подальшого розвитку, який передбачає проведення наукових дослідження в рамках «мати-дитина», адже взаємодія матері з дитиною відбивається на особистісній сфері самої матері та створює благополуччя в родині , що визначає стан здоров'я самої дитини.

Особливу увагу дослідженню феноменології вагітності та характеру її перебігу приділяли В.В Абрамченко, М.П. Рудюк, І.С. Кон, Е.Г.Еріксон, Г.І. Каплан, Ш.Берн, та інші науковці.

Методи дослідження.

**Теоретичні методи дослідження:** аналіз, синтез, порівняння, індукція, дедукція.

**Емпіричні методи дослідження:** «Единбурзька шкала післяпологової депресії», « Я і моя дитина» та методика «Тест відносин вагітної».

**Вибірка:** Участь у дослідженні взяли 10 жінок, віком від 20 до 28 років, на різному терміні вагітності, а також 4 жінки в яких вже були пологи , їх було поділено на дві групи ,серед яких 7 користувалися послугами кваліфікованого спеціаліста, що займається проблемами планування сім'ї, материнства та супроводу вагітності, а 7 відвідували тільки заклади медичного консультування.

**Структура роботи:** зумовлена логікою проведення дослідження та складається із вступу, двох розділів, висновків і списку використаних джерел.

## РОЗДІЛ І. АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ МАТЕРИНСТВА

### 1.1. Особливості психологічного супроводу вагітної жінки

Підвищений психоемоційний фон в сучасних умовах зумовлює значну кількість громадян переживати стани тривожності та особистісної безпорадності. Особливо це відображається на добробуті вагітної жінки, майбутньої матері, яка покликана на збереження народження здорового потомства.

Одним з найважливіших етапів вагітності, найважливішим та найвідповідальнішим є психологічний мікроклімат її взаємин, який значною мірою супроводжує успішність виношування та народження здорових дітей. Складність цього процесу зумовлена й тим що зачаття, виношування та народження дитини для жінки є важливим випробуванням, під час якого відбуваються великі перетворення у її житті, та видозміни не лише її тіла а й психосвіту.

Несприятлива соціоекологія, постійні стреси та невротичні переживання насамперед через велику відповідальність за здоров'я та життя вирощуваної дитини, зумовлюють зростання репродуктивних утрат, психофізичних ускладнень та порушень нормального розвитку плоду, зумовлюють актуальність дослідження.

Супровід вагітних жінок до недавнього часу був монополізований медициною та зводився переважно до вивчення фізіологічних процесів та ускладнень цих періодів, для якої психоемоційна сторона вагітності та взаємодія з новонародженою дитиною не часто бралася до уваги. Це сприяло зростанню кількості не тільки перинатальної смертності а й розладів психоемоційної сфери жінки після пологів, недостатньої усвідомленості

важливості ролі батьків та безвідповідальності з їхнього боку не тільки під час виховання дітей а й на етапі вагітності і пологів.

У дослідженнях психофізіологічного стану жінки під час вагітності що пов'язані з її успішною адаптацією в ролі матері і забезпечення умов для розвитку дитини аналізують різноманітні чинники: особливості мотиваційної сфери; історія її життя та роду; адаптація до шлюбу; особливості адаптивності; задоволеність емоціональними відносинами зі своєю матір'ю; модель материнства своєї матері; теперішні культурні, суспільні та родинні особливості; стан фізичного та психічного здоров'я жінки [2; 71]

Саме психологічний процес становлення материнства може бути поділений на три етапи:

1. Перший етап охоплює період від готовності до вагітності та початку руху плода.
2. Другий етап починається з народження дитини та першої зустрічі з немовлям.
3. Третій етап охоплює процес грудного вигодовування і не має конкретних часових рамок [3;4]

В свою чергу серед найчастіших проблем перинатального періоду можна виділити найтипівіші:

- трансформацію сексуально-соціальних відносин у межах сім'ї;
- стрес від пологів;
- післяпологова криза материнства[3;4].

Зважаючи на кількість поставлених завдань перед майбутньою матір'ю, для якої вагітність має важливе значення та є складним соціальним і психологічним завданням, розвиток і впровадження перинатального психологічного консультування й психотерапії, психодіагностики, корекції та супроводу є важливим фактором для поліпшення психічного стану та благополуччя вагітної жінки [3;3], адже вагітність має значення не тільки для жінки а й для соціуму в цілому.

**Перинатальна психологія-** «розділ клінічної психології, що вивчає психологічні аспекти надання акушерсько-гінекологічної та перинатальної допомоги»[3;5].

**Перинатальний психологічний супровід-** «це комплекс заходів спрямованих на надання психологічної допомоги жінці та сім'ї на етапі планування , очікування, народження та раннього розвитку дитини. Ефективним є надання комплексного супроводу, який реалізується на засадах міждисциплінарного підходу командою фахівців( акушер-гінеколог, педіатр/неонатолог, психолог)» [4;153].

**Перинатальний психолог-** фахівець який займається психологічним супроводом майбутніх батьків та допомагає підготуватися що змін під час вагітності та після пологів.

«Психологічна допомога жінці під час вагітності, має здійснюватися в рамках чотирьох основних форм психологічної практики:

1. Підготовка до майбутніх пологів та майбутнього материнства;
2. Індивідуальне і сімейне консультування та психотерапія;
3. Психологічна допомога матері та дитині;
4. Комплексна психологічна допомога у проблемах з материнством [44;106].

«Перинатальна психологія- розв'язує важливі практичні завдання, серед яких: діагностична батьківської сфери, психопрофілактика, дослідження впливу психічного стану матері під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді та розробка методів психологічної допомоги ( консультування, психокорекція та психотерапія)» [4;153].

Науковці виділяють такі види кваліфікованої допомоги:

1. Підготовка до пологів та материнства;
2. Психологічна допомога матері та дитині;
3. Індивідуальне і сімейне психологічне консультування і психотерапія;
4. Комплексна психологічна допомога при проблемах з материнством [1]



Також виділяють наступні моделі психологічного супроводу вагітних жінок, з яких виділяється біопсихосоціальна, яка є найбільш інтегрованим підходом, яка включає в себе наступне:

1. Діагностика готовності до материнства в контексті сімейних відносин, як на особовому так і на міжособистісному рівні;

2. Діагностика взаємозв'язку, протягом перинатального періоду, психічного стану жінки, та особливостей формування материнської сфери;

3. Розроблення методик надання психологічної допомоги сім'ї в період планування, вагітності та народження дитини [5;33].

С.Грофф який займався впливом перинатального періоду на формування особистості, та визначив перинатальні матриці.

**«Перинатальні матриці** – це стійкі функціональні структури, що формуються на підставі досвіду внутрішньоутробного життя та пологів і стають базою для психічних і соматичних реакцій протягом усього подальшого життя людини» [3;68]

**Перша матриця «Рай»**- період симбіотичної єдності матері і дитини, що триває 9 місяців вагітності. Ця матриця формує первинне уявлення про ідеальний світ, а мама має можливості для того щоб передати дитині позитивний досвід спілкування із навколишнім світом, уособленням якого на цьому етапі є материнський організм. Якщо вагітність є бажаною, а мама свідомо виношує плід, то зміст матриці наповнюється відчуттям легкості та безтурботності. Дитина відчуває розслабленість та повну безпеку, формуючи інтуїтивну довіру до навколишнього світу. Немовлята, які переживають вплив позитивних емоцій від мами краще ростуть, більш жваві та мають вищий інтелект. Таким людям в дорослому віці властивий оптимізм та життєрадісність, відкритість до зовнішнього світу.

Якщо вагітність є стресовою для жінки, наповнюється постійним переживанням за життя та здоров'я майбутньої дитини, страхом перед пологами, матриця наповнюється негативним змістом. Дитина відчуває загрозу від зовнішнього світу що фіксується в несвідомих блоках пам'яті та

проявляється в недорвірі до матері. По мірі дорослішання ці почуття проявляються в недовірі до батьків, холодних сімейних стосунків та депресій. В дорослому віці це виливається в постійній очікуваності на агресію та насильство від зовнішнього світу.

**Друга матриця «Відсутність виходу»-** триває від початку перейм до повного розкриття шийки матки і характеризується закінченням статичного періоду та початком динамічних процесів.

Якщо жінка позитивно налаштована це допомагає їй та дитині долати труднощі народження та відновлювати сили. Якщо її власний стан під час цього процесу обтяжений негативними емоціями, страхом, тривожністю, у цьому випадку пережиті муки жінки та страждання дитини роблять цей період найтяжчим під час пологів. Під час перейм дитина відчуває фізичний тиск на себе, страждає, але вихід з утроби все ще неможливий оскільки шийка матки тільки починає відкриватися. Якщо цей період проходить позитивно, і мати з дитиною долають перешкоду злагоджено то в дорослому житті це робить людину рішучою та відкритою до нового досвіду. Якщо ж він проходить зі страхом та формується негативний досвід, формується підсвідома матриця, яка здатна впливати на все подальше життя. Наслідком її впливу можуть бути затяжні депресії в дорослому віці, відчуття зраженості, покинутості та самотності.

**Третя матриця «Відкриття виходу»-** відповідає періоду потуг, коли матка продовжує скорочуватися, але її шийка відкрита та дає змогу плоду просуватися. Під час цього процесу дитина здобуває перший досвід подолання труднощів, тому сприятливим елементом перебігу пологів є максимальна релаксація жінки, що допомагає плоду проходити цей період плавно, не відчуваючи психотравми і не завдаючи страждань матері. Людина яка народилася плавно і легко, природно має закладені передумови так же легко іти по життю. Враховуючи те що ситуація для дитини є травмуючою, позитивний досвід матриці допомагає в майбутньому житті зберігати віру в свої сили у критичних ситуаціях.

Ускладнене протікання потуг що спричинене неготовністю жінки усвідомлено включитися в динаміку пологового процесу, перинатальний переживаннями , може призвести до пологової психотравми у дитини що наповнює блоки матриці цієї пам'яті больовим шоком, що слугує джерелом не тільки агресії в дорослому віці а й супроводжується психопатологією:тремором, нервовими тіками.

**Четверта матриця «Свобода»-** відображає зміст акту народження дитини й перших хвилин, коли немовля після темряви , задухи і загрози смерті стикається із тріумфом життя і яскравим світлом.Важливим психотравмуючим фактором може бути реакція на кесарів розтин та на різні акушерські засоби , такі як лещата та анестезія.Після народження дуже важливо дати дитині доторкнутися до матері , дати їй відчутти її тепло, знайоме серцебиття та почути слова любові та радості, що створюють умови для відновлення їхнього зв'язку.Це підвищує ймовірність того що людина в майбутньому позитивно сприйматиме цей світ як безпечне місце, та приходять до гармонізації не тільки сімейних стосунків, а й зв'язку із природою та світом.

Якщо дитина народилася важко, потребувала реанімаційних заходів , через які немовля забирають від матері на тривалий термін, це може підкріпити його страх від пережитих страждань та створити переконання що материнська природа агресивна.Пережитий стрес створює на рівні підсвідомого матрицю подальшого розвитку особистості, проте чи розвинеться на цьому фоні психопатологія та наскільки вона буде серйозною визначається індивідуальною постнатальною історією [3;69-74].

Науковцями було виділено п'ять типів психологічного компоненту гестаціонної домінанти (ПКГД), що являє собою сукупність механізмів психічної саморегуляції, які з'являються в жінки при настанні вагітності та направлені на збереження гестації та створення умов для розвитку майбутньої дитини, а саме : оптимальний, гіпогістогногічний, ейфоричний, тривожний та депресивний:

1.Оптимальний тип формується при позитивному відношенні до вагітності, в якому жінка веде активний, здоровий спосіб життя, вчасно та ефективно виконує рекомендації лікарів, а стосунки в сім'ї гармонійні.

2.Гіпогістогногічний характеризується небажанням жінок змінювати своє життя з урахуванням вагітності. Часто це жінки які незакінчили навчання або ж ті, які зосереджені на роботі. Вони продовжують працювати, навчатися, жити так, як вони звикли і нічого не змінювати, та не включати в свій графік походи до лікаря, виконання всіх призначень. Найчастіше після народження дитини, відповідальність за неї перекладається на бабусю чи няню, а в батьків зустрічається емоційне відкидання та нерозвиненість почуття батьківства.

3.Ейфоричний тип зустрічається у жінок які схильні до маніпулювання своєю вагітністю, перебільшення труднощів з якими стикаються вагітні жінки, вимагають підвищеної уваги, та за рахунок вагітності стараюся вирішити проблеми з чоловіком та в сім'ї.

4.Тривожний тип характеризується підвищеним рівнем тривоги що впливає безпосередньо на її психічний стан. Жінка відчуває страх перед народженням, та часто переоцінює проблеми, а інколи взагалі не може пояснити з чим пов'язана надмірна тривожність.

5.Депресивний тип спостерігається у жінок із заниженими фоном настрою, що характеризується страхом перед складнощами вагітності. Вона боїться бути покинутою, може відчувати страх через думки що не зможе виносити чи народити здорову дитину, страх померти під час пологів, спостерігаються суїцидальні думки, навіть якщо вагітність є бажаною та запланованою, жінка може не захотіти народжувати або ж стверджувати що вагітність та пологи спотворили її тіло, при вихованні зустрічається емоційне відкидання та жорстокість по відношенню до дитини [5;11].

Психологічна робота, яка спрямована на підготовку жінки до материнства, має здійснюватися за такими напрямками[44;107]:

- підвищення рівня особистісної зрілості жінки;
- формування батьківських установок та форм взаємодії з дитиною;

- оптимізація мотивів, пов'язаних з дитиною та материнством в цілому;
- підвищення рівня материнської компетенції;
- корекція можливих відхилень у формуванні материнської поведінки.

Велика увага повинна приділятися саме вивченню системи «мама-батько-дитина» та вивченню її психофізіологічних процесів від початку зачаття до завершення сепарації з дитиною. Важливим є надання психодіагностичної допомоги спеціалістом у випадку втрати дитини чи вроджених патологій.

Головним завданням проведення психодіагностичних досліджень має бути:

1. оцінка психоемоційної сфери жінки, діагностування рівня тривожності, психоемоційного напруження, депресивних станів;
2. аналіз індивідуально-психологічних особливостей вагітної жінки, особливостей її самооцінки, системи ціннісних орієнтацій;
3. діагностика відношення жінки до вагітності, народження майбутньої дитини та материнства в цілому [44;109].

Тому розвиток і впровадження перинатального психологічного консультування й психотерапії спрямовані на поліпшення психічного стану вагітних жінок і породіль, гармонізацію відносин в їхніх сім'ях. Це одна із актуальних завдань сучасної медицини, вирішення якої дозволить знизити ризик ускладнень під час вагітності та пологів, дасть можливість профілакувати нервово-психічні розлади в новонароджених та породіль [3;3].

## 1.2. Психологічна допомога під час вагітності та взаємодії з дитиною

Перинатальна психологія порівняно молода галузь психології, що «досліджує закономірності ранніх етапів онтогенезу людини від зачаття до перших років життя»[11;213]. Психологічний супровід та консультування материнства починається найчастіше в період зачаття і охоплює більш пізні періоди взаємодії ««мати-дитина»».

Перинатальна психологія розв'язує важливі практичні завдання серед яких: діагностика батьківської сфери, психопрофілактика, дослідження впливу психічного стану матері під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді на розвиток дитини, та розробка методів психологічної допомоги (консультування, психокорекція та психотерапія) [12;153].

Одним із видів соціальної роботи з майбутніми батьками є соціально-психологічний супровід, який спрямований на задоволення різних потреб клієнтів та спрямований на підтримку та надання допомоги. Актуальною проблемою залишається насамперед проведення соціально-психологічного супроводу саме на етапі підготовки вагітних жінок та сім'ї до батьківства.

«Реалізація психологічного супроводу передбачає: формування соціально-позитивних ціннісних орієнтацій; здійснення підтримки клієнта в розв'язанні складної ситуації; застосування різних форм психологічного консультування (спостереження, бесіда, інтерв'ю, анкетування, проєктивні та ігрові методи)»[13;256].

Серед етапів консультування, можна виділити наступні:

1.Етап планування вагітності. Проводиться діагностика онтогенезу материнської сфери жінки, визначається «стартова» цінність дитини. При аналізі онтогенезу виділяються можливі порушення онтогенетичних етапів (недостатність досвіду, його неадекватний для завдань материнства зміст). При необхідності надаються профілактичні чи корекційні заходи.

2. Перший триместр вагітності. Проводиться додаткова діагностика вмісту материнської сфери і динаміки її розвитку на початку вагітності.

Обговорюються питання ідентифікації вагітності, стиль переживання соматичної симптоматики, вміст і динаміка емоціонального стану. Будується перша психологічна гіпотеза динаміки розвитку материнської сфери.

3. Другий триместр вагітності. Обговорюється перший рух дитини, відношення до рухів в подальшому. Проводиться діагностика динаміки розвитку материнської сфери, уточнюється психологічна гіпотеза, створюється прогноз особливостей пологів і післяпологових взаємодій з дитиною. Обговорюються можливості і способи встановлення взаємозв'язку з дитиною на основі відчуттів від ворущіння.

4. Третій триместр. Проводиться подальша діагностика динаміки розвитку материнської сфери. Проектується перинатальна взаємодія з дитиною. Уточнюється гіпотеза і прогноз пологів і післяпологового періоду.

5. Передпологовий період. Основна ціль- уточнення гіпотези і прогноз пологів і післяпологового періоду, психологічна підготовка до пологів.

6. Післяпологовий період. Обговорення пологів, першого враження від взаємодії з дитиною, існуючих проблем. Налагодження контакту з дитиною, процесу годування. Уточнення гіпотези і прогнозу стилю стосунків «мати-дитина». Проводиться прогноз можливого виникнення післяпологової депресії.

7. Закінчення періоду новонародженості. Діагностика динаміки розвитку материнської сфери і актуальної материнсько-дитячої взаємодії. Загальна діагностика психічного розвитку дитини. Допомога у вирішенні виникаючих проблем взаємодії з дитиною.

8. Подальша консультація по мірі необхідності, бажаний контроль в кінці кожного півріччя дитини. В процесі консультації вводяться необхідні дії. При необхідності надаються індивідуальні міри психотерапії і психокорекційного інтерв'ю

Психологічна робота з вагітними включає в себе не тільки консультативні заходи, але й діагностичну та корекційну роботу, яка використовується як в індивідуальному так і в груповому напрямку. Виділяються наступні діагностичні методи:

1. Клінічна бесіда в формі напівструктурованого інтерв'ю.

Прийнято проводити її в звичайній формі психологічного консультування, проте, необхідно враховувати стан жінки і зв'язок її переживань з станом дитини.

Загальна структура бесіди:

- Обговорення проблеми, з якою жінка звернулася;
- Діагностика вмісту материнської сфери і її онтогенезу;
- Діагностика вмісту цінності дитини;
- Діагностика цінностей які впроваджуються під час вагітності;
- Вияв типу і тенденції інтерференції цінностей;
- Діагностика особливостей даного етапу розвитку материнської сфери.

2. Включення методів психодіагностики:

- генограма з пропрацюванням материнської лінії, бажано в трьох поколіннях для побудови сімейної моделі материнства та дитинства;
- анкетування для уточнення формальних даних і оптимізації збору інформації;
- діагностика особливостей самооцінки за допомогою модифікованого методу Дембо-Рубінштейн, що включає в себе чотири набори із шести шкал (здоров'я, краса, щастя, характери, удача, розум) для оцінки себе, своїх батьків, батька дитини і самої дитини; за допомогою цього методу отримується додаткова інформація про стосунки в сім'ї, цінності дитини і її інтерференції з іншими цінностями;
- проєктивні малюнкові тести «Моя сім'я», «Я і моя дитина», «Я – дитина і моя мама» і на інші теми в залежності від ситуації;
- проєктивні методики: тест «Фігури», тест «Епітети», та ін.
- написання твору про свою дитину;
- спостереження за поведінкою матері в діагностично значимих ситуаціях і зі взаємодією з дитиною в залежності від періоду материнства;
- діагностика рівня тривожності;
- включення додаткових методів для уточнення гіпотези.

На основі діагностики виділяється психологічна проблема, яка потребує



психологічної допомоги, виділяються найбільш виражені компоненти материнської сфери, виділяються необхідні міри допомоги. Проектування корекційних заходів будуються на основі прогнозу динаміки материнської сфери і особливостей ситуації.

### 3. Проектування корекційних заходів:

Корекційні заходи включають в себе консультування, індивідуальну і групову терапію, терапію материнсько-дитячої взаємодії, сімейне консультування і терапію, психокорекцію розвитку дитини. Зміст і форма психологічної взаємодії залежать від віку дитини і виявлення при діагностуванні особливостей материнської сфери жінки і розвитку дитини.

В корекцію материнської сфери входять:

- зміна вмісту саме материнської сфери;
- направлення динаміки інтерференції цінностей в бік оптимізації балансу цінностей дитини;
- засвоєння матір'ю відсутніх форм досвіду;
- зміна емоційного забарвлення наявних суб'єктивних переживань;
- тренінг взаємодії з дитиною, емоційного супроводу, тактильного контакту та ін.

Для корекційних цілей можуть примінятися різні методи в залежності від індивідуальних особливостей жінки та досвіду психолога [1].

Разом із психологічним консультуванням в роботі з вагітними доцільно застосовувати технології психологічного інформування, в галузі навчальної дисципліни, що будується на педагогічній моделі психологічного супроводу вагітності. Беручи до уваги дану технологію, фахівець може використовувати у роботі як тільки педагогічні (розповідь, лекція, бесіда, аналіз проблемних ситуацій, ділова гра тощо), так і психологічні (діагностична та консультативна бесіда, тренінгові форми роботи, телефон довіри тощо) форми роботи.

Ще однією технікою в роботі з вагітними, а також в особливості з жінками котрі входять до групи ризику, є технологія психологічної корекції, що являє собою сукупність психотерапевтичних та психологічних засобів. Ці

засоби направлені на усунення різноманітних девіантних проявів вагітних жінок, корекцію емоційних станів, та розладів. Результатом застосування техніки є якісні зміни психіки та свідомості вагітної жінки, що мають позитивний вплив на її материнську сферу. Вибір методів дослідження для цієї техніки повинен відповідати індивідуальним особливостям жінки та враховуватися при інтерпретації досліджень.

Ще одним із поширених методів корекції виступає арт-терапія, що корегує різноманітні емоційні стани за допомогою художньої творчості. Важливість цього методу полягає не в результатах дослідження, а безпосередньо, в самому процесі проходження методу. Основу методу повинна складати глибока повага до почуттів, внутрішнього світу та переживань клієнта. Умовою для проведення методики є створення довіри з клієнтом та приємної атмосфери, що допоможе клієнту відкритися. Ефективними методами арт-терапії у роботі з вагітними є: казкотерапія, музикотерапія, малюнкова терапія та бодіарт. Арт-терапевтичний процес викликає у жінок різноманітні позитивні емоції, які асоціюються з різними відчуттями та спогадами. За результатами роботи можна виявити особливості психічного стану вагітної жінки, що дозволяє в подальшому вибрати правильний напрям роботи.

В ході роботи з вагітними, доцільним є використання техніки соціально-психологічної адаптації до вагітності, яка передбачає побудову взаємозв'язку із близьким оточенням протягом періоду вагітності, що дає можливість оволодіти теоретичними та практичними знаннями не тільки вагітній жінці але й її рроді, що в результаті дає засвоєння позитивного досвіду вагітності та сприяє формування позитивних моделей материнської сфери .

### 1.3. Особливості психологічного супроводу жінок під час воєнного стану

Для кожної жінки вагітність та пологи самі по собі вже є складними стресовими чинниками. Сьогоднішня ситуація в країні підсилює рівень стресу в сім'ї, адже сім'я є досить вразливою до кризових ситуацій. Постійні стреси від воєнних дій на території нашої країни, підвищений рівень тривоги, невпевненість, погане самопочуття, порушення емоційного фону можуть проявлятися в подальшому в загостренні хронічних хвороб, появі різних патологій у плоду а також призводити до передчасних пологів та перинатальних втрат. Неодноразово вагітні жінки були змушені перебувати тривалий час в бомбосховищах а також народжувати в таких умовах, що є додатковим психотравмуючим чинником, зросла кількість жінок, які вдавалися до переривання вагітності що загрожує не тільки життю та здоров'ю матері та дитини але й адекватному функціонуванню сім'ї та зниженню демографічного потенціалу держави. Тому надання комплексної медико-психологічної допомоги та психологічного супроводу вагітності набуває особливої актуальності в несприятливих умовах життєдіяльності сьогодення.

Враховуючи несприятливі чинники робота перинатального психолога повинна бути пов'язана в першу чергу зі стабілізацією психоемоційного стану жінки задля запобігання розвитку різноманітних психологічних проблем у майбутньої матері, що може ускладнити розвиток компетентного та ефективного батьківства після народження дитини. Тому ефективна робота психологічного супроводу вагітності сприяє гармонійним пологам та якісній адаптації батьків до теперішньої ситуації. « У зв'язку з цим під час роботи з вагітними важливо створити такі умови , які сприятимуть надалі можливості використання особистісних ресурсів у жінок, які б забезпечували ефективно протистояння впливу різного роду стресогенних чинників, результатом чого має стати збереження фізичного та психічного здоров'я не лише майбутньої матері , але й майбутньої дитини» [14;15].

Кожна вагітність індивідуальна, тому її ведення повинне бути індивідуалізованим і в умовах воєнного стану, саме тому жінка повинна бути завжди на зв'язку із своїм лікарем, та при будь яких проблемах звертатися за медичною та психологічною допомогою навіть дистанційно. В теперішніх умовах це може ускладнюватися перебуванням в іншому місті чи в іншій країні тому кожна жінка повинна бути проінформована про різноманітні психологічні та фізичні симптоми, щоб вчасно звернутися за допомогою.

Важливим є відвідування вагітною жінкою різноманітних групових тренінгів та вебінарів, комплексних програм медико-психологічної супроводу, що на даний час можна робити і в онлайн форматі. Це зменшить тривожність, налаштує майбутню матір на позитивний настрій та пологи. Дасть їй змогу поспілкуватися з іншими вагітними жінками та поділитися досвідом і проблемами допомагаючи відволіктися від поганих новин та почерпнути для себе нові знання, що зніме надлишок стресу у жінки.

Завдання психологічного супроводу в сучасному світі передбачає в першу чергу проведення групових та індивідуальних бесід, консультацій, визначення проблем з якими стикається вагітна жінка під час воєнного стану, встановлення довірливих взаєностосунків як між психологом і жінкою, так і між вагітними жінками, якщо це групові консультації. Проведення тренінгових робіт як в офлайн так і можливість відвідування їх в онлайн форматі, метою яких є формування різноманітних вмінь та навичок психічної саморегуляції з використанням психокорекційних та психотерапевтичних технік для зниження рівня психоемоційної напруги, та формування психологічної готовності до материнства.

## Висновок до розділу I

Актуальність проблеми психологічного супроводу материнства полягає в невід'ємності його від суспільного життя, адже формування здорового та свідомого суспільства завдання не тільки батьків, а й кожного з нас. Зважаючи на те, що перинатальна психологія відносно молода галузь, жінки завжди стикалися із низкою проблем під час вагітності, які характеризувалися не лише з фізіологічного боку, але й психологічного. Висока емоційна напруга, постійні стреси та тривожність, нестабільна ситуація, ведення бойових дій на території країни, все це провокує труднощі в плануванні та народженні дитини, такі як: виникнення патологій, передчасні пологи та їх ускладнення, ризик внутрішньоутробної смерті. Зважаючи на кількість поставлених завдань перед майбутньою матір'ю, для якої вагітність має важливе значення та є складним соціальним і психологічним завданням, розвиток і впровадження перинатального психологічного консультування й психотерапії є важливим фактором для поліпшення психічного стану та благополуччя вагітної жінки.

Одним із видів соціальної роботи з майбутніми батьками є соціально-психологічний супровід, який спрямований на задоволення різних потреб клієнтів та спрямований на підтримку та надання допомоги. Актуальною проблемою залишається насамперед проведення соціально-психологічного супроводу саме на етапі підготовки вагітних жінок та сім'ї до батьківства.

Супровід вагітних жінок до недавнього часу був монополізований медициною та зводився переважно до вивчення фізіологічних процесів та ускладнень цих періодів, для якої психоемоційна сторона вагітності та взаємодія з новонародженою дитиною не часто бралася до уваги. Це сприяло зростанню кількості не тільки перинатальної смертності а й розладів психоемоційної сфери жінки після пологів, недостатньої усвідомленості важливості ролі батьків та безвідповідальності з їхнього боку не тільки під час виховання дітей а й на етапі вагітності і пологів. Велика увага повинна приділятися саме вивченню системи «мама-батько-дитина» та вивченню її

психофізіологічних процесів від початку зачаття до завершення сепарації з дитиною. Важливим є надання психологічної допомоги спеціалістом у випадку втрати дитини чи вроджених патологій.

Враховуючи теперішню ситуацію в країні та ведення бойових дій на її території реалізація психологічного супроводу вагітності набуває ще більшої актуальності, адже, постійні стреси, підвищений рівень тривоги, порушення емоційного фону, можуть проявлятися в подальшому в загостренні хронічних хвороб, появі різних патологій у плоду а також призводити до передчасних пологів та перинатальних втрат.

Особливу увагу дослідженню феноменології вагітності та характеру її перебігу приділял, В.В. Абрамченко, Л.С. Каюпова, М.П. Рудюк, І.С. Кон, Е.Г.Еріксон, Г.І. Каплан, С.Ю. Мещерякова, Ш.Берн, та інші науковці. Реалізація психологічного супроводу передбачає: формування соціально-позитивних ціннісних орієнтацій; здійснення підтримки клієнта в розв'язанні складної ситуації; застосування різних форм психологічного консультування (спостереження, бесіда, інтерв'ю, анкетування, проєктивні та ігрові методи).

Психологічна робота з вагітними включає в себе не тільки консультативні заходи, але й діагностичну та корекційну роботу, яка використовується як в індивідуальному так і в груповому напрямку. Враховуючи несприятливі чинники робота перинатального психолога повинна бути пов'язана в першу чергу зі стабілізацією психоемоційного стану жінки задля запобігання розвитку різноманітних психологічних проблем у майбутньої матері, що може ускладнити розвиток компетентного та ефективного батьківства після народження дитини. Тому ефективна робота психологічного супроводу вагітності сприяє гармонійним пологам та якісній адаптації батьків до теперішньої ситуації.

## РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

### 2.1. Дослідження ефективності психологічного супроводу вагітної жінки

Беручи до уваги актуальність досліджуваної теми, та на те що супровід вагітності зводився тільки до фізіологічних проблем, а психологічна сторона вагітності не бралася до уваги, нами було організоване дослідження, яке спрямоване на виявлення впливу психологічного супроводу та його ефективності в цілому. Участь у дослідженні взяли 10 жінок, віком від 20 до 28 років, на різному терміні вагітності, а також 4 жінки в яких вже були пологи, їх було поділено на дві групи, серед яких 7 користувалися послугами кваліфікованого спеціаліста, що займається проблемами планування сім'ї, материнства та супроводу вагітності, а 7 відвідували тільки заклади медичного консультування.

Кожній з них спочатку було запропоновано пройти скринінгову методику, «Единбурзька шкала післяпологової депресії», яка представлена у вигляді опитувальника для самостійного проходження, та призначена як для передпологового так і післяпологового періоду для виявлення післяпологової депресії та депресивних розладів [40]. Опитувальник складається із 10 питань та 4 варіантів відповіді, які використовуються для визначення ступеня занепокоєння та тривожності (Див. Додаток 1.). Референтні значення (Див. Додаток 2).

Наступним було запропоновано проходження малюнквого тесту «Я і моя дитина», що використовується для діагностування психічного стану вагітної жінки та після пологів. «Завданням методики є виявлення особливостей переживання вагітності й стану материнства» [41]. Під час проходження тесту береться до уваги наявність на малюнку фігури матері та дитини, розміщення персонажів, їхня заміна на різноманітні символи, відображення взаємодії матері та дитини. Інтерпретуючи результати виділяється тип малюнка, що відповідає тим чи іншим переживанням під час

вагітності та після пологів. Опис симптокомплексів, що характеризують виділені типи малюнків, складається з двох груп ознак: формальних та змістовних[41]:

Сприятлива ситуація сприйняття материнства за формальними ознаками: хороша якість ліній; розміщення малюнка в центрі, розміри малюнка відповідають прийнятим у психодіагностиці (відображають нормальний стан без ознак тривоги та невпевненості в собі); наявність сюжету (додаткові, окрім фігур матері та дитини, деталі: обстановка кімнати, дім, дерева...); малюнок має займати більшу частину листка; відсутність стирання, креслень, перемальовування, малюнки на звороті листка; відсутнє тривале обговорення (що і як малювати) чи відмовки (я не вмію і таке ін.), а також пауз у процесі малювання більше ніж 15 секунд; позитивні емоції різного рівня вираженості у процесі малювання.

Змістовні ознаки характеризуються наявністю на малюнку себе та дитини; відсутня зміна образів себе й дитини на рослини, тварини, на живі об'єкти, символи; співвідношення фігур матері й дитини; відсутність контакту з іншими людьми на малюнку; додаткові предмети та деталі одягу не складають основної частини малюнка, їх кількість, рівень промалювання, розміри не домінують над фігурами матері й дитини; наявний тілесний контакт (мати тримає дитину на руках чи за руку); дитина не захищена (у ліжечку, візочку, пелюшках чи животі матері) та не ізольована (дитина, загорнута в пелюшки, із промальованим лицем, яку мама тримає на руках - ознака норми); наявне промалювання обличчя дитини; усі фігури намальовані обличчям до глядача; вік дитини наближається до немовлячого прогресивно, з першого до третього триместру, після пологів - дитина у реальному віці[41].

Враховуючи дані показники, визначається тип малюнка, який відповідає особливостям переживання вагітності: сприятлива ситуація; незначні симптоми тривоги, невпевненості, конфліктності; тривога й невпевненість у собі; конфлікт у собі; конфлікт з вагітністю чи материнством.



Для групи незначних симптомів тривоги, невпевненості, конфліктності формальними ознаками є наявність незначних симптомів тривоги, невпевненості в собі що характеризуються якістю лінії; недостатньо великий малюнок; розміщення у нижній частині листка чи ближче до одного з кутів; наявність лінії основи; незначна кількість штриховки.

За змістовними ознаками ця група малюнків характеризується: наявність на малюнку себе й дитини без заміни образів на неживі предмети чи рослини ; фігура дитини завелика чи замаленька; наявність чоловіка, інших дітей; велика кількістю додаткових предметів, більших за розміром порівняно з малюнком матері та дитини; дитина у візочку чи іншому об'єкті (на санках, у кріслі-качалці, на іграшці-качалці й таке ін.), при цьому мама тримає дитину за руку чи за деталь об'єкта, у якому розміщена дитина; фігура та лице дитини промальовані; усі фігури стоять – лицем чи у профіль до глядача; спільна діяльність може бути відсутня; вік дитини під час вагітності у межах раннього, до кінця вагітності наближається до малякового, після народження – у теперішньому віці.

Тривога та невпевненість у собі об'єднує за формальними ознаками малюнки з поганою якістю ліній, дуже дрібні, розміщені внизу листка чи в кутку, наявність лінії основи, штриховки у великій кількості.

Змістовні ознаки характеризуються наявністю на малюнку себе та дитини без заміни образу; фігура дитини завелика чи замаленька у співвідношенні з віком ; наявна велика кількість додаткових об'єктів, детальне промальювання деталей одягу; недостатнє промальювання фігур та свого обличчя чи обличчя дитини; відсутня діяльність з дитиною чи з об'єктом в якому знаходиться дитина ; контакт із дитиною може бути незначним, чи мати може просто стояти поруч із дитиною (при цьому дитина не ізольована), можливо – простягнуті один до одного руки без контакту; промальювання декількох членів сім'ї, своєї матері; велика кількість додаткових предметів, їх розміри завеликі порівняно з фігурами матері та дитини, вони займають практично весь листок; вік дитини під час вагітності в межах дошкільного до

кінця вагітності наближається до раннього чи немовлячого, після пологів – у реальному віці.

Група конфлікту з вагітністю / ситуацією материнства за формальними ознаками характеризується: відмова від малювання; обертання, складання листка; наявність стирань, креслень, перемалювання; велика кількість плям темного кольору; непропорційним використанням розмірів листка (надто дрібно, або важливі частини не поміщаються, передусім фігури матері та дитини).

Змістовні ознаки характеризуються відсутністю на малюнку себе і/чи дитини; заміна образу дитини і/чи себе на рослину, тварину, символ; відсутність контакту чи діяльності з дитиною; дитина захована (у пелюшках, візочку, ліжечку чи животі матері); дитина ізольована сторонніми предметами, що відділяють її від матері, або повністю ізольована без наявності контакту з мамою (у ліжечку, візочку на килимку, на гойдалці...); наявна велика просторова дистанція між фігурами матері та дитини; фігури намальовані спиною до глядача; відсутність облич у фігур, рідше - тіла; велика кількість додаткових предметів, у розмірах більших, порівняно з фігурами матері та дитини, вони займають практично весь листок; вік дитини дошкільний, рідше - ранній, до кінця вагітності не зменшується, чи навіть збільшується, після пологів - дитина більш старшого, рідко - більш молодшого віку, ніж на даний час.

Наступною, ми запропонували пройти методику «Тест відносин вагітної» на основі ПКГД Добрякова І.В, для визначення типу ПКГД [43;210]. «Визначення типу ПКГД може істотно допомогти розібратися в ситуації, за якої виношувалася і народилася дитина, зрозуміти, як склалися стосунки в сім'ї у зв'язку з його народженням, яким чином формувався стиль сімейного виховання. Тип ПКГД відображає, перш за все, особистісні зміни і реакції жінки, які відбулися в системі її відносин [43;213].

Опис методики

Тест містить три блоки тверджень, що відображають ставлення вагітної жінки:

1. До себе вагітної (блок А).
2. До формується системі «мати-дитя» (блок Б).
3. До того, як до неї ставляться оточуючі (блок В).

У кожному блоці є три розділи, в яких різні поняття. Вони представлені п'ятьма твердженнями, що відбивають п'ять різних типів ПКГД. Випробуванним пропонується вибрати один з них, найбільш відповідний її стану (Див.Додаток.3)

Блок А (відношення жінки до себе вагітною) представлений наступними розділами:

1. Ставлення до вагітності.
2. Ставлення до способу життя під час вагітності.
3. Ставлення під час вагітності до майбутніх пологів.

Блок Б (відносини жінки до формується системі «мати-дитя») представлений наступними розділами:

1. Ставлення до себе як до матері.
2. Ставлення до своєї дитини.
3. Ставлення до вигодовування дитини грудьми.

Блок В (відношення вагітної жінки до того, як до неї ставляться оточуючі) представлений наступними розділами:

1. Ставлення до мене вагітної чоловіка.
2. Ставлення до мене вагітної родичів і близьких.
3. Ставлення до мене вагітної сторонніх людей.

Після проходження тесту , результати заносяться в таблицю, (див.табл.4.), де проводиться підрахунок балів в кожному стовпці, які відображають п'ять типів ПКГД: «О»-оптимальний, «Г»-гіпогістогногічний, «Е»-ейфоричний, «Т»-тривожний, «Д»-депресивний. Якщо випробовуваний набирає від 7 до 9 балів , що відповідають одному із типів ПКГД, він вважається визначальним (Див.Додаток 4).

## 2.2. Інтерпретація результатів дослідження

Інтерпретувавши результати двох груп, за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії, можна зробити висновок про те що в перша група, яка користувалися послугами психолога, отримала результат, в проміжку 0-7 балів, що характеризується низькою вірогідністю післяпологової депресії. Результати другої групи варіювалися в межах 8-12 та 13-30, з них 70% опитуваних отримали результат 8-12 що характеризується високою вірогідністю післяпологової депресії, 30% отримали результат в межах 13-30, що характеризується дуже високим рівнем прояву післяпологової депресії.

Аналізуючи результати отримані за малюнковим тестом «Я і моя дитина», в першій групі, можна зробити висновок, що 80% опитуваних першої групи намалювали і себе і дитину, і в цілому показали результати категорії сприятливої ситуації вагітності.

На малюнках хороша якість лінії, відсутність стирань та креслень, під час процесу жінки не виявляли негативних емоцій та не відмовлялися від малювання, відсутні паузи в процесі, деталі не складають головну частину малюнку.

Олена розташувала свій малюнок в центральній частині аркуша, без наявності інших людей, окрім матері та дитини, деталі одягу не складають головної частини, дитина не захищена та не ізольована від матері, мати тримає дитину на руках що свідчить про наявність тілесного контакту, це свідчить про готовність до материнства як в більшості з першої групи.

Іванна використала багато деталей на малюнку, дитина загорнута в пелюшки, проте вона не ізольована, що є нормальною ознакою. Обличчя дитини та матері промальовані та повернуті до глядача, вік дитини наближено до дитячого, прогресивно з першого до третього триместру.

Інша ж частина яка складає 20% першої групи опитуваних проявила незначні симптоми тривоги, що відносно нормально для їхнього стану. Якість ліній відносно невпевнена, малюнок розташований не по центру, проте фігура

матері та дитини збережена, заміна образів відсутня. Наявна велика кількість додаткових предметів.

У Яни дитина знаходиться в колясці, малюнок недостатньо великий проте обличчя матері та дитини достатньо промальовані та повернуті до глядача, матір тримає дитину за руку, це свідчить про незначну тривожність але в межах норми.

В Тетяни відсутня чіткість ліній, та малюнок розташований в куті аркуша, спільна діяльність матері та дитини відсутня, невелика наявність штрихування, що свідчить про невпевненість та конфліктність з вагітністю.

Зважаючи на результати, для цієї групи жінок характерна адекватна цінність дитини та сформована готовність до материнства.

Результати другої групи були відмінні від першої. Результати 30% опитуваних другої групи були в межах норми, проте наявні незначні симптоми тривоги. Якість ліній хороша, фігури розташовані в центрі, або ж в куті, що свідчить про незначну тривожність. Деталі наявні, проте не складають центральної частини малюнку.

У 50% опитуваних другої групи була погана якість малюнку що відповідає тривожності та невпевненості в собі та в своїй вагітності. Малюнок переважно дрібний та розташований в нижній частині аркуша, наявність великої кількості деталей та ретельна їх промальовка, велика кількість додаткових предметів. Відсутній контакт із дитиною.

У Оксани погана якість ліній на малюнку, дитина дуже маленька відносно матері, малюнок заштрихований, одяг ретельно промальований, проте недостатня промальованість центральних фігур. Наявність на малюнку членів сім'ї, схематизація, відсутність контактів із дитиною.

Світлана ж намалювала фігури матері та дитини дуже маленькими порівняно з додатковими предметами, які покривають практично весь аркуш, наявність декількох членів сім'ї. Вік дитини варіюється в межах дошкільного, дитина не ізольована, руки дитини простягнуті до матері що свідчить про невпевненість у своїй вагітності.

Решта 20% опитуваної групи отримали результати що характеризуються конфліктом із вагітністю або ситуацією материнства, наявність стирань та згинання аркушів, деякі фігури не поміщаються на малюнку, велика кількість додаткових предметів.

В Ольги дитина захована у животі матері, наявні закреслення та стирання на малюнку, відсутній контакт із дитиною що свідчить про повну ізолюваність від матері. Велика кількість додаткових предметів.

У Вікторії на малюнку спостерігається просторова дистанція між матір'ю та дитиною, вони повернуті спинами до глядача та вік дитини дошкільний що вказує на конфлікт із вагітністю. Між матір'ю та дитиною наявна коляска що підтверджує ізолюваність від дитини.

Всі ці характеристики свідчать про недостатню цінність дитини та ігноруюче ставлення до ввагітності

Проаналізувавши результати «Тесту відносин вагітної» двох груп, що відображають ставлення вагітної жінки за різним типом ПКГД, можна зробити висновок про те що в першій групі переважає оптимальний та гіпогістогногічний тип ПКГД. Такі типи гестаційної домінанти зустрічаються у жінок для яких вагітність є бажаною, вагітність у них протікає гармонійно та відповідально без зайвої тривоги. Оптимальний тип формує гармонію у сімейному вихованні дитини. Гіпогістогногічний тип зустрічається у жінок які переважно паралельно навчаються або будують кар'єру, для них вагітність є плановою, проте вони побоюються ризику виникнення ускладнень під час вагітності та пологів, а в подальшому і у вихованні дітей. Такий тип нерідко зустрічається у багатодітних матерів та з ним супроводжується недорозвиненість батьківських почуттів. Такий тип потребує психокорекції.

В другій групі переважають ейфорійний, тривожний та депресивний типи ПКГД. Ці типи виникають на фоні тривожності та страху вагітності і пологів. Ейфорійний тип зустрічається у жінок з істеричними рисами, та вагітність в них зачасту фігурує як маніпуляція чоловіком, для зміни їх відносин та досягнення якихось власних цілей. Такі жінки не часто дослухаються до порад лікарів та

відвідування жіночої консультації, що провокує можливі ускладнення під час вагітності. Жінки з таким типом претензійні, перебільшують труднощі та вимагають до себе підвищеної уваги. Тривожний тип зустрічається у жінок з підвищеним рівнем тривоги та впливає на її фізіологічний стан, що супроводжується загостренням хронічних хвороб та дисгармонією в сімейних стосунках. Після народження дитини такий тип може виявлятися в надмірному контролі та невпевненості в своїх силах. Депресивний тип у жінок проявляється в зниженому фоні настрою вагітних. Більшість вагітних жінок з таким типом потребують психотерапевтичної допомоги. Такі жінки не вірять у свою здатність народити і виносити здорову дитину. Така поведінка нерідко погіршує відносини в родині, провокує сварки. Проявляються суїцидальні думки. Така поведінка потребує корекції.

Опираючись на результати проведеного дослідження можна зробити висновок про те, що психологічний супровід вагітності допомагає вагітним жінкам перебороти свої страхи та тривоги, підготуватися до здорового зачаття та пологів, допомагає вирішити проблеми ,які виникають у жінок під час вагітності, такі як: перепади настрою, формує правильний психоемоційний фон, надає психологічну підтримку майбутнім батькам та стає для родини справжнім другом.

### 2.3. Практичні рекомендації

Опираючись на результати проведеного дослідження впливу психологічного супроводу на психосоматичний стан жінки під час вагітності та пологів, можна зробити висновок про те, що ця галузь дуже важлива для побудови здорового суспільства, адже детермінації розвитку дитина на різних стадіях онтогенезу мають унікальне значення, адже будь які відхилення в цій сфері, можуть провокувати складні соціальні проблеми. Враховуючи це, потрібно розвивати цю сферу шляхом роботи з персоналом відповідних закладів та пологових будинків на основі перинатальної психології, щоб персонал лікарень могли надавати кваліфіковану допомогу майбутнім матерям та їх родичам. При роботі з вагітними обов'язково потрібно враховувати їхній особливий емоційний стан та залучати до роботи членів сім'ї жінки.

Результати, отримані в ході дослідження можна використовувати при подальшій роботі з жінками. Перша група характеризує собою практично групою здорових жінок, в яких переважає оптимальний та гіпогістогнічний тип ПКГД. Іншу ж групу, можна назвати проблемною, через ейфорійний, тривожний та депресивний тип ПКГД, що являє собою підвищену тривожність та складність у стосунках «мати-дитина». На основі отриманих результатів можна організувати психотерапевтичну бесіду для корекції виявлених відхилень, задля вчасного та ефективного надання психологічної допомоги.

На основі проведеного дослідження, можна рекомендувати проведення психологічної роботи з кваліфікаційним перинатальним психологом, відвідування лекцій та тренінгів задля вчасного виявлення проблем та отримання психологічної допомоги, та зменшення тривожності та страху перед пологами.



## Висновок до розділу II

У ході роботи, нами було організовано та проведено дослідження впливу психологічного супроводу на психоемоційний стан вагітних жінок. Участь у дослідженні взяли 10 жінок віком від 20 до 28 років, на різному терміні вагітності, а також 4 жінки в яких вже були пологи, їх було поділено на 2 групи, серед яких 7 користувалися послугами кваліфікованого спеціаліста, що займається проблемами планування сім'ї, материнства та супроводу вагітності, а 7 відвідували тільки заклади медичного консультування.

Кожній з них спочатку було запропоновано пройти скринінгову методику, «Единбурзька шкала післяпологової депресії», яка представлена у вигляді опитувальника для самостійного проходження, та призначена як для передпологового так і післяпологового періоду для виявлення післяпологової депресії та депресивних розладів [40].

Наступним було запропоновано проходження малюнкowego тесту «Я і моя дитина»[1], що використовується для діагностування психічного стану вагітної жінки та після пологів. «Завданням методики є виявлення особливостей переживання вагітності й стану материнства» [41].

Наступною, ми запропонували пройти методику «Тест відносин вагітної» на основі ПКГД, для визначення типу ПКГД [43;210]. «Визначення типу ПКГД може істотно допомогти розібратися в ситуації, за якої виношувалася і народилася дитина, зрозуміти, як склалися стосунки в сім'ї у зв'язку з його народженням, яким чином формувався стиль сімейного виховання. Тип ПКГД відображає, перш за все, особистісні зміни і реакції жінки, які відбулися в системі її відносин[43;213].

Інтерпретували результати двох груп, за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії, можна зробити висновок про те що в перша група, яка користувалися послугами психолога, отримала результат, в проміжку 0-7 балів, що характеризується низькою вірогідністю післяпологової депресії. Результати другої групи варіювалися в межах 8-12 та 13-30, з них 70% опитуваних отримали результат 8-12 що характеризується високою вірогідністю

післяпологової депресії, 30% отримали результат в межах 13-30, що характеризується дуже високим рівнем прояву післяпологової депресії.

Аналізуючи результати отримані за малюнковим тестом «Я і моя дитина», в першій групі, можна зробити висновок, що 80% опитуваних першої групи намалювали і себе і дитину, і в цілому показали результати категорії сприятливої ситуації вагітності. Інша ж частина яка складає 20% першої групи опитуваних проявила незначні симптоми тривоги, що відносно нормально для їхнього стану.

Результати другої групи були відмінні від першої. Результати 30% опитуваних другої групи були в межах норми, проте наявні незначні симптоми тривоги. У 50% опитуваних другої групи була погана якість малюнку що відповідає тривожності та невпевненості в собі та в своїй вагітності. Решта 20% опитуваної групи отримали результати що характеризуються конфліктом із вагітністю або ситуацією материнства.

Проаналізувавши результати «Тесту відносин вагітної» двох груп, що відображають ставлення вагітної жінки за різним типом ПКГД, можна зробити висновок про те що в першій групі переважає оптимальний та гіпогістогнічний тип ПКГД. Такі типи гестаційної домінанти зустрічаються у жінок для яких вагітність є бажаною, вагітність у них протікає гармонійно та відповідально без зайвої тривоги.

В другій групі переважають ейфорійний, тривожний та депресивний типи ПКГД. Ці типи виникають на фоні тривожності та страху вагітності і пологів. Така поведінка потребує корекції.

На основі проведеного дослідження, можна рекомендувати проведення психологічної роботи з кваліфікаційним перинатальним психологом, відвідування лекцій та тренінгів задля вчасного виявлення проблем та отримання психологічної допомоги, та зменшення тривожності та страху перед пологами.

## ВИСНОВКИ

В сучасних умовах збереження здоров'я та життя матері і дитини є однією з найактуальніших проблем сьогодення. Зміни, які відбуваються із жінкою на протязі всієї вагітності, зумовлюють перебудову її свідомості та отримання нової соціальної ролі – ролі матері. Виношування та народження дитина також ускладнюється теперішньою ситуацією в нашій країні, яка підвищує рівень стресу та тривоги. Саме тому особливої актуальності набуває організація та надання комплексної медико-психологічної допомоги вагітним жінкам, метою якої є, перш за все, адаптація до нової ситуації розвитку в умовах сьогодення, створення сприятливих умов для розвитку особистісних якостей жінки для ефективного протистояння різного роду стресогенних чинників, результатом чого є збереження не тільки фізичного а й психічного здоров'я жінки і благополуччя дитини. Саме на цьому етапі життя, жінка потребує розуміння та піклування як ніколи, психологічної підтримки не тільки з боку оточення, а й спеціалістів, завдяки яким можна попередити та скорегувати психологічні проблеми, які виникають в період вагітності та післяпологовий період.

Дослідженню феноменології вагітності та материнства приділяли Е.Г.Еріксон, С.Грофф, М.П. Рудюк, та ін.

Одним із найважливіших чинників успішності вагітності, є психологічний мікроклімат взаємин, який значною мірою впливає на виношування та народження здорового потомства. Саме тому супроводу підлягає не тільки жінка, але й її близьке оточення. У дослідженнях психофізіологічного стану жінки під час вагітності з її успішною адаптацією в ролі матері і забезпечення умов для належного розвитку дитини виділяють різноманітні чинники: особливості мотиваційної сфери жінки; історія її життя і роду; адаптація до шлюбу; задоволеність емоційними відносинами із власною матір'ю; модель материнства своєї матері; теперішні культурні, суспільні, та родинні особливості.

Одним із видів соціальної роботи з майбутніми батьками є соціально-психологічний супровід, реалізація якого спрямована на задоволення різноманітних потреб клієнтів та передбачає формування соціально-позитивних ціннісних орієнтацій, здійснення підтримки клієнта в розв'язанні складних ситуацій, застосування різних форм психологічного консультування та терапії. Актуальною проблемою залишається насамперед проведення соціально-психологічного супроводу саме на етапі планування вагітності.

Психологічна робота, що спрямована на підготовку жінки до материнства, здійснюється за такими напрямками[44;107]:

- підвищення рівня особистісної зрілості жінки;
- формування батьківських форм та установок для взаємодії з новонародженим;
- покращення мотивів, пов'язаних з дитиною та материнством;
- підвищення рівня материнської компетенції;
- корекція наявних відхилень материнської поведінки.

Також психологічна робота повинна розроблятися в рамках чотирьох основних форм психологічної практики

- 1.Підготовка до пологів та майбутнього материнства;
- 2.Індивідуальне і сімейне консультування та психотерапія;
- 3.Психологічна допомога матері та дитині;
4. Психологічна допомога у проблемах з материнством [44;106].

Аналізуючи проведені нами дослідження можна зробити висновок про те що вплив психологічного супроводу на вагітну жінку та її психоемоційний стан є дуже суттєвим. Інтерпретувавши результати скринінгової методики «Единбурзька шкала післяпологової депресії», малюнкового тесту, « Я і моя дитина», та методики «Тест відносин вагітної» створеного на основі ПКГД , можна зробити висновок, на основі отриманих результатів , про те , що перша група опитуваних, які користувалися послугами психолога характеризувалася низькою вірогідністю розвитку післяпологової депресії, і в цілому показали результати категорії сприятливої ситуації вагітності. Під час проходження

тестів жінки не виявляли негативних емоцій та не відмовлялися від тестів. Більшість групи цілком готова до материнства, та не відчуває дискомфорту. Хоча в 20% першої групи опитуваних присутня незначна тривожність, проте вона є відносно нормальною для їхнього стану, переважають оптимальний та гіпогістогнічний типи гестаційної домінанти за методикою «Тест відносин вагітної».

Друга група опитуваних, яка не підлягала психологічному супроводу отримала результати відмінні від першої. У 30% групи наявні незначні симптоми тривоги що є в межах норми. 50% характеризуються тривожністю та невпевненістю у вагітності, високий рівень розвитку післяпологової депресії. Інша ж частина яка складає 20% опитуваних другої групи, отримали результати що характеризуються конфліктом із вагітністю, тривожним та ігноруючим ставленням до вагітності. В групі переважають ейфорійний, тривожний та депресивний типи ПКГД що потребують консультації та корекції.

Опираючись на результати роботи, можна зробити висновок про те що психологічний супровід вагітності відносно молода галузь, проте вже встигла зарекомендувати себе як ефективним методом попередження та своєчасної корекції психологічних проблем, що виникають на етапі вагітності та післяпологового періоду. Тому, потрібно розвивати цю сферу шляхом роботи з персоналом відповідних закладів та пологових будинків на основі перинатальної психології, для вчасного та ефективного надання психологічної допомоги майбутнім матерям та їхнім родичам, враховуючи індивідуальні особливості емоційного стану кожної жінки та шляхом залучення до роботи членів сім'ї.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. *Шмілик Н.* Психологічна готовність до материнства як чинник подальших взаємин матері та дитини/ Збірник наукових праць молодих вчених Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка// 2012. Вип.1. С. 238-244.
2. *Т.В. Дегтяренко; М.Г. Буряк.* Психофізіологічні аспекти феноменології материнства // Інтегративна антропологія, 2016 – с. 69-73.
3. *Скрипніков А.М.; Герасименко Л.О.; Ісаков Р.І.* / Перинатальна психологія. К. 2017. 168 с.
4. Інновацій технології розвитку психологічних ресурсів особистості: колективна монографія/ *відпов.ред. Н.І. Тавровецька.,2019. 153-171.*
5. *Шмілик Н.* Психологічна готовність до материнства як системний та багатовекторний конструкт/ Проблеми гуманітарних наук// 2013. Вип. 31. С. 128-141.
6. *Ковалеко Н.П* Психопрофілактика та психокорекція жінок в період вагітності і родів / 2002. 318 с.
7. *Шишук О.С.* Особливості емоційних станів вагітної жінки: емпіричний аспект/ *О.С.Шишук// Сучасні проблеми практичної психології у Волинському регіоні// 2011. С. 23-25.*
8. *І.А.Анчева* Психопрофілактика стресу під час вагітності та пологів / 2017. 32-34.
9. *Абрамченко В.В.* Перинатальна психологія-: теорія, методологія, досвід / 2004. 350 с.
10. *Абрамченко В.В.* Сучасні методи підготовки вагітних до пологів / 1991.

11. *О.П.Романів, Б.Я. Надь* Перинатальний період як особливий етап становлення особливостей психічного здоров'я особистості / 2017. 2012-2015.

12. Інноваційні технології розвитку психологічних ресурсів особистості // Колективна монографія / 2019 153-171.

13. *Паскаль О.В., Коліна Л.А.* Особливості соціально-психологічного супроводу молодих людей на етапі підготовки до вагітності та батьківства / 2020. 255-258.

14. *Бацилєва О.В., Астахов В.М., Пузь І.В.* Особливості психологічного супроводу вагітних жінок, які мешкають у зоні конфлікту / 2018 /1(38). С.14-18.

15. *Астахов В.М., Бацилєва О.В., Пузь І.В.* Медико-психологічний супровід вагітних жінок в умовах воєнного стану / 5 с.

16. *Малєєва К.А.* Психолого-правові аспекти супроводу вагітності в умовах воєнного стану / 2022. 75-77 с.

17. *Коваленко Н.П.* Перинатальна психологія. / 2000.-197.

18. *Шмілик Н.А, Спринська З.* Материнство як базова життєва цінність у мотиваційно-смісловій сфері жінки. Цінності сучасної молоді: психологічний аспект/ 2017. 126-156.

19. *Коренева Ю.* Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми./ Психологічні перспективи, Вип 32 / 2018.-149-161.

20. *Аксьонова С.Ю.* Особливості народжуваності у жінок середнього віку/ Демографія та соціальна економіка./ 2009. 28-38.

21. *Божук О.А.* Материнство як особливий прояв нужди та потребнісно-мотиваційної сфери особистості жінки. / 2013. с.120-123.

22. *Дурманенко О.Л.* Особливості сучасного інституту материнства як важливого чинника формування здорового способу життя молодого покоління/ 2010.с.257-260.
23. *Нероба М.В.* Материнство як психологічний феномен./ 2015. Вип. 3/4 . с. 90-93.
24. *Кирилова Д.С.* Психологічна готовність до материнства в структурі життєвих смислів жінки: теоретико-методологічний аналіз. 2017. Вип. 8. с.101-104.
25. *Лучанінова Н.В.* Материнство як складова гендерного функціонування сучасної жінки.2013. Вип. 51. с. 110-112.
26. *Борищук Т.* Материнство у психоаналізі ( ключова роль матері у вихованні гуманної особистості). 2014. с.624-625.
27. *Ортинська Р.Р.* Психологічні детермінанти жіночої ідентифікації як складова материнської ідентичності / 2007.с. 155-157.
28. *Савенко. Д.О.* Проблема самоідентичності жінки в період раннього онтогенезу дитини// Психологія: реальність і перспективи / 2015. с. 230-233.
29. *Савенко Д.О.* Структурна організація самосвідомості матері //Психологія: реальність і перспективи/ 2016.с.193-195.
30. *Проскурняк О.П.* Чинники та етапи становлення материнства// Практична психологія та соціальна робота. 2007. с.13-16.
31. *Перун.М.Б.* Типологія емоційного ставлення жінок до материнства// Практична психологія та соціальна робота. 2011.с.11-16.
32. *Шевчук Г.* Розвиток материнської ідентичності в структурі Я-концепції жінки// Соціальна психологія. 2010.с.137-151.



33. *Годлевська А.І.* Формування батьківської позиції, батьківства у молодого подружжя як соціально-педагогічна проблема// Соціальна робота в Україні: теорія і практика. 2016. с.5-13

34. *Нагула О.Л.* Психологічна сутність поняття батьківська компетентність молодого подружжя / 2012. с.272-277.

35. *Трубавіна І.М.* Усвідомлене і відповідальне батьківство: спільне і відмінне// 2013. с.96-101.

36. *Мосол Н.О.* Перинатальний період як особливий етап становлення особистості// 2015. -Т.20, ч.1.-с. 125-132.

37. *Сивулич С.* Пренатальний розвиток психіки дитини як визначальний етап онтогенезу// 2011. Т.2. с.303

38. *Данилова М.О* Особистісні детермінанти формування материнського ставлення жінки до дитини в пренатальний період. /2011. 20 с.

39. *Невоєнна. О.А.* Особливості психологічної готовності до материнства у вагітних та не вагітних жінок./ 2013. вип. 52. с. 193-197.

40. Единбурзька шкала післяпологової депресії. Режим доступу:<https://www.mh4u.in.ua/test/edynburzka-shkala-pislyapologovoyi-depresiyyi-eshpd/>

41. Діагностичні можливості методики «Я і моя дитина» у роботі з вагітними жінками та породіллями. Режим доступу:<https://vash-psiholog.info/knowledge/diagnostichni-mozhливosti-metodiki-moya-ditina-roboti.html>.

43. *Оліфірович Н.І., Зінкевич-Куземкіна Т.А., Велента Т.Ф.* Психологія сімейних криз. / 2006. 360 с.

44. *В.М.Астахов , О.В.Бацилєва, І.В.Пузь ,* Психологічний супровід в репродуктивній медицині/ 2023. 106-115.

45.*Бацилєва О.В., Астахов В.М.,* Підготовка до батьківства як етап соціалізації особистості // 2008. С. 13-20.

46. *Пузь І.В.* Медико-психологічні аспекти звичного невиношування вагітності.Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я.// 2021. С.101-103.

47. *Шишук О.С.* Особливості емоційних станів вагітної жінки: емпіричний аспект/ О.С.Шишук// Сучасні проблеми практичної психології у Волинському регіоні// 2011. С. 23-25.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

1. Я була готова сміятися і бачити світлий бік того, що відбувається
так само, як завжди
тепер дещо менше, ніж завжди
значно менше
зовсім не бачу
2. Я дивилася в майбутнє із задоволенням до оточуючих обставин
так само, як завжди
менше, ніж зазвичай
значно менше, ніж зазвичай
навіть чи
3. Я без потреби звинувачувала себе, якщо щось відбувалося неправильно
так, у більшості випадків
так, іноді
ні, не часто
ні, ніколи

4. Мені було тривожно і неспокійно без видимої причини
ні, анітрохи
навряд чи коли-небудь
так, іноді
так, дуже часто
5. Я відчувала переляк або паніку без значного приводу
так, досить багато
так, іноді
ні, не багато
ні, анітрохи
6. Обставини були сильніші від мене
так, більшість часу я не була готова впоратися з ними взагалі
так, іноді я не справлялася так, як зазвичай
ні, більшість часу я справлялася досить добре
ні, я справлялася так само, як завжди
7. Я була така нещасна, що навіть погано спала

так, більшість часу
так, іноді
ні, не дуже часто
ні, анітрохи
8.Я сумувала або була нещасна
так, більшість часу
так, досить часто
ні, не часто
ні, анітрохи
9.Я була така нещасна, що навіть плакала
так, майже увесь час
Так , досить часто
Ні, тільки випадково
Ні, ніколи
10.Думка про нанесення шкоди собі виникала у мене
Так досить часто
Іноді

Навряд чи
Ніколи

**Додаток Б**

<b>Бал</b>	<b>Значення</b>
0-7	Низька вірогідність післяпологової депресії.
8-12	Висока вірогідність післяпологової депресії.
13-30	Дуже високий рівень проявів післяпологової депресії.

## Додаток В

1	Ніщо не приносить мені такого щастя, як свідомість того, що я вагітна
2	Я не відчуваю жодних особливих емоцій, пов'язаних з тим, що я вагітна
13	З тих пір як я дізналася, що вагітна, я перебуваю в нервовій напрузі
4	В основному мені приємно усвідомлювати, що я вагітна
5	Я дуже засмучена тим, що вагітна
1	Вагітність змусила мене повністю змінити спосіб життя
2	Вагітність не змусила мене суттєво змінити спосіб життя, але я стала де в чому себе обмежувати
23	Вагітність я не вважаю приводом для того, щоб змінювати спосіб життя
4	Вагітність так змінила образ мого життя, що вона стала прекрасною
5	Вагітність змусила мене відмовитися від багатьох планів, тепер не судилося збутися багатьом моїм надіям
1	Я намагаюся взагалі не думати ні про вагітність, ні про майбутні пологи
32	Я постійно думаю про пологи, дуже їх боюся
3	Я думаю, що під час пологів все можу зробити правильно і не відчуваю



	особливого страху перед ними
4	Коли я замислююся про майбутні пологи, настрій у мене погіршується, так як я майже не сумніваюся в їх поганому кінці
5	Я думаю про пологи, як про майбутнє свято
Б	
1	Я сумніваюся в тому , що зможу справлятися з обов'язками матері
2	Я вважаю, що не зможу стати хорошою матір'ю
13	Я не замислююся про майбутнє материнство
4	Я впевнена, що стану прекрасною матір'ю
5	Я вважаю, що якщо постараюся, то зможу стати хорошою матір'ю
1	Я часто із задоволенням уявляю собі дитину, яку виношую, розмовляю з ним
2	Я розумію дитини, якого виношую, захоплююся ним і вважаю, що він знає і розуміє все, про що я думаю
2 3	Я постійно турбуюся про стан здоров'я дитини, якого виношую, намагаюся його відчути
4	Я не думаю про те, яким буде дитина, якого виношую

5	Я часто думаю про те, що дитина, яку виношую, буде якимось- небудь неповноцінним, і дуже боюся цього
1	Я не думаю про те, як буду годувати дитину грудьми
2	Я із захопленням уявляю собі, як буду годувати дитину грудьми
3	Я думаю, що буду годувати дитину грудьми
4	Я турбуюся про те, що у мене будуть проблеми з годуванням грудьми
5	Я майже впевнена, що навряд чи зможу годувати дитину грудьми
1	Вважаю, що вагітність зробила мене ще прекрасніше в очах батька моєї дитини
2	Моя вагітність ніяк не змінила ставлення до мене батька моєї дитини
3	Через вагітність батько моєї дитини став уважніше і тепліше ставитися до мене
4	Через вагітність я стала некрасивою, і батько моєї дитини став холодніше ставитися до мене
5	Боюся, що зміни, пов'язані з вагітністю, можуть погіршити ставлення до мене батька моєї дитини
2	Більшість близьких мені людей розділяють мою радість з приводу вагітності, і мені добре з ними

2	Не всі близькі мені люди досить раді тому, що я вагітна, не всі розуміють, що я тепер потребую особливе ставлення
3	Більшість близьких мені людей не схвалюють те, що я вагітна, мої відносини з ними погіршилися
4	Мене мало цікавить ставлення до моєї вагітності навіть близьких мені людей
5	Деякі близькі мені люди ставляться до моєї вагітності неоднозначно, і це мене турбує
1	Мені завжди болісно соромно, коли оточуючі помічають що я «в положенні»
2	Мені трохи не по собі, коли оточуючі помічають, що я «в положенні»
3	Мені приємно, коли оточуючі помічають, що я «в положенні»
4	Мені наплювати, помічають оточуючі чи ні, що я «в положенні»
5	Я не відчуваю особливої незручності, якщо оточуючі помічають, що я «в положенні»

## Додаток Г

Блоки	Розділи	О	Г	Е	Т	Д
1	1	4	2	1	3	5
	2	2	3	4	1	5
	3	3	1	5	2	4
2	1	5	3	4	1	2
	2	1	4	2	3	5
	3	3	1	2	5	4
3	1	3	2	1	5	4
	2	1	4	2	5	3
	3	5	4	3	2	1 --- I, -
	Всього					