

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА

Факультет психології та соціальної роботи

Кафедра практичної та клінічної психології

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

на тему: «Особливості психологічної підготовки до пологів вагітних

жінок»

«Peculiarities of psychological preparation for childbirth in pregnant women»

Виконав: здобувач заочної форми навчання
спеціальності 053 Психологія

Освітня програма «Психологія»

Слободянік Віктор Вікторович

Керівник: проф, доктор біол.н. Псядло Е.М.

Рецензент: док. філ. зі спец. Психологія
доц. каф. соц. псих. Гудімова А.Х

Рекомендовано до захисту:
Протокол засідання кафедри

№ ____ від ____ . ____ . 2024 р.

Завідувач(ка) кафедри

(підпис) Псядло Едуард
(прізвище, ім'я)

Захищено на засіданні ЕК № ____
протокол № __ від ____ . ____ . 2024 р.

Оцінка ____ / ____ / ____
(за національною шкалою/шкалою ECTS/ бали)

Голова ЕК

(підпис) _____
(прізвище, ім'я)

Одеса - 2024

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО ПОЛОГІВ ВАГІТНИХ ЖІНОК	
1.1. Підготовка до вагітності.....	6
1.2. Вагітність та її періоди	10
1.3. Психологічні зміни під час вагітності.....	13
1.4. Вплив вагітного стану на цнс.....	19
1.5. Вплив шкідливих звичок на вагітність.....	22
1.6. Психологічні проблеми при пологах.....	28
Висновок до 1 розділу.....	38
Розділ ІІ. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО СТАНІ ЖІНКИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ	
2.1. Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна.....	42
2.2. Методика дослідження мотивів збереження вагітності Рабовалюк Л.М..	42
2.3. Результати дослідження психічного стану жінки під час вагітності.....	43
2.4. Рекомендації по зменшенню тривожності.....	52
Висновок до 2 розділу.....	55
ВИСНОВОК.....	56
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	58
ДОДАТКИ.....	64

ВСТУП

Актуальність досліджень даної тематики є насамперед побоювання багатьох жінок вагітніти та ставати мамою своєї дитини. У наш час, мас-медіа не розповідають та не роз'яснюють переваги материнства та батьківства. Навпаки транслюється незалежність та самостійність життя без дитини: «живіть для себе, життя коротке», «живіть на повну» та інше. З цього багато людей можуть скласти невірний висновок – що дитина це тягар на багато років, яка буде красти ваш час, ваші гроші, котрі ви змогли би використати на себе, для отримання задоволення. Тому для жінки дуже важко прийняти рішення стати мамою, взяти на себе таку відповідальність за майбутню дитину, та витратити дуже багато часу, нервів, емоцій... Також багато майбутніх матерів побоюються самого процесу пологів, хоч зараз є багато лікарських засобів для того щоб цей процес був максимально комфортним, безпечним та безболісним для жінки.

На даний час психологи активно працюють у жіночих консультаціях та пологових будинках, надають психологічну підтримку вагітним жінкам-породіллям, їхнім родичам, новонародженим та медичному персоналу. Існує велика необхідність у співпраці акушерів-гінекологів, неонатологів, психологів, соціальних працівників та педагогів для спільного супроводу матері та дитини на всіх етапах вагітності, пологів та післяпологового періоду, включаючи становлення тріади "батько – мати – дитина".

Після публікації роботи О. Ранка «Травма народження» у 1924 році сам процес народження став сприйматися як психічна травма, що створює високий рівень тривоги та у критичних ситуаціях може виявлятися у вигляді невротичних симптомів. Головна проблема, з якою стикається новонароджений, виникає у момент руйнації психоемоційного зв'язку, що сформувалася до народження, що вимагає подолання страху перед відділенням від матері.

Пренатальної психології вивчає психологію вагітних і жінок які вже

народили, закономірності виникнення та функціонування психіки плода та новонародженого, складних процесів, що відбуваються в системах «сім'я, що очікує народження дитини» до нового сімейного статусу «родина новонародженої дитини»

Метою дослідження даної роботи є вивчення особливостей психологічної підготовки до пологів вагітних жінок.

Об'єктом дослідження є психологічний стан жінки до та під час вагітності.

Предметом дослідження є особливості психологічної підготовки до пологів вагітних жінок.

Для досягнення мети визначаємо наступні **завдання**:

1. Вивчити та проаналізувати теоретичний матеріал по проблемі дослідження.
2. Проаналізувати психологічний стан жінки під час вагітності.
3. Провести дослідження психологічного стану жінки засобами опитування. Виявити відхилення стану жінки під час вагітності та підібрати методи психологічної підготовки до пологів вагітних жінок.
4. Зробити висновки за результатами дослідження.

Методологія і методи досліджень. Для реалізацію поставлених завдань, були використані наступні групи методів: аналіз літератури, тестування, бесіда.

Методи дослідження:

Опитування вагітних жінок з допомогою шкали Спілбергера-Ханіна, а також порівняння результатів, з результатами опитування не вагітних жінок без дітей.

Опитування вагітних жінок з допомогою методики дослідження мотивів збереження вагітності Рабовалюк Л.М, для розуміння психічного стану жінки та її відношення до вагітності та збереження дитини.

Практичне значення роботи полягає в можливості використання даного матеріалу для підготовки лекційних, семінарських занять, написання

рефератів, доповідей. Також вивчення даного матеріалу на різноманітних курсах з психологічної дисципліни.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатку.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО ПОЛОГІВ ВАГІТНИХ ЖІНОК

1.1. Підготовка до вагітності

Одне з головних питань людства: чому люди бажають мати і народжують дітей? На перший погляд, відповідь дуже проста. Але в усіх випадках все залежить від особистої мотивації. Ще приблизно сто років тому для багатьох сімей головною метою було збереження і передача майна та статків сім'ї наступному поколінню, тому народження сина, в багатьох народів в минулому, відігравала дуже важливу роль. У багатьох людей зараз є відчуття, що в теперішній час немає місця упередженням і нерівності людей щодо статі дітей, але на превеликий жаль це не так. На теперішній час є народ, де народження дитини є певним «товаром», або результатом угоди між чоловіком і жінкою. А в наш час, як і в минулому, існує таке поняття як вибіркового фетцид. Це коли вбивають плід вперше дізнавшись стать своєї дитини, яка не відповідає бажанням батьків, (за допомогою УЗД, це приблизно на 20-тому тижні вагітності). У деяких країнах Африки, а нещодавно і в КНР (так звана політика однієї дитини), практикується вбивство новонароджених, особливо якщо це не хлопчики. Навіть при ЕКЗ є пари, які вимагають від лікарів визначення статі своїх ембріонів, ще до штучного запліднення, щоб пересадити лише тих, чия стать була б для них бажана.

У багатьох жінок, відповідь на питання: «Навіщо вам дитина?», можна почути такі відповіді:

- Головна мета – це побудова повноцінної сім'ї.
- В сім'ї повинні бути діти, тому хочу я чи ні, я повинна народити дитину.
- Я відчуваю, що в мого чоловіка є інша жінка, але якщо у нас з'явиться дитина, то він залишиться зі мною.

- Я дуже хочу дитину, але мій чоловік не дуже. Але я все одно зроблю все щоб завагітніти.

- Мій чоловік хоче дитину, але я не дуже. Але якщо я це не зроблю, він мене кине і ми більше не будемо разом.

- У всіх мої подруг є діти і мені дуже не зручно, що я як біла ворона серед них.

- Я не готова до народження дитини, але мій вік спонукає мене це зробити зараз, тому що потім буде пізно.

Це лише небагата частка історій жінок, які приходять на консультацію у центр планування сім'ї. Але на думку деяких спеціалістів, приблизно 50% жінок ніяк не задумуються, хочуть вони дитину чи ні. Звідси така велика частина незапланованих вагітностей та абортів.

Останнім часом явище відмови від дитини набуває поширеного характеру, особливо серед дівчат юного віку, це пояснюється падінням ідеалу материнства в житті сучасної молоді.[36, с 217]

Якщо жінка змогла відповісти на питання, навіщо їй народжувати дитину, то відразу стає друге питання: «Чи готова сама жінка, морально та психологічно, до появи маленької дитини у своєму житті?» Як говорять експерти, більшість жінок, як і чоловіків, зовсім не готові стати батьками. Багато сімейних пар, які хочуть народити дитину, дивляться які діти у інших сім'ях. Як приємно з ними гратися, яку силу та енергію вони дають батькам, як батьки міняються з появою дитини та ін. Але далеко не всі готові до дитячих криків, проблем зі здоров'ям, правильного виховання, та ін.

Всі фахівці скажуть, що дитині потрібна повноцінна сім'я, але на превеликий жаль, деякі жінки ставляться до цього вкрай невідповідально. В таких жінок головна мета народити дитину, а що потім з нею робити це питання другорядне. Також є жінки котрі незважаючи ні на що, грають у «героя», при цьому маючи рекомендацію лікаря не вагітніти через незадовільний стан здоров'я. На превеликий жаль у такі жінки може народитися не зовсім здорова дитина, що в свою чергу спричинить ще більше

навантаження на здоров'я матері і може перетворитися на непосильний тягар. В деяких випадка жінки можуть прийняти рішення народжувати будь що і іноді навіть помирають, чи під час вагітності, чи при пологах, залишивши, як їм здається, «згадку» про себе, не беручи до уваги, як буде рости ця дитина без материнській любові і турботи, а також що буде робити самотній батько.

Поява дитини - це дуже відповідальна річ для обох батьків. Тому стосунки між жінкою та чоловіком повинні буди дуже гарні і взаємні. Психологи не рекомендують народжувати дитину, так би мовити для «закріплення» стосунків. Після запліднення, в житті жінки з'являється два проміжки часу, котрі можуть дуже сильно все змінити. Перший проміжок це виношування дитини. В цей час через сильні гормональні зміни у тілі жінки, може змінитися ставлення до багатьох речей, таких як, емоційні стосунки з чоловіком, звички, розклад дня, смакові відчуття та ін. Другий - це вже після народження дитини, що принесе з собою кардинальні зміни у щоденному розкладі, особливо у перші місяці життя дитини. Ці всі зміни можуть не залишити від відносин з чоловіком практично нічого. Але весь «тягар таких змін» при цьому буде відчувати на собі дитина, замість повноцінного щасливої сім'ї, з'являються роздратовані, незадоволенні своїм життя «люблячі» батьки. В такому випадку, якщо вони не розірвуть шлюб, то будуть болісно проживати один з одним багато років, роблячи своє життя і життя дитини нестерпним. Згідно статистики, у розвинених країнах Європи та Америки, 55-60% сімейних пар розлучаються, особливо у перші 3 роки подружжя. На превеликий жаль, саме на ці перші роки і приходить дуже великий відсоток народження дітей у шлюбі. Це пов'язано не тільки з короткостроковою закоханістю, але і з народження дітей, які змінюють подружні відносини.

Також слід враховувати так званий репродуктивний потенціал жінок, ключовим показником його є оваріальний резерв – кількість фолікулів у яєчниках, з яких можуть розвинутися зрілі яйцеклітини. Безперечною є доцільність використання поняття репродуктивного потенціалу, перш за все, стосовно підлітків та молоді, оскільки репродуктивне здоров'я саме цих

категорій населення є основою демографічної безпеки, економічного, соціального та інтелектуального потенціалу будь-якої країни.[2. с 9]

У розвинених країнах існують реаліті шоу, в яких дівчатам-підліткам, котрі вже в ранньому віці захотіли мати дітей, пропонують на деякий час побути мамою, щоб вони змогли відчувати справжні враження від материнства. Їх приводять до сім'ї, к котрій вже є дитини, та залишають їх на одинці з нею на певний час, щоб дівчинка змогла подивитись, як це бути мамою. Для багатьох ці враження дуже сильно змінюють ставлення до материнства, та дають усвідомлення дівчинкам підліткам, що таке відповідальність за дитину. Також є такі реаліті шоу для молодих сімейних пар, де вони можуть взяти маленьку дитину на день чи більше і відчувати все проблеми, які відчувають молоді батьки.

Тому психологи радять, перш ніж планувати дитину, знайти серед своїх друзів чи родичів, сімейні пари з маленькими дітьми, та візьміть їх на день чи декілька днів до себе, а батьки в цей час нехай відпочинять. Цей досвід зможе показати вам, готові ви чи ні стати батьками для своєї дитини.

Також слід зазначити, що: «Материнські почуття не є вродженими вони розвиваються в жінки поряд з мисленням, волею, уявою. Їх можна формувати, а можна пригнічувати, пропагуючи інші орієнтири в якості найбільш значущих»[36.с 220]

З огляду на розглянутий матеріал, можна зробити висновок, що материнство та планування сім'ї - важливі аспекти життя багатьох жінок. У цьому процесі можуть виникати різні занепокоєння та страхи, особливо пов'язані з можливими проблемами під час вагітності та пологів. Емоційна підтримка та інформування про реальні ризики та можливості допомагають жінкам більш впевнено та спокійно переживати ці періоди. Важливо пам'ятати, що кожна ситуація індивідуальна, і консультація з лікарем допоможе вирішити багато питань та сумнівів.

1.2. Вагітність та її періоди

Кожна жінка повинна знати, крізь що вона пройде, коли захоче завагітніти, та народити дитину. Усі лікарі світу, прийшли до єдиної думки про стадії формування плоду під час вагітності і увесь цей час розділяють на три триместри. Це допомагає зрозуміти основні етапи розвитку плода та зміни в організмі жінки. Ось короткий опис кожного триместру:

1. Перший триместр (0-13 тижнів): Найбільш критичний період, коли формуються всі органи та системи плода. Жінка може відчувати ранкову нудоту, чутливість до запахів, втому та зміни в апетиті.

2. Другий триместр (14–26 тижнів): Плід активно росте, починають формуватися м'язи та скелет, з'являються пальці на руках та ногах. Цей період часто вважається найкомфортнішим для жінки, оскільки покращується загальне самопочуття.

3. Третій триместр (27 тижнів до пологів): Плід продовжує набирати вагу, розвиваються органи дихання та нервової системи. Жінка може відчувати збільшення розміру живота, болі в спині та кульшових суглобах, часті сечовипускання. Розуміння цих періодів допомагає краще стежити за здоров'ям жінки та здоров'ям малюка під час вагітності.

Перший триместр вагітності особливо важливо уникати шкідливих впливів на плід, що розвивається. Куріння, вживання алкоголю та деяких лікарських засобів, а також деякі інфекції можуть негативно вплинути на здоров'я дитини. Якщо вагітність несподівана, але бажана, важливо негайно проконсультуватися з лікарем для отримання рекомендацій щодо збереження та підтримання вагітності. Якщо вагітність не запланована, але ви виявили, що вона настала, важливо негайно почати вживати заходів для здоров'я майбутнього малюка. Насамперед, припиніть вживання алкоголю, сигарет та будь-яких наркотичних засобів. Також важливо уникати ліків без попередньої консультації з лікарем. Зверніться до лікаря для проведення всіх необхідних обстежень та отримання рекомендацій щодо здорового способу життя під час

вагітності. Лікар також допоможе вам вибрати вітаміни та добавки, які можуть бути корисні для здоров'я вас та вашої дитини.

У цей час майбутня мама може відчувати тривогу через різку трансформацію звичних стереотипів соціальної поведінки, відірваність від активного життя та очікування неминучих змін, які відбудуться в сім'ї після народження малюка.[34. с 25]

Другий триместр часто вважається найбільш сприятливим для більшості жінок. На цьому етапі багато хто з них вже позбавляється нудоти і втоми, характерних для першого триместру, і починають насолоджуватися вагітністю. Однак, як ви правильно відзначили, важливо підтримувати здоровий спосіб життя та уважно стежити за станом здоров'я, особливо коли вагітність протікає дещо напружено.

Розвиток плоду у другому триместрі, особливо після 20 тижнів, справді дозволяє більш точно оцінити його здоров'я та розвиток. Цей час також надає можливість для виявлення та діагностики деяких вад розвитку, тому регулярні візити до лікаря та проведення ультразвукових досліджень відіграють важливу роль у підтримці здоров'я та благополуччя як матері, так і плода.

Головним психологічним змістом цього періоду є «спільне буття» матері та плоду, котре починається з моменту відчуття жінкою його рухів. Якщо на початку дитина була надією, то завдяки проявам своєї присутності вона стає упевненістю, але ще не реальністю.[34. с 28]

Саме, **третій триместр** дійсно має на увазі підготовку організму до майбутніх пологів і є періодом інтенсивного росту і розвитку плоду. Незважаючи на те, що більшість жінок не мають серйозних проблем, важливо залишатися уважною до свого стану і стежити за будь-якими змінами, щоб вчасно звернутися за медичною допомогою при необхідності.

На цьому етапі очікування пологів материнський організм переживає бурхливі нейрофізіологічні зміни, зокрема, підвищується збудливість кори великих півкуль головного мозку. Проявами цього можуть бути дратівливість, знижена толерантність до фрустрації, а також так званий симптом

нетерплячки — скарги на втому від вагітності, прагнення до її якнайшвидшого закінчення. [34. с 32]

Твердження про те, що діти, народжені на більш пізніх термінах вагітності, мають вищий шанс вижити, підтверджується статистикою. Плід, що знаходиться в утробі матері ближче до повного терміну, має більш розвинені органи та системи, що підвищує його шанси на виживання та адаптацію до зовнішнього середовища після народження. Ускладнення вагітності можуть виникати у будь-який час, і важливо пам'ятати про регулярні візити до лікаря для моніторингу стану та своєчасного виявлення будь-яких проблем.

Дуже поширена проблема, коли жінки починають самотійно приймати ліки без консультації з лікарем, особливо якщо йдеться про період вагітності або планування вагітності. Деякі лікарські препарати можуть бути небезпечними для плода і можуть спричинити серйозні ускладнення. Важливо завжди консультиватися з лікарем перед початком прийому будь-яких лікарських засобів, навіть якщо вони здаються безпечними. Тільки лікар зможе оцінити всі ризики та користь від прийому ліків та, якщо необхідно, підібрати безпечну альтернативу. Самолікування під час вагітності може бути небезпечним та призвести до серйозних наслідків як для матері, так і для плода.

На превеликий жаль, але страх і незнання можуть призвести до неправильних рішень про самолікування, особливо в період вагітності. Важливо пам'ятати, що кожен організм унікальний, і те, що підходить одній людині, може бути небезпечним для іншого, особливо під час вагітності, коли здоров'я та розвиток плода є першорядним завданням. Найкращий спосіб уникнути непотрібних ризиків та ускладнень — це звернутися до кваліфікованого лікаря та дотримуватися його рекомендацій. Лікар зможе оцінити вашу ситуацію, враховуючи всі індивідуальні особливості, та запропонувати найбезпечніші та найефективніші методи лікування чи підтримки здоров'я.

Таким чином, вагітність – це особливий стан, який потребує особливої уваги та турботи. Іноді норми та рекомендації, які застосовуються для невагітних жінок, можуть бути непридатними або навіть шкідливими для вагітних. Тому важливо, щоб лікар, який стежить за вагітністю, був у курсі всіх особливостей та норм цього періоду, щоб запобігати можливим помилкам у діагностиці та лікуванні. Тільки кваліфікований фахівець зможе оцінити всі фактори та призначити правильне лікування або підтримуючі заходи для збереження здоров'я матері та дитини.

1.3 Психологічні зміни під час вагітності

Під час вагітності у багатьох жінок спостерігається порушення когнітивних функцій. На це скаржаться від 50 до 80% жінок. В перші місяці це спостерігається у сенсорній сфері, таких як запах. Зміни можуть проявитись дуже рано, інколи навік на другому тижні вагітності. Крім цього у вагітних спостерігається зміна сприйняття кольорів, звуків, виникнення незвичних смакових побажань(спостерігається у дуже багатьох жінок), вони часто бувають дуже сильними, тому жінці буває дуже складно задовольнити ці бажання. Ознаками вагітності проявляються частим змінення настрою, сентиментальність, сонливість та інше. У перші 20-25 тижнів, у багатьох жінок спостерігається схильність до підвищеною образливості, примхливості та чутливості. Після цього періоду, загальне сприйняття світу жінки відновлюється майже до звичайного стану і ті зміни кольору, запахів, та інше, потроху слабшають, або взагалі зникають. Також в цей період у жінці може підвищитися стимули до творчого потенціалу, а іноді і бажання активно працювати та щось робити. У деяких жінок з'являється надчутливість до своєї майбутньої дитини, що проявляється у сновидінні, завищене передчуття, уявний контакт з дитиною.

Зі зміною звичайного стану на вагітний, у жінки ЦНС дуже сильно змінюється. До кори головного мозку підвищується потік імпульсів, що

підвищує збудливість, це призводить до так званої гестаційної домінанта(спрямована реакція організму жінки на створення оптимальних умов для внутрішньоутробного розвитку дитини). Ці зміни можуть проявлятися як зміна інтересів життя, де первинне стає народження дитини, а всі речі, які до цього цікавили жінку, відходять на другий план. Цей стан дуже помітний приблизно на 3-4 місяць вагітності, коли вже організм жінки повністю перебудувався на народження дитини. З цього можливо з упевненістю сказати, що при цьому стані, жінка ні в якому разі не повинна стикатися з життєвими нервовими ситуаціями, які сильно можуть вплинути на ЦНС, тобто жінка повинна увесь час вагітності бути в спокої, та в розслабленому стані. Якщо цього не відбувається, то це може призвести до патологій при вагітності, а це може негативно вплинути на фізіологічний розвиток дитини.

Зазвичай, вагітність радісно сприймається жінкою, але це буває не завжди. Психологи розділяють відношення до вагітності на декілька видів: оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфоричний, тривожний, депресивний.

При оптимальному відношенні до вагітності, жінки радісно сприймають її. Вона тверезо оцінюють усі проблеми, котрі з'являються кожен день, та конструктивна їх розв'язує. Жінка, яка дізналась про вагітність, продовжує активний спосіб життя, стає на облік лікаря, та сумлінно виконує усі його приписи, починає займатися підготовкою свого тіла до пологів. Всі рідні та друзі допомагають підготуватися, та створюють навколо неї сприятливий світ.

Гіпогестогнозичний(*hypo* - приставка, що означає слабку вираженість; лат.: *gestatio* - вагітність; грец.: *gnosis* - знання) – цей вид відношення до вагітності, проявляється як, приховане чи відкрите негативне ставлення до майбутньої дитини. При цьому стані, якщо оточуючі якимось починають питати, чи якимось по іншому відноситись до жінки у її стані, то це спричиняє в неї негативні емоції та роздратованість. Жінка як би «забуває» про свій стан, повністю його ігнорує, та поводить ся так як нічого зовсім не трапилось, тому якимось особливе ставлення її сильно дратує. Така жінка зазвичай приховує від

інших свою вагітність доти доки може це робити. Чоловік, якщо він є, дізнається про стан своєї коханої вже коли бачить фізіологічні зміни в тілі жінки. Такі жінки, зазвичай, зовсім не змінюють свій спосіб життя, і якщо він був негативний, то вагітність ні як не впливає на його зміну. Тобто вагітність не змінює ставлення до паління, вживання алкоголю, наркотиків, та інші негативних звичок.

У ейфоричному(eu – добре; phero – переносити) відношенні до вагітності жінка знаходиться у підвищеному стані. У неї з'являється примхливість, вона починає відчувати себе особливою, тому всі оточуючи повинні її допомагати у цьому. Дуже часто це спричиняє маніпуляцію до чоловіка, істеричні прояви при спілкуванні. У таких жінок змінюється адекватне сприйняття світи, та і весь світ як би замикається на ній, з'являється відчуття «королеви».

При тривожному відношенні у жінки весь час вагітності спостерігається очікування поганих звісток, постійна нервова напруга. Перебуваючи у такому стані, жінка постійно відчуває себе незахищеною, вразливою, постійно відчуває втому, незалежно від справи. Вони часто соромляться своєї вагітності, тому їй неприємно коли на це звертаю увагу оточуючи, чоловік, батьки... Часто такі жінки дуже бояться ускладнень при вагітності із-за цього можуть спричинити психосоматичні захворювання.

Останній тип відношення - є депресивне відношення до вагітності. Це крайня ступінь тривожності, яка може призвести до розвитку психоневрологічних захворювань. Можуть спостерігатись такі синдроми як маячня, іпохондричні ідеї, ідеї самоприпинення, наміри «звільнення від дитини», аборт, та інше.

Важливо враховувати, що відношення до вагітності майже на сто відсотків залежить від цінності дитини для матері. Тільки при оптимальному відношенні до вагітності цінність дитини «нормальне». Вона не завищена, як при ейфоричному стані, коли дитина набуває сакральності, статусу месії, та і не занижена при інших станах, коли на дитину зовсім не звертають уваги, чи навпаки намагаються завдати шкоди.

Зараз багато вчених, приділяють увагу до впливу емоцій матері, на здоров'я дитини у період вагітності, а також відношенням до дитини вже після пологів, та і до самої себе. До сприятливих елементів для вагітності можливо занести дуже багато якостей, таких як: відсутність страху, тривоги, рівновага, правильна самооцінка, що призводить до більш якісної взаємодії з оточенням. Також позитивне ставлення до світу можуть підняти не тільки сама жінка, своїми внутрішніми якостями, але значною мірою в цьому грає також її чоловік, та її батьки. Для підвищення внутрішнього світу, фахівці рекомендують споглядати на природу, інших дітей, купувати собі красиві речі, це все сприяє покращенню емоційного стану жінки, а тим самим і психологічного стану її та її дитини. Жінка також потребує психологічної допомоги, перш за все це емоційна допомога, яка проявляється у співпереживанні оточуючих у навколишніх подіях. У стані вагітності прояви тривоги - це абсолютно нормальний стан, цей стан відмічають більшість жінок. Більшості жінок подобається їх стан. В цьому стані їм хочеться щоб про неї піклувались, при цьому вона відчуває етап дорослішання, але і інфантилізм теж присутній. Але з роком більшість жінок стають більш відповідальні і до себе і до дитини.

Сучасні дослідження вказують на те, що у кожному триместрі, емоційний стан жінки дуже сильно змінюється.

У першому триместрі, емоційний стан жінки пов'язана з очікування вагітності. Цей амбівалентний стан надії та тривоги впливає на всі сфери життя жінки. Жінка концентрується на змінах у своєму житті, які про 'являються через зміну настрою, апатію, роздратованість, страх за майбутнє. Крім цього може з'явитися страх викидня. Також багато жінок повідомляють про відчуття «зупинки» часу, все відбувається набагато довше ніж завжди.

У другому триместрі багато жінок поділяються на дві групи: у перших відбувається стабілізація психічного стану, та з'являються стимули для повернення до звичайної праці. У інших навпаки, росте тривожність,

з'являється субдиприсивні елементу у поведінці. Вагітність у цей період вже більш сильно впливає на психіку, з'являється відчуття материнства, майбутня матір усвідомлює та приймає вагітність та появу дитини.

У третьому триместрі усі психічні сили жінки налаштовані на процес усвідомлення пологів, та і страху передчасних пологів. Жінки дуже психічно вразливі, дуже сильні відчують залежність від інших, зниження статевого потяга, змішенні відчута з приводу своєї зовнішності.

Фахівці вважають, що тривога при вагітності, як це не дивно, може зіграти позитивну роль. Вона мобілізує жінку для сприйняття її нового стану. Також якщо вагітна жінка вирішую питання, які спричинили тривогу, то це дуже позитивно впливає на дитину. Але якщо жінка не вирішую проблеми, то це може спричинити порушення сну, напруження у стосунках з оточенням, майбутнє проявляється у чорних тонах. У таких жінок змінюється відношення до себе і оточуючих у поганий бік, і з іншого боку теж змінюється відношення до жінки на гірше. Якщо при цьому нічого не змінити, то цей стан тривоги замість мобілізації змінюється на апатію, та негативно впливає на перебіг вагітності, та може стати причиною ускладнення при пологах.

Емоційні стреси можуть вплинути на процес пологів та на немовля. Якщо у родині не все добре у відносинах то це призводить до бурхливих емоційних конфліктів. Якщо плід це дівчинка, то такий емоційних стан підвишує ризик викидня, а якщо хлопчик, то після народження він може не кричати, незважаючи на те, що в нього все добре з дихальними шляхами. Спеціалісти стверджують що це відбувається завдяки психогенній загальмованість. Якщо пологи проходять швидко, є імовірність що дівчатка можуть народитися без крику, з відсутністю будь яких патологій. Вчені це пов'язують з інтенсивною роботою чи іншим навантаженням у вагітний період.

Таким чином, можна стверджувати, що емоційний стан жінки, під час вагітності, має дуже сильний вплив не тільки на її психофізичний стан, але напряду впливає на її ще ненароджену дитину. Бурхливі емоції, депресивні

погляди на життя, перманентний стрес, сварки та багато іншого напряму впливає на дитину та на її здоров'я. Тому під час вагітності, жінці так важливо зберігати спокійний психічний стан, побільше радісних емоцій, і також побільше думати про хороше та позитивне.

Також слід додати про вплив віку жінки на її ставленні до вагітності. Психологами встановлено що у ранньому віці жінки не дуже радісно сприймають свій новий стан «Я - мати».

Згідно даним статистики щорічно в світі приблизно у 40% юних дівчат перша вагітність настає до 18 років, при цьому лише кожна десята вагітність завершується народженням дитини, що приблизно складає близько 2,0-4,5% від загальної кількості пологів.[2.с 53]

У старшому віці, тобто більше 35 років, у лікарів вважається пізній репродуктивний вік.

Не зважаючи на тенденцію до поширення такого явища серед сучасних жінок, варто зазначити, що сьогодні немає єдиної думки серед фахівців щодо впливу вікового фактору на характер перебігу вагітності та адаптацію до ситуації материнства в цілому. Проте, безперечно, ця категорія жінок є однією з груп ризику щодо розвитку ускладнень під час вагітності та пологів, при цьому процес психологічної адаптації до виконання нової соціальної ролі та формування материнської поведінки в цілому у жінок пізнього репродуктивного віку має певні особливості.[2. с. 64]

Тому якщо жінка вирішила народжувати після 35 років їй слід більше ретельно підготуватись. Обов'язково звернутися до лікаря, щоб перевірити фізіологічний стан, а також змінити своє відношення до свого життя, яке, як правило, в цьому віці вже стабілізувалась, у соціальному плані.

Тому на думку лікарів та психологів, найбільш сприятливий період для вагітності це від 18 до 35 років. Но це не означаю, що тільки в цей період слід заводити дітей, жінка сама вправі вирішувати коли і скільки дітей мати, а сучасна медицини сприяє більш виважено підходити до цього питання.

1.4 Вплив вагітного стану на ЦНС

Період вагітності, для кожної жінки, є одним з найважливіших етапів онтогенезу материнства. З цього фахівці роблять висновки, що етапи вагітності, поділяються на такі фази:

Перша фаза до вагітності – це зона формування материнських відношень до онтогенезу. На ці відносини впливають дуже багато чинників, таких як відношення з матір'ю, сімейні цінності, також до них може віднести культурні цінності. Спочатку вагітності у майбутній матері формується Я-концепція і концепція дитини.

Друга фаза – це перший тілесний досвід. Ця фаза починається коли у дитини з'являється перші рухи, які призводять до формування психологічного відчуття «Я» та «не Я», «Я» та «Він». З'являється новий сенс «свій», «рідний». Після народження дитина набуває більш соціального статусу «свій» як людина, ніж «свій» як частина жінки і це закріплюється з кожним роком життя дитини.

Формування психологічного відчуття материнства, вважається одним найважливіших етапів життя кожної жінки. Кінцевим етапом є формування правильною поведінкової, емоційної та мотиваційної сфери у житті жінки. Нейрофізіології змогли довести, що у вагітних жінок, мозок дуже пластичний, завдяки цьому в ньому формуються нові нейрофізіологічні зв'язки, які допомагають жінці у майбутньому вихованні дитини. До таких змін можливо віднести формування прихильності, реакцію на стрес, розпізнання дитини, та інше. Ці процеси проводять до розуміння матері свого нового стану, та призводять до зміни у самосприйнятті.

Наукова інформація, отримана у процесі експериментів над тваринами, дає змогу сказати, що зміни у мозку які проходять під час вагітності, впливають на такі ділянки як: префронтальна та орбітофронтальна зони кори, мигдалеподібні тіла, сіра речовина в області сильвієвого каналу, та багато інших зон. Також необхідно додати, що вказані зони мозку, змінюють не

тільки материнську поведінку, а також змінюють свою структуру на функцію у період вагітності. Наприклад зміна у гіпокампі, що відповідає за рівень естрогенів. Ці зміни не можливо позначити як кардинальні, але вони впливають на гормональний рівень та психофізіологічний стан жінки.

Також треба додати про зміни у корі головного мозку. Збуджуваність кори головного мозку знижується до 3–4-го місяця, а потім поступове підвищення збуджуваності (пов'язане з формуванням у корі головного мозку вогнища підвищеної збудливості – гестаційної домінанти, що проявляється певною загальмованістю вагітної та спрямуванням її інтересів на виношування вагітності). Характерна знижена збуджуваність відділів ЦНС, які розміщені нижче, а також рефлекторного апарату матки. Напередодні пологів збуджуваність спинного мозку і нервових елементів матки збільшується. Змінюється тонус вегетативної нервової системи, що зумовлює на ранніх термінах вагітності такі симптоми, як сонливість, підвищену дратівливість, плаксивість, запаморочення. [7. с 30]

Зміна психологічної поведінки у матері, у багатьох випадках, пов'язана з гормоном естрогеном. Він, у багатьох випадках, є одним з головних при вагітності. Згідно з дослідженнями, вже приблизно на початку третього тижня вагітності, рівень естрогену збільшується у 7 разів і перевищує цей показник у порівнянні зі звичайним станом. Також він набагато важчий навіть, якщо порівнянні цей рівень з рівнем у менструальний цикл. Також наприкінці вагітності, естроген може перевищувати у 30 разів у порівнянні зі звичайним станом, а то і більш. Такий високий рівень цього гормону впливає на кровотік до матки, а також змінює поведінку матері. Фахівці знайшли взаємозв'язок між рівнем естрогену у крові жінки, під час вагітності і прихильністю до дитини у перші шість тижнів після пологів. Чим він був вище, тим була більша прихильність.

Також слід зазначити важливий вплив окситоцина у процесі «зміни» мозку у майбутньої матері. Вчені виявили, що суттєве підвищення цього гормону у період вагітності, дуже сильно впливає на прихильність матері до

дитини. Дані, які отримані в ході досліджу, виявили, що рівень окситацина на десятому тижні вагітності, та на другому тижні після пологів, прямо впливають на рівень прихильності матері до своєї дитини. Чим він більших, тим більше уваги матір приділяє до своєї дитини, отримує більше емоційних переживань, та більш ласкаво ставляться до своєї дитини. Жінки з високим рівнем окситоцина відмічають біль уважне ставлення до своєї дитини, значно більше проводять з ним часу, намагаються сприяти якнайшвидшій адаптації дитини у житті.

Не слід забувати також про великий вплив самого плода на зміни у ЦНС матері. Його вплив відбувається завдяки ендокринних механізмів, тобто через кортікотропін-релізінг гормону. Цей гормон впливає на фізіологічну реакцію на стрес. Вчені ще не змогли остаточно доказали, але є припущення, що він також впливає на післяродову депресію у жінки.

Стать дитини також впливає на мозок жінки. Досліди виявили, що у жінки яка виношують хлопчика, вищі показники оперативної пам'яті, відносно плода - дівчинки. Ці відмінності стають помітними приблизно на початку другого триместра. А залежить це від вироблення більш високого рівня хоріоніческого гонадотропіна. Він проникає у кров матері та доходить до гіпокампа та інших ділянок головного мозку.

Вплив дитина на тіло матері не закінчується тільки підвищенням тих чи інших гормонів. Вчені виявили також вплив такого феномену як фетальний мікрофимеризм. Це феномен виявили вже багато років тому і його суть полягає у тому, що деякі клітина організму дитини проникають через захисну оболонку плаценти, та проникають у організм жінки. Тому після пологів, якщо дитина балу хлопчиком, у організмі жінки виявляють Y-хромосомні клітини. Більш цікавим є те, що ці клітини були виявлені і через багато років після пологів. І ці клітина поширюється на весь організм матері. Вчені змогли їх знайти у всіх внутрішніх органах жінки, включаючи і головний мозок. Але зараз вчені не можуть з впевненості сказати, навіщо ці клітина проникають у організм жінки і як вони впливають на її організм, та чи приймають вони якусь

дію у формуванні відносини матері до своєї дитини.

Вплив ще ненародженої дитина на матір, та її ЦНС все більше і більше досліджується різними вченими, та в загалом всі приходять до однієї думки, що народження дитини у тілі жінки залишає слід на все життя. І майбутнім покоління вчених, ще доведеться знайти ще багато речей, які назавжди пов'язують жінку зі своєю дитиною і може у майбутньому, достатньо буде взяти кров матері, щоб все розказати про її дітей, фізіологічні сліди яких залишилися в тілі жінки.

1.5 Вплив шкідливих звичок на вагітність

Не секрет для всіх, що паління вживання алкоголі та наркотиків дуже шкідливо пливають на плод у тілі матері. Але це вплив різниться від типу вжитої речовини. Так вплив паління порівняно з алкоголем та наркотиками є найменший, але не слід цей вплив зовсім прибирати. По статистиці приблизно від 15 - 30% жінок палять. Але на щастя дуже багато жінок кидають цю звичку коли стають вагітними. Зазвичай продовжують палити у період вагітності, жінки з низьким соціально-економічним статусом, юним віком, низьким рівнем досвідченості. Паління дуже сильно спливає на дитини під час вагітності, воно може спричинити передчасні пологі та можливо викидня.

Також воно впливає на розвиток плоду та може спричинити так званий «тютюновий синдром плода» який спричиняю внутрішню гіпотрофію, жовтястю, та іншими порушеннями в розвитку плоду в утробі матері, а також і після народження, такі діти мають меншу вагу ніж діти, від некурящих матері. В процесі паління плід може недоотримувати достатньо кисню, внаслідок чого в нього може з'явитися гіпоксія, що може призвести до порушень розвитку таких як: полікезтоз нирок, дефект перегородки серця також збільшує у декілька разів ризик народження дитини з вадами внутрішньоутробного розвитку. Не слід забувати і про те, що матір, яка вже після народження дитини, продовжує палити у процесі грудного

вигодовування, впливає на приріст маси тіла дитини. Згідно з даними, які були отримані у процесі дослідження, матері які припиняли палити до вагітності, або відразу після того як дізнались про свій стан, підвищують функцію верхніх дихальних шляхів у себе, а також нормалізують масу тіла дитини при народженні.

Інтерес у вчених викликає можливим впливом куріння матері під час вагітності на здоров'я дітей після їх народження. Помітно підвищується захворюваність дітей у перший рік життя та частота звернень за медичною допомогою. Дослідження вказують на те, що куріння більше 15 цигарок на день під час вагітності значно збільшує ймовірність госпіталізації дітей у перші 8 місяців життя через бронхолегеневі захворювання, патології шлунково-кишкового тракту та захворювання шкіри. Куріння матері також пов'язане з частішими випадками коліків у дітей першого року життя. Підвищена захворюваність нижніх дихальних шляхів у дітей поєднується зі збільшеним вмістом нікотину в калі новонароджених, що підтверджує зв'язок між курінням матері під час вагітності та збільшенням частоти бронхолегневих захворювань у дітей. Куріння матері також збільшує ризик гострого середнього отиту у дітей першого року життя та негативно впливає на утворення крові у дитини, що може призвести до анемії першого року життя. Діти, які зазнали дії нікотину до народження, мають збільшений ризик алергічних реакцій та харчової алергії протягом перших трьох років життя.

Багато дослідників цікавить вплив куріння матері під час вагітності на особливості гемодинаміки та характеристики серцевого ритму у дитини, а також на ризик виникнення розладів дихання. Куріння під час вагітності може призвести до підвищення рівня артеріального тиску у новонароджених та дітей у перший рік життя. Є дані, що вказують на те, що негативний вплив куріння матері зберігається і в наступні вікові періоди, відбиваючись на показниках артеріального тиску у дітей. Куріння може порушувати регуляцію серцевого ритму у дітей, чий матері курили під час вагітності. Діти, матері яких курили під час вагітності, мають знижені показники функції зовнішнього

дихання. Було виявлено зв'язок між курінням матері під час вагітності та рецидивами свистячого дихання у дітей у ранньому віці.

Куріння жінок під час вагітності, та після пологів вважається одним із головних факторів ризику синдрому раптової дитячої смерті (СРДС). Повний механізм, яким куріння матері під час вагітності збільшує ризик СРДС, поки не зрозумілий. Однак є дані про те, що вплив нікотину на плід під час вагітності може порушувати функції деяких клітин легких новонароджених, пошкоджувати провідну систему серця та змінювати співвідношення деяких синапсів у мозку. Крім того, куріння матері під час вагітності пов'язане з вищим порогом реакції дитини на гіпоксію під час сну. Дослідження також показали зв'язок між частотою та тривалістю патологічних зупинок дихання (апноє) під час сну у дітей першого року життя та кількістю сигарет, що викурюються матір'ю під час вагітності. Діти з частими апноє часто страждають від таких симптомів, як нічне хропіння, шумне дихання, занепокоєння та підвищене потовиділення під час сну. Ці порушення сприймаються як можливі механізми СРДС.

Куріння матері під час вагітності значно впливає якість сну дітей першого року життя. Такі діти частіше мають проблеми із засинанням, бувають неспокійними і важче заспокоюються. Діти, які зазнали впливу нікотину до народження, можуть мати неврологічні розлади. У них спостерігається нижча оцінка за шкалою Брейзелтона, змінений крик, підвищена дратівливість, частіше трапляються ознаки м'язової гіпертонії та підвищеної збудливості першого місяця життя. Куріння матері під час вагітності також пов'язане зі зниженням реакції на звукові подразники у новонароджених, більш інтенсивними реакціями у віці 2-4 місяців, затримкою першорічного розвитку до 8 місяців, а також з низькими оцінками рівня психічного розвитку до кінця першого року життя та порушенням відповіді на звуковий тест у 1 та 2 роки. Є дані про погіршення інтелектуальних здібностей та успішності у дошкільному та шкільному віці у дітей, матері яких курили під час вагітності, а також про частіше виявлення ознак дефіциту уваги та

гіперактивності. Куріння матері під час вагітності також пов'язане з підвищеним ризиком затримки психічного розвитку, девіантної поведінки та психічних розладів у дітей у шкільному та підлітковому віці.

Також не слід забувати про жахливий вплив алкоголю та наркотиків на вагітну жінку та її дитину. Цей вплив значно більший ніж вплив від паління.

Негативний вплив алкоголю на розвиток плода був відомий ще з часів Аристотеля у III столітті до н.е. Проте наукові дослідження з цієї проблеми почали з'являтися лише на початку XIX століття. У середині XX століття були опубліковані роботи, з яких стало відомо про характерний комплекс симптомів у новонароджених, матері яких зловживали алкоголем, названих "алкогольним синдромом плода" (АСП). Частота АСП у деяких країнах Західної Європи та США становить 0,97 випадків на 1000 новонароджених, а серед дітей, матері яких вживали алкоголь під час вагітності, поширеність цього синдрому сягає 4,3%. Менш серйозні наслідки вживання алкоголю матір'ю, що не відповідають типовій картині АСП, часто називають "алкогольними ефектами у плода" (АЕП).

Патогенез алкогольного синдрому плода поки що не повністю вивчений. Однак відомо, що алкоголь (етанол) швидко проникає через плаценту та гематоенцефалічний бар'єр плода, накопичуючись у тканинах, багатих на ліпіди, таких як центральна нервова система. Етанол також виявляється в амніотичній рідині, що вказує на можливість його проникнення, що обходить плаценту. У патогенезі АСП важливу роль, ймовірно, відіграють патологічні зміни у самій плаценті, такі як дистрофічні зміни у хоріонічних ворсинах та порушення процесів мікроциркуляції. Одним з можливих факторів тератогенної дії етанолу є недорозвинення однієї з артерій пуповини, що часто зустрічається при АСП. У патогенезі АСП також важливу роль грають морфофункціональні порушення печінки плода. Зазначається, що у печінці плода відсутня алкогольдегідрогеназа, фермент, який зазвичай руйнує етанол у дорослих людей.

Розвиток алкогольного синдрому плода (АСП) може бути пов'язаний не

тільки з прямим впливом етанолу, але і його метаболіту – ацетальдегіду. Ацетальдегід особливо активно переходить до плоду у першому триместрі вагітності, коли відбуваються ключові процеси диференціювання органів та тканин.

Діагностика АСП базується на трьох основних ознаках:

1. Уповільнення зростання.
2. порушення структури та функції центральної нервової системи.
3. Характерні аномалії лицевого черепа, внутрішніх органів, кінцівок та інших систем організму.

Для точної діагностики АСП також важливими є дані про рівень алкоголізації матері під час вагітності.

Ушкодження центральної нервової системи (ЦНС) при алкогольному синдромі плода проявляються у розвитку мікроцефалії, порушення інтелекту та координації рухів, а також стані збудження. Ці наслідки, що виникають у період новонародженості, можуть зберігатися багато років. Середній рівень IQ у пацієнтів становить 65-70, однак у дітей з найбільш тяжкими морфологічними аномаліями та найнижчими показниками зростання спостерігаються більш виражені прояви розумової відсталості.

У немовлят та дітей раннього віку з АСП часто відзначається низька активність при ссанні грудей, затримка розвитку мови та рухових навичок, порушення тонкої моторики, а також проблеми зі слухом. Також часто спостерігається синдром дефіциту уваги та гіперактивності. Судомний синдром проявляється у 20% випадків АСП, хоча не вважається типовим проявом цього стану.

Встановлено, що мікроцефалія розвивається у випадку прийому алкогольних напоїв в той період вагітності, коли проходить формування черепа, тобто на 4-8 тижнях, а ока та очної щілини на 4-15 тижнях. Дії етилового спирту на ембріон в цей час може призвести до мікрофтальму та вкорочення очних щілин.[33 с.23]

Затримка зростання починається вже в процесі антенатального розвитку

і стає більш очевидною після народження. Хоча з віком маса тіла дитини може наближатися до нормальних значень, залишається стійке відставання у рості та невеликий об'єм голови. Основні аномалії розвитку лицьового черепа включають мікрофтальмію (зменшення розмірів очних яблук), подовжене обличчя, низький лоб, явне недорозвинення підборіддя, маленький ніс з характерною формою, дисплазію вушних раковин, широко відкритий рот, птоз повік (опущення верхньої повіки). Ці риси роблять зовнішність таких дітей унікальною та спрощують діагностику АСП. З віком лицьові дисморфії стають менш вираженими, але деякі з них, наприклад, коротка очна щілина можуть зберігатися протягом тривалого часу.

Часто у дітей з алкогольним синдромом плода також спостерігаються вроджені вади серця, множинні гемангіоми (судинні пухлини) та аномалії розвитку верхніх та нижніх кінцівок. Пренатальна смертність при цьому синдромі є високою, тому вживання алкоголю під час вагітності є значним фактором ризику для розвитку пренатальної патології.

Тому рекомендується повністю утримуватись від вживання будь-яких алкогольних напоїв під час вагітності. Якщо жінка страждає на хронічний алкоголізм і завагітніла, як це не прикро, може бути розумним обговорити можливість штучного переривання вагітності.

Вживання кокаїну, та інших наркотиків, під час вагітності може призвести до розвитку вроджених вад центральної нервової системи (ЦНС), сечостатевої системи, а також до можливого мимовільного викидня і відшарування плаценти. Крім того, є підвищений ризик затримки внутрішньоутробного розвитку плода, подальшої затримки психічного розвитку дитини, а також збільшення ймовірності синдрому раптової смерті дитини. Вживання героїну і метадону впливає на опіатні рецептори ЦНС плоду, що формуються. У новонароджених, матері яких вживали ці наркотики, можуть спостерігатися тимчасові, але сильно виражені ознаки синдрому відміни, що супроводжуються вираженим роздратуванням ЦНС і загрожують їхньому життю. Прийом марихуани під час вагітності може призвести до

неврологічних розладів у новонароджених, таких як синдром відміни. Діти, чий матері вживали марихуану, може бути низькі показники IQ, прояви синдрому дефіциту уваги і гіперактивності, і навіть затримка психічного розвитку, які можуть виявлятися починаючи з трьох років.

1.6 Психологічні проблеми при пологах

Пологи - це природний процес, коли плід вивільняється з матки жінки після того, як він стає життєздатним. Згідно з рекомендаціями ВОЗ, плід вважається життєздатним, якщо його маса становить 500 г і більше, а термін вагітності перевищує 22 тижні. Пологи можуть відбуватися вчасно (37-42 тижні), передчасно (менше 37 тижнів) або запізно (понад 42 тижні). Існують також штучно викликані пологи, коли процес народження індукується за медичними показаннями. Цей процес може бути необхідним, якщо є загроза здоров'ю матері або плоду.

Ще одним видом пологів є програмовані пологи, які плануються на певний день і час, зазвичай, при повній зрілості плода. Пологи – це складний фізіологічний процес, який вимагає активної участі жінки та підтримки медичного персоналу. Вони можуть бути як природними, так і такими, що потребують медичного втручання, залежно від обставин та особливостей кожного випадку.

Не слід забувати про такий чинник як фрустрація. Фрустрацію під час вагітності доцільно трактувати як складний психічний стан жінки, що проявляється в притаманних цьому стану особливостях поведінки і переживаннях вагітної, що викликані реальними або уявними перепонами, нездоланими труднощами, які виникають в перинатальний період та перешкоджають досягненню бажаної мети. Зазвичай вагітна жінка, усвідомлюючи себе майбутньою матір'ю, переживає мотиви зовнішньої або внутрішньої активності, але через різні ускладнені причини, стани і детермінанти не може їх сповна реалізувати.[17. с 39]

Пологи зазвичай відбуваються у спеціалізованих медичних закладах, де створено всі умови для надання кваліфікованої допомоги. Пологи веде лікар разом із акушеркою. Жінку під час пологів прийнято називати породіллю. Породілля ділять на первородящих (первородок) і повторнородящу (багатоплідна). Первородяща жінка народжує вперше, а повторнородяча вже має досвід пологів. Причини початку родової діяльності досі не до кінця зрозумілі. Існує безліч теорій, які пояснюють їх наступ. Одна з перших теорій, запропонована Гіппократом, стверджує, що пологи починаються через голод плода, який стимулює рух до виходу з матки. У подальші часи були запропоновані й інші теорії, такі як механічна, імунна, плацентарна, хімічна, гормональна та ендокринна.

У процесі родової діяльності відбуваються складні фізіологічні зміни у організмі жінки, створені задля виведення плоду з матки. Цей процес контролюється мозком, який передає відповідні сигнали матці та іншим органам, що беруть участь у пологах. Родова діяльність передбачає скорочення матки та відкриття шийки матки, щоб забезпечити плоду прохід із матки через родові шляхи.

Сам процес пологів дуже індивідуальний і може різнитися в різних жінок. Він може бути супроводжений різним ступенем болю та дискомфорту, що залежить від багатьох факторів, включаючи фізичний та емоційний стан жінки, її попередній досвід пологів, а також обставини самої вагітності.

Незважаючи на індивідуальні особливості, пологи зазвичай проходять через кілька етапів. Перший етап характеризується відкриттям шийки матки та посиленими сутичками, другий етап – вигнанням плода з матки, а третій – відділенням плаценти. Важливо, щоб пологи проходили під наглядом медичного персоналу, який зможе оцінити та контролювати процес і в разі потреби вжити відповідних заходів.

Перед початком пологів відбувається посилення гальмівних процесів у корі великих півкуль та підвищення збудливості підкіркових структур, що регулюють родову діяльність. У цей час зростає збудливість периферичних

відділів нервової системи, особливо інтерорецепторів, що передають збудження зі статевих органів. Сигнали від матки, що формують безумовні рефлексі, пов'язані з пологами, посилюються за рахунок зрілості фетоплацентарного комплексу. Інтенсивність рефлекторних реакцій, що лежать в основі процесу пологів, залежить від тонуру різних відділів вегетативної нервової системи, що іннервують матку.

Нервова регуляція родової діяльності тісно пов'язана із змінами в гормональному статусі перед пологами. Тільки певні гормональні співвідношення дозволяють матці реагувати на рефлекторний стимул та підтримувати регулярні скорочення під час пологів. Одним із ключових факторів у цьому процесі є збільшення рівня естрогенів при зниженні прогестерону, який зазвичай блокує скорочення м'язів матки. Крім того, простагландини відіграють важливу роль у розвитку родової діяльності, вважаючись основними стимуляторами початку пологів. Вироблення простагландинів наприкінці вагітності обумовлено процесами старіння та дегенерації структурних елементів плаценти.

Сімейний мікроклімат, який не забезпечує формування повноцінних гуманних взаємин, пронизаний фрустраційними й апатійними намірами, зумовлює підвищений рівень невротизації та є загрозою для повноцінного афективного розвитку дитини на етапі ускладненої пренатальності.[17. с 47]

Крім біологічних аспектів, психологічні чинники можуть впливати на початок родової діяльності. Стрес, тривожність, негативні емоції або, навпаки, психологічна готовність та позитивне ставлення можуть впливати на гормональний баланс та активувати механізми, що сприяють початку пологів. У цілому нині, пологи - це складний і багатогранний процес, який залежить від багатьох чинників, як біологічних, і психологічних. Взаємодія всіх цих аспектів дозволяє організму жінки підготуватися та успішно здійснити пологи.

Перед початком процесу пологів часто відбуваються зміни в організмі жінки, які можна назвати "провісниками пологів". Ці ознаки можуть включати різні зміни, такі як зниження живота, збільшення рухливості плода, зміни в

шийці матки, поява сутичок Бракстона-Хікса, зміни у виділеннях, збільшення частоти сечовипускання та зміни у психологічному стані. Однак варто відзначити, що ці ознаки можуть проявлятися по-різному у різних жінок і не завжди є точними провісниками настання пологів. Тільки лікар може точно визначити готовність організму на початок процесу пологів.

Перед початком процесу пологів відбуваються зміни в гормональній системі у матері та у плода, пов'язані з його готовністю до народження. Цей процес визначається генетично і пов'язаний із зрілістю епіфіз-гіпоталамо-гіпофізарної системи плода. Наступ пологів передують клінічним ознаками, які об'єднані в поняття "провісники пологів". Ці ознаки включають переміщення центру тяжкості тіла вагітної до передньої частини (що призводить до "гордої ходи"), "опускання живота" за рахунок входу головки плода в малий таз, випинання пупка, зміни у відчуттях у жінки (підвищена збудливість або апатія, "припливи" до голови), зниження маси тіла, зниження рухової активності плода, та поява нерегулярних відчуттів у ділянці крижів та нижньої частини живота.

Для розуміння пологів та їх процесу важливо знати, як плід розташовується у матці. Коли вагітність протікає нормально, плід займає характерне становище: тулуб зігнутий, головка спрямована до грудної клітки, а ноги та руки притиснуті до тіла. Приблизно до 30-32 тижня вагітності плід займає положення, яке полегшить його проходження через родові шляхи при пологах. Положення плода визначається щодо осі матки. Поздовжнє положення, коли тіло плода розташовується вздовж матки, вважається нормальним. Поперечне та косо положення є аномаліями. Передлежання плоду означає, яка його частина знаходиться ближчою до виходу з тазу матері. Головне передлежання, де головка плода звернена до виходу тазу, найпоширеніша. При тазовому передлежанні до виходу з тазу може бути звернена сідниця, нога чи сідниця з ногою.

Пологи проходять у три етапи: перший - від початку сутичок до повного розкриття шийки матки, другий - вигнання плода, і третій - вигнання посліду.

Зазвичай фізіологічні пологи у першородних триває 12-16 годин, у повторно-родять - 8-10 годин.

Послідовий період пологів зазвичай триває від 5 до 30 хвилин та супроводжується кровотечею з матки, при цьому кількість втраченої крові зазвичай не перевищує 500 мл (0,5 % маси тіла). Після народження посліду жінка стає породіллею. Оскільки пологи є природним фізіологічним процесом, поведінка жінки під час них багато в чому визначається материнським інстинктом. Під час пологів жінка, здавалося б, занурюється, переживає зміни у стані свідомості. Майже всі породіллі набувають "мрійливого" виразу особи, забувають про свій соціальний статус і втрачають контроль над собою. Багато хто з них видає характерні стогін і крики на різних етапах пологів. Незважаючи на біль та різні неприємні відчуття, породіллі не виглядають безпорадними чи втраченими, вони діють неквапливо, шукають зручну позу та багато дій виконують інтуїтивно. Мистецтво допомоги під час пологів полягає в умінні надати жінці можливість поводитися максимально вільно, що сприяє активації несвідомих механізмів саморегуляції під час пологів.

З настанням сутичок та його наростанням у породіллі збільшується активність дихання, що може виявлятися у криках. Ці реакції мають фізіологічне обґрунтування та вважаються нормальними. Під час пологів посилюється обмін речовин, включаючи газообмін, особливо у другій фазі. На початку перейм спостерігається зниження глибини дихання, яке повертається до норми під час пауз. На початку потуг дихання затримується, потім стає частіше та глибше. У гемодинаміці також відбуваються зміни. Рівень навантаження на серцево-судинну систему збільшується, пульс частішає, особливо під час вигнання (90-100 ударів за хвилину). Артеріальний тиск у здорових породіль залишається стабільним у першій фазі. Під час вигнання спостерігається деяка зміна тиску у межах норми. Під час потуг тиск підвищується, у паузах повертаючись до вихідного рівня. Найяскравіші зміни у гемодинаміці відбуваються після народження плода, у третій фазі. Після вигнання плода внутрішньочеревний тиск знижується, і судини черевної

порожнини наповнюються кров'ю, зменшуючи приплив крові до серця. Внаслідок перерозподілу крові виникає тимчасова компенсаторна тахікардія. У здорових жінок система кровообігу швидко відновлює рівновагу після пологів. Під час потуги спостерігається деяке зниження насиченості крові киснем; під час пауз ці зміни зникають. При нормальному перебігу пологів потреба матері та плоду в кисні повністю задовольняється.

Під час пологів жінка часто змінює положення тіла, щоб полегшити біль та налаштуватися на оптимальний ритм сутічок. Різноманітність поз і рухів включає зміну положень, таких як лежання на боці або на спині, сидіння, ходіння, нахили та присідання. Ці рухи та пози також впливають на дихання та звуки, які видає породілля. Наприклад, дихання та звуки можуть змінюватися в залежності від того, яка поза прийнята. Під час пологів жінка може вибрати свій стиль дихання, співвідносячи його зі становищем тіла. Основні пози і рухи включають положення навколішки, навпочіпки, сидячи і стоячи, а також ходьбу і нахили. Однак найкращою позою під час пологів є та, яку вибирає сама породілля. Під час сутічок жінки часто воліють ходити, нахилитися, ставати на четвереньки або присідати, а під час потуг - сідати навпочіпки або ставати навколішки. Інстинктивна поведінка породіллі передбачає повну свободу рухів. Жінка здатна розслаблювати все своє тіло в моменти сильної напруги на сутічках та потугах. Це розслаблення має важливе значення для благополучного народження дитини, оскільки допомагає м'язам матки розм'якшитися і не створювати перешкод для руху плода по родових шляхах.

Для досягнення максимального розслаблення важливо, щоб жінка могла повністю віддатися процесу пологів та мала змогу поводитися природно та вільно. Це дозволяє їй якнайкраще використовувати свої родові ресурси. У свою чергу, така свобода дій дозволяє жінці розслабитися та провести пологи ефективно. Крім виконання медичних процедур, акушерка та лікар повинні також забезпечувати психологічний комфорт жінки, надаючи їй можливість вільного руху, вибору зручної пози та створюючи доброзичливу атмосферу.

Коли жінка народжує, її стан - фізичний та емоційний - робить її вразливою та залежною від оточуючих. Після пологів вона може відчувати сорому через те, що інші бачили її в такому стані. Однак важливо пам'ятати, що породілля - це зріла і психологічно здорова людина, здатна приймати рішення.

Під час пологів акушерка та лікар повинні поважати її незалежність та право вибору у тому, як проходять її пологи. Породілля може опинитися в залежному становищі через обставини, і вона довіряє своє здоров'я та здоров'я своєї дитини фахівцям. Якщо жінка не могла заздалегідь познайомитися з акушеркою чи лікарем, ті мають показати, що вони дбають про її добробут. Вони повинні створити атмосферу безпеки, свободи та впевненості для жінки, щоб вона могла почуватися комфортно та спокійно під час пологів.

Важливо, щоб акушерка та лікар були готові підтримати жінку, дозволивши їй зберегти свою незалежність та контроль у межах можливого. Вони повинні прагнути створити атмосферу, в якій жінка відчувається впевнено та захищено, щоб пологи пройшли якомога комфортніше та благополучніше.

Партнерство під час пологів, коли поруч із породіллем знаходиться людина, якій вона безумовно довіряє, може надати значну підтримку. Цей партнер, найчастіше чоловік, але іноді й інша близька людина, відіграє важливу роль, створюючи сприятливу психологічну обстановку і допомагаючи породіллі впоратися із хворобливими відчуттями. Пологи з такою підтримкою часто проходять успішніше і легше, ніж без неї, навіть якщо є досвідчений лікар. Партнерство під час пологів дозволяє жінці почуватися спокійно і впевнено, оскільки вона знає, що поруч є людина, яка піклується про неї та підтримує її. Це може суттєво знизити рівень стресу та занепокоєння, що благотворно впливає на процес пологів. Важливо, щоб партнер був готовий до цієї ролі та розумів, як надати підтримку жінці у такому важливому моменті. Його присутність та підтримка можуть зробити пологи більш гармонійними та допомогти створити теплу та довірчу

обстановку, що, у свою чергу, сприяє сприятливому та успішному результату пологів.

Участь чоловіка в процесі пологів може вплинути не тільки на його відносини з партнером і дитиною, але і на сам процес пологів. Психологічна підтримка та присутність люблячого та турботливого партнера можуть суттєво полегшити переживання больових відчуттів та стресу породіллю. Чоловік, який розуміє та бере участь у процесі, може допомогти створити сприятливу атмосферу, знизити тривожність жінки та сприяти її впевненості у собі та в успіху пологів. Однак для того, щоб участь чоловіка в пологах була дійсно підтримуючою і позитивною, важливо, щоб він був готовий до цього досвіду і мав уявлення про те, що на нього чекає.

Для багатьох чоловіків процес пологів може бути стресовим і викликати почуття безпорадності, особливо якщо вони не готові до виду болю та інтенсивності того, що відбувається. Тому підготовка до участі під час пологів, як фізична, і емоційна, грає значної ролі. В ідеальній ситуації участь чоловіка під час пологів має бути добровільною і усвідомленою. Важливо, щоб він відчував себе комфортно та готовим до такого досвіду. Медичний персонал та партнер породіллі також повинні бути готові підтримати чоловіка під час процесу пологів, допомагаючи йому відчути свою важливість та значущість у цій важливій події.

Пасивно-споглядальна поведінка характеризує чоловіків, які можуть бути невпевненими у своїй ролі під час пологів і не знають, яким чином надати підтримку породіллі. Вони часто стоять осторонь, спостерігаючи за тим, що відбувається, не виявляючи активної участі чи допомоги. Однак, коли дитина з'являється на світ, ці чоловіки часто відчувають радість та тепле емоційне ставлення до новонародженого. Вони можуть висловити свою подяку та радість пізніше, після завершення процесу пологів.

Агресивно-наступальна поведінка проявляється у спробах чоловіків активно та безпідставно втручатися у дії медичного персоналу, вимагати від них докладних пояснень кожної маніпуляції, "командувати" діями породіллі,

не надаючи їй допомоги. Така поведінка може бути викликана високою тривожністю чоловіка та відсутністю попередньої підготовки до пологів. Воно може порушувати нормальний перебіг процесу пологів, дратувати породілля та призводити до конфліктів із медичним персоналом. Тому важливо вживати заходів, щоб такий чоловік не заважав у пологовому залі під час потужного періоду. Після вдалого народження дитини чоловік зазвичай повертається до дружини і разом із нею радіє новонародженому. Зазвичай тривожність та агресивність змінюються радістю та вдячністю.

В останні роки елективний кесарів розтин став більш поширеною практикою, коли операція проводиться за бажанням жінки. Це призвело до значного збільшення частоти проведення кесаревого розтину у багатьох країнах. Наприклад, у деяких регіонах Латинської Америки частота кесаревого розтину сягає 50%. У близько 40% всіх пологів виконується кесаревим перетином. Така ситуація наголошує на необхідності критичного аналізу переваг та негативних наслідків для матері та дитини, пов'язаних з використанням кесаревого розтину в якості альтернативного методу розродження.

Ефективне використання операції кесаревого розтину потребує суворого дотримання медичних показань. Невиконання цієї вимоги може спричинити серйозні ускладнення для матері та дитини. Невиправдане застосування кесаревого розтину без медичних показань пов'язане із серйозними ускладненнями та потребує особливої уваги з боку лікарів та пацієнток.

Дослідження показує, що спосіб розродження може впливати не тільки на фізичне здоров'я жінки, але і на її психологічний стан та взаємини з дитиною. Цікаво відзначити, що емоційна реакція жінок на крик дитини після пологів залежить від способу розродження. Жінки, які народжували природним шляхом, мають більш виражену активацію ділянок головного мозку, пов'язаних з емпатією, мотивацією та іншими аспектами реакцію новонародженого. У разі кесаревого розтину ця активація спостерігається меншою мірою. Ці результати можуть вказувати на те, що спосіб розродження

може впливати на формування материнської поведінки та прихильності до дитини. Крім того, розродження кесаревим перетином може створювати труднощі в ініціювання грудного вигодовування, що є важливим аспектом для встановлення близьких стосунків між матір'ю та дитиною, а також для здоров'я та розвитку немовляти.

Кесарів розтин як метод розродження може підвищувати ризик розвитку певних захворювань у новонароджених. Наприклад, у дітей, народжених за допомогою кесаревого розтину на ранніх термінах вагітності до 39 тижнів, спостерігається підвищена ймовірність захворювань органів дихання під час новонародженості. На відміну від цього, у дітей, народжених природним шляхом після досягнення повного терміну вагітності таких проблем спостерігається значно менше.

Механізми, пов'язані з підвищеним ризиком захворювань та патологічних станів у дітей, народжених кесаревим розтином, поки що не повністю зрозумілі. Однак вважається, що відсутність перинатального стресу, який нормально відчуває плід при природних пологах, може відігравати важливу роль. Під час вагінальних пологів плід зазнає значних фізичних навантажень під час проходження через родові шляхи. Наприклад, тиск на хребет плода може досягати 120 кг і більше на 1 см² у момент головного передлежання під час сутичок. Стан плода в момент сутичок можна порівняти з нирцем, що занурюється під воду. У таких умовах вироблення катехоламінів у плода забезпечує його енергією, яка потрібна для виживання при гіпоксії. Також відомо, що наявність перинатального стресу та його ступінь можуть впливати на поведінку дитини та її реакцію на стрес у дорослому віці. У дітей, народжених кесаревим перетином, особливо під час операції до 39 тижнів вагітності, може спостерігатися порушення природного дозрівання мозку.

Пренатальний стрес грає роль чинника, що впливає на розвиток дитини, під час вагітності. Вважається, що в основі цього впливу лежить явище епігенезу, тобто зміни функції генів без зміни структури ДНК. Епігенез впливає експресією генів і процеси клітинного поділу. Передбачається, що

порушення в експресії генів у момент народження можуть бути пов'язані з ризиком розвитку різних захворювань, і метод розродження може впливати на епігенез. Зміни в епігені після кесаревого розтину можуть проявитися у дитини після народження під впливом певних несприятливих зовнішніх факторів.

Народження через кесарів розтин може бути пов'язане з підвищеним ризиком розвитку психологічних проблем у дитини. Вважається, що цей метод розродження може формувати несвідомі життєві сценарії, що повторюють попередній травматичний досвід. Люди, що народилися за допомогою кесаревого розтину, можуть виявляти надмірну настороженість, спричинену несподіваним вторгненням та змінами, пов'язаними з цією процедурою. Вони можуть прагнути до фізичного контакту і бути особливо чутливими до ситуацій розлуки та відчуження. Дослідження показують, що діти, які народилися через кесарів розтин, мають підвищений ризик емоційних порушень, таких як тривога, депресія, відчуття відчуження, а також проблеми зі сном, особливо у дошкільному віці.

Висновок до 1 розділу

Кожен, хто вибрав професію психолога, повинен надавати людям якісну допомогу, ґрунтуючись виключно на точній інформації. Помилки при наданні психологічної підтримки дуже сильно впливають на психічний стан жінки під час вагітності, в цей період вона особливо вразлива. Також важливо при вагітності не забувати, що психолог працює виключно з матір'ю, але він впливає відразу на два життя: матір та її дитину. Для успішного виношування дитини необхідно створити для жінки максимально сприятливі умови, виключивши страхи, чутки, невиправдані експерименти, необґрунтоване лікування та бюрократичні затримки.

Пологи є критичним етапом в житті для матері та дитини, маючи велике значення для їхнього фізичного та психологічного здоров'я. Це природний

процес, який біологічно підготовлений і має важливе значення для формування материнської поведінки та прихильності до дитини. Порушення під час пологів або неоптимальна допомога можуть спричинити серйозні наслідки. Важливо забезпечити оптимальні умови для проходження пологів, щоб зменшити ризик ускладнень та забезпечити безпеку як для матері, так і для дитини.

Вкрай важливо своєчасно діагностувати можливі ускладнення у матері та плода під час вагітності. Це дозволяє вжити необхідних заходів для збереження вагітності та захисту здоров'я матері та дитини. Ігнорування лікарської допомоги та рекомендацій акушера неприпустимо.

Кожна ненароджена дитина є загадкою, повною потенціалу і можливостей. Незалежно від того, ким вона стане в майбутньому, усередині материнського організму вона є вразливим та залежить від здоров'я та способу життя матері. Кожна майбутня людська істота, будучи плодом, несе в собі можливості для різних шляхів розвитку, але вона завжди починає свій шлях як ніжний і чутливий плід, пов'язаний із зовнішнім світом через свою материнську оболонку.

Хоча жінка є головною дійовою особою у виношуванні дитини, адже саме вона дев'ять місяців забезпечує їй захист та харчування, важливо також пам'ятати про чоловіків, які сприяли зачаттю та готуються до батьківства.

Сприйняття чоловіками вагітності та народження дітей сильно різниться, відбиваючи культурні, етнічні та релігійні традиції. У минулому чоловіки часто грали негативні ролі у життя своїх дітей – могли убити їх, продати в рабство або вигнати з дому. На щастя, такі жорстокі традиції у більшості культур відійшли у минуле.

У багатьох країнах вагітні жінки відвідують лікаря разом зі своїми партнерами. Вагітній жінці необхідна психологічна підтримка, а також допомога в домашніх справах, особливо через часті зміни настрою. Через зміну смакових вподобань і підвищену чутливість до запахів приготування їжі стає важким завданням, особливо на ранніх термінах вагітності. У другому

триместрі часто з'являються втома, слабкість і сонливість. Коли живіт стає більшим, прибирання будинку, прання, підйом важких речей (включаючи маленьких дітей) і будь-яка фізична робота стають складнішими. Тому підтримка з боку близьких особливо важлива в цей період життя.

Це чудово, що чоловіки виявляють інтерес до вагітності та активно підтримують майбутніх мам. Психологи стають більш оптимістичними, коли бачать, що все частіше майбутній батько виявляє зацікавленість у цій темі, відвідує консультації та ставить запитання. У моїй аудиторії є багато чоловіків, яким не байдуже жіноче здоров'я та вагітність, і це чудово.

Чим краще майбутній батько розуміє процес вагітності, тим легше йому надавати підтримку, коли у жінки виникають тривоги або вагітність супроводжується труднощами.

Іноді налякана за здоров'я свого ще не народженого малюка жінка готова пройти будь-які обстеження і приймати будь-які ліки, аби лише врятувати вагітність, і в таких випадках може втратити здатність раціонально оцінювати ситуацію. Чоловіки ж, завдяки своїй схильності до раціонального мислення, не піддаються паніці і намагаються тверезо оцінити обставини. Хоча вони також переживають і можуть піддатися емоціям, вони, як правило, прагнуть організувати все і прийняти виважене рішення.

Не робіть з підготовки драму чи трагедію. Якщо вам сумно від думки про необхідність займатися любов'ю, це може означати, що ви не готові ставати батьками, йдете проти своєї волі, аби догодити комусь або чомусь. Дітям потрібні щасливі батьки, щоб вони теж могли бути щасливими.

Створення дітей – це як написання книги вашого життя. Щоб вона була цікавою, казковою і красивою, вкладайте в неї своє натхнення і любов. Робіть це з легкістю і навіть гумором. Уявляйте собі свого малюка і посміхайтесь.

Вагітність має бути радісним часом, коли майбутня мама готується до довгоочікуваної зустрічі з малюком. Не слід забувати, що ми живемо за законами природи, які непідвладні нашим бажанням, природа не проти нас, якщо ми самі не проти неї. Її закони та механізми спрямовані на продовження

людського роду. Тому будь-яка жінка з нормально розвиненою репродуктивною системою має шанс зачати, виносити та народити здорову дитину.

Психологія постійно розвивається, і ми продовжуємо дізнаватися все більше про психічний стан при вагітності, про способи запобігання стресу і про те, як забезпечити народження здорової дитини при доброму психічному стані жінки.

Розділ II.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО СТАНІ ЖІНКИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

2.1. Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна

Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера є унікальною методикою, що дозволяє окремо вимірювати тривожність як постійну характеристику особистості та як тимчасовий стан. У нашій країні використовується модифікація цього тесту, розроблена Ю. Л. Ханіним у 1976 році.

Реактивна (ситуативна) тривожність - це тимчасовий стан, що виникає у людини в певний момент часу і характеризується суб'єктивно пережитими емоціями, такими як напруга, занепокоєння, заклопотаність і нервозність у конкретній ситуації. Цей стан є емоційною реакцією на екстремальні або стресові обставини і може варіюватися за інтенсивністю та тривалістю.

Більш повна інформація в Додатку А

2.2. Методика дослідження мотивів збереження вагітності Рабовалюк Л.М

Поняття психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД) було запроваджено науковцем І. У. Добряковим. Він визначив це поняття як сукупність механізмів психічної саморегуляції, що активуються при настанні вагітності. Ці механізми формують у вагітної жінки поведінкові стереотипи, спрямовані на збереження вагітності та створення сприятливих умов для розвитку дитини.

Л. Н. Рабовалюк, ґрунтуючись на тесті відносин вагітної (ТВВ) І. В. Добрякова, запропонувала класифікувати жінок на підтипи для більш точного формування психокорекційних груп:

- чисто оптимальний підтип ПКГД (9 балів);
- переважно оптимальний підтип ПКГД (7 балів за основною шкалою,

а 2, що залишилися, розподілені між ейфоричним і гіпогестогнозичним підтипами, при цьому за тривожним і депресивним підтипами немає жодного бала);

- оптимально-ейфоричний підтип ПКГД (5-6 балів за оптимальним підтипом ПКГД та 4-3 бали за ейфоричним підтипом ПКГД);
- оптимально-гіпогестогнозичний підтип ПКГД (5-6 балів за оптимальним підтипом ПКГД та 4-3 бали за гіпогестогнозичним підтипом ПКГД);
- оптимально-тривожний підтип ПКГД (5-6 балів за оптимальним підтипом ПКГД та 4-3 бали за тривожним підтипом ПКГД, допускається при високому балі (7-8) за оптимальним підтипом ПКГД один бал за депресивним підтипом ПКГД);
- оптимально-депресивний підтип ПКГД (5-6 балів за оптимальним підтипом ПКГД та 4-3 бали за депресивним підтипом ПКГД та/або один бал за тривожним підтипом ПКГД).

Крім того, Л. Н. Рабовалюк виділила змішаний підтип ПКГД, оскільки часто виникають складнощі у віднесенні типу психологічного компонента гестаційної домінанти до певного підтипу.

Більш повна інформація в Додатку Б

2.3. Результати дослідження психічного стані жінки під час вагітності

У тестуванні за допомогою опитувальника Спілбергера-Ханіна прийняло участь двадцять вагітних жінок віком від 20 – 40 років, та двадцять жінок без дітей віком від 20 – 40 років. Всі вагітні жінки знаходяться на третьому триместрі вагітності.

Усі опитування були проведені зі всіма стандартами та цілком анонімно, тому у таблицях нижче представлені тільки порядкові номери, які маскують справжні імена від публічного доступу.

Усі жінки, які брали участь у опитуванні, проживають на території

України, але знаходяться різних містах.

Результати опитування вагітних жінок тестом тривоги Спілбергера-Ханіна

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Шкала ситуативної тривожності	49	50	41	55	59	70	54	60	62	59
Шкала особистої тривожності	47	44	37	50	48	72	60	51	58	55

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
52	45	63	53	43	57	64	55	53	49
50	40	56	50	41	53	60	52	50	50

Згідно за показниками по шкалі ситуативної тривожності тільки у двох жінок, тобто у 10% помірна тривожність. Це пов'язано з важким становищем в країні, та великим стресом та страхом за свою дитини, яка народиться під час війни, та з незрозумілим становищем у її майбутньому.

Згідно за показниками по шкалі особистої тривожності у чотирьох жінок, тобто у 20 % помірна тривожність. Це як і у ситуативної тривожності пов'язано з невизначеним станом у країні та війною.

Обидві шкали мають нормальний розподіл тому для них можна застосувати перевірку кореляції за Спірменом, так як в опитуванні брали участь двадцять жінок. Перевірки проводилася всередині групи вагітних. Як ситуативна корелює з особистісною.

По результатам кореляція усередині вагітних за Спірменом: ситуативна корелює з особистісною з показником $p < 0,001$, $r_s = 0,844$ - сильний позитивний зв'язок. Тому з впевненістю можна сказати, що є прямий зв'язок між ситуативною та особистою тривожністю за школою Спілбергера-Ханіна.

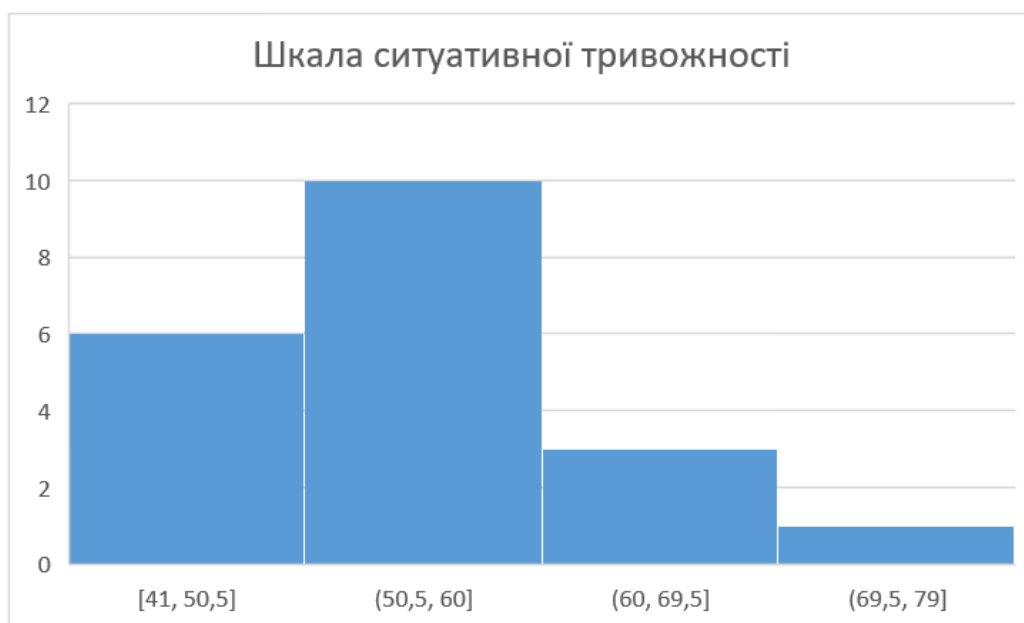


Рис 1.1 Графік коефіцієнтів відповідей ситуативної тривожності серед вагітних жінок

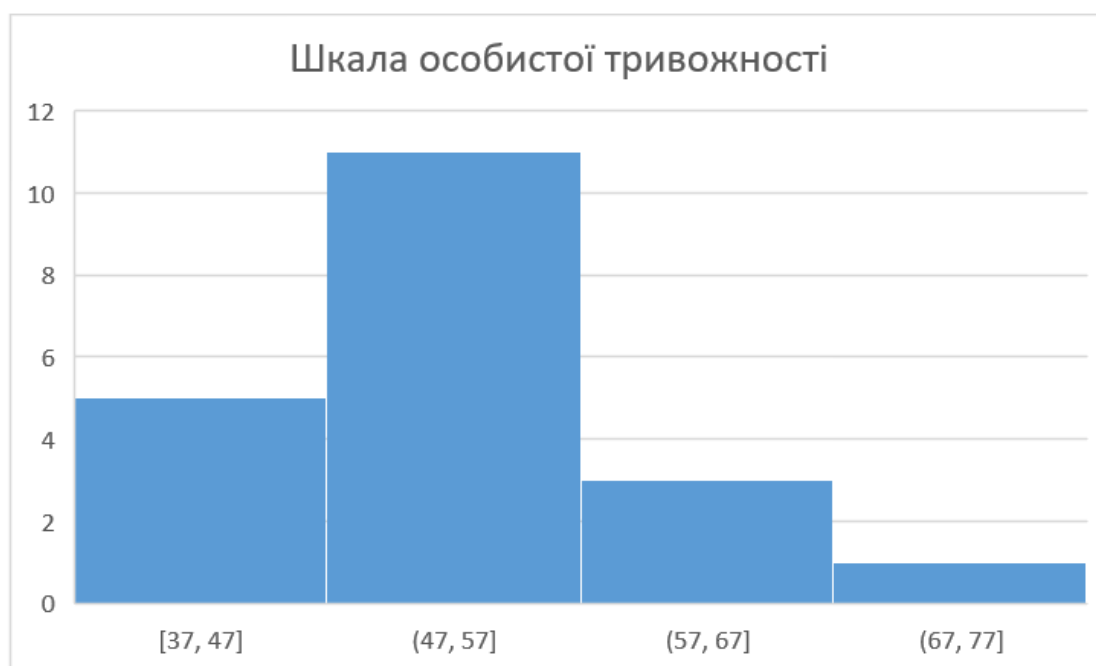


Рис 1.2 Графік коефіцієнтів відповідей особистої тривожності серед вагітних жінок

Як бачимо з графіків, рівень ситуативної тривожності та особистої тривожності майже однаковий, що говорить про правдивість відповідей жінок, хоча на шкалі особистій тривожності рівень важче.



Рис 1.3 Загальне кількість вагітних жінок у різних групах за рівнем тривоги по ситуативній шкалі

Примітка: 1 – низька тривога, 2 – помірна тривога, 3 – висока тривога



Рис 1.3 Загальне кількість вагітних жінок у різних групах за рівнем тривоги по особистісною шкалою

Примітка: 1 – низька тривога, 2 – помірна тривога, 3 – висока тривога

Результати опитування жінок без дітей тестом тривоги Спілбергера-Ханіна

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Шкала ситуативної тривожності	42	44	38	35	46	49	55	65	44	36

Шкала особистої тривожності	36	40	35	30	44	41	57	68	38	32
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
30	36	40	44	52	42	43	42	52	48
28	33	41	41	48	41	41	43	50	52

Згідно за показниками по шкалі ситуативної тривожності вже у 12 жінок, тобто 50% опитуваних помірна тривожність і у одній людині низька тривожність. Це набагато краще ніж у результатах вагітних жінок, але все одно висока тривожність зберігається не зважаючи на менший стрес, та страх за майбутньою дитину.

Згідно за показниками по шкалі особистої тривожності у чотирнадцяти жінок, тобто у 70 % помірна тривожність, а також у одній низька тривожність. Це дуже добрий показник, враховуючи військовий стан, та майже щоденні обстріли по всій країні.

Обидві шкали мають нормальний розподіл тому для них можна застосувати перевірку кореляції за Спірменом, так як в опитуванні брали участь двадцять жінок. Перевірки проводилася всередині групи вагітних. Як ситуативна корелює з особистісною.

Кореляція всередині невагітних за Спірменом: ситуативна корелює з особистісною: $p < 0.001$, $r_s = 0.882$ - сильний позитивний зв'язок. Тому з впевненістю можна сказати, що є прямий зв'язок між ситуативною та особистою тривожністю за школою Спілбергера-Ханіна.

У процесі перевірки кореляцій вагітних жінок та не вагітних між собою, отримані статистичні відмінності у ситуативній тривожності вагітних та невагітних - $p < 0.001$ і та ж картина щодо особистої ($p < 0.001$).

Тому з впевненістю можна сказати, що є прямий зв'язок між ситуативною та особистою тривожністю за школою Спілбергера-Ханіна у вагітних та не у вагітних жінок.

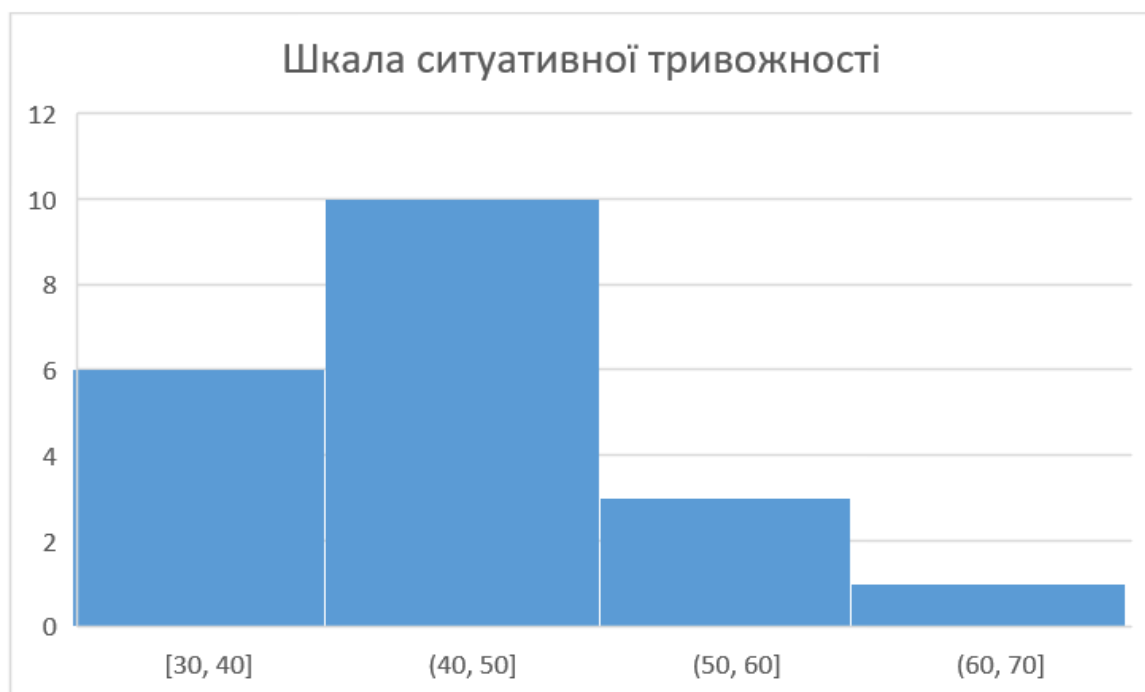


Рис 1.4 Графік коефіцієнтів відповідей ситуативної тривожності серед не вагітних жінок

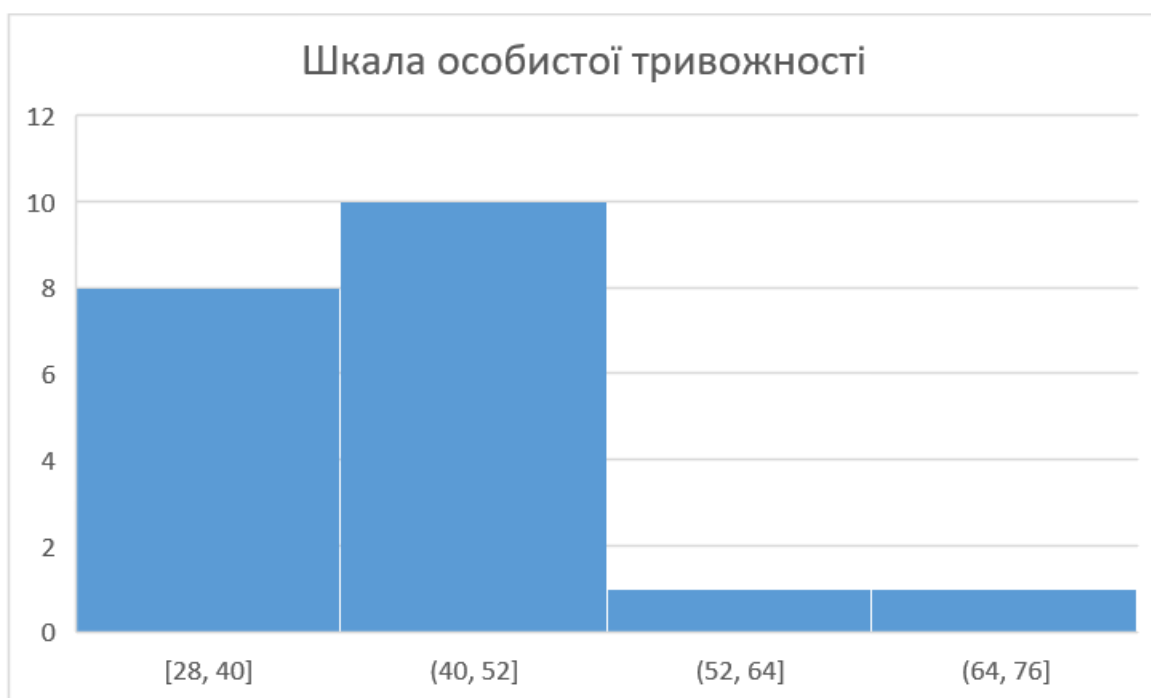


Рис 1.5 Графік коефіцієнтів відповідей особистої тривожності серед вагітних жінок

Як бачимо з графіків, рівень ситуативної тривожності та особистої

тривожності майже однаковий. І якщо порівняти цей графік з такими ж графіками вагітних жінок, то ми зможемо виявити схожість з нормальний розподілом Гауса, що відображає валідність опитування. Але рівень тривоги значно менший відносно вагітних жінок.



Рис 1.6 Загальне кількість не вагітних жінок у різних групах за рівнем тривоги по ситуативній шкалі

Примітка: 1 – низька тривога, 2 – помірна тривога, 3 – висока тривога



Рис 1.7 Загальне кількість вагітних жінок у різних групах за рівнем тривоги по особистісною шкалою.

Примітка: 1 – низька тривога, 2 – помірна тривога, 3 – висока тривога

У тестуванні за допомогою опитувальника дослідження мотивів збереження вагітності Рабовалюк Л.М. прийняло участь двадцять вагітних жінок віком від 20 – 40 років.

Опитувальник дослідження мотивів збереження вагітності

Рабовалюк Л.М

Номери опитаних	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Матеріальні труднощі	20	17	16	17	19	13	22	21	17	16
Прагнення бути матір'ю	21	26	24	29	34	31	29	30	31	28
Обмеження свободи	25	24	29	26	25	28	24	26	29	34
Зклопотаність здоров'ям	24	24	26	28	25	27	22	26	27	23
Тривога, песимізм	38	39	25	36	30	38	40	39	35	37
Соціальні очікування	35	34	29	26	30	31	34	28	30	27
Реалізація у дитині	35	31	29	24	30	32	36	31	28	34
Збереження сім'ї	17	15	12	16	20	13	11	15	18	16
Страхи та компенсації	20	29	14	25	30	20	13	24	28	17

Номери опитаних	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Матеріальні труднощі	19	20	21	18	17	20	14	22	15	22
Прагнення бути матір'ю	33	29	25	29	24	25	24	27	25	26
Обмеження свободи	29	27	26	24	29	24	22	26	23	28
Зклопотаність здоров'ям	21	22	25	26	24	29	25	23	27	28
Тривога, песимізм	36	40	34	38	29	35	39	34	36	39
Соціальні очікування	32	35	26	25	30	34	27	33	31	32
Реалізація у дитині	34	31	35	32	30	33	30	27	35	30
Збереження сім'ї	19	11	13	14	13	15	12	14	16	15
Страхи та компенсації	31	12	25	22	20	30	15	22	27	21

У першому блоці виявлялось суб'єктивне відношення до матеріального становища, та витрат. У зв'язку з тяжким економічним положенням під час

війни, матеріальне становища турбує усіх опитаних. Згідно з аналізом відповідей десять жінок, тобто 50% дуже схвилювані майбутнім матеріальним становищем.

Другий блок виявляє бажання стати матір'ю. У одній жінки, тобто у 5% низький рівень готовності стати матір'ю, у всіх інших середній рівень і це пов'язано також з поточним станом в країні і особистим станом тривоги за майбутню дитину.

Третій блок показує відношення жінки до обмеження свого вільного часу. З результатів опитування одна жінка, тобто 5% має високий бал і вона попадає у зону ризику відносно батьківських відносин. У всіх інших середній рівень, що характеризує сильну заклопотаність жінок, які прийняли участь у опитуванні.

У четвертому блоці відповіді стосувалися особистого здоров'я. Всі жінки на середньому рівні стурбованості за своє здоров'я. Але чим старші жінки, тем біль вони заклопотані станом свого здоров'я під час вагітності, та після пологів.

У п'ятому блоці відповіді перетинались з опитуванням тривожності Спілбергера-Ханіна і відповіді у цьому тесті збіглись з ним. Тільки у двох жінок, тобто у 10% помірна тривожність, у всіх інших висока. Це пов'язано зі становищем в країні і непередбачуваним майбутнім.

Шостий блок відповідей стосувався соціального очікування, тобто як вагітна жінка сприймає себе у соціумі. У всіх опитаних жінок середній рівень соціального впливу на їх рішення стати матір'ю.

Сьомий блок стосується прагнення жінки реалізуватись через свою дитину. Опитування показало, що у всіх жінок середній рівень очікувань від своїх дітей. Всі жінки хочуть, щоб дитина відповідала їх очікуванням, та втілила їх бажання, але при цьому сама будувала своє життя.

Восьмий блок стосується деструктивних мотивів збереженні вагітності. Сім жінок, тобто 35% не вважають народження дитини як спосіб маніпулювання чоловіком у родині. Тобто вони народжують у повній згоді та

розумінні з чоловіком. Решта жінок прагнуть посилити зв'язок з чоловіком через народження дитини.

Дев'ятий блок стосується загальному страху жінки у подружжі, та компенсації цього страху через народження дитини. Чотири жінки, тобто 20% мають низький рівень страху, та компенсації через вагітність. П'ять жінок, тобто 25 % мають високий рівень страху та компенсації його через вагітність. Одинадцять жінок, тобто 55% мають середній рівень страху.

По Спірмену проводились перевірки даних між різними блоками, але нажаль ніякої кореляції виявити не вдалось.

2.4. Рекомендації по зменшенню тривожності

У вагітних жінок стан більш тривожний, відносно не вагітних жінок, це пов'язано з більшою відповідальністю за майбутню дитину, та за її життя. Не зважаючи на всі теперішні іспити, які проходять жителі України, психологи радять менше нервуватися та обмежити вплив стресу. Далі представлені такі поради психолога.

Психологи не рекомендують:

1. Складна робота:

Фізично складна робота (тривале перебування на ногах, незручні пози: перукарі, майстри манікюру і педикюру, продавці тощо)

Робота в нічний час

Робота з хімічними препаратами

Робота в умовах переохолодження

Рекомендація: Вагітна може попросити у свого лікаря довідку про переведення на більш легкі види робіт. Згідно з цим документом, роботодавець зобов'язаний забезпечити щадний режим до виходу в декретну відпустку зі збереженням окладу.

2. Сидяча робота :

Існує міф, що найбезпечніша робота – робота в офісі. Сидяче положення

з 9:00 до 18:00 може призвести до застою крові в органах малого таза та нижніх кінцівок, що загрожує варикозним розширенням вен.

Рекомендація: Аби уникнути складних наслідків, потрібно робити 5-10 хв перерви, ходити, робити легку фізичну гімнастику.

3. Самостійне встановлення діагнозів. Якщо вас щось турбує, або з'являються насторожуючі симптоми звертайтеся до лікаря, а не до подруг чи на форми молодих мам. Краще обговорити всі питання які турбують зі своїм лікарем. Також не розшифровуйте свої симптоми та аналізи через інтернет.
4. Їсти за двох! Ніколи не потрібно цього робити! Зверніться до свого лікаря для підбору правильного харчування. Наддавайте перевагу свіжим овочам, фруктам. Уникайте солодкого. Якщо без солодкого важко - замініть корисними солодощами.
5. Відмова від статевого життя. Якщо у вас вагітність перебігає фізіологічно і немає ускладнень, то займатися сексом під час вагітності абсолютно безпечно. Ваше статеве життя ніяк не шкодить дитині.
6. Боязнь пологів. Щоб цього не було, потрібно усвідомити з перших днів вагітності, що пологи неминучі, це фізіологічний процес і біль в пологах - ваш союзник. Який буде вам допомагати вам народжувати дитинку, а дитинці проходити родові шляхи.
7. Уникнення рідини. Боятись пити рідину одна з найбільших помилок вагітних. В організмі й так виникає дефіцит рідини, через те, що вона виходить із кров'яного русла, у периферичні тканини, тому важливо підтримувати питний режим. Не обмежуйте себе в прийомі рідини!

Психологи рекомендують:

1. Ведіть здоровий спосіб життя під час вагітності, уникайте куріння, вживання алкоголю та наркотиків, стежте за своїм харчуванням та регулярно займайтеся фізичними вправами. Це знизить ризик розвитку вроджених аномалій у дитини.

2. Регулярно відвідуйте лікаря для проведення всіх необхідних

обстежень та консультацій. Він зможе відповісти на ваші запитання, розвіяти побоювання та дати поради щодо догляду за собою під час вагітності.

3. Генетичне тестування Якщо у вашій сім'ї є випадки генетичних порушень або просто хочете бути впевненими у здоров'ї своєї майбутньої дитини, пройдіть генетичне тестування до зачаття або під час вагітності. Лікар допоможе вам визначитися з необхідністю та видом тестування.

4. Освіта. Читання книг, перегляд відеоматеріалів або відвідування семінарів та курсів з теми вагітності та пологів допоможе краще зрозуміти процес розвитку плоду та зменшити страх перед можливими проблемами.

5. Підтримка. Поговоріть з партнером, друзями чи родичами про свої побоювання та страхи. Вони можуть допомогти вам впоратися з ними та дадуть необхідну підтримку.

6. Практикуйте йогу, медитацію чи інші методи розслаблення. Це дозволить впоратися зі страхами, пов'язаними із вагітністю. Навчіться зосереджуватися на своїх відчуттях та позитивних думках, щоб підтримувати себе протягом усієї вагітності.

7. Вступіть до груп підтримки вагітних жінок або беріть участь у онлайн-форумах. Так ви знайдете однодумців та зможете обмінятися досвідом з іншими матерями, які також переживають страхи та побоювання.

8. Зосередьтеся на позитивному мисленні. Пам'ятайте, що ймовірність розвитку вроджених аномалій та генетичних порушень у вашої дитини досить низька, тому вона народиться абсолютно здоровою.

9. Зверніться за професійною допомогою. Якщо страх перед можливими проблемами з дитиною стає непереборним і впливає на ваше життя, розгляньте можливість звернутися до психолога або консультанта. Вони допоможуть розібратися у причинах вашого страху та запропонують способи його подолання.

10. Контакти з лікарем. У разі виникнення будь-яких питань чи побоювань, завжди звертайтеся до свого лікаря. Він проінформує вас про стан вагітності та здоров'я дитини, що знизить ваші побоювання.

Висновок до 2 розділу

В опитуванні приймали участь двадцять вагітних жінок, на різних стадіях вагітності віком від 20 до 40 років, та двадцять жінок без дітей, теж віком від 20 до 40 років. Усі опитування проводились віддалено за допомогою інтернету через Гугл-Форм.

Опитування по шкалі Спілбергера-Ханіна, вже багато років дає змогу психологам зрозуміти тривожний стан людини. Його застосування цілком дає змогу психологу зрозуміти тривожний стан вагітної жінки, та як цей стан впливає на її ще ненароджену дитину. Нажаль всі хто прийняв участь у опитуванні проживають на теренах України у військовому стані, тому майже всі вагітні жінки перебувають у тривожному стані і це, на превеликий жаль, не дуже добре скасується на дитині.

Також у опитуванні по шкалі Спілбергера-Ханіна приймали участь жінки, котрі не мають дітей. В них показник тривожності вже менший, та більшість з них вже знаходиться на середньому рівні тривоги. Це теж пов'язано з війною яка зачепила всіх.

У опитуванні Рабовалюк Л.М прийняли участь тільки вагітні жінки. У цьому опитуванні рівень тривожності збігається з опитування по шкалі Спілбергера-Ханіна і це підтверджує правдивість даних відповідей всіх учасників.

ВИСНОВОК

Перинатологія, перинатальна медицина та перинатальна психологія є одними з найдинамічніших та найперспективніших напрямків сучасної науки та клінічної практики. Досягнення фундаментальних та прикладних наук сприяли формуванню інтегративного підходу до вивчення організму матері та формування організму дитини на різних стадіях онтогенезу, об'єднуючи різноманітні методи дослідження, такі як морфологічні, молекулярно-генетичні, електрофізіологічні, біохімічні, психологічні та інші.

Сучасні діагностичні, особливо візуалізаційні методи, дозволяють виявити ці здібності плода вже на ранніх стадіях внутрішньоутробного розвитку. Важливо розуміти, що розвиток ембріона і плода відбувається у тісному морфологічному, функціональному та емоційному зв'язку з матір'ю. Дослідження показують, що під час вагітності в організмі жінки відбуваються значні зміни у функціонуванні ключових органів і систем. Ці зміни є невід'ємною частиною формування функціональної системи мати та її плід. Також спостерігаються зміни в нервовій системі вагітної жінки, що призводить до формування так званої гестаційної домінанти.

Період пологів є одним із найважливіших і критичних етапів як для матері, так і для дитини. Пологи - це складний біологічний процес, підготовлений еволюцією, який відіграє ключову роль у формуванні материнської поведінки та прихильності до дитини. Для дитини пологи означають закінчення внутрішньоутробного існування та перехід до життя поза утробою матері. Порушення в природному перебігу пологів та неадекватна організація пологової допомоги можуть призвести до серйозних негативних наслідків для фізичного та психічного здоров'я жінки та дитини.

У процесі народження та в період відразу після пологів, дитина відчуває стан неонатального стресу. Дослідження показують, що цей стрес відіграє ключову роль в адаптації дитини до життя поза утробою і, ймовірно, надає програмуючу дію на формування та функціонування мозку. Надмірний стрес

у період новонародженості, так само як і його недолік, можуть негативно позначитися на подальшому розвитку дитини. Період новонародженості характеризується низкою перехідних станів, що з адаптацією до нових умов життя. Ці особливості роблять новонародженого надзвичайно вразливим до різних факторів, здатних сприяти розвитку захворювань та патологічних станів.

Також треба привернути увагу на результати опитування проведених на вагітних жінках, а також контрольну групу не вагітних. З цих результатів, можна з впевненістю сказати, що теперішній психоемоційний стан людей, які проживають на теренах України, викликає дуже сильну стурбованість. З майже ніхто з сорока опитаних жінок не знаходиться у нормальному психічному стані. На превеликий жаль, рівень помірної тривоги у опитуваних, трапляється дуже рідко. У таких людей тривога є, але вона сильна впливає на життя, та кожен день посилюється, що з часом може призвести до психічних захворювань, або перерости на більш високий рівень тривоги. А от високі рівень тривоги, особливо у вагітних жінок, говорить про те що знадобиться дуже багато часу, для виправлення цього стану. А так як продовжується воєнний стан, та кожен день вибухають ракети у містах по всій Україні, то зараз головне завдання психологів підтримувати людей, щоб вони хоч якось змогли стабілізувати своє життя та не впали в більш тривожний стан.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Астахов В. М. Девиантное материнство: монография / В. М. Астахов, О. В. Бацылева, И. В. Пузь. – Донецк: ООО «Східний видавничий дім», 2013. – 260 с.
2. Астахов В. М., Бацылева О. В., Пузь І. В. Психологічний супровід у репродуктивній медицині : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ, 2023. с 6-115
3. Барабой В.А., Резніков О.Г. Фізіологія, біохімія і психологія стресу. Київ, Інтерсервіс; 2013. 314 с.
4. Бацылева О. В. Вагітність як етап формування материнської сфери жінки / О. В. Бацылева, І. В. Пузь // Науковий вісник Миколаївського державного університету ім. В. О. Сухомлинського: Збірник наукових праць / За ред. С. Д. Максименка, Н. О. Євдокимової. – Т.2. – Вип. 5. – Миколаїв: МДУ ім. В. О. Сухомлинського, 2010. – С. 32-37.
5. Бацылева О. В., Астахов В. М. Підготовка до батьківства як етап соціалізації особистості. Збірник наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. Т. Х, Ч.2. К., 2018. С. 13–20.
6. Божок О. О. Емпіричне дослідження соціальних та психологічних детермінант виникнення фрустрації у період дорослішання. Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут». Філософія. Психологія. Педагогіка : зб. наук. пр. Київ: Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут». 2010. № 1 (28). С. 74–76
7. М. А. Болотна, В. І. Бойко, Т. В. Бабар. Акушерство та гінекологія : навч. посіб – Суми 2018 с 13-62
8. Борищук Т. Материнство у психоаналізі (ключова роль матері у вихованні гуманної особистості). 2014. Луцьк с.624-625.
9. Вдовиченко Ю.П., Жук С.И., Щуревская О.Д. Поддержка беременности и родов в условиях социальных стрессов. Методические

рекомендації. Київ: ЧП «Принт Лайн»; 2014. 64 с.

10. Вдовиченко Ю.П., Танько О.П., Самойлова М.В., Шарашидзе К.З. Затримка росту плода: Клініко-патогенетичні складові та засоби попередження. Київ; 2017. 43 с

11. Гаєвська Г. В. Медико-психологічний супровід вагітних жінок групи ризику (на прикладі осіб пізнього репродуктивного віку). Київ, 2012. 19 с.

12. Гошовський Я. Генетична психологія як методологічна парадигма вивчення особистості. Духовність. Цінності. Психологія : монографія / гол. ред. М. Ледзінська, І. Філіппова. Луцьк: Волиньполіграф, 2018. С. 13–20.7.

13. Дармостук Н. В. Статеворольові чинники формування психологічної готовності до материнства: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: 19.00.01 "Загальна психологія, історія психології". Харківський національний ун-т. Харків, 2011. 23 с.

14. Дурманенко О.Л. Особливості сучасного інституту материнства як важливого чинника формування здорового способу життя молодого покоління 2010.с.257-260.

15. Жук С.І., Щуревська О.Д., Вітер В.П. Пренатальний стрес та його наслідки. Журнал Здоров'я жінки. 2015;1(97):41–44.

16. Кирилова Д.С. Психологічна готовність до материнства в структурі життєвих смислів жінки: теоретико-методологічний аналіз. Київ 2012 Вип. 8. с.101-104.

17. Коренєва Ю. П. Вікова динаміка сімейної напруженості та дестабілізації шлюбу. Психогенеза особистості: норма і девіація / за заг. ред. Я. О. Гошовського. Луцьк: Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2015. С. 129–134

18. Коренєва Ю. П. Необхідність психолого-педагогічної освіти батьків в сучасному суспільстві. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Ключові питання наукових досліджень у сфері педагогіки та психології у ХХІ ст.» (29-30 січня 2016 року, м. Львів). С. 33–35.

19. Коренєва Ю. П. Особливості психологічного ставлення до

материнства у вагітних жінок різного репродуктивного віку: емпіричний ракурс. Матеріали XI Міжнародної науково-практичної конференції аспірантів і студентів «Молода наука Волині: пріоритети та перспективи досліджень» (16-17 травня 2017 року, м. Луцьк). С. 613 – 615

20. Коренєва Ю. П. Тривожність і фрустрованість як чинники Невротизації вагітних жінок різного віку Луцьк. 2019 с. 24-57

21. Коренєва Ю. П. Психологічне ставлення до материнства в період вагітності. Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми практичної психології» (10-11 листопада 2016 року, м. Глухів). Глухів, 2016. С. 82–86.

22. Коренєва Ю. П. Психологічний зміст тривожності у жінок під час вагітності. Матеріали X Міжнародної науково-практичної конференції аспірантів і студентів «Молода наука Волині: пріоритети та перспективи досліджень» (17-18 травня 2016 року, м. Луцьк). Т. 1. С. 441–443.

23. Коренєва Ю. П. Психологічний стан вагітної жінки. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Стан та перспективи розвитку педагогіки та психології в Україні та світі» (2-3 вересня 2016 року, м. Київ). Київ: ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології». С. 88–92.

24. Коренєва Ю. П. Психологічні аспекти ранньої вагітності. Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Луганськ: Вид-во «Ноулідж», 2015. № 3 (38). С. 184–193.

25. Коренєва Ю. П. Психологічні особливості перебігу вагітності у пізньому репродуктивному віці: емпіричний ракурс. Науковий журнал «Молодий вчений». 2017. № 3 (43) березень. С. 259–262.

26. Коренєва Ю. П. Психологічні особливості феномену помилкової вагітності. Психогенеза особистості: норма і девіація / за заг. ред. Я. О. Гошовського. Луцьк: Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2016. С. 98–104.

27. Кочарян А. С. Особенности структуры материнства у беременных

женщин с разным типом пороловой идентичности. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія». 2010. № 902. Вип. 43. С. 104–107

28. Максименко К. С. Переживання негативних психічних станів особистістю : метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : КММ, 2011. 184 с.

29. Маслюк А. М. Психологія травми: практичний аспект. Освіта та розвиток обдарованої особистості: щомісячний науково-методичний журнал / гол. ред. Н. Федорова. Київ: Інститут обдарованої дитини, 2015. Вип. 2 (33). С. 72–77.

30. Потапчук Є. Особливості формування продуктивного мислення у майбутніх сімейних психологів. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія «Психологічні науки» / гол. ред. О. Ф. Волобуєва. Хмельницький : Видавництво НАДПСУ, 2017. № 3(8). С. 170–181.

31. Пузь І. В. Особливості психологічного супроводу жінок під час вагітності. Актуальні проблеми психології: психологія особистості. Психологічна допомога особистості. / за ред. С. Д. Максименка, М. В. Папучі. Київ, 2011., Вип. 4. С. 178–185.

32. Пузь І. В. Психологічні особливості материнства у жінок в ранньому репродуктивному віці. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: «Психологічні науки». 2019. Вип. 4. с. 194–199.

33. Скакун М.П. Алкогольні ушкодження ембріона і плода. Тернопіль 2000 с 6-34

34. Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Ісаков Р.І. Перинатальна психологія. Киев 2017 с 22-34

35. Сюсюка В.Г. Клініко-патогенетичні аспекти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з урахуванням психоемоційного стану та їх медико-психологічна корекція. Запоріжжя; 2018. 395 с

36. Ю. Г. Ткачова. Материнство в системі життєвих орієнтацій сучасної молоді. Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка № 15 (250), Ч. I, 2012 с. 215-272

37. Шевчук Г. С. Арт-терапевтичні засоби дослідження материнської ідентичності вагітних жінок: автореф. дис. на здобуття наук. Волинський національний університет імені Лесі Українки. Луцьк, 2010. с 21
38. Шмілик Н. А. Материнство як базова життєва цінність у мотиваційно-смісловій сфері жінки. Цінності сучасної молоді молоді: психологічний аспект. Дрогобич: РВВ ДДПУ імені Івана Франка, 2015. С.126-156.
39. Akinloye O.I., Obikoya O.M., Jegede A.I., Oparinde D.P., Arowojolu A.O. Cortisol plays central role in biochemical changes during pregnancy. *Int. J. Med. Biomed. Res.* 2013;2,1:3-12.
40. Alexander E.K., Pearce E.N., Brent G.A. et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease during Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid.* 2017;Mar,27(3):315-389.
41. Amugongo S.K., Hlusko L.J. Impact of maternal prenatal stress on growth of the offspring. *Aging and Dis.* 2014;5(1):1-16
42. Betts K.S. et al. Maternal depressive, anxious, and stress symptoms during pregnancy predict internalizing problems in adolescence. *Depress Anxiety.* 2014;31,1:9-18.
43. Chen Ch.H., Chuan Sh. (2008) Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy. *Journal of Clinical Nursing.* No 19, Pp. 2580–2587
44. Davis E., Sandman C. The timing of prenatal exposure to maternal cortisol and psychosocial stress is associated with human infant cognitive development. *Child Dev.* 2010;81:131-148.
45. DiPietro J.A. Maternal stress in pregnancy: considerations for fetal development. *J. Adoles Health.* 2012;51:3-8
46. Evans K., Spiby H. & Jane C. Morrell. (2020) Non-pharmacological interventions to reduce the symptoms of mild to moderate anxiety in pregnant women. A systematic review and narrative synthesis of women's views on the acceptability of and satisfaction with interventions. *Archives of Women's Mental*

Health volume. No 23, Pp. 11–28.

47. Glover V. Prenatal stress and its effects on the fetus and child: possible underlying biological mechanisms. *Adv. Neurobiol.* 2015;10:269-283.

48. Hajipour L., Mohtasham Amiri Z., Montazeri A., Torkan B., Hosseini Tabaghdehi M. (2017) The Effects of Prenatal Classes on the Quality of Life in Pregnant Women. *Holist Nurs Midwifery.* No 27(1), Pp. 45–50.

49. Harris A., Seckl J. Glucocorticoids, prenatal stress and the programming of disease. *Horm. Behav.* 2011;59,3:279-289.

50. Master S.S., Mattern E., Ayerle M. (2018) Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery.* No 61, Pp. 97–115.

51 Missler M., Donker T., Beijers R., Ciharova M., Moyse Ch., Vries R., Denissen J., Straten A. (2021) Universal prevention of distress aimed at pregnant women: a systematic review and meta-analysis of psychological interventions. *BMC Pregnancy and Childbirth* Pp. 3–9.

52. Milman N. et al. Supplementation during pregnancy: beliefs and Science. *Gynecological Endocrinology.* 2016;32,7:509-516

53. Всеукраїнський жіночий форум <https://sovet.kidstaff.com.ua/> з підрозділом про вагітних <https://sovet.kidstaff.com.ua/otvety/beremennost-rody>

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна

Шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) є інформативним інструментом для самооцінки рівня тривожності. Вона дозволяє вимірювати реактивну тривожність як тимчасовий стан і особистісну тривожність як стійку характеристику людини. Методика була розроблена у 1970 році.

Завдяки своїй відносній простоті та ефективності, шкала Спілбергера широко застосовується у клінічній практиці для різних цілей, таких як визначення рівня тривожності, оцінка динаміки стану пацієнта та інші. Російською мовою методика була адаптована Ю. Л. Ханіним, тому вона також відома як "Шкала Спілбергера-Ханіна".

Більшість методів оцінки рівня тривожності дозволяють виміряти або особистісну тривожність, або поточний стан тривожності, або більш специфічні реакції. Єдиним способом, який дозволяє диференційовано оцінити тривожність як особистісну властивість та як стан, є методика, запропонована Спілбергером.

Вимірювання тривожності як особистісного властивості має значення, оскільки це властивість багато чому визначає поведінка людини. Певний рівень тривожності є природною та необхідною характеристикою активної, діяльної особистості. У кожного індивіда існує свій оптимальний, або бажаний, рівень тривожності, відомий як корисна тривожність. Оцінка свого стану щодо цього є важливим компонентом самоконтролю людини.

В рамках цього тесту є дві підшкали. Перша шкала стану тривоги (ситуативної тривожності) оцінює поточний стан тривоги. Вона вимірює, як респонденти почуваються прямо зараз, використовуючи суб'єктивні почуття страху, напруги, нервозності, занепокоєння і порушення вегетативної нервової системи. Ситуативна або реактивна тривожність характеризується емоціями,

що суб'єктивно переживаються: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може змінюватися за інтенсивністю та динамікою у часі. Друга підшкала, шкала особистої тривожності, оцінює щодо стабільні аспекти особистості та її схильність до занепокоєння. Вона вимірює почуття спокою, впевненості та безпеки, відбиваючи стійкі риси особистості, пов'язані з тривожністю.

Тест включає дві підшкали. Перша підшкала, що вимірює ситуативну тривожність, оцінює поточний стан тривоги. Вона аналізує, як респонденти почуваються в даний момент, ґрунтуючись на їх суб'єктивних відчуттях страху, напруження, нервозності, занепокоєння та фізіологічного збудження. Ситуативна тривожність, також відома як реактивна, проявляється у формі суб'єктивних емоцій, таких як напруга, занепокоєння, стурбованість та нервозність. Цей стан виникає у відповідь на стресові ситуації і може змінюватися за інтенсивністю та тривалістю. Друга підшкала оцінює особистісну тривожність, яка відбиває постійні риси особистості та схильність до тривожних реакцій. Вона вимірює такі почуття, як спокій, впевненість та безпека, показуючи стійкі особистісні характеристики, пов'язані з тривожністю.

Особистісна тривожність є стійкою індивідуальною характеристикою, що відображає схильність людини до тривожних реакцій. Це означає, що людина має тенденцію сприймати широкий спектр ситуацій як загрозові і реагувати на них підвищеною тривожністю. Ця характеристика обумовлює сприйняття безлічі ситуацій як стресових. Люди з високою особистісною тривожністю схильні бачити загрозу у великій кількості ситуацій, що спричиняє сильну тривогу. Коли людина стикається з певними стимулами, які вона сприймає як небезпечні для своєї самооцінки чи самоповаги, особистісна тривожність активізується. Люди з високим рівнем тривожності сприймають загрози широкому діапазоні ситуацій і реагують ними вираженими тривожними станами. Якщо тест STAI показує високий рівень особистісної тривожності у респондента, це свідчить про можливість виникнення

тривожних станів у різних повсякденних ситуаціях. Високий рівень особистісної тривожності тісно пов'язаний з емоційними та невротичними розладами, а також із психосоматичними захворюваннями.

Обробка результатів включає такі етапи:

Визначення показників ситуативної та особистісної тривожності за допомогою ключа.

За підсумками оцінки рівня тривожності складання рекомендацій для корекції поведінки випробуваного.

Обчислення середньогрупового показника ситуативної тривожності (СТ) та особистісної тривожності (ОТ) та їх порівняльний аналіз залежно, наприклад, від статевої належності респондентів.

При аналізі результатів самооцінки треба мати на увазі, що загальний підсумковий показник по кожній з підшкал може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим вищий підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної чи особистісної).

За загальної інтерпретації показників можна використовувати такі орієнтовні оцінки тривожності:

до 30 балів – низька

31-44 бали – помірна

45 і більше – висока

Зіставлення результатів з обох підшкал дає можливість оцінити індивідуальну значимість стресової ситуації для респондента.

Запитання Спілбергера-Ханіна ситуативної тривожності

Питання	Ніколи	Майже ніколи	Часто	Майже завжди
1. Я спокійний				
2. Мені ніщо не загрожує				

3. Я перебуваю в напруженні				
4. Я внутрішньо скутий				
5. Я відчуваю себе вільно				
6 Я засмучений				
7. Мене хвилюють можливі невдачі				
8. Я відчуваю душевний спокій				
9. Я стривожений				
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення				
11. Я впевнений в собі				
12. Я нервуюсь				
13. Я не знаходжу собі місця				
14. Я напружений				
15. Я не відчуваю скутості, напруження				
16. Я задоволений				
17. Я стурбований				
18. Я дуже збуджений і мені не по собі				
19. Мені радісно				
20. Мені приємно				

Запитання Спілбергера-Ханіна особистої тривожності

Питання	Ніколи	Майже ніколи	Часто	Майже завжди
1. У мене буває піднесений настрій				
2. Я буваю дратівливим				
3. Я легко впадаю в розпач				
4. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші				
5. Я тяжко переживаю неприємності та довго не можу про них забути				
6 Я відчуваю приплив сил і бажання працювати				
7. Я спокійний, урівноважений та зібраний				
8. Мене турбують можливі труднощі				
9. Я дуже переживаю через дрібниці				
10. Я буваю цілком щасливий				

11. Я все приймаю близько до серця				
12. Мені не вистачає впевненості в собі				
13. Я відчуваю себе беззахисним				
14. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів				
15. У мене буває хандра				
16. Я буваю задоволений				
17. Усілякі дрібниці відволікають і хвилюють мене				
18. Буває, що я відчуваю себе невдахою				
19. Я врівноважена людина				
20. Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи				

Додаток Б**Методика дослідження мотивів збереження вагітності****Рабовалюк Л.М.**

Дослідження мотивів, що спонукають жінку до збереження вагітності, залишається важливим і перспективним напрямом у перинатальній психології. Розуміння справжніх причин, мотивів та обставин, які вплинули на рішення жінки зберегти вагітність, дозволяє краще зрозуміти динаміку стосунків у родині під час вагітності та після народження дитини. Це також сприяє виявленню страхів і незадоволених потреб жінки.

Опитувальник складається з діагностичної частини, в яку входять 78 тверджень, що входять у 10 блоків.

Перший блок (5 тверджень) опитувальника присвячений визначенню рівня бажаності вагітності, наявності сумнівів у правильності рішення жінки, а також чи була вагітність несподіваною або запланованою заздалегідь. У цьому блоці сума балів не підсумовується, а використовується для поділу вагітних жінок на групи за запланованістю та бажаністю вагітності.

Другий набір висловлень відображає особисте ставлення до фінансових труднощів. Тут висловлюється турбота про відсутність зручних умов для проживання дитини та її майбутнє. Також у цьому блоку є твердження про те, що діти потребують значних фінансових витрат, а також хвилювання стосовно можливості забезпечення їм належної освіти та розвитку у майбутньому. Наведені твердження вказують на те, що виховання дитини може бути складним з фінансової точки зору. Високі бали у цьому блоку анкети можуть свідчити про емоційне напруження, пов'язане з незадоволеністю фінансовим становищем, а також про потребу в почутті безпеки.

Третій набір висловлень показує справжнє бажання стати матір'ю, яке виникає з психофізіологічної готовності жінки до материнства. В цьому наборі висловлень жінки говорять про свою любов до дітей, бажання мати спільну дитину з коханим чоловіком, відчуття радості від материнства та задоволення від спостереження за зростанням дитини. Вони також зазначають, що діти

приносять щастя в їхнє життя і роблять дім веселим місцем. Високий бал за цим блоком анкети свідчить про позитивні мотиви для збереження вагітності.

Четвертий блок відображає відчуття обмеження свободи, складність в жертвуванні своїм часом і розвагами на користь дітей та сім'ї, а також наявність егоїстичних тенденцій. Друга частина блоку ставить питання про пріоритети у виборі між цінностями дитини та сім'ї з одного боку та кар'єрою та навчанням - з іншого. Високі бали за цим блоком можуть вказувати на недостатню готовність приділяти себе материнству на даний момент і є ознакою "групи ризику" для подальшого розвитку материнської ролі та батьківських відносин.

П'ятий блок анкети відображає стурбованість стосовно власного здоров'я, негативний спосіб сприйняття вагітності, страхи щодо змін у власному тілі, а також тривогу щодо можливої втрати репродуктивної функції. Деякі учасники також можуть мати певні переконання, що після вагітності у них загубляться зуби або випаде волосся. Високі бали за цим блоком можуть вказувати на негативні емоції та переживання, пов'язані з вагітністю, а також на вплив "суспільних уявлень" про цей період. Кожен пункт анкети потребує уточнень через додаткові питання.

Шостий блок анкети відображає велику тривожність стосовно материнства та песимістичний настрій. У цьому блоку містяться такі твердження: "боюся, що не зможу достатньо доглядати та приділяти увагу своїй дитині", "думаю, що діти приносять багато проблем", "важко дисциплінувати та контролювати дітей", "страхуюся за здоров'я дітей, особливо коли вони хворіють", "вважаю, що неможливо проводити багато часу з чоловіком, коли є діти", "думаю, що діти створюють нові проблеми у шлюбі", "вважаю, що діти можуть викликати проблеми зі сусідами та в суспільстві". Високі бали за цим блоком можуть вказувати на низьку мотивацію до материнства та деструктивні мотиви для збереження вагітності.

Сьомий блок опитувальника вказує на те, що вагітні жінки можуть відчувати певний тиск соціальних очікувань. Їхня мотивація зберегти

вагітність, зазвичай, виникає відповідно до соціальних норм і очікувань. Такі жінки можуть стверджувати, що діти допомагають зміцнити зв'язки з родичами, що відповідно до їхньої віри, обов'язок полягає в материнстві, що вони хочуть змінити свій соціальний статус або просто хочуть бути як всі. Окрім того, деякі можуть вказувати на те, що їхній вік або ситуація серед друзів (які вже мають дітей) впливає на їхнє рішення. Також можливий мотив у тому, що чоловік дуже хотів дитину або бажання, щоб родове прізвище і рід не переривалися. Хоча цей блок опитувальника складно віднести до деструктивних мотивів збереження вагітності, важко також назвати ці мотиви конструктивними. У цих випадках вагітність може сприйматися як щось, що "треба" або "повинно бути", а не як вияв любові або бажання мати дитину.

Восьмий блок анкети відображає прагнення матері мати дитину, яка реалізує її невідтілені плани, мрії та бажання. Ці жінки сподіваються, що через дітей їхнє "життя продовжиться", і що "люди з дітьми рідше залишаються самотніми на старості". Вони зберігають вагітність, щоб "відчувати себе необхідною", "щоб була хоча б одна близька людина". Ці жінки намагаються знайти самореалізацію через дітей, стверджуючи, що "діти підвищують почуття відповідальності і допомагають розвиватися". Вони часто говорять: "хочу поділитися з дітьми тим, що володію сама", "завдяки дитині я зможу знайти нових друзів". Цей блок анкети допомагає виявити надії матері на те, що "діти зможуть допомогти у літній віці" і "дитина буде допомагати по дому", а "народження другої дитини поліпшить матеріальне становище сім'ї".

Дев'ятий блок анкети вказує на те, що деякі жінки можуть мати деструктивні мотиви збереження вагітності, вважаючи її засобом збереження стосунків і утримання чоловіка в шлюбі. Вони можуть стверджувати, що "діти допоможуть зблизити мене з чоловіком", "батьківство покращить становище і репутацію серед родичів (або колег)", "чоловік не залишить мене з дитиною (не піде від мене)", "вагітність допоможе зберегти стосунки", "у разі вагітності мій партнер одружиться зі мною (ми розпишемося)". Високий бал за цим блоком може свідчити про те, що особа відноситься до вагітності як до засобу

маніпулювання стосунками.

Десятий блок анкети (7 тверджень) висвітлює страхи та компенсаційні механізми, які виявляються у жінок у відношенні до материнства: "вважаю, що в сім'ї повинно бути більше однієї дитини, оскільки ніхто не застрахований від нещасного випадку"; "хочу замінити дитиною, яка народилася, втрачену близьку людину (померлу або покинуту)"; "тепер, коли є дитина, батьки змушені змиритися зі шлюбом"; "хочу показати батькам, що стала самостійною"; "хочу народити 'на зло' партнеру (або комусь іншому)"; "хочу народити тільки для себе"; "дитина - це початок нового етапу в житті, все негативне вже позаду". Високі оцінки за цим блоком можуть свідчити про те, що ця група жінок може потребувати психологічної підтримки.

Метод дослідження мотивів збереження вагітності, МДМЗВ

- 1 - Цілком згодна
- 2 - Швидше згодна
- 3 - Важко сказати
- 4 - Швидше не згодна
- 5 - Абсолютно не згодна

№		1	2	3	4	5
1	Я довго не могла завагітніти, і ось нарешті вийшло.					
2	Вагітність була несподіваною, але дуже бажаною.					
3	Спочатку я сумнівалася, чи варто зберігати вагітність.					
4	Тепер я сумніваюся, чи правильно вчинила, залишивши вагітність.					
5	Я не хочу цієї дитини.					
6	Боюся, що я не маю відповідних житлових умов, у яких дитина почуватиметься абсолютно комфортно.					
7	Я стурбована майбутнім моєї дитини.					
8	Діти є фінансове навантаження для всієї родини.					
9	Боюся, що не зможу дати дитині гідну освіту та					

	матеріальне забезпечення.					
10	Боюся, мені буде (матеріально) важко «підняти» дитину.					
11	Отримую задоволення, коли спостерігаю за тим, як дитина росте.					
12	Випробовую радість мати маленьку дитину.					
13	Особлива любов розвивається між батьком і дитиною.					
14	У хаті весело, коли є діти.					
15	Вагітність «заради дитини».					
16	Я дуже люблю дітей.					
17	Ми з чоловіком любимо один одного і хочемо мати спільну дитину.					
18	Хочу любити дитину та піклуватися про неї.					
19	Хочу відчувати радість материнства.					
20	Діти це щастя.					
21	Діти обмежують волю.					
22	З дітьми втрачається контакт із друзями.					
23	З дитиною не вистачає часу на себе.					
24	Тепер, коли маю дитину, доведеться забути про всі розваги.					
25	Маючи дітей, найважче зберегти роботу.					
26	Робота (кар'єра чи навчання) на даному етапі життя для мене важливіша, ніж діти.					
27	Рано я завагітніла, не знаю, як навчатимуся далі.					
28	Не знаю, як я зараз поєднуюватиму турботу про дитину і роботу (навчання).					
29	У мене складна вагітність та погане здоров'я.					
30	Я (або мій чоловік) вже у віці, і я цим стурбована.					
31	Вагітність псує фігуру.					

32	Вагітність робить мене менш привабливою.					
33	Після народження дітей псуються зуби та висипається волосся.					
34	Хочу народити, бо боюся втратити можливість народження дітей у майбутньому.					
35	Аборт шкідливий здоров'ю.					
36	Вагітність змушує мій організм старіти.					
37	Боюся, що не зможу достатньо піклуватися та приділяти увагу своїй дитині.					
38	Дитина завдає багато проблем.					
39	Дітей важко дисциплінувати та контролювати.					
40	Діти турбують особливо, коли вони хворі.					
41	Неможливо проводити багато часу із чоловіком, коли є діти.					
42	Діти спричиняють появу нових проблем у шлюбі.					
43	Діти створюють проблеми з сусідами та суспільством.					
44	Роль матері не особливо схвалюється людьми, з якими спілкуюся.					
45	Я не дуже люблю дітей.					
46	Хочу, щоб не переривалося прізвище, рід.					
47	Я вагітна, бо хочу, щоб першій дитині (дітям) було з ким спілкуватися.					
48	Діти сприяють посиленню зв'язків із родичами.					
49	Відповідно до моєї віри обов'язком є мати дітей.					
50	Хочу змінити соціальний статус.					
51	Хочу «бути як усі».					
52	Вік змушує.					
53	Усі подруги вже мають дітей.					
54	Чоловік дуже хотів дитину.					

55	Хочу покращити демографічну ситуацію в країні.					
56	Моє життя триватиме через моїх дітей.					
57	Діти підвищують почуття відповідальності та допомагають мені розвиватися.					
58	Люди, які мають дітей, рідше бувають самотніми у літньому віці.					
59	Діти можуть допомогти мені, коли буду літньою.					
60	Дитина допомагатиме мені по дому.					
61	Хочу поділитись з дітьми тим, чим володію сама.					
62	Завдяки своїм дітям я зможу знайти нових друзів.					
63	Щоб була хоч одна близька людина.					
64	Щоб почуватися комусь потрібним.					
65	Народження другої дитини покращити матеріальне становище сім'ї.					
66	Діти допоможуть зблизити мене із чоловіком.					
67	Батьківство покращує становище та репутацію серед родичів (або колег).					
68	Чоловік не залишить мене з дитиною (не втече від мене).					
69	Вагітність допоможе зберегти стосунки.					
70	У цьому випадку мій партнер одружується зі мною (ми розпишемося).					
71	Отже, можна зміцнити відносини у ній.					
72	Вважаю, що у сім'ї має бути більше однієї дитини, бо ніхто не застрахований від нещасного випадку.					
73	Хочу замінити народженою дитиною втрачену близьку людину (померлу, яка кинула)					
74	Тепер, коли є дитина, батьки змушені змиритися із шлюбом.					

75	Хочу показати батькам, що стала самостійною.					
76	Хочу народити «на зло» партнеру (або будь-кому);					
77	Хочу народити лише для себе.					
78	Дитина розпочала новий етап у житті, все погане вже позаду.					