

ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
Кафедра психології

На правах рукопису

ПАРАМЗИНА НАДІЯ ВОЛОДИМИРІВНА
ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ЖІНОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Спеціальність	<u>053</u>	<u>Психологія</u>
	(код)	(назва спеціальності)
Освітня програма	<u>Психологія</u>	
	(назва)	
Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня	<u>магістра</u>	

Науковий керівник:

Спіріна Т.Ф.
доктор мед. наук
професор

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол засідання кафедри

№ 7 від 26.12 2024р.

Завідувач кафедри

Людмила ПРИСНЯКОВА

Нормоконтроль

Наталія СЕРГІЄНКО

Дніпро, 2025

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ**

Кафедра психології
Освітній ступінь магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології
(назва кафедри)


(підпис)

Людмила ПРИСНЯКОВА

12.02.2025

**ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
ПАРАМЗІНА НАДІЯ ВОЛОДИМИРІВНА**

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

1. Тема роботи: **ґний супровід жінок під час вагітності»**

2. Науковий керівник: Сіріна Т.Ф. доктор мед. наук, професор

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

3. Термін подання роботи на кафедру: 12.02.2025

4. Мета кваліфікаційної роботи: виявлення психологічних особливостей вагітних жінок та розробка програми їхнього ефективного психологічного супроводу з метою поліпшення психоемоційного стану, зниження рівня тривожності і підвищення готовності до материнства.

5. Завдання випускної кваліфікаційної роботи:

1. Описати з психологічного погляду феномену вагітності.
2. Провести герменевтичний, феноменологічний аналіз досвіду вагітності.
3. Здійснити порівняльний аналіз пологового виховання.
4. Описати етапів дослідження.

5. Провести порівняльний аналіз особливостей емоційного стану та ціннісних орієнтацій у вагітних жінок.
6. Здійснити статистичну перевірку результатів дослідження.
7. Надати загальну характеристику програми психологічного супроводу жінок під час вагітності
8. Описати програми психологічного супроводу жінок під час вагітності

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вступ	травень 2024 р.	виконано
2.	I Розділ	вересень 2024 р.	виконано
3.	II Розділ	жовтень 2024 р.	виконано
4.	III Розділ	листопад 2024 р.	виконано
5.	Робота в цілому	грудень 2024 р.	виконано

Науковий керівник

Здобувач вищої освіти

(підпис)
(підпис)

Спіріна Т.Д.

Надія ПАРАМЗІНА

Дата видавання завдання 24.05.2024

АНОТАЦІЯ

Психологічний супровід жінок під час вагітності є важливим елементом забезпечення фізичного та психічного здоров'я як майбутньої матері, так і дитини. У сучасних умовах вагітність часто супроводжується високим рівнем стресу через соціальні, економічні, психологічні та медичні фактори. Дослідження показують, що психологічний стан матері впливає на розвиток плоду, перебіг вагітності та подальшу адаптацію новонародженого. Тому вивчення та розвиток ефективних методів психологічної підтримки для вагітних жінок є вкрай актуальним питанням.

Багато жінок під час вагітності стикаються з тривожністю, страхами, депресією та іншими психологічними труднощами. Ці проблеми можуть негативно вплинути на здоров'я матері та дитини, а також ускладнити процес пологів і подальшого догляду за новонародженим. Нині існує потреба в розробці доступних і ефективних програм психологічного супроводу для вагітних жінок, які б враховували їхні індивідуальні потреби і сприяли формуванню позитивного ставлення до майбутнього материнства.

Метою дослідження є вивчення психологічних особливостей вагітних жінок та розробка програми для їхнього ефективного психологічного супроводу з метою поліпшення психоемоційного стану, зниження рівня тривожності і підвищення готовності до материнства.

Завдання дослідження:

1. Описати з психологічного погляду феномену вагітності.
2. Провести герменевтичний, феноменологічний аналіз досвіду вагітності.
3. Здійснити порівняльний аналіз пологового виховання.
4. Описати етапів дослідження.
5. Провести порівняльний аналіз особливостей емоційного стану та ціннісних орієнтацій у вагітних жінок.
6. Здійснити статистичну перевірку результатів дослідження.

7. Надати загальну характеристику програми психологічного супроводу жінок під час вагітності
8. Описати програми психологічного супроводу жінок під час вагітності

У реалізації поставлених завдань використані такі методи дослідження:

Метод вільних асоціацій, опитувальник PARI «Методика вимірювання батьківських установок і реакцій», тест «Шкала реактивної та особистісної тривожності» (опитувальник Спілбергера), методика «Ціннісні орієнтації» (опитувач Рокіча), методика «Особистісний диференціал», було застосовано Критерій Стюдента, коефіцієнт кореляції Спірмена.

Наукова новизна полягає у розробці програми психологічного супроводу жінок під час вагітності.

Теоретична значущість полягає в тому що, дослідження дозволить розширити уявлення про психологічні аспекти вагітності та фактори, що впливають на психоемоційний стан жінки в цей період. Отримані дані можуть слугувати базою для подальших наукових робіт у сфері перинатальної психології, а також сприяти розвитку нових підходів до психологічної підтримки жінок під час вагітності.

Практична значущість полягає в тому, що результати дослідження можна використовувати для створення програм психологічного супроводу вагітних жінок у медичних закладах, соціальних службах та перинатальних центрах. Це сприятиме зниженню рівня тривожності, покращенню адаптації до материнства та забезпеченню більш позитивного досвіду вагітності для жінок.

Структура роботи: кваліфікаційна робота складається з трьох розділів, висновків, переліку джерел посилань.

ABSTRACT

Psychological support of women during pregnancy is an important element of ensuring the physical and mental health of both the expectant mother and the child. In modern conditions, pregnancy is often accompanied by a high level of stress due to social, economic, psychological and medical factors. Studies show that the psychological state of the mother affects the development of the fetus, the course of pregnancy and the subsequent adaptation of the newborn. Therefore, the study and development of effective methods of psychological support for pregnant women is an extremely urgent issue.

Many women face anxiety, fear, depression and other psychological difficulties during pregnancy. These problems can negatively affect the health of the mother and child, as well as complicate the process of childbirth and further care of the newborn. Currently, there is a need to develop affordable and effective programs of psychological support for pregnant women, which would take into account their individual needs and contribute to the formation of a positive attitude towards future motherhood.

The purpose of the study is to study the psychological characteristics of pregnant women and develop recommendations for their effective psychological support in order to improve the psycho-emotional state, reduce the level of anxiety and increase readiness for motherhood.

Tasks of the research:

1. To describe the psychological view of the phenomenon of pregnancy.
2. Hermeneutic, phenomenological analysis of pregnancy experience.
3. Comparative analysis of childbirth education.
4. Describe the stages of research.
5. To conduct a comparative analysis of the features of the emotional status and value orientations of pregnant women, pregnancy, psychological preparation of experiences.
6. Carry out a statistical check of the research results.

7. To analyze the general characteristics of the program of psychological support for women during pregnancy

8. Describe programs of psychological support for women during pregnancy

The following research methods were used in the implementation of the tasks:

The method of free associations, the PARI questionnaire "Methodology for measuring parental attitudes and reactions", the test "Reactive and personal anxiety scale" (Spilberger's questionnaire), the "Value orientations" method (the Rokich questionnaire), the "Personal differential" method, the Student's Criterion was applied, Spearman's correlation coefficient.

Scientific novelty: consists in the development of a program of psychological support for women during pregnancy

The theoretical significance lies in the fact that the study will expand the understanding of the psychological aspects of pregnancy and the factors affecting the psycho-emotional state of a woman during this period. The obtained data can serve as a basis for further scientific works in the field of perinatal psychology, as well as contribute to the development of new approaches to the psychological support of women during pregnancy.

The practical significance is that the results of the study can be used to create programs of psychological support for pregnant women in medical institutions, social services and perinatal centers. This will help reduce anxiety levels, improve adjustment to motherhood and ensure a more positive pregnancy experience for women.

Structure of the work: the master's work consists of three sections, conclusions, and a list of references.

ЗМІСТ

ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ	12
1.1. Феномен вагітності – психологічний погляд	12
1.2. Досвід вагітності: герменевтичний, феноменологічний аналіз..	21
1.3. Пологове виховання: порівняльний аналіз	33
Висновки до розділу 1	47
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ	53
2.1. Опис етапів дослідження	53
2.2. Порівняльний аналіз особливостей емоційного стану та ціннісних орієнтацій у вагітних жінок	59
2.3 Статистична перевірка результатів дослідження	67
Висновки до розділу 2	71
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ	77
3.1. Загальна характеристика програми психологічного супроводу жінок під час вагітності	77
3.2. Опис програми психологічного супроводу жінок під час вагітності	78
Висновки до розділу 3	82
ВИСНОВКИ	85
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	96

ВСТУП

Психологічний супровід жінок під час вагітності є важливим елементом забезпечення фізичного та психічного здоров'я як майбутньої матері, так і дитини. У сучасних умовах вагітність часто супроводжується високим рівнем стресу через соціальні, економічні, психологічні та медичні фактори. Дослідження показують, що психологічний стан матері впливає на розвиток плоду, перебіг вагітності та подальшу адаптацію новонародженого. Тому вивчення та розвиток ефективних методів психологічної підтримки для вагітних жінок є вкрай актуальним питанням.

Багато жінок під час вагітності стикаються з тривожністю, страхами, депресією та іншими психологічними труднощами. Ці проблеми можуть негативно вплинути на здоров'я матері та дитини, а також ускладнити процес пологів і подальшого догляду за новонародженим. Нині існує потреба в розробці доступних і ефективних програм психологічного супроводу для вагітних жінок, які б враховували їхні індивідуальні потреби і сприяли формуванню позитивного ставлення до майбутнього материнства.

Проблематикою зазначеною у темі магістерської у своїх працях висвітлювали І. Антипкін, І. Жабченко, Т. Коваленко, І. Ліщенко [1], В. Астахов, О. Бацилєва, І. Пузь [2], О. Бацилєва [3], Н. Гринько, І. Герасим'юк, Б. Сумарюк [4], Н. Губа, Н. Мосол, В. Сюсюка [5], І. Жданова, К. Малєєва [6], О. Корчинська, М. Созанська [7], К. Малєєва [8], І. Мартинюк [9], С. Мітіна, О. Мітіна [10], Г. Шевчук [11].

Метою дослідження є вивчення психологічних особливостей вагітних жінок та розробка рекомендацій для їхнього ефективного психологічного супроводу з метою поліпшення психоемоційного стану, зниження рівня тривожності і підвищення готовності до материнства.

Завдання дослідження:

1. Описати з психологічного погляду феномену вагітності.

2. Провести герменевтичний, феноменологічний аналіз досвіду вагітності.
3. Здійснити порівняльний аналіз пологового виховання.
4. Описати етапів дослідження.
5. Провести порівняльний аналіз особливостей емоційного стану та ціннісних орієнтацій у вагітних жінок.
6. Здійснити статистичну перевірку результатів дослідження.
7. Надати загальну характеристику програми психологічного супроводу жінок під час вагітності
8. Описати програми психологічного супроводу жінок під час вагітності.

У реалізації поставлених завдань використані такі методи дослідження:

Метод вільних асоціацій, опитувальник PARI «Методика вимірювання батьківських установок і реакцій», тест «Шкала реактивної та особистісної тривожності» (опитувальник Спілбергера), методика «Ціннісні орієнтації» (опитувач Рокіча), методика «Особистісний диференціал», було застосовано Критерій Стюдента, коефіцієнт кореляції Спірмена.

Наукова новизна полягає у розробці програми психологічного супроводу жінок під час вагітності.

Теоретична значущість полягає в тому, що дослідження дозволить розширити уявлення про психологічні аспекти вагітності та фактори, що впливають на психоемоційний стан жінки в цей період. Отримані дані можуть слугувати базою для подальших наукових робіт у сфері перинатальної психології, а також сприяти розвитку нових підходів до психологічної підтримки жінок під час вагітності.

Практична значущість полягає в тому, що результати дослідження можна використовувати для створення програм психологічного супроводу вагітних жінок у медичних закладах, соціальних службах та перинатальних центрах. Це сприятиме зниженню рівня тривожності, покращенню адаптації до материнства та забезпеченню більш позитивного досвіду вагітності для жінок.

Апробація результатів роботи та публікації:

Парамзіна Н. В. Психологічні особливості підготовки вагітних до пологів
Розвиток сучасної науки: актуальні питання теорії та практики: матеріали VI
Всеукраїнської студентської наукової конференції, м. Кропивницький, 20
вересня, 2024 рік / ГО «Молодіжна наукова ліга». Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС
Груп», 2024. 212 с. С. 168-170.

Структура роботи: кваліфікаційна робота складається з трьох розділів,
висновків, переліку джерел посилань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

1.1. Феномен вагітності – психологічний погляд

Крім змін соматичного та фізіологічного стану, вагітність викликає зміни в психологічному та соціальному планах. Вагітність, а особливо перша – це потужне психологічне переживання. Під час першої вагітності жінки не тільки стикаються з абсолютно новою ситуацією, але й вступають у період, який є вирішальним для їх інтенсивного розвитку як матерів. Вагітність і материнство являють собою інтеграцію інстинктивних прагнень і найвищого прагнення – народити дитину і стати батьком.

Вагітність слід розглядати як складний біопсихосоціальний феномен, у якому соматичні зміни супроводжуються змінами психологічного характеру та зміненими взаємодіями із соціальним середовищем [25, с. 144–148].

З нею напевно стикається вагітна жінка біологічна жіночність, яка впливає на її самооцінку. Крім того, вона відчуває ряд специфічних побоювань щодо перебігу та результату вагітності.

Це робить її особливо вразливою, оскільки вона обумовлена адаптаційними можливостями її особистості, способом життя та статусом у соціальному середовищі.

Психоаналітично орієнтовані автори першими вказали на складність психологічних змін під час вагітності. Ці зміни пов'язані із задоволенням нарцисичних потреб і поновленням конфліктів раннього періоду розвитку, регресивних тенденцій і тривожності. Тому вагітність вважається інстинктивним процесом, який повторює інфантильну сексуальність [70, 257–291]. У першому триместрі переважає оральність, яка викликає тягу до їжі, нудоту і блювоту, що обумовлено прикріпленням плоду всередині матки. У другому триместрі плід демонструє більшу індивідуальність, оскільки анальні

тенденції стають більш помітними, що відповідає періоду збільшення розлуки. Нарешті, третій триместр характеризується фалічно-агресивними бажаннями, пов'язаними з проблемами уретри та посиленням страху жінки, що вона або дитина можуть померти. Супроводжуючи цю лібідинозну регресію, ранні способи пізнання є звичайними під час вагітності.

Регрес Его спотворює сприйняття жінки реальності, викликає ірраціональні переконання та страхи через магічне мислення, пов'язане з первинним процесом. Магічне мислення виникає, коли «людина вірить, що його чи її думки, слова чи дії можуть або певним чином спричинять або запобіжать певний результат таким чином, що суперечить звичайним законам причини та наслідку»[140]. Крім того, ця ситуація з більшою емоційністю флуктуації можуть спровокувати тривожні тенденції з фобією та obsесивно-компульсивні занепокоєння [82].

Вважається, що ранні інфантильні сексуальні фантазії поєднуються з аминітисненими спогадами про травми об'єктних відносин з повсюдними тілесними фантазіями, щоб створити «Медео» фантазію. Це несвідоме переконання, що сексуальна пристрасть несе в собі ризик екзистенціальної залежності від любові партнера та можливе залишення ним. Уражені жінки за допомогою цієї фантазії переконані, що вони не витримають це і реагувати смертельно руйнівними імпульсами, становлячи екзистенціальну небезпеку для себе, своїх об'єктів кохання, та їхніх дітей. Їм здається обов'язковим відмовитися від будь-якого творчого розкриття своєї жіночності, причому символічно бути «мертвою» для себе [83, с. 323–345].

Деякі жінки схильні розглядати свою вагітність і майбутнє материнство як «сезон існування». На думку Х. Дойч, органічні перешкоди є наслідком діяльності психічного апарату в сенсі зняття напруги. Нудота - це прояв усіх негативних емоцій, накопичених роками, як і блювота «схильність до вигнання плоду з утроби», тоді як переїдання є «тенденцією до утримання плоду». Дойч вважає, що перша вагітність є межевою ситуацією, оскільки викликає емоційну амбівалентність, зумовлену бажанням материнства, з одного боку, і

тим, що ненароджена дитина є перешкодою для її індивідуального існування, з іншого [42].

Кожна вагітність супроводжується емоційними, психологічними та когнітивними змінами. Бакуолтер та ін. спостерігали певні супутні зміни в пізнанні та настрої. Під час вагітності та в більш тривалий післяпологовий період можна спостерігати певні зміни в настрої та дефіцит функції вербального навчання [30]. У більшості жінок вагітність впливає на ставлення до себе, всього оточення і подальшого життя. Кожна вагітність пред'являє до жінки певні вимоги щодо лікування певних страхів, пов'язаних з вагітністю та пологами, а також накладає вимоги щодо адаптації до гормональних і фізичних змін. Однак спосіб реагування на вагітність значною мірою зумовлений культурою. Зокрема, М. Мід була однією з перших, хто написав про культурний детермінізм пов'язаної з вагітністю симптоматики, оскільки більшість жінок вписуються в культурно визначену роль. Крім того, вирішальне значення має особисте переконання майбутньої матері та її міркування про вагітність як про нормальне явище складовою частиною її життя, а не перехідним «станом хвороби».

Багато авторів вважають вагітність «психологічним тягарем». Супутніми станами є часті зміни настрою від збудження до піднесення [84, с. 631–640]. Крім того, вагітність є періодом значного занепокоєння, симптоми якого особливо посилюються в третьому триместрі [87, с. 136–146].

Отже, вагітність можна розуміти як стан, коли і тіло, і душа «несуть тягар», стан почергового зняття і підтримки психічної напруги. Напруга спричинена свідомо чи несвідомо страхом втрати особистості, відчуттям невизначеності та самотності, страхом втрати дитини чи пологів. Навіть зараз майбутні мами відчують споконвічний страх померти під час пологів. Термін «токофобія» пов'язаний зі специфічним станом розладу/тривоги з фобічним уникненням вагітності [60, с. 83–85].

Первинна токофобія сягає корінням у підлітковий вік, тоді як вторинний – наслідок травматичних пологів.

Вагітні жінки з токофобією частіше страждають від «гіперемезису вагітних». Їх ознаки: відмова від вагітності, нездатність налагодити емоційні зв'язки з плодом, сильний страх перед майбутніми пологами, післяпологова депресія. Деякі жінки з токофобією часто потребують стерилізації або вазектомії партнера через сильний страх перед вагітністю. Вони також підвищуються ризик посттравматичного стресового розладу [53, с. 522–527].

Припускаючи, що пологовий біль не спричинений лише тріадою анатомічних, фізіологічних і неврологічних детермінант, Уїтберн дійшов висновку, що це складна взаємодія розуму, мозку, тіла та соціального середовища, підкреслюючи, що біль не завжди є сигналом тілесних розладів, але знаходиться у сфері свідомості. Біль – це індивідуальний і багатофакторний досвід, на який впливає культура, попереднє знайомство/знайомство з болем, переконаннями, настроями, і здатність справлятися [102, с. 227–232]. Присутність партнера/чоловіка може зменшити перипартальний біль і стрес. Метод Вонапарсе використовує це для контролю болю за допомогою дихання, розслаблення, когнітивного структурування та гіперстимуляції тригерних точок акупресури, що також може покращити прогресування пологів [27, с. 653–661]. Оцінка прихильності дорослих може виявити жінок із високим ризиком погано справлятися з болем під час пологів. Жінки з невпевненим стилем прихильності повідомляють про сильніший біль перед початком епідуральної аналгезії під контролем пацієнта. Крім того, вони вимагають більшого споживання анальгетиків.

Багато експертів вважають вагітність періодом можливого зростання і розвитку особистісних можливостей жінки, що виводить на новий рівень їх інтеграції.

Так само Бібрінг і Валенштайн описують вагітність як біо-психосоціальну кризу, яка за сприятливих умов може призвести до особистісної зрілості. Результат має дуже важливий вплив не лише на матір, але й на ранні емоційні стосунки між матір'ю та дитиною [24, с. 357–371].

Значення участі чоловіка/партнера у вагітності виражається монетою «вагітна пара». Якість цих стосунків частково зумовлена досвідом стосунків батьків у дитинстві.

Молодший вік, особливо у жінок, погані партнерські стосунки та стрес, пов'язаний із статевою роллю, є провісниками дистресу, який виникає в середині вагітності. Крім того, негативний настрій партнерів і їхні погані стосунки можуть бути факторами прогнозування постнатального дистресу [54, с. 164–168]. Під час вагітності дружини чоловік також відчуває ознаки щось нового і незвіданого, оскільки він буде новачком у ролі батька. Приблизно в 11–15% випадків майбутні батьки відчувають «синдром Куваде», який проявляється втратою апетиту, нудотою, дратівливістю, головним болем і порушенням сну. Крім того, деякі автори згадують про зміни сексуальних звичок, страху, тривоги, цікавості. Симптоми зникають після пологів дружини [69, с. 132–138].

Встановлено кореляцію між депресивними настроями та батьківством і її залежність від віку на момент перших пологів. Стати батьками в ранньому віці може означати гірший початок життя, що може призвести до порушення переходу від підліткового віку до зрілості, що, у свою чергу, може мати далекосяжні наслідки для емоційної стійкості людей. Є вказівки на існування негативної кореляції між віком на момент перших пологів і депресивними почуттями після внесення поправок на вік, стать, приналежність до меншин та освіту. Суб'єкти, яким на момент народження першої дитини було менше 23 років, виявляли більше ознак депресії, ніж ті, хто не мав статусу батьків. Зв'язок між депресією та віком на момент перших пологів монотонний для чоловіків і параболічний для дружин. Зокрема, жінки віком близько 30 років демонстрували нижчий рівень депресії. Існують певні психологічні переваги відкладання першої вагітності, такі як пізніший шлюб, вища освіта, більша можливість знайти роботу, менша ймовірність браку грошей і краще психічне здоров'я.

Проте потенційні наслідки для здоров'я жінок зменшують потенційні емоційні переваги [93, с. 1281–1298].

Розглядаючи психічні зміни, що відбуваються під час вагітності, необхідно торкнутися питання про післяпологові психічні розлади. Вони багатоаспектно обумовлені, з переважанням психосоціальних факторів над спадковими. Ці порушення проявляються у вигляді різних форм депресивних реакцій після пологів або у вигляді гострого післяпологового психозу з поліморфними симптоматикою конфузно-деліріантного психозу.

Окрім уніполярної післяпологової великої депресії, також може розвинути біполярний розлад із високим ризиком дітовбивства та самогубства серед постраждалих жінок [71, с. 771–772].

Останні дослідження психологічних проблем під час вагітності також включають нейроендокринні аспекти. Ряд досліджень на тваринах чітко вказують на вплив естрогену та прогестерону на початковий прояв материнської поведінки. Щури, що народжують вперше, спонтанно демонструють материнську поведінку, як-от прибирання, облизування, присідання, годування та будівництво гнізда. Самці щурів і незаймані самки займаються у цих материнських діях лише після постійного впливу дитини протягом 5-7 днів [74, с. 269–280]. Дослідження нейровізуалізації людини підкреслюють важливість таких гормонів, як окситоцин і вазопресин, а також ланцюгів гіпотальм-середній мозок-лімбіко-паралімбіко-кора головного мозку в ранній активації материнської поведінки [28, с. 11–25]. Едельштейн та ін. досліджували зміни рівнів тестостерону, кортизолу, естрадіолу та прогестерону у подружніх пар, які вперше вагітніють. Показані предмети жіночої статі значне пренатальне підвищення рівня всіх досліджених гормонів, у той час як у чоловіків спостерігалось значне пренатальне зниження рівня тестостерону та естрадіолу без змін у рівнях кортизолу та прогестерону [47, с. 317–325].

Численні дослідження вказують на значну роль пренатального материнського стресу у виникненні передчасних пологів і малої ваги

новонародженого. Також було зазначено, що роль стресу у виникненні артеріальної гіпертензії, викликаної вагітністю, є дуже серйозною проблемою в перинатології [26, с. 363–368].

Нині вагітність розуміється як криза дорослішання, яка може характеризуватися фазами регресії, ослабленням механізмів психічного захисту, трансформацією самооцінки та потенційним конфліктом із власною жіночністю.

Така вагітність є «психологічно ризикованою» і зазвичай ускладнюється деякими соматичними симптомами, такими як інтенсивна нудота та блювання, індукована гіпертензія, викидень і передчасні пологи.

Ця думка також пов'язана з сучасним підходом до вивчення різних симптомів, пов'язаних з вагітністю, які включають важливі оцінки потенційних психосоціальних змінних [111, с. 213–223]. З цього психосоціального підходу вагітність можна розуміти як специфічний високоемоційний стан, який може бути сильним стресором.

Дослідження пренатальної психології показують, що стрес і емоційний стан жінки під час вагітності можуть мати значні наслідки для стану плода. Ця нова дисципліна відстоює необхідність забезпечення хороших пренатальних умов, щоб забезпечити оптимальний стан для постнатального розвитку дитини. Вважається, що напруга, тривога, депресивні епізоди, тривалі подружні суперечки, фінансові проблеми тощо можуть мати несприятливий вплив на подальший психічний розвиток дитини, плід «дізнається» про емоційні зміни матері гормональні коливання. Невроз матері може створити хаос у секреції гормонів, а гормональні збої можуть завдати тривалої шкоди плоду. Залежно від обставин ці порушення також відбиваються на психічному стані дитини, який визначає, чи буде дитина агресивною чи пасивною. Філд виявив, що матері, які демонстрували епізоди сильного гніву під час вагітності, мали високий пренатальний рівень кортизолу та адреналіну та низький рівень дофаміну і серотоніну. У їхніх новонароджених також був високий рівень кортизолу та низький рівень дофаміну, а також спостерігалися порушення

ритму сну. Наявність відносної правосторонньої фронтальної активації ЕЕГ і низького вагусу також були помітні як у матерів, так і у новонароджених [52, с. 260–266].

Вагітні жінки, які повідомляють про «високий психосоціальний рівень» стресу, мають приблизно на 25–60% вищий ризик передчасних пологів порівняно з тими, хто повідомляє про «низький рівень стресу». Депресія матері може мати далекосяжні наслідки для емоційного та поведінкового стану дитини. Таким чином, симптоми депресії, як у внутрішньоутробному, так і в післяпологовому періодах, пов'язані з вищою дизрегуляцією у дитини до 7 років [106, с. 1851–1860].

Вагітна жінка психологічно вразлива і потребує посиленої соціальної та партнерської підтримки. Численні дослідження доводять, що соціальна підтримка значно покращує якість пологів і потенційно знижує ризик акушерських ускладнень. У деяких випадках відносини партнерів порушуються під час вагітності. Психологічна агресія може мати шкідливі наслідки для обох партнерів, іноді перевершуючи фізичну агресію. Перехід до батьківства – це час, коли задоволеність стосунками часто падає, і в цей період може виникнути траєкторія психологічної агресії.

Хоча очевидно, що вагітним жінкам необхідно надавати соціальний супровід, важко визначити, як саме слід розуміти це поняття. Кобб дав багатовимірне визначення цього поняття, заявивши, що це «інформація, яка змушує суб'єкта вірити, що про нього піклуються, люблять, поважають і цінують, і що він або вона належить до мережі зв'язку та обов'язку» [36, с. 300–314]. Багато дослідників підтверджують позитивний вплив сусідства, соціальної підтримки та уникнення подолання симптомів депресії у вагітних жінок, про що свідчить розуміння та розвиток позитивних емоцій по відношенню до них, що допомагає запобігти епізодам післяпологової депресії [56, с. 294–302].

Неадекватна соціальна підтримка або її відсутність під час вагітності у поєднанні зі стресовими подіями та сильними порушеннями емоційної

стабільності можуть призвести до ускладнень під час вагітності та пологів, вплинути на стан плода. Однак соціальну підтримку не слід вважати важливою для зниження стресу у вагітних жінок особливого ризикового типу лише захід, який стимулює залучення особистих можливостей для успішного перебігу вагітності та самих пологів. Такий підхід особливо важливий з огляду на результати досліджень, які вказують на наявність зв'язку між перинатальними ускладненнями та подальшим ризиком психічних розладів, особливо у випадку спадкової схильності [99, с. 30–46].

Особливу проблему становить псевдоціз (синоніми: помилкова вагітність, фантомна вагітність, істерична вагітність) — поява симптомів і клінічних ознак, пов'язаних з вагітністю, у невагітних жінок. Помилкова вагітність спричинена ендокринологічними змінами в організмі, що призводять до фізичних змін, подібних до тих, що відбуваються під час вагітності.

У таких жінок може бути підвищена активність симпатичної нервової системи; дисфункція катехоламінергічних шляхів центральної нервової системи, залучених до регуляції секреції гормонів аденогіпофізом, і зниження стероїдного зворотного інгібування GnRH. Ці нейроендокринні розлади можуть спричинити гіпо/аменорею, галакторею, гіперпролактинемію, здуття живота та видимі ворухіння плода та біль, схожий на передбачуваний біль у пологах .

Іншою важливою патопсихологічною проблемою під час вагітності є прегорексія. Це відноситься до «прагнення жінки контролювати збільшення ваги під час вагітності за допомогою екстремальних дієт і фізичних вправ». Такі жінки одночасно страждають анорексією і булімією.

Незважаючи на те, що багато акушерів не визнають прегорексію, пов'язана з нею поведінка є реальною та може мати негативний вплив на здоров'я плода. Тим не менш, прегорексія зустрічається надзвичайно рідко. Набагато більше вагітних жінок набирають занадто багато, ніж занадто мало ваги. «Хорошими кандидатами» на прегорексію є жінки, які надмірно

підключаються про збільшення ваги та образ свого тіла під час вагітності. Ризик прегорексії може бути вищим для жінок з розладами харчування в анамнезі та для тих, хто має слабку систему соціальної підтримки. Попереджувальними ознаками прегорексії є: розмови про вагітність, ніби вона несправжня, пропуск їжі та зосередження на підрахунку калорій, а також надмірні фізичні вправи.

1.2. Досвід вагітності: герменевтичний, феноменологічний аналіз

Вагітність можна описати як кризу [110], як перехідний період [63] і як частину трансформації жінки до материнства [23]. У західному суспільстві вагітність і пологи переважно описуються медичними термінами; отже, більшість пологів відбуваються поза домом і поза сім'єю і розглядаються як подія, яку проводить команда професіоналів в умовах інтенсивної терапії [75]. Переглядаючи ставлення до вагітності та пологів, ми маємо можливість дізнатися дещо про певне суспільство [75].

Суспільство сприймає пологи по-різному: від сприйняття їх як природного явища або надприродної чи сексуальної події до розгляду їх як хвороби, що потребує лікування. Те, як суспільство дивиться на пологи, значною мірою визначає, чи є пологи приватною чи соціальною подією, чи будуть на них присутні акушерка, мати жінки, свекрухи чи релігійні старійшини, і чи можуть чоловіки, включаючи чоловіка, бути присутніми на пологах. Сильними сторонами лікування, заснованого на медичній моделі, є боротьба з ускладненнями, патологією. Це показано в оцінці на основі показників захворюваності та смертності [23].

Однак наголос медичної моделі на клінічному нагляді та благополуччі плода може призвести до того, що опікун втратить з поля зору ідею «турботи» про матір і дитину в більш комплексному сенсі і, таким чином, не зверне уваги на соціальні та соціальні проблеми матері. психологічні потреби та ресурси [100]. Це може призвести до зведення жінки до репродуктивного механізму, який завжди ризикує функціонувати неефективно [75]. Інше висловлене

занепокоєння полягає в тому, що, розглядаючи пологи в такому вузькому фокусі, акушерські та технічні знання ставлять під загрозу якість людського досвіду [23].

На початку 20-го століття акушерки в Швеції почали профілактичну роботу, зустрічаючи вагітну жінку перед пологами. Сьогодні акушерки в громаді забезпечують весь допологовий догляд, якщо жінка здорова і вагітність протікає нормально. Допологовий догляд є частиною громадської системи охорони здоров'я. Система догляду пропонує допомогу як під час вагітності, так і через 12 тижнів після пологів, а також забезпечує навчання під час пологів [49]. Однак акушерки в лікарні та громаді мають різних роботодавців, що може призвести до розділення лікування вагітності та пологів.

Альтернативна допомога при пологах (АДП) є винятком із цього розділення: лікування під час вагітності, пологів і після пологів надається тими самими доглядачами в одному відділенні. АДП було розроблено як відповідь на прохання відмовитися від інституціоналізованого догляду за пологами. Характеристики підрозділів АДП полягають у тому, що вони забезпечують догляд під керівництвом акушерок, безперервність лікування, обмеження медичної технології та заохочення батьківської відповідальності та самообслуговування. З кінця 1980-х років у Швеції було два таких центри. Підрозділ ABC у Гетеборзі був відкритий у 1988 році.

Статистичні дані добре задокументовані в галузях, пов'язаних з результатами вагітності та пологів з точки зору досліджень захворюваності та смертності [35]. Однак відомості про жіночий досвід вагітності обмежені. За словами , у науковій літературі бракує інформації про те, як сучасні батьки сприймають досвід нормальної вагітності та переходу до батьківства. В результаті технологічно орієнтованої допомоги [63] дослідження часто зосереджуються на вагітностях високого ризику та ускладнених пологах. Мета дослідження, про яке йдеться тут, полягала в тому, щоб описати досвід жінок під час вагітності, щоб розширити знання з цієї теми.

Щоб мати можливість повністю описати досвід вагітності чи пологів, дослідник повинен глибоко проникнути в цей досвід. Це можливо за допомогою герменевтичного/феноменологічного підходу. Герменевтика є найдавнішою традицією якісних методів дослідження. Слово герменевтика походить від Гермеса, грецького божества, яке було відомо як «Посланник» богів [115], засновник герменевтичної науки, провів різницю між поясненням (вивченням природи) і розумінням (вивченням людей). Основним фокусом герменевтичного методу є інтерпретація. Мета полягає в тому, щоб зрозуміти, інтерпретувати та однозначно описати ціле. У цьому методі розуміння зв'язків між цілим і частинами може бути здійснене лише стосовно цілого – процес, відомий як герменевтичне коло.

Феноменологія – це філософія, а також метод дослідження. Гуссерль закликав науку «повернутися до самих речей» і віддати належне світові, оскільки він відчувається у всій його складності та неоднозначності. Це називається перспективою життєвого світу [39]. Акцент робиться на феноменальному полі, інтерсуб'єктивність і співіснування з іншими є центральними поняттями в перспективі життєвого світу. Мета феноменологічного дослідження полягає в тому, щоб описати явища, як вони живуть і переживаються людьми. Феноменологічний метод доречний у вивченні піклування: його можна описати, проаналізувати та зрозуміти без редуccionізму, і він прагне розкрити значення явищ, які відчуває людина, через аналіз описів суб'єктів [104]. Аналіз даних розкриває внутрішній зміст або суть явища. Таким чином, увага зосереджена на описі діапазону досвіду без наміру узагальнювати без подальшого вивчення.

Феноменологічний метод включає деякі основні елементи: взяття в дужки, аналіз за допомогою інтуїції та уяви та опис. Виведення в дужки означає, що дослідник тримає поза увагою теоретичні та досвідчені знання, упереджені думки чи очікування щодо явища. За допомогою інтуїції та уяви дослідник відкрито досліджує явище, не будучи одержимим ним. Під час аналізу дослідник переходить від розуміння тексту інтерв'ю в цілому до

розуміння окремих тверджень і фраз тексту [57], поки, нарешті, не сприймає нову цілісну область, з якої висвітлюється явище. У завершальній операції, коли формулюється опис виявленого, дослідник виявляє, описує і обговорює сутність досліджуваного явища.

У цьому дослідженні 12 жінок попросили вести анонімні щоденники, в яких висловлювали свої роздуми та переживання під час вагітності. Щоденник поділявся на три частини: перший триместр (0-13 тиждень), другий триместр (14-26 тиждень) і третій триместр (27-40 тиждень). Кожен щоденник включав діаграму плоду та опис росту матки та внутрішньоутробного розвитку. Кожна жінка отримала дозвіл на участь у дослідженні. Учасників запевнили, що вся інформація буде конфіденційною. Етичне схвалення та дозвіл на проведення дослідження було отримано від комітету з питань етики в лікарні.

Під час першого візиту на ранніх термінах вагітності до участі в дослідженні запрошували як первісток, так і повторнородящих жінок. Жінки вкладали всі три частини анонімних щоденників (перший триместр, другий триместр і третій триместр) у запечатаний конверт, який був доставлений досліднику, який був призначений під час їх декретного перебування. Остаточна вибірка складалася з 12 жінок, які отримували допомогу під час вагітності, пологів і післяпологового періоду у відділенні АДП в університетській лікарні Sahlgrenska з 1996 по 1997 рік. З цих 12 жінок 8 були першонароджуючими, одна народила другу дитину, одна народила по-третє, одна народила четверту, а інша шосту дитину.

Щоденники аналізували за герменевтично-феноменологічним методом. Кожен щоденник спочатку читали, щоб виявити сенс цілого, а потім позначали підмножини, які називаються «одиницями значення». Потім зміст тексту було організовано за різними темами, пов'язуючи одиниці значення один з одним. У цьому процесі кожен щоденник спочатку аналізувався. Потім різні щоденники аналізували разом, йдучи від частини до цілого (герменевтичне коло). У заключній операції трансформації було розроблено опис та інтерпретацію, значущі для акушерства.

Аналіз даних показав, що сутнісну структуру та інтерпретацію жіночого досвіду вагітності можна виразити концептом «перехід до невідомого», який включає три теми:

1. зустріч зі своєю життєвою ситуацією;
2. зустріч з чимось неминучим;
3. готуючись до невідомого.

У першому триместрі важливі переживання життєвої ситуації та ставлення до оточуючих людей. Основа жіночих описів ранньої вагітності пов'язана з великими змінами, пов'язаними з вагітністю. Одна жінка сказала: «У моєму тілі відбуваються великі зміни, психічно й фізично. Уявіть, що ви так чітко це відчуваєте, хоча дитина така маленька. фантастично! Бути вагітною – це диво, але водночас це так природно». Жінки описували цю зміну словами, що виражають щастя, амбівалентність та /або негативні почуття. Хвороба, втома та проблеми з концентрацією були частими негативними темами. Для деяких жінок ці проблеми були настільки центральними, що вони затьмарювали досвід вагітності. У цей ранній період вагітності також були неоднозначні описи переживань, пов'язаних із ростом дитини. Наприклад, одна жінка написала: «Поки негативні почуття щодо вагітності стають нестримними, я дуже боюся викидня, це дивно». Інша жінка написала: «Я чітко відчула момент зачаття як інтенсивне утворення тепла навколо яєчників і матки. Ніби щось відбувається «там» без моєї допомоги. Яке фантастичне відчуття – віддаватися тому, що відбувається. А потім запаморочення».

Опис ранньої вагітності жінок включав у себе думки про себе, свою життєву історію та життєву ситуацію, спогади дитинства, стосунки з батьками, родичами та друзями. Думки були також про економіку, житлове становище та освіту. Описів минулого було більше, ніж думок про майбутнє. В їхніх описах минулого ключовими були думки про

попередні вагітності, аборти та/або пологи. Одна жінка написала: «Спочатку мені потрібно було багато часу для себе, кілька годин на день, щоб думати про себе, батьків, дитинство, нареченого, не було часу на інтелектуальну роботу перші місяці. Я був повністю поглинений історією свого життя і більше думав про минуле, ніж про майбутнє». Інша жінка написала: «Все ж є радість. Після абортів, два роки тому, я точно вірила, що я безплідна, але життя показало інше».

Загальною темою було присутність стосунків з чоловіками як центральної частини на ранніх термінах вагітності. Були описані як безпечні, так і нестійкі асоціації з чоловіками. Частою темою була реакція чоловіків на повідомлення про вагітність. Одна жінка написала: «Моєю першою реакцією було страждання. Що я зробив? Що він скаже і подумає? Ми тільки познайомилися.... тіло починає здаватися вагітним. я дійсно була вагітна... чи правильно я зробив?» Інша жінка написала: «Щастя приходить. Я відчуваю всім тілом, що наша любов і бажання здійснилися».

У другому триместрі домінували відчуття зустрічі з чимось непередбачуваним жінці. Відчуття вагітності продовжувало змінюватись між чистим щастям, амбівалентністю та негативними емоціями щодо вагітності. Два приклади із щоденників демонструють неминучу тему. Одна жінка написала: «Я починаю боятися пологів. Я не можу зараз втекти. Дитину треба народити. До 12 тижнів я знала, що у мене є вибір: або народити, або зробити наркоз і забрати. Але тепер його потрібно доставити... яка я жахлива людина з такими думками». Інша жінка написала: «Не хочу обговорювати вагітність ні з ким, крім «тата». Це дуже приватно. Я не в захваті від вагітності, чого всі очікують. Мені важко звикати до думки, що я стану мамою». Жінки також описали цей період як період із меншою кількістю фізичних проблем і як час життя сьогоднішнім без роздумів про минуле та майбутнє. Фізичні незручності, такі як нудота та втома, зменшилися серед більшості жінок. Менше нездужання і більше щастя характеризує цей період вагітності. Одна жінка

сказала: «Відчуваю себе особливою та обраною. Почуття нудоти, печії, втоми, тазового болю та нестачі заліза не є проблемою, тому що я відчуваю ворухіння дитини. Але я боюся, що з дитиною щось трапиться. Загалом приємний період мого життя, мабуть, найкращий».

Дитина ставала більш реальною, коли відбувалися рухи. Також важливою віхою стало УЗД на 16 тижні. Повторюється в щоденниках як підтвердження присутності дитини. Одна жінка написала: «Яке відчуття — бачити маленьку, маленьку істоту, що лежить і б'ється всередині мене, а я взагалі нічого не відчуваю». Інша жінка написала: «УЗД у 18 тижнів було чудовим! Все стає реальним. Я хотів би мати власний ультразвуковий апарат і спостерігати щодня».

Життєві ситуації жінки продовжували описуватися в цій частині вагітності, але не так домінантно, як у першій частині. Усі 12 жінок описали історію свого життя на початку щоденників. Навпаки, до цього часу у своїх щоденниках вони описували, як старі та сильні спогади спливають у їхній свідомості, іноді у формі сну. Як записала одна жінка: «Тут я продовжу про раптові зміни. Мій хлопець і я відчуваємо велику близькість і любов один до одного; однак водночас, особливо вночі та у формі снів, з'являються старі травми». Інша жінка згадує сон «про мою молодшу сестру, яка психічно хвора і у неї другий психоз після пологів. Я пам'ятаю особливо жахливий сон: вона пере весь мій одяг і прибиває його до землі безліччю цвяхів — ніби на мені прокляття». Хоча були окремі проблеми, загалом ця частина вагітності характеризувалася як спокійна та хвилююча та з меншою кількістю фізичних проблем. Жінки описали, як енергія та бажання життя зросли, оскільки фізичні проблеми, такі як відчуття хвороби, зменшилися. Деякі жінки сказали, що цей період життя був найкращим, що вони пережили. Про це свідчать наступні приклади з двох щоденників: «Цей період загалом прекрасний і багато роботи. Я насолоджуюся собою. Я отримую відчуття щастя та ейфорії, яка триває кілька днів. Це чудово!» Інша жінка написала: «Дуже некоммунікбельна,

насолоджуюся собою і просто живу. Почуття все краще і краще. Ні про що особливе не думаю. Все магія».

У цій частині своїх щоденників жінки часто описували, як вони готувалися до появи дитини, роблячи покупки, прибираючи та наводячи порядок. Одна жінка здивувалася: «Завдяки таким практичним заходам народження дитини здавалося все ближчим і ближчим, хоча таким близьким, як у моєму тілі, воно ніколи не може бути». Інша жінка написала: «Ми почали все готувати вдома: пральну машину, пелюшки, полиці і так далі. Ми почистили вікна, пересадили та налаштували піаніно. Це було схоже на сильний інстинкт привести все в порядок, і це було так приємно».

Майбутню зустріч з немовлям описували з тривогою, тугою, очікуванням. Цікавість змішувалась із тривогою щодо доставки. Одна жінка написала: «Великі очікування щодо пологів. Мені цікаво про дитину. Я купався в морі майже щодня». Інший сказав: «Почуття надзвичайного спокою та гармонії, але водночас відчуття нереальності, коли я думаю про дитину. Можливо, це несвідома підготовка до проблем. Але я все ще сумую за дитиною. Купівля люльки та маленьких шкарпеток».

Жінки висловили амбівалентність у своїх думках про пологи, включаючи очікування, тугу та хвилювання. Деякі жінки розповідали, як вони були готові до пологів, але інші розповідали про вагання зустрічі з невідомим. Наприклад, одна жінка написала: «Бути вагітною вже не так цікаво. Здебільшого це важка робота. Однак туга за дитиною виникла. Я дуже хочу бути матір'ю». Інша жінка написала: «Тримаюся, не хочу народжувати, шкодую, боюся, не наважуюсь, боїться всього фізичного. Невже я хочу, щоб дитина вийшла між моїх ніг?»

Основну структуру жіночого досвіду вагітності можна виразити як концепцію «переходу до невідомого». Це включає подорож з минулого через сьогодні до невідомого та майбутнього. У першому триместрі першочерговими були переживання щодо життєвих ситуацій і ставлення до оточуючих жінок. Описи про минуле переважали над описами про майбутнє.

У другому триместрі домінували відчуття зустрічі з ситуацією, що вийшла з-під їхнього особистого контролю. Жінки також описали цей період як час менше фізичних проблем і життя сьогоднішнім без роздумів про минуле та майбутнє. У третьому триместрі виникали роздуми про майбутнє і жінки готувалися до пологів; вони готувалися до зустрічі з невідомим. Роздуми про дитину були частими протягом усіх періодів вагітності, але їх кількість збільшувалася з продовженням вагітності. Підтвердженням наявності дитини стало УЗД через 16 тижнів. Жінки по-різному описували свої відчуття від зустрічі з невідомим. Були представлені як бажання зустрічі з невідомим на ранніх термінах вагітності, так і вагання та страх зустрічі з невідомим на пізніх термінах вагітності.

Мета цього дослідження полягала в тому, щоб описати та проаналізувати низку жіночого досвіду вагітності з метою підвищення рівня знань з цієї теми. Ми не можемо стверджувати, що жінки в цьому дослідженні репрезентують усіх жінок, які користуються апаратом АВС, не кажучи вже про всіх жінок, які народжують у Швеції чи світі. Проте деякі уроки можна винести з цих описів. Аналізуючи та враховуючи результати, які стосуються охорони материнства, ми сподівалися розробити більш послідовний професійний підхід для задоволення потреб жінок. Метод щоденника має деякі переваги: він може дати розуміння перспектив пацієнтів, і це основне джерело документальних свідчень, таких як дані, які надають інформацію про ситуацію з перших рук [32].

Відповідно до результатів цього дослідження, вагітність – це період «переходу до невідомого». Це підтверджено Чеслером, який каже, що народження в материнство було схоже на подорож у невідоме і включало найгостріший біль, який вона коли-небудь відчувала. Перехід означає процес, напрямок і зміну фундаментальних моделей життя [114]. Факторами, які впливають на позитивний перехід, є суб'єктивне благополуччя, рольове опанування та добробут стосунків. Серед життєвих переходів у розвитку найбільше уваги приділялося становленню батьків. За словами Імле: «Під час

вагітності цей перехід включає зміни в мисленні та поведінці батьків, а також у фізичному тілі.

Жінки в цьому дослідженні назвали відносини невід'ємною частиною першого триместру. Про це згадує Бергум, який каже, що вразливість, яку жінка починає відчувати під час вагітності, є не ознакою слабкості, а ознакою її зростаючої потреби у стосунках з іншими. Згідно з психологічними теоріями вагітності, стосунки вагітних жінок зі своїми матерями є центральною частиною досвіду [88] описують, як і мати, і бабуся вагітної жінки впливають на реакцію жінки на вагітність і пологи. Повідомляється, що на перших днях вагітності знання матері про пологи та виховання дітей передаються через контакти з матір'ю, донькою та онукою [128]. Цю обставину підтверджує дане дослідження. Роздуми про минуле і майбутнє, ставлення до рідних і близьких поглинули жінок. Але найважливішим стосунком для жінок у цьому дослідженні були стосунки з батьком дитини та його реакція на вагітність. Згідно з Рафаелем-Леффом, більшість пар при перегляді стосунків зосереджуються на поточних проблемах. Вони також зосереджуються на вирощуванні майбутніх ресурсів для батьківської ролі та вирішення минулих конфліктів і позбавлень шляхом прощення власних недосконалих батьків.

Мартелл каже, що сестринське втручання на ранніх етапах переходу може вплинути на стосунки в подальшому житті. Протягом першого триместру – психологічно вразливого періоду вагітності – у нашій клініці ми не пропонуємо жодної допомоги, лише перший візит до акушерки для первинної фізичної оцінки. Це ґрунтується на тому, що в цей період проблеми зі здоров'ям виникають рідко. Однак, якщо ми хочемо розглядати вагітність як щось більше, ніж просто медичну подію, ми повинні запропонувати більш комплексний тип підтримки в цей період.

Перехід у невідоме означає, що вагітні жінки повинні мати можливість зустрічатися з чимось поза своїм особистим контролем. Згідно з Бергман [23], вагітність є особливою подією в суспільстві, яке шанує контроль, оскільки його можна контролювати лише частково. Відповідно до психологічних теорій,

ставлення до дитини змінюється від інтеграції до відокремлення і назад до інтеграції в першому-третьому триместрі [110]. Ця думка не підтверджена в цьому дослідженні. Жінки описували стосунки з дитиною, які почалися під час вагітності, з індивідуальними відмінностями, починаючи від відчуття присутності дитини після зачаття до відчуття дистанції від дитини протягом останнього тижня вагітності. Про це згадує Бергум, який каже, що унікальні стосунки жінки з дитиною – бути матір'ю, залишаючись собою – починаються під час вагітності. Цю форму психологічного розділення між матір'ю та дитиною під час вагітності легко здійснити в технологічному світі медицини [23]. Наприклад, жінки, які брали участь у цьому дослідженні, сказали, що ультразвукове дослідження (звичайне у Швеції) на 16-му тижні було для них підтвердженням народження дитини. До УЗД підтвердженням народження дитини було прискорення (ворушіння дитини, які відчуває жінка).

Прискорення стало основою для побудови стосунків між матір'ю та дитиною на все життя та відкриття жінки дитині так, як ніхто інший [23]. Використання ультразвуку створює ризик надавати більше значення об'єктивному опису рухів і робити дитину більш реальною та близькою, в той же час змушуючи матір тримати дитину на психологічній дистанції у разі виникнення проблем. Також існує ймовірність того, що розглядаючи плід як окрему сутність, межі між матір'ю та дитиною окреслюються, що підвищує потенціал конфліктів [65]. Довгостроковий вплив на психологічні стосунки між плодом і матір'ю, потенційно змінений ультразвуком, потребує вивчення.

У технології акушерства тіло вагітної жінки можна легко аналізувати та лікувати абстрактно [23]. Об'єктивація людини переважала в медичній науці та історично була під впливом домінування позитивістської традиції, яка стверджує, що наука – це лише те, що можна перевірити експериментально. Але, згідно з Бергумом, народження дитини та створення нового життя не можна ізолювати та розглядати технічно як проблему, якою потрібно керувати. Під час пологів необ'єктивований погляд на тіло, описаний як «бути своїм тілом», є важливою частиною здатності жінки справлятися з болем [86].

Оскільки вагітність і пологи не можуть бути розділені, об'єктивований погляд на своє тіло самою матір'ю та особами, які доглядають під час вагітності, може бути проблемою для жінки під час пологів – проблемою щодо можливості жінки знайти власні можливості через довіру до мудрості свого тіла та впоратися з болем під час пологів.

У третьому триместрі виникають роздуми про майбутнє, і жінки готуються до зустрічі з невідомим. Деяких жінок це лякає. Жінки в цьому дослідженні народжували у відділенні ABC, де вони отримували допологовий догляд, процес пологів і післяпологовий догляд – усе з тими самими акушерками. Експерименти з керованими акушерками блоками ABC у лікарнях Великобританії, Австралії та Швеції показують, що задоволення жінок таким доглядом набагато вище, ніж стандартним медичним обслуговуванням. Кількість втручань, особливо знеболення, індукції та прискорення пологів за допомогою акушерок, як правило, нижча. В ідеалі, щоб задовольнити потребу жінки підготуватися до пологів і зустрітися з невідомим, рекомендується безперервний догляд, який має комплексний характер.

Вагітність, безумовно, є психологічною та фізичною подією, і комплексний догляд визнає та відстежує обидва типи змін. К. Н. Лор зазначив, що велика частина медичної допомоги зосереджена на представленні «5 Д», які перераховані як смерть, хвороба, дискомфорт, інвалідність і незадоволення. Навпаки, дослідницька група медсестер припустила, що змінні результатів медсестринського догляду можна концептуалізувати як досягнення належного самообслуговування, демонстрацію поведінки, що сприяє здоров'ю, якість життя, пов'язану зі здоров'ям, сприйняття того, що про вас добре піклуються, та лікування симптомів [94]. Акушерки є опікунами з перспективою, сумісною з включенням останніх результатів у свій догляд. Отже, комплексний допологовий догляд, включаючи особисті зміни матері, можна легко включити в протоколи догляду акушерки. Дослідження психологічних подій під час вагітності та пов'язаної з ними ролі опікуна слід продовжувати.

Незалежно від того, чи вагітні жінки навчаються індивідуально їхнім медичним працівником чи в класі викладачами пологів, їхню подорож через вагітність як життєвий перехід важливо підтримувати та сприяти. Жінки можуть не знати, наприклад, що на ранніх термінах вагітності нерідко зосереджуватися на огляді свого минулого. Вони можуть не знати, що збільшення кількості яскравих снів не є чимось незвичайним. Таким чином, цей досвід може їм заважати. Таким чином, вони можуть отримати користь від перспективи та заспокоєння. Якщо жінка або її партнер більше, ніж інші, зацікавлені в детальній підготовці до прибуття, їм можна допомогти в класі обговорити будь-які проблеми, які представляє для них цей асинхронізм. Жінки можуть не знати, що відносини з дитиною не складаються за особливим графіком. Натомість він має індивідуальні відмінності, починаючи від відчуття присутності дитини після зачаття до відчуття віддаленості від дитини протягом останніх тижнів вагітності. З наближенням пологів матерям, які вагаються зустрічатися зі своїми немовлятами та невідомим, можна підтримати в перегляді, обговоренні та прийнятті їхніх почуттів.

У той час як ці переходи під час вагітності логічно розглядатимуться постачальниками послуг (наприклад, акушерками), коли вони відбуватимуться, викладач пологів може зустрічатися з парою лише в останньому триместрі. Проте вона може попросити батьків ретроспективно узагальнити події цієї вагітності та допомогти учням визначити спільні риси в їхніх переживаннях. Члени класу, ймовірно, почнуть усвідомлювати, що події під час їхньої вагітності, такі як час, проведений на переробку стосунків з батьками, є звичним явищем і є частиною тієї самої тілесної мудрості, якою вони володіють, яка керуватиме ними під час народження.

1.3. Пологове виховання: порівняльний аналіз

Шляхи, які можуть привести жінок до вагітності, різноманітні і не завжди щасливі [90, с. 1-10]. Залежно від обставин життя прийняти рішення

про вагітність може бути нелегким. Усвідомлення того, що я вагітна, викликає у всіх жінок та їхніх партнерів відчуття амбівалентності щодо того, хочу я цього чи ні. Це почуття породжує сумніви щодо того, чи настав правильний час, чи є у вас ресурси, необхідні для виховання дитини, і чи збираєтеся ви грати роль матері чи батька. Після прийняття рішення про продовження вагітності, з яким погоджується жінка або жінка та її партнер, необхідно проконсультувати майбутніх батьків щодо догляду за вагітністю, пологами та післяпологовим періодом. Необхідно також розпочати особисту роботу з встановлення зв'язку з дитиною, яка закладає основи для розвитку афективної деформації, яка потрібна кожній людині для повноцінного розвитку. Цей елемент настільки важливий, що він є віссю багатьох міжнародних досліджень прихильності та прихильності в ранньому дитинстві.

Наука довела, що здоров'я дитини починається на пренатальному етапі, під час вагітності, і це робить пренатальну освіту дуже важливою. Все, від харчування матері до її емоцій, впливає на майбутнє здоров'я її дитини. Таким чином, Всесвітня організація охорони здоров'я та всі пов'язані наукові товариства просувають освіту на цьому етапі. Допологова освіта перестала бути предметом занепокоєння акушерок і акушерів і перетворилася на галузь дослідження, до якої підходять з багатьох дисциплін, таких як педіатрія, психологія та педагогіка. Це робить необхідним для професіоналів знати історію пренатального виховання та основні парадигми, з яких було розроблено їх дослідження.

Аж до двадцятого століття жінки народжували вдома під наглядом акушерок і в супроводі жінок із родини та оточення. Згідно з антропологічними дослідженнями, є кілька культур, у яких жінки відокремлювалися від групи і народжували самі. Є згадки про деякі ескімоські та індіанські племена Північної Америки. Взагалі пологи були звичним явищем у житті людей. Жінки та дівчата різного віку бачили, як їхні матері, сестри, доньки та/або сусіди народжували. У цій ситуації народження не повинно було бути таким страшним моментом, як зараз. У своєму домі жінка під час пологів мала більшу

популярність і контроль, але рівень смертності та захворюваності був дуже високим. Насправді сьогодні в тих частинах світу, де жінки народжують без медичної допомоги, пологи продовжують залишатися першою причиною смерті. Щоб виправити цю ситуацію, кожна культура розробила особливий догляд за вагітністю, пологами та післяпологовим періодом. Ця велика варіативність догляду пов'язана з надзвичайно соціальною природою кожного народження людини та потребою групового виживання. Ці перші турботи являють собою неформальне пренатальне навчання, яке відбувалося в соціальних групах природним шляхом.

Наприкінці двадцятого століття у сфері охорони здоров'я відбулися значні зміни, які надали лікарням іншого профілю. Вони виникли з рук релігійних орденів, присвячених благодійності. З часом вони розвинулися, технізувались і стали великими центрами навчання та розвитку медицини. У цей час виникли перші пологові будинки для обслуговування найбільш знедолених жінок. Поступово допомога при пологах переміщується з дому в лікарні. Жінки більше не мали можливості бачити, як їхні родичі народжують, і втратили контроль предків над своєю фізіологією та природними знаннями про пологи. У лікарнях, прагнучи покращити перинатальні результати, пологи втручаються та інструменталізуються. Ці втручання призвели до болю та тривоги для жінок під час пологів, тому виникла потреба шукати шляхи зменшення болю. Ще в 1870 році Джеймс Янг Сімпсон намагається застосувати хлороморфну анестезію при пологах. На початку століття по всій Європі проводилися дослідження щодо досягнення знеболення під час пологів за допомогою психологічних засобів. Акушери розпочинають програми допологової підготовки до пологів. Ці перші програми є попередниками поточних освітніх програм материнства/батьківства.

У Європі перші моделі пренатального виховання з'являються в першій половині століття. Їхня єдина мета – зменшити біль у пологів і складається лише з кількох сеансів. Поступово програми розширюють свої цілі та сесії, а також займаються вагітністю, парою, зв'язками та новонародженим.

Школи Шарко (Париж) і Берхейна (Нансі) досліджували клінічний гіпноз. У 1922 році акушери Шульце і Ронгоф довели, що введення навчальних сеансів перед пологами скоротило час, необхідний для досягнення гіпнотичного стану. У 1923 році Когерер застосував постгіпнотичне самонавіювання. Ці дві методики викликали певні труднощі, тому шукали нові методи для полегшення болю під час пологів.

У 1932 році акушер Грантлі Дік Рід опублікував «Природні пологи». Він розглядав пологи як фізіологічне явище, в якому біль виникає через страх, який розв'язує захисні механізми у вигляді м'язової напруги. Він сформулював Страх-Напруга-Більконцепцію та розробив метод, що включає роз'яснювальні бесіди, релаксацію, дихальні техніки та стратегії, які підвищують довіру до медичного персоналу. Він не оцінював гімнастичні вправи і застерігав від будь-яких тренувань м'язів. Ця концепція була поширена в усьому світі і зазнала багатьох змін.

Доктор Ламазе навчався в російській школі і був знайомий з англійською школою. Він створив більш технічний метод, який наполягав на необхідності любовного оточення з присутністю партнера. Його партнер, доктор Веллей, наполягав на терапевтичній силі мови та активній ролі жінки. Пізніше у своїй книзі «Народження без насильства», Лебойєр популяризував створення атмосфери спокою в пологовій палаті та занурення новонароджених у невелику ванну з теплою водою; тому він вважається попередником пологів у воді.

У 1955 році акушерка Консуело Руїс представила свою книгу «Пологи без болю», в якій відображені нові тенденції. У 1956 році Агірре де Карсер заснував школу «Акушерська софрпедагогіка або освіта матерів» і суттєво змінив акцент на болю під час пологів на досягнення нового соціокультурного стандарту, за допомогою якого і жінка, і її партнер отримають необхідні знання для сприймайте пологи зі спокоєм, зменшивши свої страхи, і переживайте цей трансцендентний момент у своєму житті з повною свідомістю та задоволенням, оскільки цей досвід вплине на дитину, заохочуючи розвиток

«емоційної мережі» [12]. У 1959 році Обов'язкове медичне страхування довірило їй програму, а в 1986 році материнську освіту було включено до портфолію послуг Національної системи охорони здоров'я. Це сприяло його поширенню та сприяло значному подальшому розвитку [92].

У середині двадцятого століття ці перші методи дали хороші перинатальні результати, з якими вони розвинулись і поширилися в усьому світі [78, с. 10-19]. Згодом з'явилося кілька методів, і в кожній країні є професіонали, які стурбовані покращенням догляду за породіллями та поширюють цю концепцію. Далі представлені нові моделі, які мають більшу присутність в огляді.

У 1960 році була заснована Міжнародна асоціація викладачів пологів (ICEA), яка розвинула метод Ламайзе. Це некомерційна організація, яка сприяє свободі вибору для жінок та їхніх партнерів на основі інформованих знань про варіанти пологів. Її орієнтація зосереджена на догляді за материнством та догляді за новонародженим у сім'ї. Він поважає індивідуальність жінки та її почуття автономії [80, с. 31-34].

У 1965 році Роберт Бредлі у своїй книзі «Пологи під керівництвом чоловіка» стверджував, що партнер – це особа, яка повинна забезпечити, щоб жінка перебувала в безпечному, тихому середовищі, і яка повинна знати її достатньо добре, щоб мати змогу допомогти їй у цьому. цей процес. Він дає батькам можливість «тренувати» своїх партнерів інструкціями, техніками релаксації та масажем [68]. Він був піонером «навчання батьків» (Американська академія пологів під керівництвом чоловіка).

У 1970 році Кабат-Зін розробив Пологи та виховання дітей на основі уважності (МВСП) у медичній школі Університету Массачусетса, заснований на зниженні стресу на основі уважності. Цей метод наголошує на розвитку свідомості в певний момент через медитацію. Результати показують, що це допомагає зменшити пов'язану з вагітністю депресію та тривогу [125, с.190-202].

У 1970-х роках Шейла Кіцінгер відновила мудрість жіночого тіла під час пологів. Автор книги «Пологи по-своєму: вибір пологів вдома чи в пологовому центрі» пропонує жінкам налаштуватися на свої перейми так, як вони відчують, що вони досягають гармонії та ритму, і набути знань для прийняття власних рішень. Присутність чоловіка, інструктора і акушерки створює сприятливі умови для пологів. Її партнер Джанет Баласкас створила рух за активне народження та запропонувала практику йоги, адаптовану до вагітності [76].

У Нідерландах у 70-х роках з'явився новий підхід до підготовки до пологів: «гаптономія», яка перейшла до Франції в 1978 році Франсом Вельманом, а пізніше поширилася до Швейцарії та Іспанії. Доктор Етьєн Ербіне пояснює, що гаптономічна робота здійснюється на дотик, на пальпацію в її афективному аспекті, на тактильний контакт як засіб спілкування. Під час підготовки до народження гаптономічний підхід може допомогти майбутнім батькам більш емоційно сприйняти малюка, який народжується. Завдяки дотику вони розвивають активні емоційні стосунки між матір'ю, батьком і дитиною. Метод допомагає встановити та розвинути почуття батьківства/материнства через афективний контакт з дитиною [41].

У 1975 році в Сполучених Штатах відсоток вагітних жінок, які використовували цей вид практики, був вищим за 6–7% згідно з програмою, яка проводилася під назвою «Підготовлені пологи», прийнятою «Американським товариством психопрофілактики в акушерстві» (2010) [15].

Французький акушер Мішель Оден популяризує пологи у воді та засновує «Дослідницький центр первинного здоров'я». Він керує своєю роботою, щоб допомогти кожній жінці вибрати спосіб народження дитини, керуючись власними інстинктами та завжди поважаючи фізіологічний процес пологів. Автор численних книг, він постулює, що емоційна ситуація вагітної матері є визначальною для психологічного та фізичного майбутнього індивіда, а також вказує на тимчасове значення пологів і наступних моментів для

розвитку особистості. Він підкреслює роль гормонів народження (окситоцину та ендорфінів) і надає численні дослідження [101].

У Римі в 1984 році Умберто Пісцічеллі, професор Римського католицького університету, публікує свою книгу «Респіраторна аутогенна тренування та психопрофілактика в акушерстві». Його метод відомий як «респіраторний аутогенний тренінг» або RАТ. Він заснований на аутогенному диханні Шульца, законах кондиціонування, груповій психотерапії, релаксаційній терапії та його глибоких знаннях психосоматичної медицини. Його метою є психологічна терапія болю через його зв'язок із скороченнями матки, а також корекція негативних психічних аспектів і неадаптивної поведінки. Для цього жінці надається максимальна автономія, щоб бути протагоністом свого народження, і вона готова діяти в середовищі, повному стимулів [108, с. 3926-3939].

У США Барбара Гарпер є одним із великих дослідників та поширювачів пологів у воді по всьому світу. Вона заснувала Waterbirth International у 1987 році після першого відвідування Росії та спілкування з Ігорем Чарковським, де на неї «вплинула її віра в породіль та їхніх дітей». Вона також інтенсивно працювала з Бінні Денсбі на початку 1980-х років над когнітивним навчанням і витісненим досвідом і спогадами про народження. Вона медсестра, акушерка, дула та перинатальний педагог.

Вона була засновником і директором Всесвітньої асоціації здоров'я матері та дитини, а також засновником і директором Waterbirth International. Вона визнана в усьому світі як дослідник-експерт і автор протоколів пологів у воді з 1983 року та відповідальна за відкриття та запровадження політики щодо пологів у воді в 140 лікарнях Сполучених Штатів.

У 1990 році Марі Мікі розробила метод Монгана, відомий як НурпоBirthing. Базуючись на передумові, що кожна жінка має в собі силу використовувати свої природні інстинкти, щоб досягти найкращих пологів для своєї дитини та для себе, він працює з матерями та родинами щодо очікувань народження дитини та позитивного підходу до цього досвіду. Він приділяє

велику увагу мові, диханню, розслабленню, візуалізації та самогіпнозу, а також підкреслює той факт, що пологи не обов'язково мають бути болючими [95].

У 1992 році з'являється новий метод або програма, заснована на афективному зв'язку з дитиною: «внутрішньоутробна гармонізація». Доктор Томас Верні та Памела Вайнтрауб готують батьків за допомогою музики, глибокої релаксації, візуалізації та масажу. Вони зміцнюють зв'язок між батьками та дітьми через індукцію сновидінь, керовану роботу з зображеннями, малюнками, колисковими піснями та словами, зверненими до дитини. Конфлікти, які може викликати у батьків майбутнє материнство, вирішуються шляхом аналізу власного дитинства та прийомів позитивного мислення [122].

У 1998 році Пем Інгланд і Роб Горовіц розробили цілісний підхід до підготовки до пологів і післяпологового періоду, відомий як Народження зсередини. Окрім інформації про народження дитини та виховання дітей, вони також зверталися до інтроспекції та самопізнання з точки зору власного внутрішнього досвіду жінки [48].

У 2004 році д-р Венді Енн Маккарті, співзасновник магістерської та докторської програм «Інституту вищої освіти Санта-Барбари» з пренатальної та перинатальної психології, підвела огляд 30 років клінічних досліджень у цій галузі. Її книга «Усвідомлення вітання» представляє інтегровану модель раннього розвитку, яка є відображенням клінічних результатів, отриманих у її дослідженнях пренатальної та перинатальної психології. Трансцендентні аспекти свідомості та прав людини від початку життя стають центральною ниткою цієї цілісної моделі. Це інтегруюча модель раннього людського досвіду, навчання, розвитку та догляду (від моменту зачаття до раннього дитинства), яка включає нашу чутливу природу та об'єднує кілька областей, таких як теорії розвитку немовлят, нові клінічні дослідження немовлят, які включають стан свідомості, пренатальна психологія та перинатальна практика батьківства та деякі ідеї, які складають нову фізичну науку. Автор стверджує,

що найважливіше – реконструювати нашу чутливу духовну природу, а також нашу фундаментальну природу Чутливих Людських Істот [89].

Здоров'я матері та дитини та емоційна прив'язаність, пов'язана з народженням, є настільки важливими, що вони є основою багатьох настанов щодо охорони здоров'я в усьому світі [130;131 та основою численних міжнародних досліджень [73, с. 22-32]. Однак, незважаючи на важливість пренатального виховання, згідно з останніми оглядами, ані результати, ані найкращі підходи до навчання невідомі [119]. Така ситуація зумовлює необхідність вивчення та аналізу найбільш репрезентативних шкіл допологового виховання. Для цього ми повинні шукати парадигму, яка лежить в основі кожної школи, і знати методологію, яку вони використовують. Ця робота важка через складність пошуку детальної інформації про деякі школи. Щоб зробити порівняльну роботу більш чіткою, були складені таблиці 1-4. Школи, які не знайшли парадигми, до них не включені.

Таблиця 1.1

Порівняння основних моделей допологового виховання

Перші великі школи допологового виховання

Моделі освіти	Основні елементи навчання	Характеристика сеансів	Парадигма
Міжнародна асоціація викладачів пологів (ICEA) (1960)	• Зосереджено на сімейному догляді в материнстві • Свобода вибору варіантів пологів • Освітні програми • Вибір програм на розсуд інструктора (вправи, релаксація, дихальна гімнастика)	• Індивідуально або невеликими групами • Перед пологами • Від 1 до 4 і більше сеансів • Післяпологова • Заняття (на вибір вихователя) • Навчальна програма для пологів	«Пологи = сімейний досвід/усвідомлений вибір»

Моделі освіти	Основні елементи навчання	Характеристика сеансів	Парадигма
Роберт Бредлі (1965)	- Пояснення природних пологів - Навчання татусів до пологів - Уникання прийому ліків і медичних процедур - Харчування та самопочуття - Черевне дихання - Аеробні вправи з партнером - Відпочинок з урахуванням партнера - Масаж під час вагітності робить батько	- Невеликі групи по 2-6 пар - Перед пологами 12 сеансів - Партнер по пологах - Метод Бредлі або «Пологи під керівництвом чоловіка»	«Пологи = Коучинг батьків щодо пологів»
Кабат-Зінн (1970) <i>Пологи та виховання дітей на основі уважності</i>	- Пояснення природних пологів - Зниження стресу - Повна увага - Релаксація (медитація) - Вправи (йога) - Черевне дихання - Дискусійна група - Позитивні емоції	- Невеликі групи по 2-6 пар - Перед пологами 9 × 3-годинні заняття + 1 день відпочинку - Після пологів 1 сеанс - Присвячення 30 хвилин на	«Пологи = усвідомлення народження і виховання»

Моделі освіти	Основні елементи навчання	Характеристика сеансів	Парадигма
		день медитації та йоги • «Центрування вагітності»	
Кітцінгер (1970) <i>Активний рух за народження</i>	• Пояснення природних пологів • Свобода жінки під час пологів • Вільне дихання • Вільний релакс • Вправи (йога) • Жінка як дійова особа пологів	• Індивідуально або невеликими групами • З партнером • Перед пологами • Змінна кількість сеансів • Пологова бригада • Активний пологовий рух	«Пологи = відсутність болю, активні пологи»
Вельман (1970) Гаптономія	• Тактильний контакт як засіб спілкування • Емоційне сприйняття малюка, який народиться	• Індивідуально або невеликими групами • З партнером • Перед пологами • Змінна кількість сеансів • Сенсорна робота під час вагітності	«Пологи = розвивати відчуття батьківства через дотик»

Таблиця 1.2

Порівняння основних моделей допологового виховання

Нові школи допологового виховання

Моделі освіти	Основні елементи навчання	Характеристика сеансів	Парадигма
Лебуйє (1975) Французька школа	- Пояснення природних пологів - Релаксація (Якобсон) - Грудні вдихи - Вправи для вагітних - Навички спілкування - Заходи благополуччя - Активна співпраця - Довіра до команди	- Малі групи 3 партнером - Перед пологами 4 або 5 сеансів - Пологова бригада - Атмосфера робочої кімнати - Дитяча ванночка - Курс ненасильницьких пологів	«Пологи = дитячий страх» (ненасильницькі пологи)
Мішель Одент (1975)	- Праця без втручання, слідування інстинктам. - Вільний релакс - Музикотерапія - Вправи або танці - Свобода жінки під час пологів - Активація ендорфінів і ендогенного окситоцину	- Малі групи 3 партнером - Перед пологами 6 або 8 сеансів - Пологова бригада - Кабінети для природних пологів - Тренінг «Первинне здоров'я»	«Пологи = Відновлення природних інстинктів. Особистий та інтимний досвід»
Пісцічеллі (1984) Респіраторне аутогенне тренування	- Аутогенне дихання Шульца - Кондиціонування - Групова психотерапія	- Малі групи 3 парами - До доставки - Перед пологами	«Пологи = жінка-протагоніст свого народження в середовищі, повному подразників»

Моделі освіти	Основні елементи навчання	Характеристика сеансів	Парадигма
«Національна система охорони здоров'я, Іспанія (1986 р.) Програма навчання матерів Іспанська школа	- Пояснення догляд за вагітністю/пологами/пологовим періодом - Виховувати материнство/батьківство - Емоційне виховання - Вільний релакс - Дихання животом і вільне - Спрямований і експіраторний поштовх - Робочі посади - Аеробна гімнастика або йога - Навички спілкування - Заходи благополуччя - Догляд за дитиною (виховання) - Грудне вигодовування - Реорганізація сім'ї	- Малі групи 3 парами - До доставки - До пологів — три рівні 1 рівень: другий триместр — від 1 до 4 сеансів - Рівень 2: третій триместр — від 6 до 10 сеансів — догляд за пологовою атмосферою - Рівень 3: післяпологовий — від 2 до 4 сеансів Освітня програма для батьків	«Пологи = емоційна зустріч»
Харпер (1987) Водні пологи	- Когнітивне навчання - Витіснення переживань і спогадів про народження - Когнітивне навчання - Витіснення переживань і спогадів про народження - Пологи у воді	- Малі групи 3 парами - До доставки - Перед пологами - Когнітивне навчання - Витіснення переживань і спогадів про народження — Пологи у воді	«Пологи = Водні пологи»

Таблиця 1.3

Порівняння основних моделей допологового виховання

Нові школи допологового виховання

Моделі освіти	Основні елементи навчання	Характеристика сеансів	Парадигма
Монган (1990) Гіпнонародження	- Пояснення природних пологів - Робота в тиші та спокої - Глибоке дихання - Черевне дихання - Вправи (йога) - Заперечення циклу страх-напруга-біль - Позитивний фокус - Емоційне виховання - Сімейна єдність - Гіпнонародження	- Індивідуально або невеликі групи з 2-6 пар - Перед пологами 5 сеансів - Пологова бригада - Гіпнонародження	«Пологи гіпнопорологи без болю»
Верні (1992) «Внутрішньоутробна гармонізація»	- Робота з музикою - Глибоке розслаблення - Візуалізація - Масаж - позитивне мислення	- Малі групи - З парами - До доставки - Перед пологами - музика	«Пологи внутрішньоутробна гармонізація»
Горовіц (1998) «Народження зсередини»	- Пояснення природних пологів - Цілісний і духовний фокус - Творче самовираження (написання щоденника/малювання) - Релаксація (медитація) - Спільне створення занять між тренером і парами	- Малі групи - З партнером - Перед пологами - Кількість занять на розсуд тренера - Післяпологові сеанси на розсуд тренера «Пологи зсередини»	«Пологи самопізнання (пологи зсередини)»

Моделі освіти	Основні елементи навчання	Характеристика сеансів	Парадигма
	• Стикаючись із викликами • Освіта з питань виховання дітей		
Маккарті (2004) Ласкаво просимо	• Цілісна модель • обізнаність • Права людини від початку життя • Відновіть нашу чутливу духовну природу	• Малі групи • З партнером • Перед пологами • Відновіть нашу чутливу духовну природу	«Пологи = вітання»

Висновки до розділу 1

1. Крім змін соматичного та фізіологічного стану, вагітність викликає зміни в психологічному та соціальному планах. Вагітність, а особливо перша – це потужне психологічне переживання. Під час першої вагітності жінки не тільки стикаються з абсолютно новою ситуацією, але й вступають у період, який є вирішальним для їх інтенсивного розвитку як матерів. Вагітність і материнство являють собою інтеграцію інстинктивних прагнень і найвищого прагнення – народити дитину і стати батьком.

У Першому триместрі переважає оральність, яка викликає тягу до їжі, нудоту і блювоту, що обумовлено прикріпленням плоду всередині матки. У другому триместрі плід демонструє більшу індивідуальність, оскільки анальні тенденції стають більш помітними, що відповідає періоду збільшення розлуки. Нарешті, третій триместр характеризується фалічно-агресивними бажаннями, пов'язаними з проблемами уретри та посиленням страху жінки, що вона або дитина можуть померти. Супроводжуючи цю лібідинозну регресію, ранні способи пізнання є звичайними під час вагітності.

Регрес Его спотворює сприйняття жінки реальності, викликає ірраціональні переконання та страхи через магічне мислення, пов'язане з первинним процесом.

Отже, вагітність можна розуміти як стан, коли і тіло, і душа «несуть тягар», стан почергового зняття і підтримки психічної напруги. Напруга спричинена свідомо чи несвідомо страхом втрати особистості, відчуттям невизначеності та самотності, страхом втрати дитини чи пологів. Навіть зараз майбутні мами відчують споконвічний страх померти під час пологів.

Термін «токофобія» пов'язаний зі специфічним станом розладу/тривоги з фобічним уникненням вагітності.

Первинна токофобія сягає корінням у підлітковий вік, тоді як вторинний – наслідок травматичних пологів.

Вагітні жінки з токофобією частіше страждають від «гіперемезису вагітних». Їх ознаки: відмова від вагітності, нездатність налагодити емоційні зв'язки з плодом, сильний страх перед майбутніми пологами, післяпологова депресія. Деякі жінки з токофобією часто потребують стерилізації або вазектомії партнера через сильний страх перед вагітністю. Вони також підвищуються ризик посттравматичного стресового розладу.

Встановлено кореляцію між депресивними настроями та батьківством і її залежність від віку на момент перших пологів. Стати батьками в ранньому віці може означати гірший початок життя, що може призвести до порушення переходу від підліткового віку до зрілості, що, у свою чергу, може мати далекосяжні наслідки для емоційної стійкості людей. Є вказівки на існування негативної кореляції між віком на момент перших пологів і депресивними почуттями після внесення поправок на вік, стать, приналежність до меншин та освіти.

Розглядаючи психічні зміни, що відбуваються під час вагітності, необхідно торкнутися питання про післяпологові психічні розлади. Вони багатоаспектно обумовлені, з переважанням психосоціальних факторів над спадковими. Ці порушення проявляються у вигляді різних форм депресивних

реакцій після пологів або у вигляді гострого післяпологового психозу з поліморфними симптоматикою конфузно-деліріантного психозу.

Дослідження пренатальної психології показують, що стрес і емоційний стан жінки під час вагітності можуть мати значні наслідки для стану плода. Ця нова дисципліна відстоює необхідність забезпечення хороших пренатальних умов, щоб забезпечити оптимальний стан для постнатального розвитку дитини. Вважається, що напруга, тривога, депресивні епізоди, тривалі подружні суперечки, фінансові проблеми тощо можуть мати несприятливий вплив на подальший психічний розвиток дитини, плід «дізнається» про емоційні зміни матері гормональні коливання. Невроз матері може створити хаос у секреції гормонів, а гормональні збої можуть завдати тривалої шкоди плоду. Залежно від обставин ці порушення також відбиваються на психічному стані дитини, який визначає, чи буде дитина агресивною чи пасивною.

Особливу проблему становить псевдоцієз (синоніми: помилкова вагітність, фантомна вагітність, істерична вагітність) – поява симптомів і клінічних ознак, пов'язаних з вагітністю, у невагітних жінок. Помилкова вагітність спричинена ендокринологічними змінами в організмі, що призводять до фізичних змін, подібних до тих, що відбуваються під час вагітності.

2. Вагітність можна описати як кризу, як перехідний період і як частину трансформації жінки до материнства. У західному суспільстві вагітність і пологи переважно описуються медичними термінами; отже, більшість пологів відбуваються поза домом і поза сім'єю і розглядаються як подія, яку проводить команда професіоналів в умовах інтенсивної терапії. Переглядаючи ставлення до вагітності та пологів, ми маємо можливість дізнатися дещо про певне суспільство.

Суспільство сприймає пологи по-різному: від сприйняття їх як природного явища або надприродної чи сексуальної події до розгляду їх як хвороби, що потребує лікування. Те, як суспільство дивиться на пологи, значною мірою визначає, чи є пологи приватною чи соціальною подією, чи

будуть на них присутні акушерка, мати жінки, свекрухи чи релігійні старійшини, і чи можуть чоловіки, включаючи чоловіка, бути присутніми на пологах. Сильними сторонами лікування, заснованого на медичній моделі, є боротьба з ускладненнями, патологією. Це показано в оцінці на основі показників захворюваності та смертності.

Однак наголос медичної моделі на клінічному нагляді та благополуччі плода може призвести до того, що опікун втратить з поля зору ідею «турботи» про матір і дитину в більш комплексному сенсі і, таким чином, не зверне уваги на соціальні та соціальні проблеми матері. психологічні потреби та ресурси. Це може призвести до зведення жінки до репродуктивного механізму, який завжди ризикує функціонувати неефективно.

Статистичні дані добре задокументовані в галузях, пов'язаних з результатами вагітності та пологів з точки зору досліджень захворюваності та смертності. Однак відомості про жіночий досвід вагітності обмежені. За словами , у науковій літературі бракує інформації про те, як сучасні батьки сприймають досвід нормальної вагітності та переходу до батьківства. В результаті технологічно орієнтованої допомоги дослідження часто зосереджуються на вагітностях високого ризику та ускладнених пологах. Мета дослідження, про яке йдеться тут, полягала в тому, щоб описати досвід жінок під час вагітності, щоб розширити знання з цієї теми.

Феноменологічний метод включає деякі основні елементи: взяття в дужки, аналіз за допомогою інтуїції та уяви та опис. Виведення в дужки означає, що дослідник тримає поза увагою теоретичні та досвідчені знання, упереджені думки чи очікування щодо явища. За допомогою інтуїції та уяви дослідник відкрито досліджує явище, не будучи одержимим ним.

Герменевтика є найдавнішою традицією якісних методів дослідження. Слово герменевтика походить від Гермеса, грецького божества, яке було відомо як «Посланник» богів , засновник герменевтичної науки, провів різницю між поясненням (вивченням природи) і розумінням (вивченням людей). Основним фокусом герменевтичного методу є інтерпретація. Мета

полягає в тому, щоб зрозуміти, інтерпретувати та однозначно описати ціле. У цьому методі розуміння зв'язків між цілим і частинами може бути здійснене лише стосовно цілого — процес, відомий як герменевтичне коло.

Аналіз даних показав, що сутнісну структуру та інтерпретацію жіночого досвіду вагітності можна виразити концептом «перехід до невідомого», який включає три теми:

4. зустріч зі своєю життєвою ситуацією;
5. зустріч з чимось неминучим;
6. готуючись до невідомого.

7. Опис ранньої вагітності жінок включав у себе думки про себе, свою життєву історію та життєву ситуацію, спогади дитинства, стосунки з батьками, родичами та друзями. Думки були також про економіку, житлове становище та освіту. Описів минулого було більше, ніж думок про майбутнє. В їхніх описах минулого ключовими були думки про попередні вагітності, аборти та/або пологи. Одна жінка написала: «Спочатку мені потрібно було багато часу для себе, кілька годин на день, щоб думати про себе, батьків, дитинство, нареченого, не було часу на інтелектуальну роботу перші місяці. Я був повністю поглинений історією свого життя і більше думав про минуле, ніж про майбутнє». Інша жінка написала: «Все ж є радість. Після абортів, два роки тому, я точно вірила, що я безплідна, але життя показало інше».

3. Наука довела, що здоров'я дитини починається на пренатальному етапі, під час вагітності, і це робить пренатальну освіту дуже важливою. Все, від харчування матері до її емоцій, впливає на майбутнє здоров'я її дитини. Таким чином, Всесвітня організація охорони здоров'я та всі пов'язані наукові товариства просувають освіту на цьому етапі. Допологова освіта перестала бути предметом занепокоєння акушерок і акушерів і перетворилася на галузь дослідження, до якої підходять з багатьох дисциплін, таких як педіатрія, психологія та педагогіка. Це робить необхідним для професіоналів знати історію пренатального виховання та основні парадигми, з яких було розроблено їх дослідження.

Аж до двадцятого століття жінки народжували вдома під наглядом акушерок і в супроводі жінок із родини та оточення. Згідно з антропологічними дослідженнями, є кілька культур, у яких жінки відокремлювалися від групи і народжували самі. Є згадки про деякі ескімоські та індіанські племена Північної Америки. Взагалі пологи були звичним явищем у житті людей. Жінки та дівчата різного віку бачили, як їхні матері, сестри, доньки та/або сусіди народжували. У цій ситуації народження не повинно було бути таким страшним моментом, як зараз. У своєму домі жінка під час пологів мала більшу популярність і контроль, але рівень смертності та захворюваності був дуже високим. Насправді сьогодні в тих частинах світу, де жінки народжують без медичної допомоги, пологи продовжують залишатися першою причиною смерті. Щоб виправити цю ситуацію, кожна культура розробила особливий догляд за вагітністю, пологами та післяпологовим періодом. Ця велика варіативність догляду пов'язана з надзвичайно соціальною природою кожного народження людини та потребою групового виживання. Ці перші турботи являють собою неформальне пренатальне навчання, яке відбувалося в соціальних групах природним шляхом.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

2.1. Опис етапів дослідження

Дослідження проводилося у три етапи. На першому етапі вивчалася наукова література з психології, було визначено актуальність, новизна дослідження, сформульовано мету, гіпотезу, завдання дослідження. З другого краю етапі визначено вибір напрями дослідження, вибір методів розв'язання завдань, дано опис методик проведення дослідницької роботи. В цей же час проходив процес теоретичних та емпіричних досліджень, який включав вивчення особливостей емоційного статусу та ціннісних орієнтацій вагітних жінок, а також їх обумовленості різними типами підготовки до пологів. На третьому етапі було здійснено узагальнення результатів дослідження у формі дипломної роботи та надано оцінку повноти вирішення поставлених завдань та пропозицій щодо подальшого напрямку роботи, оцінку достовірності отриманих результатів.

У дослідженні, що проводилося протягом одного року, взяли участь 86 першовагітні жінки віком від 19 до 23 років у місті Дніпро. У всіх жінок в анамнезі були відсутні діагнози, що вказують на порушення репродуктивної функції. Групи були вирівняні за соціально-демографічними та економічними показниками.

Першу контрольну групу склали 46 жінки, які проходили курс медикаментозної підготовки до пологів у жіночій консультації. До другої експериментальної групи увійшли 40 жінок, які пройшли спільно з чоловіками підготовку до сімейних родів та батьківства в рамках терапевтичної групи.

Огляд досліджень психології вагітних жінок показав, що під час вагітності у батьків формується уявлення про свою дитину та роль матері. Було припущено, що існують відмінності в уявленнях про материнство та

батьківські настанови у вагітних жінок, які пройшли і не пройшли спеціальну психологічну підготовку до пологів та батьківства в рамках терапевтичної групи.

Як діагностичні методики, які показували результативність роботи, були обрані: Метод вільних асоціацій, опитувальник PARI «Методика вимірювання батьківських установок і реакцій», тест «Шкала реактивної та особистісної тривожності» (опитувальник Спілбергера), методика «Ціннісні орієнтації» (опитувач .Рокіча), методика «Особистісний диференціал».

Щоб визначити уявлення про матір та її роль у піддослідних, використали метод вільних асоціацій (вивчення проводилося на останньому етапі експериментального дослідження). Це дозволило провести змістовний аналіз особистісного змісту, який має слово мати для вагітних жінок контрольної групи.

У вибірці жінок контрольної групи асоціації такі:

- любляча – 44 %;
- яка живе заради дитини – 36% («яка живе заради дитини», «найважливіше – це дитина», «готова віддати все для своєї дитини»);
- надмірно опікувальна – 28 % («постійна опіка», «величезна відповідальність»);
- ігноруюча дитина – 24 % («не повинна втручатися у справи дитини»);
- вчитель, радник – 7% («готова дати пораду», «навчити самостійності»).

Слід зазначити, що жінки цієї вибірки важко знаходили асоціації, їх кількість була меншою, ніж у жінок з вибірки, які пройшли спеціальну психологічну підготовку до пологів. Аналіз їх асоціацій свідчить про недостатню вираженість таких якостей матері, як прийняття та чуйність. Уявлення про те, що потрібно розвивати дитину з перших місяців життя, є незначним. Яскраво простежується уявлення про надцінність дитини (бажання присвятити йому життя, віддати все себе, надмірно опікуватися). Ймовірно, це пов'язано із задоволенням потреби в об'єкті прихильності, прагненням уникнути власних проблем у світ дитини.

У вибірці жінок експериментальної групи, які пройшли спеціальну психологічну підготовку до пологів, і виконали вправу методом «Вільні асоціації», після закінчення були отримані такі групи асоціацій:

- кохаюча – 95 % (наприклад, «кохаюча», «кохання»);
- розуміє - 80% («розуміє», «справедлива»);
- добра, ніжна, лагідна - 68% («усмішка», «лагідні руки», «пухнаста, як кішка», «доброта», «ласка»);
- вчитель, вихователь, помічник – 55 % («знаюча», «мудра», «наставник», «вчитель», «рада»);
- дбайлива – 45 % («обереігаюча», «дбайлива»);
- хранителька домашнього вогнища – 35 % («дім», «сім'я», «затишок»).

В асоціаціях піддослідних цієї вибірки можна простежити самостійну цінність дитини як об'єкта материнської сфери (потреба в контакті, піклування про неї).

На наступному етапі дослідження проводилося вивчення апріорних установок на виховання майбутньої дитини за опитувальником PARI "Методика вимірювання батьківських установок та реакцій". У ході виконання тесту вагітні жінки висловили свою думку щодо особливостей виховання дитини після її народження.

У опитувальнику виділено три фактори. F1 - Гіперопека - відсутність батьківського піклування об'єднує шкали, що характеризують опікувальний спосіб впливу батьків на дитину. Виразність фактора свідчить про те, що майбутні мами прагнуть усе знати про дитину, захищати її від життєвих складнощів. Протилежний полюс цього фактора говорить про відмову батьків від опіки над дитиною, заперечення значення власного впливу на дитину. F2 – Відсутність демократичності у відносинах з дитиною – демократичність. Високий полюс фактора свідчить про відмову від демократичності, рівності у спілкуванні, протилежний полюс – про переважні настанови на

демократичність. F3 – Авторитарний контроль – відмова від авторитарності. Виразність цього чинника говорить про наявність установки на авторитарність у вихованні дитини, випробувані вважають, що суворе виховання є найефективнішим для дитини.

При обробці результатів тестування визначалися показники рівня виразності ознаки, що вивчається, за шкалами, а потім виявлявся переважаючий тип батьківських установок у вихованні. Таким чином, були виявлені певні відмінності у батьківських установках у жінок контрольної та експериментальної груп.

Відзначається високий відсоток жінок у контрольній групі (56%), у яких яскраво виражений високий полюс фактором гіперопіки, на відміну від жінок експериментальної групи, де така установка виявлена у 15% піддослідних. Також слід зазначити відсутність жінок в експериментальній групі з низьким полюсом цього фактору, в контрольній групі у 3 жінок (14%) виявлено показник відсутності батьківського піклування.

Таблиця 2.1

Результати дослідження за фактором «Гіперопіка – відсутність
батьківського піклування»

Рівень / група	КГ	ЕГ
Високий	13	3
Середній	7	17
Низький	3	-

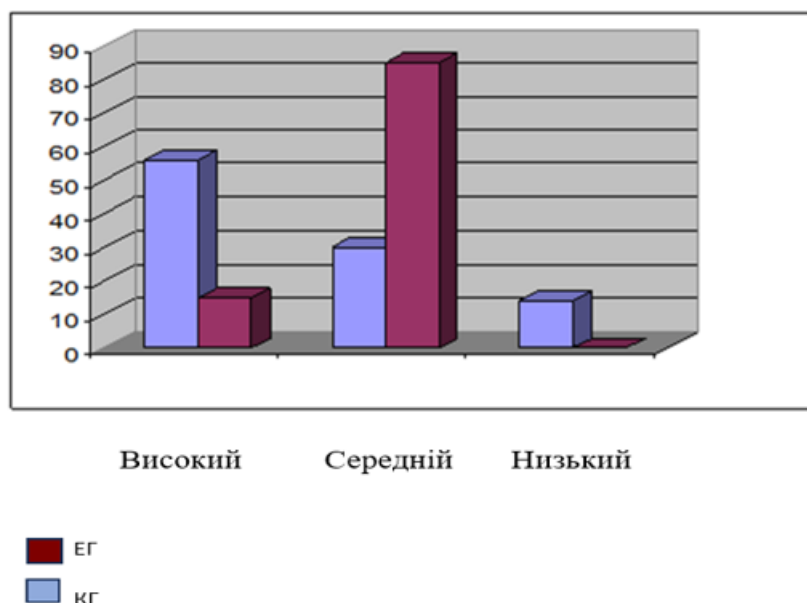


Рисунок 2.1 – Порівняння результатів дослідження за фактором «Гіперопіка – відсутність батьківського піклування»

Результати дослідження за фактором «Відсутність демократичності у відносинах з дитиною – демократичність» вказують на схожість оптимальної позиції при взаємодії з дитиною: середній рівень виразності цього фактора відзначений у 39% жінок КГ та 40% жінок ЕГ. Але виявлено відмінності в крайніх полюсах фактора – 35% жінок КГ та 20% жінок ЕГ мають установку на відмову від рівності у спілкуванні з майбутньою дитиною, 26% жінок КГ та 40% жінок ЕГ мають установку на демократичність у спілкуванні з дитиною.

Таблиця 2.2

Результати дослідження за фактором «Відсутність демократичності у відносинах з дитиною – демократичність»

Рівень / група	КГ	ЕГ
Високий	8	4
Середній	9	8
Низький	6	8

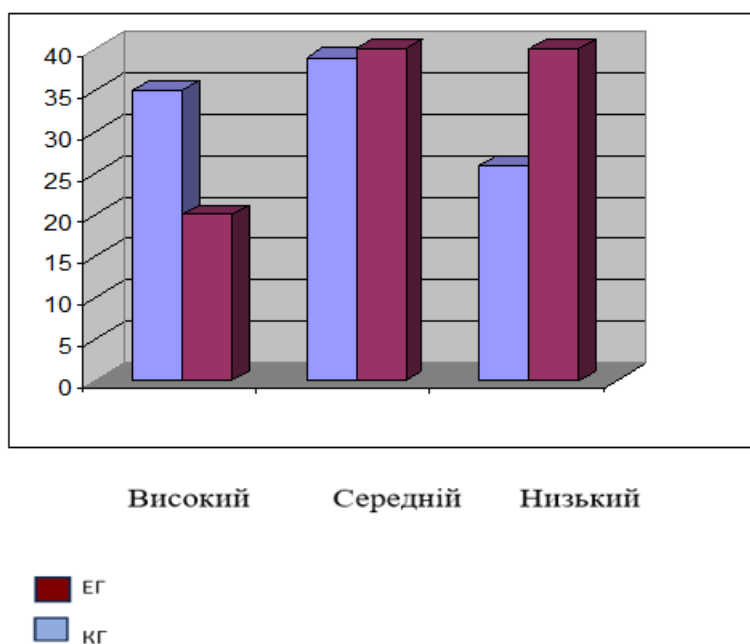


Рисунок 2.2 – Порівняння результатів дослідження за фактором «Відсутність демократичності у відносинах з дитиною – демократичність»

Вивчення батьківських установок за третім чинником «Авторитарний контроль – відмова від авторитарності» показало, що з жінок контрольної групи яскраво виражена установка на авторитарний контроль у вихованні дитини (56%), тоді як експериментальної групі жінок із такою установкою – 15%. Відповідно, і показники протилежного полюса на 18%.

Таблиця 2.3

Результати дослідження за фактором "Авторитарний контроль – відмова від авторитарності"

Рівень / група	КГ	ЕГ
Високий	13	3
Середній	4	8
Низький	6	9

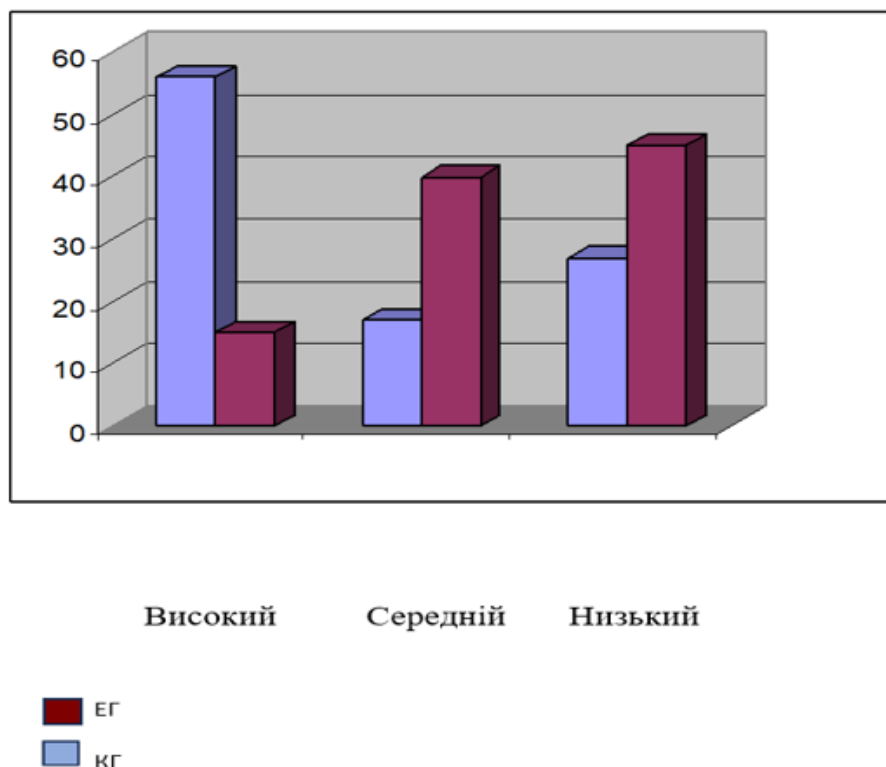


Рисунок 2.3 – Порівняння результатів дослідження за фактором «Авторитарний контроль – відмова від авторитарності»

Таким чином, можна простежити суттєві якісні відмінності в уявленнях про материнство та батьківські позиції у вагітних жінок контрольної та експериментальної груп, які виражені в наступному:

самостійна цінність дитини як об'єкта материнської сфери більш властива жінкам ЕГ, уявлення про надцінність дитини – жінкам КГ;

у жінок КГ переважає батьківська установка на гіперопіку та авторитарний контроль у вихованні майбутньої дитини, жінкам ЕГ властиве вміння визначати оптимальну позицію у взаємодії з дитиною та прагнення до відмови від авторитарності у її вихованні;

2.2. Порівняльний аналіз особливостей емоційного статусу та ціннісних орієнтацій у вагітних жінок вагітність психологічний підготовка переживання

Подальше дослідження було спрямоване на виявлення особливостей зміни показників задоволеності життям та ціннісних орієнтацій вагітних жінок. Вважається, що фізіологічно вагітність, що протікає, може впливати на особистість жінки, а деякі автори розглядають її навіть як кризову ситуацію.

При вивченні емоційного стану та ціннісних орієнтацій у вагітних жінок обох груп в експериментальному дослідженні використовувалися методики: Тест «Шкала реактивної та особистісної тривожності» (опитувальник Спілбергера) та Методика «Ціннісні орієнтації» (опитувальник М. Рокіча).

Емоційний стан жінки під час вагітності значно впливає на перебіг вагітності та пологів, на наступні взаємини з дитиною. Висока тривожність особистості часто спричиняє ризик акушерських і перинатальних ускладнень.

В результаті досліджень в обох групах особистісна тривога у вагітних була нижчою за реактивну (ситуативну). Показники реактивної тривоги підвищувалися під час вагітності на 3-7 пунктів.

Реактивна тривога є психологічною відповіддю на фізіологічні зміни, що відбуваються в організмі жінки під час вагітності. Особистісна тривожність постає як показник глибинних конфліктів.

Таблиця 2.4

Результати дослідження тривожності у вагітних жінок контрольної групи

Триместр	Реактивна тривожність			Особистісна тривожність		
	Низький	Середній	Високий	Низький	Середній	Високий
II	12%	63%	25%	25%	50%	25%
III	-	53%	47%	13%	60%	27%

Щодо реактивної тривожності у II триместрі переважає середній рівень (63%). А в III триместрі середній показник знижується до 53% і значно підвищується кількість жінок з високим рівнем ситуативної тривожності (47%). Щодо особистісної тривожності та у II та III триместрі найбільший показник за критерієм середній рівень тривожності (50%, 60%).

Таблиця 2.5

Результати дослідження тривожності у вагітних жінок
експериментальної групи

Триместр	Реактивна тривожність			Особистісна тривожність		
Рівень	Низький	Середній	Високий	Низький	Середній	Високий
II	25%	50%	25%	25%	75%	-
III	-	80%	20%	40%	40%	20%

Щодо ситуативної тривожності у II триместрі переважає середній рівень - 50%, інші рівні тривожності представлені по 25%. У III триместрі середній показник збільшується до 80%, низький рівень тривожності відсутній, а високий рівень тривожності зменшується до 20%. Щодо особистісної тривожності: у II триместрі вагітності переважає середній рівень тривожності – 75%, високий рівень тривожності відсутня. У III триместрі значно знижується середній рівень тривожності до 20%, проте з'являються з найвищим рівнем тривожності - 20%.

Розглянемо показники рівня тривожності вагітних жінок КГ та ЕГ:

Таблиця 2.6

Порівняння рівня особистісної тривожності у вагітних жінок контрольної та
експериментальної груп

Рівень тривожності	Контрольна група		Експериментальна група	
	II триместр	III триместр	II триместр	III триместр
Низький	25%	13%	25%	40%
Середній	50%	60%	75%	40%
Високий	25%	27%	-	20%

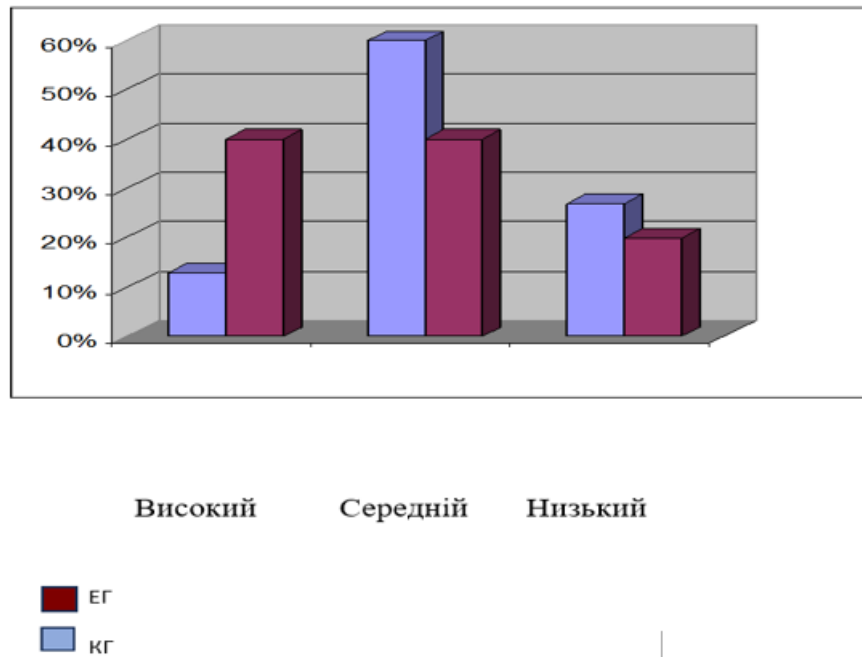


Рисунок 2.4 – Порівняння рівня особистісної тривожності у вагітних жінок контрольної та експериментальної груп

Щодо особистісної тривожності у II триместрі в обох групах переважає середній рівень (50%/75%), при цьому необхідно помітити, що у жінок ЕГ високого рівня тривожності у цьому триместрі немає взагалі, а у жінок КГ він становить – 25%. У III триместрі картина дещо змінюється у жінок КГ переважає середній рівень особистісної тривожності – 60%, у жінок ЕГ у рівній мірі (по 40%) середній та низький рівень особистісної тривожності.

Таблиця 2.7

Порівняння рівня реактивної тривожності у вагітних жінок контрольної та експериментальної груп

Рівень тривожності	Контрольна група		Експериментальна група	
	II триместр	III триместр		II триместр
Низький	12%	-	25%	-
Середній	63%	53%	50%	80%
Високий	25%	47%	25%	20%

Можна простежити деякі закономірності. Зокрема, у II триместрі у жінок КГ та ЕГ переважає середній рівень тривожності (63%/50%). Ця тенденція зберігається і в III триместрі (53%/80%). Однак у КГ порівняно з ЕГ вищий відсоток жінок, які мають високий рівень тривожності (47%/20%).

Таким чином, наголошується на позитивній динаміці емоційного статусу у вагітних жінок, які проходили попередню психологічну підготовку до пологів, засновану на застосуванні екзистенційного гуманістичного підходу.

З позиції аналізу фізіологічного статусу лише 20% жінок обох груп у першому триместрі не мали ускладнень перебігу вагітності. Число «здорових» загалом жінок зменшується до 15% до середини вагітності, а перед пологамі у всіх жінок є різноманітні ускладнення перебігу вагітності. У той же час зазначається, нижчий показник за всіма критеріями і, найголовніше, відсутність загрози абортів мимовільного у жінок експериментальної групи (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Кількісні показники захворювань, що ускладнюють перебіг другої половини вагітності, у жінок контрольної та експериментальної груп

Діагноз	Контрольна група	Експериментальна група
Гестоз	4	1
ЗМА	17	0
ОГА	5	3
ЗМА+гестоз	3	0
ОГА+ЗМА	5	0
Гіпоксія	6	6
Анемія	11	7
ФПН	8	4

Примітка. ЗМА – загроза мимовільного абортів; ОГА – обтяжений гінекологічний анамнез; ФПН – фетоплацентарна недостатність.

Запускають і підтримують механізми ускладнень другої половини вагітності у жінок контрольної групи можуть бути зумовлені психічною напругою, переживанням негативних емоцій, напруженими відносинами в сім'ї і, нарешті, складними суперечливими відносинами до вагітності та майбутньої дитини. Особистісна тривожність має максимальні показники у першому триместрі вагітності, до другого триместру вона знижується і потім залишається на цьому рівні у третьому триместрі до пологів.

Вивчення структури ціннісних орієнтацій вагітних жінок обох груп на останньому етапі дослідження виявило суттєві відмінності в ранжируванні списку цінностей. В результаті порівняльно-структурного аналізу можна простежити у вагітних жінок обох груп зміни в ціннісних орієнтаціях, які входять до числа найбільш значущих (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Зміни у структурі ціннісних орієнтацій у вагітних

Ціннісні орієнтації (термінальні)	Контрольна група		Експериментальна група	
	Кіл-ть виборів	% співвідношення	Кіл-ть виборів	% співвідношення
активність	3	12	6	30
життєва мудрість	3	12	7	35
здоров'я	8	32	7	35
цікава робота	2	8	-	-
кохання	6	24	7	35
наявність добрих та вірних друзів	-	-	1	5
тривале життя	2	8	-	-
щасливе сімейне життя	13	42	13	65
впевненість	4	16	5	25

У жінок обох груп відзначається зниження значущості цінності "цікава робота", "матеріально забезпечене життя", "наявність добрих і вірних друзів". Приблизно однакову значущість жінок обох груп має цінність «здоров'я», «любов». Цінності "активність", "життєва мудрість", "щасливе сімейне життя",

"впевненість" мають більш виражене зростання своєї значущості у жінок ЕГ у порівнянні з жінками КГ на 9-23% (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

Зміни у структурі ціннісних орієнтацій у вагітних

Ціннісні орієнтації (термінальні)	Контрольна група		Експериментальна група	
	Кіл-ть виборів	% співвідношення		Кіл-ть виборів
життєрадісність	8	32	9	45
старанність	1	4	1	5
незалежність	3	12	5	25
відповідальність	3	12	9	45
раціоналізм	1	4	2	10
самоконтроль	5	20	4	20
сміливість	2	8	4	20
тверда воля	2	8	3	15
толерантність	1	4	4	20
чуйність	12	48	10	50

У жінок обох груп відзначається зниження значущості цінності "виконавчість", "раціоналізм"; також у жінок КГ знижено значущість цінності «терпимість». Рівне значення для жінок обох груп становить цінність «самоконтроль», «чутливість». Більше виражений зростання своєї значущості в жінок ЕГ мають цінності «життєрадісність», «незалежність», «сміливість», «тверда воля», «терпимість», «відповідальність» (у психотерапевтичній практиці прийняття цієї цінності є найбільш значущою).

Також можна відзначити, що у жінок КГ відзначаються відмінності в уявленнях про ціннісні орієнтації особистості, тоді як у жінок ЕГ визначається їхня узгодженість та ієрархічність.

На заключному етапі дослідження застосовувалася методика "Особистісний диференціал", за допомогою якої проводилося вивчення певних

властивостей особистості, її самосвідомості, міжособистісних відносин. Випробувані вагітні жінки з контрольної та експериментальної груп оцінювали самих себе за запропонованими рисами особистості. Результати, отримані під час дослідження, диференційовані за трьома чинниками з переважанням позитивного чи негативного полюсів: оцінка, сила, активність (табл. 2.11).

Таблиця 2.11

Результати дослідження за методикою «Особистісний диференціал»

КГ	Оцінка	Сила	Активність	ЕГ	Оцінка	Сила	Активність
+	11	9	14	+	20	18	12
-	12	14	9	-	-	2	8

За значеннями першого фактору оцінки результати свідчать про рівень самоповаги. У КГ виявлено, що 11 (47%) жінок мають високі значення, ЕГ - 20 (100%) жінок. Отримані дані свідчать, що піддослідні приймають себе як особистість, схильні усвідомлювати себе як носія позитивних, соціально бажаних характеристик, у сенсі задоволені собою.

Низькі значення цього фактору в самооцінках 12 (53%) жінок КМ свідчать про можливі невротичні чи інші проблеми, пов'язані з відчуттям малої цінності своєї особистості.

Чинник Сили в самооцінках свідчить про розвитку вольових сторін особистості, як вони усвідомлюються самим випробуваним. Високі значення у 9 (39%) жінок КГ та 18 (90%) говорять про впевненість у собі, незалежність, схильність розраховувати на власні сили у важких ситуаціях. Низькі значення у 14 (60%) жінок КГ та 2 (10%) жінок ЕГ свідчать про недостатній самоконтроль, нездатність триматися прийнятої лінії поведінки, залежно від зовнішніх обставин та оцінок, вказують на астенизацію та тривожність.

Позитивні значення фактору Активності у 14 (60%) жінок КГ та 12 (60) жінок ЕГ вказують на високу активність, товарищескість, імпульсивність; негативні значення у 9 (40%) жінок КГ та 8 (40%) жінок ЕГ - на певну пасивність, спокійні емоційні реакції. Відсутність відмінностей по цьому

фактору пов'язується зі стійким сформованим рівнем екстравертованості та інтровертованості особистості.

Отже, можна дійти висновку, що емоційний статус і ціннісні орієнтації у вагітних жінок мають позитивну динаміку після проведення разом із чоловіками підготовки до сімейних пологів і батьківству у межах терапевтичної групи.

2.3. Статистична перевірка результатів дослідження

Для визначення статистичної значущості отриманих під час дослідження результатів було обчислено t-критерій Стьюдента. Критерій Стьюдента передбачає нормальні розподілу вибірках, відмінності середніх значень яких перевіряються на статистичну значимість. У розподілі параметрами є число вимірювань і дисперсія середнього арифметичного вибірки.

$$t = X1 - X2 / \sqrt{(m1 - m2)},$$

де $m = ? / N$ є так звана помилка середньої;

$X1, X2$ - середні арифметичні, різницю між якими перевіряються (рангові бали рівня реактивної тривожності і розподілу значимих цінностей);

$m1, m2$ – відповідні помилки середніх;

$\sigma = \sqrt{D}$ - стандартне відхилення, міра різноманітності об'єктів, що входять до групи, що показує, на скільки в середньому відхиляється кожна варіанта (конкретне значення кожного параметра) від середньої арифметичної.

$$D = (x_k - \bar{x})^2 / n$$

- дисперсія - величина, що дорівнює середньому значенню квадрата відхилень окремих значень від середньої арифметичної.

Результат обчислень для аналізу емоційного статусу вагітних жінок контрольної та експериментальної груп

$$X1 = 10,5 \quad X2 = 6,3$$

$$D1 = 376/23 = 16,3 \quad D2 = 181,3/23 = 7,8$$

$$1 = 16,3 = 4,03 \quad 2 = 7,8 = 2,79$$

$$m1 = 4,03/\sqrt{23} = 0,83 \quad m2 = 2,79/\sqrt{23} = 0,58$$

$$t = (10,5-6,3) / \sqrt{(0,83-0,58)} = 3,5$$

Результат обчислень для аналізу ціннісних орієнтацій у вагітних жінок контрольної та експериментальної груп:

$$X1 = 11,2 \quad X2 = 9,4$$

$$D1 = 320,9/20 = 16,05 \quad D2 = 174/20 = 8,7$$

$$\sigma 1 = \sqrt{16,05} = 4 \quad \sigma 2 = \sqrt{8,7} = 2,9$$

$$m1 = 4 / \sqrt{20} = 0,9 \quad m2 = 2,9 / \sqrt{20} = 0,65$$

$$t = (11,2-9,4) / \sqrt{(0,9-0,65)} = 3,6$$

Якщо обчислене значення t більше або дорівнює табличному критичному значенню, то робиться висновок про те, що середні значення, що порівнюються, з двох вибірок дійсно статистично достовірно різняться з ймовірністю припустимої помилки, меншою або рівною обраної. В даному випадку критичні значення t -критерію Стьюдента 3,5 і 3,6 (табличне значення 2,8) відповідають ймовірності припустимої помилки 0,01. Обчислені t -критерії Стьюдента є достатніми для науково переконливих висновків та свідчать про наявність статистичних відмінностей у результатах дослідження емоційного статусу та ціннісних орієнтацій у вагітних жінок контрольної та експериментальної груп.

На заключному етапі дослідження після вивчення у вагітних жінок емоційних особистісних особливостей та значних життєвих цінностей проводився кореляційний аналіз. Кореляційний підхід дозволяє здійснювати емпіричну перевірку гіпотези та встановлювати зв'язки між змінними, рівні яких зазнавали вимірювання. Кореляційний аналіз має завдання кількісне визначення тісноти зв'язку між двома ознаками (при парному зв'язку). Для

цього він застосовувався прийом статистичного аналізу даних з урахуванням використання коефіцієнта кореляції.

Визначення коефіцієнта кореляції Спірмена.

- Обчислюється різницю між X_1 (ранговий показник реактивної тривожності) та Y_1 (ранговий показник за методикою «Ціннісні орієнтації»).
- Кожна різниця зводиться у квадрат.
- Підсумовуються отримані квадрати різниць.
- Перетворення:

(На прикладі показників за факторами Реактивна тривожність та Активність для експериментальної групи вагітних жінок)

$$n = 20 \quad n^2 = 400 \quad n^2 - 1 = 399 \quad n \times (n^2 - 1) = 7980$$

- Знаходження значення коефіцієнта кореляції Спірмена:

$$r_s = 1 - (6 \times (X - Y)^2 / n \times (n^2 - 1)) \quad (X - Y)^2 = 98$$

$$r_s = 1 - (6 \times 98 / 7980) = 1 - 598 / 7980 \quad r_s = 0,93$$

Позитивний кореляційний коефіцієнт ($r_s = 0,93$) вказує на досить тісний зв'язок двох змінних (сильний, або тісний - $r > 0,70$; середній - $0,50 < r_s < 0,69$; помірний - $0,30 < r_s < 0,49$; слабка - $0,20 < r_s < 0,29$;

В результаті проведених за аналогією з даним прикладом обчислень знаходження значення коефіцієнта кореляції Спірмена отримані наступні показники коефіцієнта r_s . (табл. 2.12, 2.13).

Матриця кореляцій показника реактивної тривожності та шкал «Ціннісні орієнтації» (термінальні)

Група	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	активність	мудрість	здоров'я	робота	красота природи	любов	забезпеченість	друзі	визнання	пізнання	тривалість життя	розвиток	розваги	свобода	сімейна життя	шастя	творчість	впевненість
КГ	0,87	0,51	0,68	0,18	0,13	0,69	0,21	0,34	0,51	0,13	0,61	0,38	0,17	0,91	0,41	0,61	0,57	0,63
ЕГ	0,93	0,48	0,7	0,27	0,3	0,81	0,17	0,21	0,37	0,17	0,45	0,47	0,29	0,88	0,37	0,38	0,49	0,91

Таблиця 2.13

Матриця кореляцій показника реактивної тривожності та шкал «Ціннісні орієнтації» (інструментальні)

Група	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	акуратність	вихованість	запшти	життєрадісність	виконавець	незалежність	непр до недоліків	освіченість	відповідальність	раціоналізм	самоконтроль	сміливість	тверда воля	терпимість	широта	чесність	ефективність	чуйність
КГ	0,18	0,27	0,11	0,78	0,18	0,63	0,23	0,31	0,82	0,61	0,78	0,65	0,91	0,85	0,15	0,27	0,19	0,45
ЕГ	0,31	0,19	0,34	0,91	0,41	0,79	0,34	0,17	0,88	0,47	0,83	0,85	0,73	0,76	0,29	0,31	0,34	0,61

Так, можна наочно простежити, що показник емоційного стану вагітної жінки якісно пов'язаний із значимістю для неї певних ціннісних орієнтацій. Яскраво виражений коефіцієнт кореляції у певних ціннісних чинниках, які є значущими як вагітних жінок контрольної, і експериментальної групи. Тобто

можна укласти: незважаючи на відмінність в емоційному стані вагітних жінок, показник емоційно-вольової сфери відбивається на значущості відповідних за змістом цінностей і переконань. В результаті проведення кореляційного аналізу виявлено тісний зв'язок емоційного стану вагітних з виділенням ними як особливо значущі наступні цінності: - термінальні: активність, любов, свобода, впевненість; інструментальні: життєрадісність, незалежність, самоконтроль, сміливість, тверда воля, толерантність.

Таким чином, проведене дослідження дозволило скомпонувати блоки ціннісних орієнтацій вагітних жінок, які можуть розглядатися як засіб для аналізу індивідуальних особливостей жінки в період вагітності та стратегічний напрямок для психологічної підготовки до пологів.

Висновки до розділу 2

1. Дослідження проводилося у три етапи. На першому етапі вивчалася наукова література з психології, було визначено актуальність, новизна дослідження, сформульовано мету, гіпотезу, завдання дослідження. З другого краю етапі визначено вибір напрями дослідження, вибір методів розв'язання завдань, дано опис методик проведення дослідницької роботи. В цей же час проходив процес теоретичних та емпіричних досліджень, який включав вивчення особливостей емоційного статусу та ціннісних орієнтацій вагітних жінок, а також їх обумовленості різними типами підготовки до пологів. На третьому етапі було здійснено узагальнення результатів дослідження у формі дипломної роботи та надано оцінку повноти вирішення поставлених завдань та пропозицій щодо подальшого напряму роботи, оцінку достовірності отриманих результатів.

У дослідженні, що проводилося протягом одного року, взяли участь 43 першовагітні жінки віком від 19 до 23 років у місті Дніпро. У всіх жінок в анамнезі були відсутні діагнози, що вказують на порушення репродуктивної

функції. Групи були вирівняні за соціально-демографічними та економічними показниками.

Огляд досліджень психології вагітних жінок показав, що під час вагітності у батьків формується уявлення про свою дитину та роль матері. Було припущено, що існують відмінності в уявленнях про материнство та батьківські настанови у вагітних жінок, які пройшли і не пройшли спеціальну психологічну підготовку до пологів та батьківства в рамках терапевтичної групи.

Як діагностичні методики, які показували результативність роботи, були обрані: Метод вільних асоціацій, опитувальник PARI «Методика вимірювання батьківських установок і реакцій», тест «Шкала реактивної та особистісної тривожності» (опитувальник Спілбергера), методика «Ціннісні орієнтації» (опитувач М. Рокіча), методика «Особистісний диференціал».

Щоб визначити уявлення про матір та її роль у піддослідних, використали метод вільних асоціацій (вивчення проводилося на останньому етапі експериментального дослідження). Це дозволило провести змістовний аналіз особистісного змісту, який має слово мати для вагітних жінок контрольної групи.

У вибірці жінок контрольної групи асоціації такі:

- любляча – 44 %;
- яка живе заради дитини – 36% («яка живе заради дитини», «найважливіше – це дитина», «готова віддати все для своєї дитини»);
- надмірно опікувальна – 28 % («постійна опіка», «величезна відповідальність»);
- ігноруюча дитина – 24 % («не повинна втручатися у справи дитини»);
- вчитель, радник – 7% («готова дати пораду», «навчити самостійності»).

Слід зазначити, що жінки цієї вибірки важко знаходили асоціації, їх кількість була меншою, ніж у жінок з вибірки, які пройшли спеціальну психологічну підготовку до пологів. Аналіз їх асоціацій свідчить про недостатню вираженість таких якостей матері, як прийняття та чуйність. Уявлення про те, що потрібно розвивати дитину з перших місяців життя, є незначним. Яскраво простежується уявлення про надцінність дитини (бажання присвятити йому життя, віддати все себе, надмірно опікуватися). Ймовірно, це пов'язано із задоволенням потреби в об'єкті прихильності, прагненням уникнути власних проблем у світ дитини.

2. Емоційний стан жінки під час вагітності значно впливає на перебіг вагітності та пологів, на наступні взаємини з дитиною. Висока тривожність особистості часто спричиняє ризик акушерських і перинатальних ускладнень.

В результаті досліджень в обох групах особистісна тривога у вагітних була нижчою за реактивну (ситуативна). Показники реактивної тривоги підвищувалися під час вагітності на 3-7 пунктів.

Реактивна тривога є психологічною відповіддю на фізіологічні зміни, що відбуваються в організмі жінки під час вагітності. Особистісна тривожність постає як показник глибинних конфліктів.

Щодо реактивної тривожності у II триместрі переважає середній рівень (63%). А в III триместрі середній показник знижується до 53% і значно підвищується кількість жінок з високим рівнем ситуативної тривожності (47%). Щодо особистісної тривожності та у II та III триместрі найбільший показник за критерієм середній рівень тривожності (50%, 60%).

Щодо ситуативної тривожності у II триместрі переважає середній рівень - 50%, інші рівні тривожності представлені по 25%. У III триместрі середній показник збільшується до 80%, низький рівень тривожності відсутній, а високий рівень тривожності зменшується до 20%. Щодо особистісної тривожності: у II триместрі вагітності переважає середній рівень тривожності – 75%, високий рівень тривожності відсутня. У III триместрі значно

знижується середній рівень тривожності до 20%, проте з'являються з найвищим рівнем тривожності - 20%.

Можна простежити деякі закономірності. Зокрема, у II триместрі у жінок КГ та ЕГ переважає середній рівень тривожності (63%/50%). Ця тенденція зберігається і в III триместрі (53%/80%). Однак у КГ порівняно з ЕГ вищий відсоток жінок, які мають високий рівень тривожності (47%/20%).

Таким чином, наголошується на позитивній динаміці емоційного статусу у вагітних жінок, які проходили попередню психологічну підготовку до пологів, засновану на застосуванні екзистенційного гуманістичного підходу.

З позиції аналізу фізіологічного статусу лише 20% жінок обох груп у першому триместрі не мали ускладнень перебігу вагітності. Число «здорових» загалом жінок зменшується до 15% до середини вагітності, а перед пологамі у всіх жінок є різноманітні ускладнення перебігу вагітності. У той же час зазначається, нижчий показник за всіма критеріями і, найголовніше, відсутність загрози абортів мимовільного у жінок експериментальної групи.

Вивчення структури ціннісних орієнтацій вагітних жінок обох груп на останньому етапі дослідження виявило суттєві відмінності в ранжируванні списку цінностей. В результаті порівняльно-структурного аналізу можна простежити у вагітних жінок обох груп зміни в ціннісних орієнтаціях, які входять до числа найбільш значущих

За значеннями першого фактору оцінки результати свідчать про рівень самоповаги. У КГ виявлено, що 11 (47%) жінок мають високі значення, ЕГ - 20 (100%) жінок. Отримані дані свідчать, що піддослідні приймають себе як особистість, схильні усвідомлювати себе як носія позитивних, соціально бажаних характеристик, у сенсі задоволені собою.

Низькі значення цього фактору в самооцінках 12 (53%) жінок КМ свідчать про можливі невротичні чи інші проблеми, пов'язані з відчуттям малої цінності своєї особистості.

Позитивні значення фактору Активності у 14 (60%) жінок КГ та 12 (60) жінок ЕГ вказують на високу активність, товарищескість, імпульсивність;

негативні значення у 9 (40%) жінок КГ та 8 (40%) жінок ЕГ - на певну пасивність, спокійні емоційні реакції. Відсутність відмінностей по цьому фактору пов'язується зі стійким сформованим рівнем екстравертованості та інтровертованості особистості.

Отже, можна дійти висновку, що емоційний статус і ціннісні орієнтації у вагітних жінок мають позитивну динаміку після проведення разом із чоловіками підготовки до сімейних пологів і батьківству у межах терапевтичної групи.

3. Якщо обчислене значення t більше або дорівнює табличному критичному значенню, то робиться висновок про те, що середні значення, що порівнюються, з двох вибірок дійсно статистично достовірно різняться з ймовірністю припустимої помилки, меншою або рівною обраної. В даному випадку критичні значення t -критерію Стюдента 3,5 і 3,6 (табличне значення 2,8) відповідають ймовірності припустимої помилки 0,01. Обчислені t -критерії Стюдента є достатніми для науково переконливих висновків та свідчать про наявність статистичних відмінностей у результатах дослідження емоційного статусу та ціннісних орієнтацій у вагітних жінок контрольної та експериментальної груп.

На заключному етапі дослідження після вивчення у вагітних жінок емоційних особистісних особливостей та значних життєвих цінностей проводився кореляційний аналіз. Кореляційний підхід дозволяє здійснювати емпіричну перевірку гіпотези та встановлювати зв'язки між змінними, рівні яких зазнавали вимірювання. Кореляційний аналіз має завдання кількісне визначення тісноти зв'язку між двома ознаками (при парному зв'язку). Для цього він застосовувався прийом статистичного аналізу даних з урахуванням використання коефіцієнта кореляції.

Так, можна наочно простежити, що показник емоційного стану вагітної жінки якісно пов'язаний із значимістю для неї певних ціннісних орієнтацій. Яскраво виражений коефіцієнт кореляції у певних ціннісних чинниках, які є значущими як вагітних жінок контрольної, і експериментальної групи. Тобто

можна укласти: незважаючи на відмінність в емоційному стані вагітних жінок, показник емоційно-вольової сфери відбивається на значущості відповідних за змістом цінностей і переконань. В результаті проведення кореляційного аналізу виявлено тісний зв'язок емоційного стану вагітних з виділенням ними як особливо значущі наступні цінності: - термінальні: активність, любов, свобода, впевненість; інструментальні: життєрадісність, незалежність, самоконтроль, сміливість, тверда воля, толерантність.

Таким чином, проведене дослідження дозволило скласти блоки ціннісних орієнтацій вагітних жінок, які можуть розглядатися як засіб для аналізу індивідуальних особливостей жінки в період вагітності та стратегічний напрямок для психологічної підготовки до пологів.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

3.1. Загальна характеристика програми психологічного супроводу жінок під час вагітності

У ході роботи було розроблено програму психологічного супроводу вагітних жінок із урахуванням особливостей емоційної сфери. Програма є комплексом заходів щодо забезпечення психологічного супроводу вагітності та підготовки жінки до усвідомленого материнства як нової психосоціальної ролі з виробленням психологічного прийняття дитини в новій системі сімейних відносин.

Мета програми: надання психологічної допомоги майбутній матері з метою зниження рівня тривожності та страху.

Завдання програми:

- Оптимізація емоційного стану майбутньої матері;
- розуміння та активізація психологічних ресурсів жінок;
- Розвиток здатності до прийняття дитини;
- Підвищення психологічної грамотності у сфері безпечної вагітності та відповідального материнства.

Цільова група: Вагітні жінки з високим рівнем тривожності та стресу.

Програма включає 8 консультацій. Тривалість консультації – одна година. Загальна кількість часу – вісім годин.

Очікувані результати:

- Оптимізація уявлень матері про вагітність та пологи;
- Вироблення психологічної стійкості до стресу;
- Розширення знань у сфері перинатальної психології;
- Підвищення емоційної стабільності жінок, зниження тривожності.

Також у ході розробки програми було враховано основні психологічні особливості психоемоційних змін у жінок під час вагітності.

3.2. Опис програми психологічного супроводу жінок під час вагітності

Більшість учасниць дослідження перебувають на третьому триместрі вагітності, тому за основу було взято «три рівні психологічної готовності до материнства:

– низький рівень готовності – відрізняється наявністю невеликих коливань при прийнятті рішення мати дитину, тривожність та негативні відчуття протягом період вагітності. У жінок з цим рівнем готовності до материнства було виявлено, що відсутність прихильності до власної матері в дитинстві і наголошувалося на дуже строгому відношенні батьків;

- Середній рівень - для нього характерна наявність протиріч у змісті переживань жінкою свого становища, що відображається в амбівалентних установках до материнства та відношення до дитини;

- Високий рівень готовності до материнства - основна відмінність даного рівня відсутність коливань у прийнятті рішень мати дитини, позитивні емоційні реакції на факт вагітності та позитивний емоційний фон під час усього періоду вагітності».

У табл. 3.1 подано тематичний план програми психологічного супроводу вагітності "Нова Я".

Таблиця 3.1

Тематичний план програми психологічного супроводу вагітності «Нова Я»

Тема	Мета	Завдання	Форма роботи	Кіл. годин.
Знайомство про «Я скоро	Підготовка учасниць до групової роботи	- Ознайомлення учасниць один з одним; - формування у учасниць	Групова форма, бесіда, прийоми релаксації	1г.

стану мамаю»		адекватних уявлень про вагітність та розвиток плода. - Формування усвідомленого ставлення до свого способу життя під час вагітності; - Вивчення прийомів релаксації;		
Заняття «Мої почуття»	Формування усвідомленого ставлення до своїх емоцій	- Формування навички виражати свої емоції; - Формування навички саморегуляції; - Навчання прийомів релаксації	Групова, бесіда, арттерапія, ілюстрація	1г.
Заняття «Нова Я»	Формування умінь приймати нову себе та зміни, що відбуваються під час вагітності, формування адекватної оцінки	- формування адекватної оцінки змін організму, що спостерігаються протягом вагітності; - Вивчення способів прийняття цих змін; Лекційні заняття, тематичні бесіди, запрошення спеціалістів (косметолог, інструктор з йоги, лікар гінеколог)	Лекційні заняття, тематичні бесіди, запрошення спеціалістів (косметолог, інструктор з йоги, лікар гінеколог).	1г.
Заняття «Мій страх»	Прийняття своїх страхів та формування умінь виходити з тривожного стану та стресових ситуацій	- Формування навички саморегуляції; - Навчання прийомів релаксації. Індивідуальна я зустріч із психологом, рисункова техніка	Індивідуальна я зустріч із психологом, рисункова техніка	1г.
Заняття «Мій дім, моя фортеця»	Формування адекватних уявлень про батьківство та майбутніх змін у сімейному та побутовому житті	- формування адекватних уявлень про зміни, які очікують на сім'ю після народження дитини; - вивчення релаксаційних методик та способів саморегулювання; - формування навичок пошуку нових рішень у побутових проблемах Тематична	Тематична бесіда, лекція, заняття з релаксації	1г.

		бесіда, лекція, заняття з релаксації 1ч		
Тренінг «День Х»	Зняття психоемоційної напруги пов'язаного з підготовкою до пологів	- навчання методів зняття психоемоційного напруження, яке пов'язане з майбутньою родовою діяльністю - формування навичок самопомогі та саморегулювання Бесіда, тренінгові вправи 1ч	Бесіда, тренінгові вправи	1г.
Заняття «Я мама»	Формування ціннісного ставлення до власного материнства	- формування та зміцнення довіри до себе, пошук внутрішньої та зовнішньої опори – формування об'єктивного уявлення про материнство - розвиток самоконтролю	Групова робота, арттерапія (колаж «Я мама»), розмова	1г.
Заняття «Привіт, моє солодке маля»	Формування та розвиток навичок готовності до особистісного прийняття дитини	- навчання методам та способам емоційного розвантаження перед пологами; - Формування позитивних установок на майбутнє материнство. Групова форма, бесіда, арт- терапія	Групова форма, бесіда, арт- терапія	1г.

Програма включає п'ять блоків занять:

Перший блок занять «Особа вагітної: психологічний аналіз особистості матері, формування усвідомленого ставлення до себе та до своїх емоцій». На цьому етапі проводиться психологічний аналіз особистості жінок, з цією метою відбувається отримання психологічного портрета особи. Засобами групової терапії, арт-терапії проводяться заняття щодо формування навичок

саморегуляції, навичок висловлювати свої емоції, проходить навчання прийомів релаксації.

Другий блок занять «Формування ціннісних установок майбутньої матері: дитина в житті матері, чим займатиметься дитина».

Здійснюється формування психологічного комфорту вагітної на основі контролю, що відбуваються в період психологічних та фізичних змін з рефлексією життєвих цілей та психологічних прогнозів життя майбутньої матері.

Третій блок занять «Формування адекватної оцінки свого стану та уявлень про батьківство». Метою блоку є формування адекватної самооцінки та прийняття жінкою себе та змін, які відбуваються під час вагітності. Основні методи – бесіди з психологом, із запрошеними експертами, малювальні техніки, методи арт-терапії

Четвертий блок занять «Формування ціннісного ставлення до власного материнства», спрямований на зняття психоемоційного напруження пов'язаного з підготовкою до пологів та материнства. Основні методи – проведення тренінгу, малюнкова техніка (створення колажу), бесіди та консультації з психологом.

П'ятий блок занять «Формування ціннісного ставлення до дитини» включає формування позитивних установок на майбутнє материнство.

Кожне заняття програми будується за схемою:

- вступна частина включає: привітання, вправи, які налаштовують працювати: нескладні арт-терапевтичні техніки;
- основна частина включає тематичні бесіди, лекції, дискусії, практичні та тренінгові вправи, арт-терапію, зустрічі зі спеціалістами, вивчення прийомів релаксації;
- заключна частина складається з підбиття підсумків, рефлексії та прощання.

Таким чином, програма психологічного супроводу вагітності Програма спрямована на надання психологічної допомоги майбутній матері з метою зниження рівня тривожності та страху. Для цього в рамках програми

проводяться індивідуальні та групові заняття, спрямовані на формування позитивного мислення та ставлення жінок до своєї вагітності та до майбутніх пологів. Також завданням проведення тренінгових занять та технік арт-терапії є розвиток навичок та умінь саморегуляції, способів вираження та контролю своїх емоцій, навчання прийомів релаксації та відновлення емоційно-позитивного психологічного стану.

Висновки до розділу 3

1. У ході роботи було розроблено програму психологічного супроводу вагітних жінок із урахуванням особливостей емоційної сфери. Програма є комплексом заходів щодо забезпечення психологічного супроводу вагітності та підготовки жінки до усвідомленого материнства як нової психосоціальної ролі з виробленням психологічного прийняття дитини в новій системі сімейних відносин.

Мета програми: надання психологічної допомоги майбутній матері з метою зниження рівня тривожності та страху.

Завдання програми:

- Оптимізація емоційного стану майбутньої матері;
- розуміння та активізація психологічних ресурсів жінок;
- Розвиток здатності до прийняття дитини;
- Підвищення психологічної грамотності у сфері безпечної вагітності та відповідального материнства.

Цільова група: Вагітні жінки з високим рівнем тривожності та стресу.

Програма включає 8 консультацій. Тривалість консультації – одна година.

Загальна кількість часу – вісім годин.

Очікувані результати:

- Оптимізація уявлень матері про вагітність та пологи;
- Вироблення психологічної стійкості до стресу;
- Розширення знань у сфері перинатальної психології;

- Підвищення емоційної стабільності жінок, зниження тривожності.

Також у ході розробки програми було враховано основні психологічні особливості психоемоційних змін у жінок під час вагітності.

2. Більшість учасниць дослідження перебувають на третьому триместрі вагітності, тому за основу було взято «три рівні психологічної готовності до материнства:

– низький рівень готовності – відрізняється наявністю невеликих коливань при прийнятті рішення мати дитину, тривожність та негативні відчуття протягом період вагітності. У жінок з цим рівнем готовності до материнства було виявлено, що відсутність прихильності до власної матері в дитинстві і наголошувалося на дуже строгому відношенні батьків;

- Середній рівень - для нього характерна наявність протиріч у змісті переживань жінкою свого становища, що відображається в амбівалентних установках до материнства та відношення до дитини;

- Високий рівень готовності до материнства - основна відмінність даного рівня відсутність коливань у прийнятті рішень мати дитини, позитивні емоційні реакції на факт вагітності та позитивний емоційний фон під час усього періоду вагітності».

Програма включає п'ять блоків занять:

Перший блок занять «Особа вагітної: психологічний аналіз особистості матері, формування усвідомленого ставлення до себе та до своїх емоцій». На цьому етапі проводиться психологічний аналіз особистості жінок, з цією метою відбувається отримання психологічного портрета особи. Засобами групової терапії, арт-терапії проводяться заняття щодо формування навичок саморегуляції, навичок висловлювати свої емоції, проходить навчання прийомів релаксації.

Другий блок занять «Формування ціннісних установок майбутньої матері: дитина в житті матері, чим займатиметься дитина».

Здійснюється формування психологічного комфорту вагітної на основі контролю, що відбуваються в період психологічних та фізичних змін з

рефлексією життєвих цілей та психологічних прогнозів життя майбутньої матері.

Третій блок занять «Формування адекватної оцінки свого стану та уявлень про батьківство». Метою блоку є формування адекватної самооцінки та прийняття жінкою себе та змін, які відбуваються під час вагітності. Основні методи – бесіди з психологом, із запрошеними експертами, малювальні техніки, методи арт-терапії

Четвертий блок занять «Формування ціннісного ставлення до власного материнства», спрямований на зняття психоемоційного напруження пов'язаного з підготовкою до пологів та материнства. Основні методи – проведення тренінгу, малюнкова техніка (створення колажу), бесіди та консультації з психологом.

П'ятий блок занять «Формування ціннісного ставлення до дитини» включає формування позитивних установок на майбутнє материнство.

Кожне заняття програми будується за схемою:

- вступна частина включає: привітання, вправи, які налаштовують працювати: нескладні арт-терапевтичні техніки;
- основна частина включає тематичні бесіди, лекції, дискусії, практичні та тренінгові вправи, арт-терапію, зустрічі зі спеціалістами, вивчення прийомів релаксації;
- заключна частина складається з підбиття підсумків, рефлексії та прощання.

Таким чином, програма психологічного супроводу вагітності спрямована на надання психологічної допомоги майбутній матері з метою зниження рівня тривожності та страху. Для цього в рамках програми проводяться індивідуальні та групові заняття, спрямовані на формування позитивного мислення та ставлення жінок до своєї вагітності та до майбутніх пологів. Також завданням проведення тренінгових занять та технік арт-терапії є розвиток навичок та умінь саморегуляції, способів вираження та контролю своїх емоцій, навчання прийомів релаксації та відновлення емоційно-позитивного психологічного стану.

ВИСНОВКИ

1. Крім змін соматичного та фізіологічного стану, вагітність викликає зміни в психологічному та соціальному планах. Вагітність, а особливо перша - це потужне психологічне переживання. Під час першої вагітності жінки не тільки стикаються з абсолютно новою ситуацією, але й вступають у період, який є вирішальним для їх інтенсивного розвитку як матерів. Вагітність і материнство являють собою інтеграцію інстинктивних прагнень і найвищого прагнення — народити дитину і стати батьком.

У Першому триместрі переважає оральність, яка викликає тягу до їжі, нудоту і блювоту, що обумовлено прикріпленням плоду всередині матки. У другому триместрі плід демонструє більшу індивідуальність, оскільки анальні тенденції стають більш помітними, що відповідає періоду збільшення розлуки. Нарешті, третій триместр характеризується фалічно-агресивними бажаннями, пов'язаними з проблемами уретри та посиленням страху жінки, що вона або дитина можуть померти. Супроводжуючи цю лібідинозну регресію, ранні способи пізнання є звичайними під час вагітності.

Регрес Его спотворює сприйняття жінки реальності, викликає ірраціональні переконання та страхи через магічне мислення, пов'язане з первинним процесом.

Отже, вагітність можна розуміти як стан, коли і тіло, і душа «несуть тягар», стан почергового зняття і підтримки психічної напруги. Напруга спричинена свідомо чи несвідомо страхом втрати особистості, відчуттям невизначеності та самотності, страхом втрати дитини чи пологів. Навіть зараз майбутні мами відчують споконвічний страх померти під час пологів.

Термін «токофобія» пов'язаний зі специфічним станом розладу/тривоги з фобічним уникненням вагітності.

Первинна токофобія сягає корінням у підлітковий вік, тоді як вторинний — наслідок травматичних пологів.

Вагітні жінки з токофобією частіше страждають від «гіперемезису вагітних». Їх ознаки: відмова від вагітності, нездатність налагодити емоційні зв'язки з плодом, сильний страх перед майбутніми пологами, післяпологова депресія. Деякі жінки з токофобією часто потребують стерилізації або вазектомії партнера через сильний страх перед вагітністю. Вони також підвищуються ризик посттравматичного стресового розладу.

Встановлено кореляцію між депресивними настроями та батьківством і її залежність від віку на момент перших пологів. Стати батьками в ранньому віці може означати гірший початок життя, що може призвести до порушення переходу від підліткового віку до зрілості, що, у свою чергу, може мати далекосяжні наслідки для емоційної стійкості людей. Є вказівки на існування негативної кореляції між віком на момент перших пологів і депресивними почуттями після внесення поправок на вік, стать, приналежність до меншин та освіти.

Розглядаючи психічні зміни, що відбуваються під час вагітності, необхідно торкнутися питання про післяпологові психічні розлади. Вони багатоаспектно обумовлені, з переважанням психосоціальних факторів над спадковими. Ці порушення проявляються у вигляді різних форм депресивних реакцій після пологів або у вигляді гострого післяпологового психозу з поліморфними симптоматикою конфузно-деліріантного психозу.

Дослідження пренатальної психології показують, що стрес і емоційний стан жінки під час вагітності можуть мати значні наслідки для стану плода. Ця нова дисципліна відстоює необхідність забезпечення хороших пренатальних умов, щоб забезпечити оптимальний стан для постнатального розвитку дитини. Вважається, що напруга, тривога, депресивні епізоди, тривалі подружні суперечки, фінансові проблеми тощо можуть мати несприятливий вплив на подальший психічний розвиток дитини, плід «дізнається» про емоційні зміни матері гормональні коливання. Невроз матері може створити хаос у секреції гормонів, а гормональні збої можуть завдати тривалої шкоди

плоду. Залежно від обставин ці порушення також відбиваються на психічному стані дитини, який визначає, чи буде дитина агресивною чи пасивною.

Особливу проблему становить псевдоцієз (синоніми: помилкова вагітність, фантомна вагітність, істерична вагітність) — поява симптомів і клінічних ознак, пов'язаних з вагітністю, у невагітних жінок. Помилкова вагітність спричинена ендокринологічними змінами в організмі, що призводять до фізичних змін, подібних до тих, що відбуваються під час вагітності.

2. Вагітність можна описати як кризу, як перехідний період і як частину трансформації жінки до материнства. У західному суспільстві вагітність і пологи переважно описуються медичними термінами; отже, більшість пологів відбуваються поза домом і поза сім'єю і розглядаються як подія, яку проводить команда професіоналів в умовах інтенсивної терапії. Переглядаючи ставлення до вагітності та пологів, ми маємо можливість дізнатися дещо про певне суспільство.

Суспільство сприймає пологи по-різному: від сприйняття їх як природного явища або надприродної чи сексуальної події до розгляду їх як хвороби, що потребує лікування. Те, як суспільство дивиться на пологи, значною мірою визначає, чи є пологи приватною чи соціальною подією, чи будуть на них присутні акушерка, мати жінки, свекрухи чи релігійні старійшини, і чи можуть чоловіки, включаючи чоловіка, бути присутніми на пологах. Сильними сторонами лікування, заснованого на медичній моделі, є боротьба з ускладненнями, патологією. Це показано в оцінці на основі показників захворюваності та смертності.

Однак наголос медичної моделі на клінічному нагляді та благополуччі плода може призвести до того, що опікун втратить з поля зору ідею «турботи» про матір і дитину в більш комплексному сенсі і, таким чином, не зверне уваги на соціальні та соціальні проблеми матері. психологічні потреби та ресурси. Це може призвести до зведення жінки до репродуктивного механізму, який завжди ризикує функціонувати неефективно.

Статистичні дані добре задокументовані в галузях, пов'язаних з результатами вагітності та пологів з точки зору досліджень захворюваності та смертності. Однак відомості про жіночий досвід вагітності обмежені. За словами , у науковій літературі бракує інформації про те, як сучасні батьки сприймають досвід нормальної вагітності та переходу до батьківства. В результаті технологічно орієнтованої допомоги дослідження часто зосереджуються на вагітностях високого ризику та ускладнених пологах. Мета дослідження, про яке йдеться тут, полягала в тому, щоб описати досвід жінок під час вагітності, щоб розширити знання з цієї теми.

Феноменологічний метод включає деякі основні елементи: взяття в дужки, аналіз за допомогою інтуїції та уяви та опис. Виведення в дужки означає, що дослідник тримає поза увагою теоретичні та досвідчені знання, упереджені думки чи очікування щодо явища. За допомогою інтуїції та уяви дослідник відкрито досліджує явище, не будучи одержимим ним.

Герменевтика є найдавнішою традицією якісних методів дослідження. Слово герменевтика походить від Гермеса, грецького божества, яке було відомо як «Посланник» богів , засновник герменевтичної науки, провів різницю між поясненням (вивченням природи) і розумінням (вивченням людей). Основним фокусом герменевтичного методу є інтерпретація. Мета полягає в тому, щоб зрозуміти, інтерпретувати та однозначно описати ціле. У цьому методі розуміння зв'язків між цілим і частинами може бути здійснене лише стосовно цілого – процес, відомий як герменевтичне коло.

3. Наука довела, що здоров'я дитини починається на пренатальному етапі, під час вагітності, і це робить пренатальну освіту дуже важливою. Все, від харчування матері до її емоцій, впливає на майбутнє здоров'я її дитини. Таким чином, Всесвітня організація охорони здоров'я та всі пов'язані наукові товариства просувають освіту на цьому етапі. Допологова освіта перестала бути предметом занепокоєння акушерок і акушерів і перетворилася на галузь дослідження, до якої підходять з багатьох дисциплін, таких як педіатрія, психологія та педагогіка. Це робить необхідним для професіоналів знати

історію пренатального виховання та основні парадигми, з яких було розроблено їх дослідження.

Аж до двадцятого століття жінки народжували вдома під наглядом акушерок і в супроводі жінок із родини та оточення. Згідно з антропологічними дослідженнями, є кілька культур, у яких жінки відокремлювалися від групи і народжували самі. Є згадки про деякі ескімоські та індіанські племена Північної Америки. Взагалі пологи були звичним явищем у житті людей. Жінки та дівчата різного віку бачили, як їхні матері, сестри, доньки та/або сусіди народжували. У цій ситуації народження не повинно було бути таким страшним моментом, як зараз. У своєму домі жінка під час пологів мала більшу популярність і контроль, але рівень смертності та захворюваності був дуже високим. Насправді сьогодні в тих частинах світу, де жінки народжують без медичної допомоги, пологи продовжують залишатися першою причиною смерті. Щоб виправити цю ситуацію, кожна культура розробила особливий догляд за вагітністю, пологами та післяпологовим періодом. Ця велика варіативність догляду пов'язана з надзвичайно соціальною природою кожного народження людини та потребою групового виживання. Ці перші турботи являють собою неформальне пренатальне навчання, яке відбувалося в соціальних групах природним шляхом.

4. Дослідження проводилося у три етапи. На першому етапі вивчалася наукова література з психології, було визначено актуальність, новизна дослідження, сформульовано мету, гіпотезу, завдання дослідження. З другого краю етапі визначено вибір напрямів дослідження, вибір методів розв'язання завдань, дано опис методик проведення дослідницької роботи. В цей же час проходив процес теоретичних та емпіричних досліджень, який включав вивчення особливостей емоційного статусу та ціннісних орієнтацій вагітних жінок, а також їх обумовленості різними типами підготовки до пологів. На третьому етапі було здійснено узагальнення результатів дослідження у формі дипломної роботи та надано оцінку повноти вирішення поставлених завдань

та пропозицій щодо подальшого напрямку роботи, оцінку достовірності отриманих результатів.

У дослідженні, що проводилося протягом одного року, взяли участь 43 першовагітні жінки віком від 19 до 23 років у місті Дніпро. У всіх жінок в анамнезі були відсутні діагнози, що вказують на порушення репродуктивної функції. Групи були вирівняні за соціально-демографічними та економічними показниками.

Огляд досліджень психології вагітних жінок показав, що під час вагітності у батьків формується уявлення про свою дитину та роль матері. Було припущено, що існують відмінності в уявленнях про материнство та батьківські настанови у вагітних жінок, які пройшли і не пройшли спеціальну психологічну підготовку до пологів та батьківства в рамках терапевтичної групи.

Як діагностичні методики, які показували результативність роботи, були обрані: Метод вільних асоціацій, опитувальник PARI «Методика вимірювання батьківських установок і реакцій», тест «Шкала реактивної та особистісної тривожності» (опитувальник Спілбергера), методика «Ціннісні орієнтації» (опитувач .Рокіча), методика «Особистісний диференціал».

Щоб визначити уявлення про матір та її роль у піддослідних, використали метод вільних асоціацій (вивчення проводилося на останньому етапі експериментального дослідження). Це дозволило провести змістовний аналіз особистісного змісту, який має слово мати для вагітних жінок контрольної групи.

У вибірці жінок контрольної групи асоціації такі:

- любляча – 44 %;
- яка живе заради дитини – 36% («яка живе заради дитини», «найважливіше – це дитина», «готова віддати все для своєї дитини»);
- надмірно опікувальна – 28 % («постійна опіка», «величезна відповідальність»);

- ігноруюча дитина – 24 % («не повинна втручатися у справи дитини»);
- вчитель, радник – 7% («готова дати пораду», «навчити самостійності»).

Слід зазначити, що жінки цієї вибірки важко знаходили асоціації, їх кількість була меншою, ніж у жінок з вибірки, які пройшли спеціальну психологічну підготовку до пологів. Аналіз їх асоціацій свідчить про недостатню вираженість таких якостей матері, як прийняття та чуйність. Уявлення про те, що потрібно розвивати дитину з перших місяців життя, є незначним. Яскраво простежується уявлення про надцінність дитини (бажання присвятити йому життя, віддати все себе, надмірно опікуватися). Ймовірно, це пов'язано із задоволенням потреби в об'єкті прихильності, прагненням уникнути власних проблем у світ дитини.

5. Емоційний стан жінки під час вагітності значно впливає на перебіг вагітності та пологів, на наступні взаємини з дитиною. Висока тривожність особистості часто спричиняє ризик акушерських і перинатальних ускладнень.

В результаті досліджень в обох групах особистісна тривога у вагітних була нижчою за реактивну (ситуативну). Показники реактивної тривоги підвищувалися під час вагітності на 3-7 пунктів.

Реактивна тривога є психологічною відповіддю на фізіологічні зміни, що відбуваються в організмі жінки під час вагітності. Особистісна тривожність постає як показник глибинних конфліктів.

Щодо реактивної тривожності у II триместрі переважає середній рівень (63%). А в III триместрі середній показник знижується до 53% і значно підвищується кількість жінок з високим рівнем ситуативної тривожності (47%). Щодо особистісної тривожності та у II та III триместрі найбільший показник за критерієм середній рівень тривожності (50%, 60%).

Щодо ситуативної тривожності у II триместрі переважає середній рівень - 50%, інші рівні тривожності представлені по 25%. У III триместрі середній

показник збільшується до 80%, низький рівень тривожності відсутній, а високий рівень тривожності зменшується до 20%. Щодо особистісної тривожності: у II триместрі вагітності переважає середній рівень тривожності – 75%, високий рівень тривожності відсутня. У III триместрі значно знижується середній рівень тривожності до 20%, проте з'являються з найвищим рівнем тривожності - 20%.

Можна простежити деякі закономірності. Зокрема, у II триместрі у жінок КГ та ЕГ переважає середній рівень тривожності (63%/50%). Ця тенденція зберігається і в III триместрі (53%/80%). Однак у КГ порівняно з ЕГ вищий відсоток жінок, які мають високий рівень тривожності (47%/20%).

Таким чином, наголошується на позитивній динаміці емоційного статусу у вагітних жінок, які проходили попередню психологічну підготовку до пологів, засновану на застосуванні екзистенційного гуманістичного підходу.

Отже, можна дійти висновку, що емоційний статус і ціннісні орієнтації у вагітних жінок мають позитивну динаміку після проведення разом із чоловіками підготовки до сімейних пологів і батьківству у межах терапевтичної групи.

6. Якщо обчислене значення t більше або дорівнює табличному критичному значенню, то робиться висновок про те, що середні значення, що порівнюються, з двох вибірок дійсно статистично достовірно різняться з ймовірністю припустимої помилки, меншою або рівною обраної. В даному випадку критичні значення t -критерію Стюдента 3,5 і 3,6 (табличне значення 2,8) відповідають ймовірності припустимої помилки 0,01. Обчислені t -критерії Стюдента є достатніми для науково переконливих висновків та свідчать про наявність статистичних відмінностей у результатах дослідження емоційного статусу та ціннісних орієнтацій у вагітних жінок контрольної та експериментальної груп.

На заключному етапі дослідження після вивчення у вагітних жінок емоційних особистісних особливостей та значних життєвих цінностей проводився кореляційний аналіз. Кореляційний підхід дозволяє здійснювати

емпіричну перевірку гіпотези та встановлювати зв'язки між змінними, рівні яких зазнавали вимірювання. Кореляційний аналіз має завдання кількісне визначення тісноти зв'язку між двома ознаками (при парному зв'язку). Для цього він застосовувався прийом статистичного аналізу даних з урахуванням використання коефіцієнта кореляції.

Так, можна наочно простежити, що показник емоційного стану вагітної жінки якісно пов'язаний із значимістю для неї певних ціннісних орієнтацій. Яскраво виражений коефіцієнт кореляції у певних ціннісних чинниках, які є значущими як вагітних жінок контрольної, і експериментальної групи. Тобто можна укласти: незважаючи на відмінність в емоційному стані вагітних жінок, показник емоційно-вольової сфери відбивається на значущості відповідних за змістом цінностей і переконань. В результаті проведення кореляційного аналізу виявлено тісний зв'язок емоційного стану вагітних з виділенням ними як особливо значущі наступні цінності: - термінальні: активність, любов, свобода, впевненість; інструментальні: життєрадісність, незалежність, самоконтроль, сміливість, тверда воля, толерантність.

Таким чином, проведене дослідження дозволило скомпонувати блоки ціннісних орієнтацій вагітних жінок, які можуть розглядатися як засіб для аналізу індивідуальних особливостей жінки в період вагітності та стратегічний напрямок для психологічної підготовки до пологів.

7. У ході роботи було розроблено програму психологічного супроводу вагітних жінок із урахуванням особливостей емоційної сфери. Програма є комплексом заходів щодо забезпечення психологічного супроводу вагітності та підготовки жінки до усвідомленого материнства як нової психосоціальної ролі з виробленням психологічного прийняття дитини в новій системі сімейних відносин.

Мета програми: надання психологічної допомоги майбутній матері з метою зниження рівня тривожності та страху.

Завдання програми:

- Оптимізація емоційного стану майбутньої матері;

- розуміння та активізація психологічних ресурсів жінок;
- Розвиток здатності до прийняття дитини;
- Підвищення психологічної грамотності у сфері безпечної вагітності та відповідального материнства.

Цільова група: Вагітні жінки з високим рівнем тривожності та стресу.

Програма включає 8 консультацій. Тривалість консультації – одна година.

Загальна кількість часу – вісім годин.

Очікувані результати:

- Оптимізація уявлень матері про вагітність та пологи;
- Вироблення психологічної стійкості до стресу;
- Розширення знань у сфері перинатальної психології;
- Підвищення емоційної стабільності жінок, зниження тривожності.

Також у ході розробки програми було враховано основні психологічні особливості психоемоційних змін у жінок під час вагітності.

8. Більшість учасниць дослідження перебувають на третьому триместрі вагітності, тому за основу було взято «три рівні психологічної готовності до материнства:

– низький рівень готовності – відрізняється наявністю невеликих коливань при прийнятті рішення мати дитину, тривожність та негативні відчуття протягом період вагітності. У жінок з цим рівнем готовності до материнства було виявлено, що відсутність прихильності до власної матері в дитинстві і наголошувалося на дуже строгому відношенні батьків;

- Середній рівень - для нього характерна наявність протиріч у змісті переживань жінкою свого становища, що відображається в амбівалентних установках до материнства та відношення до дитини;

- Високий рівень готовності до материнства - основна відмінність даного рівня відсутність коливань у прийнятті рішень мати дитини, позитивні емоційні реакції на факт вагітності та позитивний емоційний фон під час усього періоду вагітності».

Програма включає п'ять блоків занять:

Перший блок занять «Особа вагітної: психологічний аналіз особистості матері, формування усвідомленого ставлення до себе та до своїх емоцій». На цьому етапі проводиться психологічний аналіз особистості жінок, з цією метою відбувається отримання психологічного портрета особи. Засобами групової терапії, арт-терапії проводяться заняття щодо формування навичок саморегуляції, навичок висловлювати свої емоції, проходить навчання прийомів релаксації.

Другий блок занять «Формування ціннісних установок майбутньої матері: дитина в житті матері, чим займатиметься дитина».

Здійснюється формування психологічного комфорту вагітної на основі контролю, що відбуваються в період психологічних та фізичних змін з рефлексією життєвих цілей та психологічних прогнозів життя майбутньої матері.

Третій блок занять «Формування адекватної оцінки свого стану та уявлень про батьківство». Метою блоку є формування адекватної самооцінки та прийняття жінкою себе та змін, які відбуваються під час вагітності. Основні методи – бесіди з психологом, із запрошеними експертами, малювальні техніки, методи арт-терапії

Четвертий блок занять «Формування ціннісного ставлення до власного материнства», спрямований на зняття психоемоційного напруження пов'язаного з підготовкою до пологів та материнства. Основні методи – проведення тренінгу, малюнкова техніка (створення колажу), бесіди та консультації з психологом.

П'ятий блок занять «Формування ціннісного ставлення до дитини» включає формування позитивних установок на майбутнє материнство.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Антипкін І. Г., Жабченко І. А., Коваленко Т. М., Ліщенко І. С. Вагітність у період пандемії: перинатальні впливи тривалого стресу та шляхи корекції: Огляд літератури. *Reproductive endocrinology*. 2021. С. 8-14.
2. Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В. Психологічний супровід у репродуктивній медицині : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ, 2023. 125 с.
3. Бацилева О. В. Медико-психологічний супровід вагітних в умовах воєнного стану / О. В. Бацилева, В. М. Астахов, І. В. Пузь // 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.) [Електронний ресурс] / Нац. ун-т «Одес. юрид. акад.», каф-ра психології. Одеса: Національний університет «Одеська юридична академія», 2022. С. 8-12.
4. Гринько Н., Герасим'юк І. & Сумарюк Б. медико-психологічний супровід жінок із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності та після пологів. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2021. № 11(4(42)). С. 34–39.
5. Губа Н., Мосол Н., Сюсюка В. Перинатальний психологічний супровід. У книзі: Інноваційні технології розвитку психологічних ресурсів особистості: колективна монографія / відпов. ред. Н. І. Тавровецька. Херсон : Вид-во ФОП Вишемирський В. С., 2019. С. 153–171.
6. Жданова І. В., Малєєва К. А. Актуальні питання перинатальної психології. Publishing House “Baltija Publishing”.Люблін. 2020. С. 35-38.
7. Корчинська О. О., Созанська М. А.- Перебіг ранніх термінів вагітності під впливом стресу у жінок – внутрішньо переміщених осіб. *Проблеми клінічної педіатрії*. 4 (58). 2022. С. 26-31.

8. Малєєва К. А. Світовий досвід надання психологічної допомоги вагітним жінкам. Габітус. 2022. Випуск 41. С. 290-294.
9. Мартинюк І. С. Соціально-психологічні детермінанти самооцінки вагітних жінок. Psychological journal. 2020. Volume 6 Issue 10. P. 57-65.
10. Мітіна С. В., Мітіна О. Л. Психоемоційні стани вагітних жінок в ситуації невизначеності. Психофізіологія та медична психологія. 2023. Том 34 (73) № 3. С. 54-59.
11. Шевчук Г. Розвиток материнської ідентичності в структурі Я-концепції жінки. Соціальна психологія. 2010. С. 137-151.
12. Aguirre de Carcer A. Preparation for Motherhood. Madrid: Morata. 1989.
13. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis by the UN maternal mortality estimation inter-agency group. Lancet. 2016. № 387(10017) P. 462-474.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition, text revision. DC: American Psychiatric Association, Washington, 2000.
15. Amis D, Green J. Prepared child birth : the family way. 7th ed. Plano, TX: Family Way Publications; 2007.
16. Archabald K, Lundsberg L, Triche E, Norwitz E, Illuzzi J. Women's prenatal concerns regarding breastfeeding: Are they being addressed? Journal of Midwifery & Women's Health. 2011. № 56(1). P. 2-7.
17. Armigo C. Prenatal education regarding gestational development, viability, and survivorship: Looking to our obstetric colleagues for change. Advances in Neonatal Care. 2008. № 8(3). P. 185-189.
18. Bacialli L. Modern views on the psychophysical preparation for childbirth. Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia. 1957. № 51(1). P. 27-35.

19. Barbosa da Silva A. Analys av texter (Analysis of text). In P. G. Svensson and B. Starrin (Eds.), *Kvalitativa studier i teori och praktik (Qualitative studies in theory and practice)*. Lund: Studentlitteratur, 1995.
20. Bailey JM, Crane P, Nugent CE. Childbirth education and birth plans. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2009. № 54(6). P. 469-476.
21. Bastos MH, Furuta M, Small R, McKenzie-McHarg K, Bick D. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015. № 4.
22. Becerro de Bengoa C. Maternal education and maternal plasma beta endorphins during labor. U.C. Madrid; Doctoral Thesis Collection № 168/93. Madrid; 1993.
23. Bergum V. A child on her mind. The experience of becoming a mother. Westport: Bergin & Garvey, 1997.
24. Bibring GL, Valenstein AF. Psychological aspects of pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. 1976. № 19(2). P. 357–371.
25. Bjelica A, Kapor-Stanulovic P. Pregnancy as a psychological event. *Med Pregl*. 2004. № 57(3–4). P. 144–148.
26. Bjelica A. [Pregnancy as a stressful life event and strategies for coping with stress in women with pregnancy-induced hypertension]. *Med Pregl*. 2004. № 57(7–8). P. 363–368.
27. Bonapace J, Chaillet N, Gaumond I, et al. Evaluation of the Bonapace Method: a specific educational intervention to reduce pain during childbirth. *J Pain Res*. 2013. № 6. P. 653–661.
28. Brunton PJ, Russell JA. The expectant brain: adapting for motherhood. *Nat Rev Neurosci*. 2008. № 9(1). P. 11–25.
29. Browne AD. Preparation for childbirth. A review. *Journal of the Irish Medical Association*. 1966. № 58(344). P. 31-34.
30. Buckwalter JG, Buckwalter DK, Bluestein BW, et al. Pregnancy and post partum: changes in cognition and mood. *Prog Brain Res*. 2001. № 133. P. 303–319.

31. Bujalkova M. Birth control in antiquity. Bratislavské Lekárske Listy. 2007. № 108(3) P. 163-166.
32. Burgess R. In the field—An introduction to field research, contemporary social research. London: Allen & Unwin, 1984.
33. Chesler P. With child: A diary of motherhood. New York: Thomas Y. Crowell, 1979.
34. Chertok L. Psychosomatic methods of preparation for childbirth. Obstetrics and Gynecology. 1967;98(5):698-707.
35. Cnattingius S., Ericsson A., Gunnarskog J, Källén B. A quality study of medical birth register. Scandinavian Journal of Social Medicine. 1990. № 18. P. 143–148.
36. Cobb S. Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med. 1976. № 38(5). P. 300–314.
37. Contreras J. The training of midwives: An approach to the study of the evolution of this profession. [thesis]. Complutense University of Madrid, Faculty of Nursing, Physiotherapy and Podiatry. 2015.
38. Cutler A, McNamara B, Qasba N, Kennedy HP, Lundsberg L, Gariepy A. “I just don’t know”: An exploration of women’s ambivalence about a new pregnancy. Womens Health Issues. 2018. № 28(1) P. 75-81.
39. Dahlberg K. Kvalitativa metoder för vårdvetare (Qualitative methodology in caring). Lund: Studentlitteratur, 1993.
40. De Piano FA, Salzberg HC. Clinical applications of hipnosis to three psychosomatic disorders. Psychological Bulletin. 1979. № 86(6) P. 1223-1235.
41. Decant D. Haptonomy, What Do I Know? Barcelona: Davinci. 2008.
42. Deutsch H. The psychology of women. Grune Straton, New York, 1944.
43. Dilthey W. Descriptive psychology and historical understanding. The Hague: Martinus Nijhoff, 1977.
44. Dick-Read G. Childbirth Without Fear: The Principles and Practice of Natural Childbirth. London: Pinter & Martin; 2004.

45. Duden B. *Disembodying woman: Perspectives on pregnancy and the unborn*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1993.
46. Duncan LG, Bardacke N. Mindfulness-based childbirth and parenting education: Promoting family mindfulness during the perinatal period. *Journal of Child and Family Studies*. 2009. № 19. P. 190–202.
47. Edelstein RS, Wardecker BM, Chopik WJ, et al. Prenatal hormones in first-time expectant parents: Longitudinal changes and within-couple correlations. *Am J Hum Biol*. 2015. № 27(3). P. 317–325.
48. England P, Horowitz R. *Birthing from Within: An Extra-Ordinary Guide to Childbirth Preparation*. 1st ed. USA: ParteraPress; 1998.
49. Faxelid E., Hogg B., Kaplan A, Nissen E. 1993. *Lärobok för barnmorskor* (Textbook for midwives). Lund: Studentlitteratur.
50. Fernandez M. Comparative analyses of main childbirth education schools. *Index de Enfermería*. 2013. № 22(1-2). P. 40-44.
51. Fernández M. Preparation, validation and application of an evaluation tool for maternal education programs of the primary care centers of the Community of Madrid. Madrid: Comillas Pontifical University; 2012. Chapter 2.
52. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, et al. Prenatal anger effects on the fetus and neonate. *J Obstet Gynaecol*. 2002. № 22(3). P. 260–266.
53. Forray A, Mayes LC, Magriples U, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnant women with prior pregnancy complications. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2009. № 22(6). P. 522–527.
54. Furukawa TA, Hori S, Azuma H, et al. Parents, personality or partner? Correlates of marital relationships. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002. № 37(4). P. 164–168.
55. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007. № 18(3).
56. Giurgescu C, Zenk SN, Templin TN, et al. The Impact of Neighborhood Environment, Social Support, and Avoidance Coping on Depressive

Symptoms of Pregnant African-American Women. *Womens Health Issues*. 2015. № 25(3). P. 294–302.

57. Giorgi A. One type of analysis of descriptive data: Procedures in following a scientific phenomenological method. *Methods*. 1989. № 1. P. 39–61.

58. Gomez Ruiz MD. Childbirth preparation. Old and new techniques. *Nursing Science*. 1995. № 156-157. P. 38-40.

59. Hanson L, VandeVusse L, Roberts J, Forristal A. A critical appraisal of guidelines for antenatal care: Components of care and priorities in prenatal education. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2009. № 54(6). P. 458-468.

60. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *Br J Psychiatry*. 2000. № 176. P. 83–85.

61. Hubbard R. Personal courage is not enough: Some hazards of childbearing in the 1980s. 1984. In R. Ardetti, S. Duelli & S. Minden (Eds.), *Test-tube women*. Boston: Pandora Press.

62. Husserl E. *Phenomenology and the crisis of philosophy: Philosophy as rigorous science, and philosophy and the crisis of European man*. New York: Harper & Row. 1965.

63. Imle M. A. Third trimester concerns of expectant parents in transition to parenthood. *Holistic Nursing Practice*. 1990. № 4. P. 25–36.

64. International Childbirth Education Association (ICEA). Available from: <http://www.icea.org/>

65. Kaplan E.A. Look who's talking indeed: Fetal images in recent North American visual culture. 1994. In E. Glenn, E. N. Chang & L. R. Forcey (Eds.), *Mothering: Ideology experience, and agency*. London: Routledge.

66. Karlberg P. Baby mortality in Sweden. In H. M. Wallace, K. Giri, & S. M. Serrano (Eds.), *Health care of women and children in developing countries*. Oakland: Third Party Publishing Company. 1995.

67. Harper Barbara RN. *Gentle Birth Choices*. Healing Arts Press; 2005.

68. Hathaway M, Hathaway J. *The Bradley Method Student Workbook*. Sherman Oaks, CA: American Academy of Husband-Coached Childbirth. 2002.

69. Kazmierczak M, Kielbratowska B, Pastwa-Wojciechowska B. Couvade syndrome among Polish expectant fathers. *Med Sci Monit.* 2013. № 19. P. 132–138.
70. Kestenberg J. On the Development of Maternal Feelings in Early Childhood. *Psychoanal Study Child.* 2017. № 11(1). P. 257–291.
71. Khan M, Sharma V. Post-partum depressive episodes and bipolar disorder. *Lancet.* 2015. № 385(9970). P. 771–772.
72. Kikuchi S. 1992. *Philosophic inquiry in nursing.* Newbury Park: SAGE Publications.
73. Kim L, Lauren C, Lucy T, James L, Philip W, Christopher G, et al. Measuring attachment in large populations: A systematic review. *Educational and Child Psychology.* 2010. № 27(3). P. 22-32.
74. Kinsley CH. Developmental psychobiological influences on rodent parental behavior. *Neurosci Biobehav Rev.* 1994. № 18(2). P. 269–280.
75. Kitzinger S. *Childbirth and society.* In I. Chalmers (Ed.), *Effective care in pregnancy and childbirth.* 1989. Oxford: Oxford University Press.
76. Kitzinger S. *The New Great Book of Pregnancy and Childbirth.* Barcelona: MEDICI. 2003.
77. Kloosterman G. Natural childbirth. In J. Raphael-Leff (Ed.), *Psychological processes of childbearing.* 1991. London: Chapman & Hall.
78. Koehn ML. Childbirth education outcomes: An integrative review of the literature. *The Journal of Perinatal Education.* 2002. №11. P. 10-19.
79. Krumm S, Kilian R, Becker T. Mentally ill women's subjective views on social context of desire for children. A qualitative approach. *Psychiatrische Praxis.* 2011. № 38(1) P. 23-30.
80. Lamaze E. *Painless Childbirth: The Lamaze Method.* New York: Poler Books; 1972. L
81. Leboyer M. *For a Birth Without Violence.* Barcelona: Daimon; 1984.
82. Leon I. *Psychology of Reproduction: Pregnancy, Parenthood, and Parental Ties.* Glob libr women's med, 2008.

83. Leuzinger-Bohleber M. The 'Medea fantasy'. An unconscious determinant of psychogenic sterility. *Int J Psychoanal.* 2001. № 82(Pt 2). P. 323–345.
84. Lips HM. A longitudinal study of the reporting of emotional and somatic symptoms during and after pregnancy. *Soc Sci Med.* 1985. № 21(6). P. 631–640.
85. Lohr K. N. Outcome measurements: Concepts and questions. *Inquiry.* 1988. № 25(1). P. 37–50.
86. Lundgren I, Dahlberg K. Women's experience of pain during childbirth. *Midwifery.* 1998. № 14. P. 105–110.
87. Lubin B, Gardener SH, Roth A. Mood and somatic symptoms during pregnancy. *Psychosom Med.* 1975. № 37(2). P. 136–146.
88. Martell L. The mother-daughter relationship during daughter's first pregnancy: The transition experience. *Holistic Nursing Practice.* 1990. № 4. P. 47–55.
89. McCartney PR. Centering pregnancy: A renaissance in prenatal care? *MCN: American Journal of Maternal Child Nursing.* 2004. № 29(4). 261 p.
90. Mendez-Figueroa H, Dahlke JD, Vrees RA, Rouse DJ. Trauma in pregnancy: An updated systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2013. № 209(1). P. 1-10.
91. Merleau-Ponty M. *Phenomenology of perception.* New Jersey: The Humanistic Press. 1976.
92. Ministry of Health. *Education for Motherhood Volume I and II.* Madrid: National Institute of Health. General Secretary. 1995.
93. Mirowsky J, Ross CE. Depression, parenthood, and age at first birth. *Soc Sci Med.* 2002. № 54(8). P. 1281–1298.
94. Mitchell P., Ferketich S, Jennings B. Quality health outcomes model. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship.* 1998. № 30(1). P. 43–46.
95. Mogan MF. *HypnoBirthing—A Celebration of Life.* HypnoBirthing. 2011.

96. Mountain G, Cahill J, Thorpe H. Sensitivity and attachment interventions in early childhood: A systematic review and meta-analysis. *Infant Behavior & Development*. 201. № 46. P. 14-32.
97. Nandi A, Bhalotra S, Deolalikar AB, Laxminarayan R. Chapter 27: The human capital and productivity benefits of early childhood nutritional interventions. In: Bundy DAP, Nd S, Horton S, Jamison DT, Patton GC, editors. *Child and Adolescent Health and Development*. 3rd ed. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. 2017. 20 p.
98. Nicolaiev A. *Painless Childbirth*. Buenos Aires: Artago. 1957.
99. Norbeck JS, Tilden VP. Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: a prospective, multivariate study. *J Health Soc Behav*. 1983. № 24(1). P. 30–46.
100. Oakley A. *The captured womb: A history of the medical care of pregnant women*. Oxford: Blackwell. 1984.
101. Odent M. *The Birth in the Plastic Age*. Barcelona: Ob Stare. 2011.
102. Ogboli-Nwasor E, Adaji SE, Bature SB, et al. Pain relief in labor: a survey of awareness, attitude, and practice of health care providers in Zaria, Nigeria. *J Pain Res*. 2011. № 4. P. 227–232.
103. Ordóñez AE, Collins PY. Advancing research to action in global child mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2015. № 24(4). P. 679-697.
104. Parse R. *Nursing research-qualitative methods*. Bowie, Maryland: Brady Communications Company. 1985.
105. Peart K. Birth planning—Is it beneficial to pregnant women? *Australian Journal of Midwifery*. 2004. №17(1). P. 27-29.
106. Pina-Camacho L, Jensen SK, Gaysina D, et al. Maternal depression symptoms, unhealthy diet and child emotional-behavioural dysregulation. *Psychol Med*. 2015. № 45(9). P. 1851–1860.
107. Piscicelli V. *Training Autogeno respiratorio y psicoprofilaxis en Obstetricia*. Podova: Piccin; 1986.

108. Piscicelli U. Respiratory autogenic training in preparation for labor (RAT method). *Minerva Medica*. 1975. № 66(75). P. 3926-3939.
109. Ramón y Cajal S. Labor pains considerably attenuated by hypnotic suggestion. *Trébede: Monthly Aragonese Analysis, Opinion and Culture*. 2002. № 63. P. 72-73.
110. Raphael-Leff J. Psychological processes of childbearing. London: Chapman & Hall. 1991.
111. Rodriguez A, Bohlin G, Lindmark G. Symptoms across pregnancy in relation to psychosocial and biomedical factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001. № 80(3). P. 213–223.
112. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2006. № 67(8). P. 1285–1298.
113. Ruiz V-FC. Primer to Learn to Give Birth. 1^a ed. Madrid: Talasa; 1998.
114. Schumacher K, Meleis A. Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. 1994. № 26. P. 117–125.
115. Sjöström U. Hermeneutik—att tolka utsagor och handlingar (Hermeneutics—the interpretation of statements and actions). 1994. In B. Starrin & P. G. Svennson (Eds.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori (Qualitative methodology and theory of science)*. Lund: Studentlitteratur.
116. Shalev A. Post-traumatic stress disorder and stress-related disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 2009. № 32. P. 687–704.
117. Smith MV, Poschman K, Cavaleri MA, et al. Symptoms of posttraumatic stress disorder in a community sample of low-income pregnant women. *Am J Psychiatry*. 2006. № 163(5). P. 881–884.
118. Stampone D. The history of obstetric anesthesia. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 1990. № 4(1) P. 1-13.
119. Suto M, Takehara K, Yamane Y, Ota E. Effects of prenatal childbirth education for partners of pregnant women on paternal postnatal mental health and

couple relationship: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2017. №210. P. 115-121.

120. Teleska J, Roffman A. A continuum of hypnotherapeutic interactions: From formal hypnosis to hypnotic conservation. *The American Journal of Clinical Hypnosis*. 2004. № 47(2). P. 103-115.

121. Velvoski IZ. Psychoprophylactic. Medguiz: Leningrado; 1954 Verbrugge L. Health diaries. *Medical Care*. 1980. № 18. P. 73–95.

122. Verny T, Kelly J. *The Secret Life of the Child Before Being Born*. Urano. 2009.

123. Wallace H., Geri K, Serrano C. Health care of women and children in developing countries. Oakland: Third Party Publishing Company. 1995.

124. Walker DS, Visger JM, Rossie D. Contemporary childbirth education models. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2009. № 54(6). P. 469-476.

125. Warriner S, Crane C, Dymond M, Krusche A. An evaluation of mindfulness-based childbirth and parenting courses for pregnant women and prospective fathers/partners within the UK NHS (MBCP-4-NHS). *Midwifery*. 2018. № 64. P. 1-10.

126. Warland J, Glover P, Petkov J, et al. Comparison of maternal attitudes towards pregnancy in Singapore and Australia. *Midwifery*. 2008. № 24(4). P. 442–453.

127. Werner WEF, Schauble PG, Knudsen MS. An argument for the revival of hypnosis in obstetrics. *The American Journal of Clinical Hypnosis*. 1982. № 24(3). P. 149-171.

128. Wiktorell G, Saveman B. Tre generationer mödrars upplevelser av graviditet, förlossning moderskap och kunskapsöverförande. (Three generations of mothers' experiences of pregnancy, delivery, maternity, and transfer knowledge). *Vård i Norden*. 1996. №2. P. 4–13.

129. WHO. *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2013.

130. World Health Organization. Care in normal birth. Report of the technical working group meeting on normal birth, Geneva, Switzerland. 1996. 25-29 March 1996.

131. World Health Organization. Adelaide Statement on Health in All Policies. WHO, Government of South Australia, Adelaide. 2010. URL: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_wellbeing.pdf