

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ЮРІЯ ФЕДЬКОВИЧА**

**Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи  
кафедра практичної психології**

**Особливості готовності до материнства у жінок з під час першої та  
другої половини вагітності**

**Кваліфікаційна робота**

**Рівень вищої освіти – другий (магістерський)**

***Виконала:***

студентка 2 курсу, 623 групи  
**Джумара Іванна**

***Керівник:***

Проф., д.мед.наук, Кушнір І.Г.

*До захисту допущено  
на засіданні кафедри  
протокол №4.1 від 3 листопада 2023 р.  
Зав. кафедрою \_\_\_\_\_ **Радчук В.М.***

**Чернівці – 2023**

## **Зміст**

<b>Вступ.....</b>	<b>4</b>
<b>РОЗДІЛ I. Огляд проблеми становлення материнства у сучасній психологічній науці .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1. Історичні аспекти становлення поняття материнство.....</b>	<b>6</b>
<b>1.2. Психологічні особливості вагітних жінок і поняття та зміст психологічної готовності до материнства.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3. Сприяння розвитку психологічних інтервенцій при підготовці до пологів та материнства .....</b>	<b>30</b>
<b>РОЗДІЛ II. Матеріали та методи дослідження .....</b>	<b>42</b>
<b>2.1. Характеристики вибірки досліджування.....</b>	<b>42</b>
<b>2.2. Характеристика методів дослідження.....</b>	<b>42</b>
<b>РОЗДІЛ III. Аналіз отриманих результатів .....</b>	<b>51</b>
<b>Висновки.....</b>	<b>73</b>
<b>Список використаних джерел .....</b>	<b>76</b>

### Анотація

**Особливості готовності до материнства у жінок з під час першої та другої половини вагітності.** В кваліфікаційному дослідженні проаналізовано особливості психологічної готовності до материнства у жінок під час першої та другої половини терміну вагітності. Материнство – специфічне особистісне формування, стрижневою основою якого є суб'єктно-об'єктна орієнтація у ставленні до дитини, що ще не народилася. Готовність до материнства можна розглядати як здатність матері забезпечувати адекватні адаптивні умови для розвитку дитини, певний тип ставлення матері до дитини. У жінок, що знаходяться на ранніх етапах вагітності переважає модель симбіотичних стосунків з дитиною, майбутня мати прагне захистити від негативних впливів та відчуває повне єднання з дитиною, а у жінок, що знаходяться на пізніх термінах вагітності переважає модель «Прийняття дитини».

### Abstract

**Peculiarities of readiness for motherhood in women during the first and second half of pregnancy.** The qualification study analyzed the peculiarities of psychological readiness for motherhood in women during the first and second half of pregnancy. Motherhood is a specific personal formation, the core of which is the subject-object orientation in relation to the unborn child.

Readiness for motherhood can be considered as the mother's ability to provide adequate adaptive conditions for the child's development. In women in the early stages of pregnancy, the model of symbiotic relationship with the child prevails, the future mother seeks to protect against negative influences and feels complete unity with the child, and in women in the late stages of pregnancy, the model of "child acceptance" prevails.

## Вступ

**Актуальність дослідження.** Проблема вивчення психологічного змісту материнства в останній час набуває дедалі більш дисциплінарного характеру, оскільки стає важливим предметом дослідження не тільки в науках, що традиційно мають до неї безпосереднє відношення (медицина, біологія поведінки, фізіологія), але і в гуманітарних науках, таких як історія, культурологія, соціологія, психологія.

Недостатність у більшості населення соціально-економічного ґрунту, який гарантує достатній рівень матеріального благополуччя родини і виховання дитини, не сприяють дітонародженню. Проблему загострює і той факт, що указані негативні прояви здійснюються на фоні зміни сімейних стереотипів і цінностей, зміни паттернів сімейних відношень, трансформації традиційних стереотипів репродуктивної поведінки. Спостерігається зростання незапланованих вагітностей серед неповнолітніх та аборти у жінок, які ще не мають дітей. На готовність до материнства спричиняє дію більш пізній вік вступу в шлюб, кар'єрні прагнення жінок, установки на зменшення кількості дітей в сім'ї, невпевність в майбутньому. Збільшується кількість сімей в яких порушені материнсько-дитячі відносини, в яких дитина залишається неприйнята батьками.

Необхідно оцінити вклад, який внесли в розробку цих питань такі вчені, як Філіпова Г. Г., Яремчук Н. В., Макешина Ю. В., Шмілик Н., Перун М. Б., Мальована Ю., Шевчук Г. Аксьонова С. Ю. Дурманенко О. Л. [1, 2, 3, 4, 5].

Вивченням питань материнства, яке проявляється в відмові від дитини, насилля над дитиною, ювенільного материнства займались Нероба М. В. Ковальова У. В. [6,7]

**Об'єкт** – психологічні особливості вагітної жінки

**Предмет дослідження**– особливості психологічної готовності до материнства у жінок під час першої та другої половини вагітності.

**Мета** – дослідити особливості психологічної готовності до материнства у вагітних жінок з під час першої та другої половини вагітності.

**Гіпотеза** – психологічна готовність до материнства у жінок після п'ятого місяця вагітності, у зв'язку з появою відчуттів рухів дитини та трансформацією гестаційної домінанти, стає диференційванішою та більше виражена, ніж у жінок з раннім терміном вагітності.

**Завдання дослідження:**

1 Аналіз та систематизація теоретичних знань з питань психологічних особливостей вагітних на різних етапах гестації та проблеми психологічної готовності до материнства;

2. Підготовка валідного методичного інструментарію для вимірювання психологічної готовності до материнства у вагітних жінок.

3. Дослідження материнської позиції жінок на різних стадіях вагітності;

4. Аналіз та узагальнення отриманих даних;

**Методи дослідження:** тестування; статистична методологічна обробка в психології.

Жінки обох груп відповідали на питання та брали участь у проведенні таких методик як:

1. Тест відносин вагітної (Добряков І.В.);
2. Опитувальник батьківського відношення (Варга А., Столін В.);
3. Методика вивчення батьківських установок (PARI), (Шефер Е.С., Бел Р.К.);
4. Методика дослідження рівня психологічної готовності вагітної жінки до материнства В.В. Бойко (методика Пролог).;
5. Проективна методика «Сімейна соціограма» (Ейдемільер Е.)

Теоретичне значення отриманих результатів полягає у систематизації та поширенні теоретичних уявлень про материнство та психологічної готовності до материнства.

Практичне значення одержаних результатів полягає в можливості використання отриманих практичних даних при роботі з вагітними жінками, молодими мамами а також з жінками які тільки планують свою вагітність.

**Методика дослідження рівня психологічної готовності вагітної жінки до материнства В.В. Бойко (методика Пролог).**

**Структура роботи:** робота складається зі вступу, трьох розділів, загального висновку, списку використаних джерел. Зміст роботи викладено на **сторінках** друкованого тексту включаючи малюнків та таблиць.

## **РОЗДІЛ I. Огляд проблеми становлення материнства у сучасній психологічній науці**

### **1.1. Історичні аспекти становлення змісту поняття материнство**

Психологія материнства – це одна з найбільш складних і мало розроблених галузей сучасної науки. Важливість та актуальність її вивчення продиктована протиріччям між зростанням демографічних проблем, пов'язаних з падінням народжуваності, збільшенням частоти розлучень, лавиноподібним збільшенням числа дітей-сиріт та сиротіючих дітей при живих батьках, зростанням числа випадків жорстокого поводження та насилля по відношенню до жінки та дітей, і недостатнім забезпеченням соціальної і психологічної допомоги сім'ї, в першу чергу жінці.

Материнство вивчається в руслі різних наук: біології поведінки, соціології, психології, історії, культурології, медицини, фізіології. Зарубіжні дослідження в галузі психології батьківства, материнства і суміжних проблем, на противагу національним, відрізняються різноспрямованістю концепцій і підходів та надзвичайною поширеністю [8].

Важливими проблемами, окресленими науковцями є, по-перше, констатація необхідності проведення психологічних досліджень материнства як цілісного явища та, по-друге, відсутність теоретичної концепції і адекватного комплексного методологічного підходу для здійснення такого дослідження. Не зважаючи на сучасні досягнення в галузі медицини, фізіології, акушерства і гінекології, підвищенні наукового і технічного рівня неонатальних практик і допомоги при пологах, психологічні проблеми вагітних, питань материнства і раннього дитинства не зменшуються, що посилює актуальність цілісного психологічного підходу до вивчення материнства [9].

Необхідність підготовки фахівців в цій галузі та вивчення психології материнства обумовлена також бурхливим розвитком перинатальної психології, такої галузі психологічної практики, як психологічна допомога матері і дитині (супровід розвитку дитини і материнсько-дитячої взаємодії),

на різних етапах онтогенезу, включаючи і дитинство і пренатальний період. Збільшення процесів усвідомлення в області інтимних стосунків матері з дітьми, що спочатку регулюються філогенетично ранніми неусвідомлюваними механізмами, вимагає ретельного наукового аналізу та рефлексії як самих материнсько-дитячих стосунків, так і способів втручання в них з метою психодіагностики, психологічної корекції і профілактики чи психотерапії. Особливо це стосується України, де збільшення соціального запиту на такого роду психологічні послуги, зустрічається з недостатністю теоретичного, методичного і організаційного забезпечення.

Інститут материнства розглядається як історично зумовлений, змінюючий свій зміст від епохи до епохи [10]. Проте є значна культурна та історична різноманітність в поглядах по головних аспектах цієї проблеми.

Становлення і розвиток системи взаємодії матері та дитини пов'язаний з аналізом особливостей цієї взаємодії як специфічного, видотипового людського феномену, що реалізовується не запрограмовано на рівні генетичного забезпечення змісту, а в умовах відкритого, екзогенно-зумовленого, пропонованого конкретно-культурною моделлю. Маргарет Мід на основі вивчення материнства і дитинства в різних культурах приходить до висновку, про те що кожна конкретна культура обирає певні риси характеру і темпераменту, що властиві дорослій людині, найбільш прийнятні в даній культурі, і будує на їх основі унікальну культурну модель дорослої жінки і формує систему виховання дитини, орієнтовану на цю модель. В кожній культурі є особливо характерний спосіб виховання батьків (в першу чергу матерів), що і є основними «виробниками» особистості дитини як члена свого, конкретного суспільства. Ці соціально-культурологічні переживання матері, в рамках яких вивчаються культурно-історичні механізми материнської поведінки, знаходяться в залежності від соціальних та суспільних норм материнства. [11]

На думку Маргарет Мід материнська турбота і піклування, прихильність до дитини, глибоко закладені в реальних фізіологічних умовах



зачаття і виношування вагітності, проведення пологів, грудне вигодовування, що тільки складні соціальні установки можуть повністю їх пригнітити та трансформувати. Згідно з дослідженнями Маргарет Мід жінки за своєю природою є матерями, хіба, що їх спеціально вчитимуть запереченню своїх дітородних та материнських якостей. Суспільство на протязі декількох років може змінити вроджені, генетично-детерміновані материнські установки шляхом здійснення тиску при формуванні змісту соціальної ролі жінки, материнських установок, спотворити вроджені закономірності розвитку настільки, щоб вони перестали бажати піклуватися про свою дитину, незважаючи на те, що вони вже «годували» її в надійному укритті власного тіла.

Кроскультурні дослідження свідчать, що в суспільстві, де люди понад усе цінують соціальний статус, жінка може задушити свого дитяти власними руками. Це робили деякі індійки з племені натчез та деякі жінки Таїті, коли дітовбивство могло підвищити їх соціальне положення. Спостереження М. Мід показують, що якщо суспільство надзвичайно високо ставить принцип законнародженості, та мати незаконнонародженої дитини може залишити її або убити, щоб зберегти соціальний статус, проводять паралелі між «примітивними» та «розвиненими» цивілізаціями в факторах, що зумовлюють пригнічення природних материнських відчуттів. [11].

Елізабет Бадінтер займає іншу соціоцентричну позицію [5]. Проаналізувавши історію формування материнських установок впродовж чотирьох сторічч (протягом XVII - XX століття), вона прийшла до висновку, що «материнський інстинкт – це міф». Авторка не виявила жодної загальної і «необхідної» поведінки матері, а натомість – надзвичайну мінливість її відчуттів залежно від її амбіцій, фрустрацій або культури. Материнська любов – це поняття, яке не просто еволюціонує, але й наповнюється різним змістом в різні періоди історії. Е. Бадінтер розглядає три головні соціальні жіночі ролі в їх взаємозв'язку: матері, дружини і жінки, яка може вільно реалізовуватись. Е. Бадінтер вказує на взаємозв'язок між суспільними

потребами і значеннями материнської відповідальності за народження дитини: «Жінка стає кращою чи гіршою матір'ю в залежності від того цінується чи знецінюється материнство в суспільстві» [12]. Вона, проаналізувавши динаміку змін материнських установок впродовж декількох століть у Франції, прийшла до висновку, що в XVIII століття материнська любов була справою індивідуального розсуду, індивідуальним випадковим явищем. В ті часи репродуктивна функція жінки сприймалася як рядова, що нічим не виділяється, частина обов'язків жінки в сім'ї, анітрохи не важливіша, аніж участь жінки в народженні дитини. З іншого боку, при відсутності або при малій ефективності контролю народжуваності, репродуктивна функція залишалася невід'ємною частиною життя майже всіх жінок. Важливість та цінність дитини визначалася її суспільною позицією, порядком народження і статтю (перш за все цінувався законнароджений хлопчик і первісток), а зовсім не її особистими якостями. [13]

Повсякденним було досить спокійне ставлення до загибелі дитини: «в світі іншому йому буде краще», «Бог дав, Бог взяв». При народженні небажаних і позашлюбних немовлят була поширена практика нещасних випадків або ж підкидання новонароджених в чужі будинки – так званий «закамуфльований інфантицид».

Інфантициду надавалася перевага над викликаними штучними пологами через надмірну токсичність абортівних речовин та ризики для здоров'я вагітних при їх використанні. В цілому суспільство було байдуже до раптової хвороби і загибелі дітей чи до фактів їх зникнення,.

Культуральним і історичним трансформаціям в суспільній свідомості піддавалися як материнські установки, так й образ дитини. Науковцями було виокремлено чотири альтернативні образи новонародженого в європейській традиційній культурі:

1) традиційно-християнський – що передбачає, що новонароджений несе на собі відбиток першородного гріха і врятувати його може лише

пригнічення волі, підпорядкування батькам чи духовним пастирям та наставникам;

2) соціально-педагогічний детермінізм – згідно з ним дитина за своєю природою не прихильна ні до добра, ані до зла, а є своєрідною «*tabula rasa*» – «чистою дошкою на якій близьке соціальне оточення і вихователь можуть написати все що завгодно;

3) природний детермінізм – згідно з ним характер і можливості дитини зумовлені генетично-детермінованими факторами та сформовані ще до її народження;

4) утопічно-гуманістичний підхід, згідно з яким дитина народжується хорошою і доброю і змінюється лише під впливом суспільства та в результаті виховання. [14]

У другій половині ХХ століття знов виразно почали проявлятися тенденції, ворожі та протилежні «дітоцентризму». Соціально-політична емансипація жінок і значне залучення їх в суспільне виробництво, в кар'єру та професійну діяльність, робить їх сімейні ролі, включаючи материнство, не настільки важливими та всеосяжними і, можливо, менш значимими для них. Самоповага жінки заснована, окрім материнства, на багатьох інших підставах – професійні досягнення, матеріальні здобутки, соціальну незалежність, самостійно досягнутий соціальний статус, а не досягнення, які з'являються завдяки заміжжю. Частину традиційно-материнських функцій в інституті сім'ї переймають на себе соціальні інститути і професіонали (лікарі, вчителі, вихователі, няні, спеціалізовані громадські установи, тощо.). Це не відміння цінності материнської любові та потреби в ній, проте істотно змінює характер материнської поведінки та зміст материнської позиції. Як зазначає історик Ф. Арієс, в останні десятиріччя змінився образ дитини в громадській суспільній європейській свідомості: він став сприйматися як, непотрібне створення, яке прагнуть відсторонити як емоційно, так і фізично, зменшуючи кількість і якість тілесного та емоційного контакту, роблячи виховання дітей подібним до технологічного, що відбувається за певним шаблоном. Спад

народжуваності пов'язаний з тривожним очікуванням та страхом майбутнього, зростання мотивації особистого розвитку у потенційних батьків, бажанням затвердити свою індивідуальність, своє місце в житті, мати стабільне соціальне положення до того, як присвятити себе батьківству та турботі про дітей [14].

Аналіз різних культурних варіантів материнства в сучасному суспільстві засвідчують про вплив наявних моделей цінностей, сім'ї, і дитинства, характерних в даній культурі, на зміст материнської позиції, материнську поведінку і переживання жінки. Привертає увагу приведені в наукових джерелах порівняння розподілу материнських функцій в різних культурах, особливостей формування материнської поведінки, принципів виховання і батьківсько-дитячі стосунки, які забезпечують формування необхідних в даній культурі психологічних індивідуальних якостей (наприклад, особливості когнітивної і емоційно-вольової сфери, змісту прихильності та прив'язаностей, особливостей переживання успіху і невдачі на різних етапах досягнення мети, особистісних характеристик) [15].

Отже, материнство – в історичному аспекті – це одна з соціальних жіночих ролей, причому, якщо потреба бути матір'ю навіть і закладена в жіночій природі, соціальні норми і цінності здійснюють значний вплив на прояви материнського ставлення до дитини. Поняття «норма материнського ставлення» не є постійним, оскільки саме зміст материнських установок міняється від епохи до епохи, окрім того і образ дитини, і особливості дитячо-батьківських стосунків, і методи виховання залежав від соціальних установок певного історичного періоду. Прояви девіантного материнського ставлення, існували завжди, але в залежності від значущості суспільних цінностей, вони могли носити або більш прихований або відкритий характер і супроводжувались більшим або меншим відчуттям провини, залежно від актуальної суспільної оцінки таких дій.

## **1.2 Психологічні особливості вагітних жінок і поняття та зміст психологічної готовності до материнства.**

### ***1.2.1. Психологічні особливості вагітних жінок***

Вагітність викликає глибоку перебудову організму жінки, що реалізується як в фізіологічному, так і на психологічному рівнях. Під час вагітності у жінок може виникати емоційна лабільність, нестійкість, дратівливість, високий рівень особистісної тривожності, підвищений рівень домагань, неадекватна самооцінка, дисморфофобічні стани, сенситивність, недовірливість, астенічність, що знижує активність особистості [17]. У перинатальній психології для прогнозування поведінки, емоційних реакцій та проектування можливостей психологічного втручання виділяються типологічні відмінності ставлення жінок до вагітності: адекватний, тривожний, ейфоричний, ігноруючий, амбівалентний, заперечуючий. Для адекватного типу ставлення до вагітності характерні відсутність сильних і тривалих неприємних емоційних переживань. Тривожний тип супроводжується підвищенням тривоги за власне здоров'я та здоров'я дитини, тривожним очікуванням майбутнього, страхами, занепокоєнням, субдепресивним станом, особливо у перші три місяці вагітності. При ейфоричному типі і фізіологічні відчуття, що виникають при вагітності і ставлення до майбутнього материнства і пологів мають неадекватне ейфоричне забарвлення, проявляється некритичне ставлення до можливих проблем вагітності та материнства, немає диференційного ставлення до характеру рухів дитини; як правило до кінця вагітності у таких жінок виникають ускладнення. Ігноруючий тип проявляється в пізній ідентифікації вагітності, зазвичай супроводжується почуттям розчарування чи неприємного здивування [16]. Змін емоційного стану по триместрах або не відбувається, або відзначається підвищення активності, загального емоційного тону та самопочуття. При амбівалентному типі загальні особливості у вагітних подібні до тривожного типу, проте особливістю є протилежні за фізичними і емоційним відчуттям переживання відчуття рухів

дитини, характерне виникнення больових відчуттів. У таких вагітних інтерпретація власних негативних емоцій переважно оцінюється як страх за дитину або результат як самої вагітності, так і пологів. Для заперечуючого (відкидаючого) типу характерно тривоги та різкі негативні емоції, які посилюються при рухах дитини та при оцінці наслідків вагітності та майбутнього материнства. Науковці вважають, що тривоги та відчуження емоційного контакту в симбіотичній системі «мати-дитина» виникають внаслідок незнання деяких аспектів, пов'язаних із вагітністю, пологами, материнством та розвитком дитини; або ще однією з причин виникнення тривоги може бути суб'єктивне відчуття відсутності розуміння, почуття самотності вагітної, почуття несхожості на інших жінок. [19, 20]

Дослідженнями багатьох науковців показано, що стан підвищеної тривоги несприятливо позначається на стані здоров'я вагітної та розвитку плоду. [ 21 ] Порушення механізмів подолання стресових та взагалі кризових ситуацій може спричинити розвиток несприятливих психічних станів у вагітних жінок. Несформованість адаптаційних механізмів може сприяти невротичним або психосоматичним формам реагування, що може відобразитися у порушенні репродуктивної функції, ускладнені перебігу вагітності чи втраті плода [22]. Підвищена тривожність, психічна виснаженість, стомлюваність і емоційний стрес у вагітних, особливо при патології вагітності, сприяють формуванню неспроможності адаптивного вегетативного забезпечення, у стресових переживаннях такі жінки схильні до надмірних емоційних реагувань, до неадекватних реакцій на дійсність, що сприяє невпевненості у собі та низькій самооцінці. Ці жінки в меншій мірі терпимі до неконтрольованого та незвичного досвіду, меншою мірою здатні вести активний пошук нового досвіду [23].

На жіночий організм і особливо на психоемоційний стан, вагітність впливає багатофакторно. Дуже важливо під вагітності з'ясувати питання, що хвилюють вагітну, визначити та її ставлення до майбутніх пологів. Вагітність з патологічним перебігом, ризику здоров'я жінки та дитини включаються до

кола факторів що викликають сильне занепокоєння, стрес. Такі жінки орієнтовані швидше на невдачу, тому більше занепокоєні під час виношування дитини, стан впевненості в собі для них можливий тільки після народження дитини, на відміну від вагітних з адекватним перебігом вагітності. [24] У разі переживання хронічного стресу, що викликаний психотравмуючою ситуацією, у цих жінок можуть проявлятися різні невротичні розлади, виражена виснаженість як фізіологічних, так і психологічних ресурсів організму, витіснення чи заперечення проблем, психосоматизація [ 25, 26 ].

Під час вагітності відбувається перерозподіл часу та зміна всіх сфер життя жінки, вагітність провокує глибокі зміни самосвідомості, ставлення до інших і до світу, відбувається трансформація ціннісно-змістових складових образу дійсності, майбутнього, власної ідентичності у нових умовах [ 27 ].

Високий рівень щоденного стресового впливу, інтенсивний темп життя, надзвичайно насичене інформаційне середовище, екологічне неблагополуччя – все це негативно позначається на психофізіологічному стані вагітних жінок [28]. Навіть практично здорові жінки протягом пренатального періоду перебувають у стані біологічної та психологічної кризи [29]. З літературних джерел відомо, що при вагітності відбувається розвиток домінантного збудження, трансформуються нейрогуморальні регуляторні процеси, формується специфічний рівень вищої нервової реактивності, з'являється «синдром вагітної» що сприяє нормальному розвитку вагітності. При надпороговому стресовому впливі може відбуватися зрив захисних та регулюючих механізмів, спотворення або пригнічення розвитку гестаційної домінанти, що призводить до порушення регуляції гомеостатичних процесів, які забезпечують фізіологічний перебіг вагітності. [30] Особливості нервово-психічних реакцій вагітних і характер їх емоційних переживань варто розглядати як прояв адаптації організму та особистості до настання вагітності та подальших змін, пов'язаних з її розвитком та завершенням [31].

Важливу роль у виникненні гестозів вагітних на різних термінах, невротичних розладів, а також завмирання вагітності, загрози невиношування та передчасних пологів у період вагітності відіграють психологічні чинники. Тому в перинатальній психології саму ситуацію вагітності та материнства розглядають як кризову, таку що вимагає адаптації до вагітності як фізіологічного та психосоматичного стану, і адаптації до материнства як до формування гестаційної домінанти, прийняття ролі матері та материнської позиції, жінка вчиться сприймати майбутню дитину, співвідносячи свої потреби з фактом її існування [23, 24, 32]. Стресові та фрустраційні фактори, такі як: ускладнення перебігу вагітності, порушення стосунків з чоловіком чи з близькими, не виправдані очікування, пов'язані з появою дитини, необхідність відмовитися від значних цілей, обмеження потреб, тощо ускладнюють таку адаптацію. Динаміка психологічного благополуччя жінки під час вагітності відображає функціонування системи взаємодії матері та дитини і зумовлена здатністю жінки до перегляду та зміни своїх життєвих цілей відповідно до цілей майбутньої дитини та змісту нової соціальної ролі. Щоразу спосіб переживання стресової ситуації та стратегія адаптації до неї залежатиме від особистісних особливостей жінки та від того, наскільки фруструючими для неї виявляться всі складові ситуації вагітності і материнства [33].

Для майбутньої матері період вагітності – час існування різноспрямованих потреб та пошук гармонійного їх примирення, стан певної амбівалентності. Це одночасно і спільність, і диференціація власного «я» та об'єкту «всередині мене». Проходження процесів диференціації необхідно для становлення материнства та розвитку раннього діалогу з дитиною. [34].

Іноді вагітність – це становлення жіночої зрілості, наступним етапом якої є розвиток материнських почуттів у взаємодії з своєю дитиною, вагітність це можливість тіла пред'явити своє існування формуванням материнської сфери, тому прийняття своєї тілесності та всіх змін тіла,



пов'язаних з вагітністю та пологами є важливим завданням психотерапії під час вагітності. [ 35 ]

Можна зробити висновок, що під час вагітності у жінок змінюється фізіологічне функціонування та нейрогуморальна регуляція, психоемоційний стан, рівень домагань, самооцінка, сприйняття власного тіла, формується гестаційна домінанта, материнські почуття, що буде впливати на диференціацію власного «я» та об'єкту «всередині мене», адаптацію до зміни своїх життєвих цілей відповідно до цілей майбутньої дитини та змісту нової соціальної ролі.

### ***1.2.2. Поняття та зміст психологічної готовності до материнства***

Материнство вивчається в руслі різних наук: медицини, фізіології, історії, культурології, генетики, нейробіології поведінки, соціології, психології. Кожна галузь науки вивчає і визначає материнство, ґрунтуючись та виходячи зі своїх цілей і завдань, проте в сучасних дослідженнях переважає інтерес до комплексного вивчення материнства. [36]

У Тлумачному словнику української мови «материнство» пояснюється як «стан жінки в період вагітності, пологів, годування дитини; властива матері свідомість родинного її зв'язку з дітьми». [37]

У словнику гендерних термінів «материнство визначається як функція жіночого організму, направлена на продовження людського роду і включає в себе біологічні (виношування, народження і вигодовування немовля) і соціальні (виховання дитини) аспекти», окрім того материнство розглядається як головна причина чоловічої домінації, оскільки всіх суспільствах процес материнства здійснюється жінкою. Окрім того материнство є соціокультурним стандартом, що виступає основою матерналізму – це тип взаємин між людьми, який виявляється в особливому ставленні до допомоги ближнім, та характеризується піднесеною, безкорисливою материнською турботою. Для материнства, як соціокультурного стандарту, будуть властиві такі риси як: 1) безкорисливість і

самовідданість; 2) безумовність; 3) спонтанність і природність; 4) свобода материнства від самого себе; 5), ініціативність і принциповість. [37]

Перинатальні психологи розглядають материнство як психосоціальний феномен, для забезпечення умов для розвитку дитини, як частину особистісної сфери жінки, як одну з жіночих соціальних ролей, на зміст якої найбільше впливають суспільні норми і цінності [38].

Італійський психолог А. Менегетті стверджує що материнство, - насправді всього лише виконання жінкою завченою з дитинства ролі. [39]

Таким чином, немає однозначного єдиного поняття «материнства». Для цілісного бачення материнства необхідно окреслити функції, властиві для матерів. Функції матері досить складні і різноманітні. Вони полягають в задоволенні всіх фізіологічних потреб малюка, сенсорній та мовленнєвій взаємодії, забезпеченні емоційного благополуччя та створення імпринтінгового фону для дитини, в розвитку ранньої прив'язаності, базових структур ставлення до світу, спілкування, основних характерологічних та поведінкових якостей дитини та її активності.

Г.Г. Філіппова виділяє дві взаємопов'язані групи материнських функцій: видотипову і конкретно-культурну. До видотипових функцій матері відносяться такі як:

- Забезпечення сенсорного стимульного середовища для пренатального і постнатального розвитку когнітивних та емоційних процесів, для онтогенезу мови.

- Забезпечення умов (у формі розділення діяльності з дитям) для фізичного розвитку та становлення видотипової структури діяльності.

- Створення умов для формування прихильності та онтогенетичного формування видотипових потреб: потреби в емоційній взаємодії з дорослим, включення дорослого в тілесно-практичну діяльність, потреба в здобутті позитивних емоцій від дорослого, пізнавальна потреба, потреба в оцінці дорослим своєї активності і її результатів, тощо.

- Забезпечення умов для засвоєння видотипових засобів відображення у формі формування потреб в мовленнєвому та немовленнєвому спілкуванні, як системоутворюючих для сфери спілкування.

- Створення умов для розвитку мотиваційних механізмів.

Всі видотипові функції, мати здійснює згідно наявної в її культурі та в суспільній площині моделі материнства, в яку входить модель переживань матері, операційний склад і технологія виховання, її ставлення до дитини і своїх материнських функцій, а також способи емоційного контакту з дитиною. Конкретно-культурні функції охарактеризувати складніше. До цієї групи материнських функцій відносять наступні:

- Формування матір'ю предметного середовища і умов тілесно-практичної, ігрової діяльності та спілкування, які сприяють утворенню особливостей когнітивної і моторної сфери.

- Забезпечення умов для формування культурної моделі прив'язаності.

- Забезпечення умов для створення культурних особливостей соціально-комфортного середовища.

- Формування умов (наочного, сенсорного, діяльнісного середовища, спілкування) для засвоєння культурних особливостей стилю мотивації досягнення та успіху.

- Забезпечення умов для формування у дитини важливих культурних моделей: ціннісно-сміслових орієнтацій, сімейних стосунків, материнства, дитинства, тощо. [40]

Психологи зазначають, що далеко не всі ці функції закріплюються на усвідомленому рівні матері. Окрім того, в психології зміст цих функцій був окреслений тільки в останні десятиріччя, тому, немає підстав вважати, що їх пізнання вже закінчене, хоча кожна мати з різною мірою успішності ці функції виконує багато тисячоліть [17].

Материнські функції добре освоєні і представлені в культурних звичаях, правилах, нормах, в обрядах, повір'ях, народній творчості. Деякі з,

такі, материнські функції як задоволення органічних потреб малюка, формування у нього деяких характерологічних якостей та поведінкових паттернів, в достатній мірі усвідомлюються і матір'ю і суспільством. Інші функції переважно існують в суспільній свідомості і свідомості матері в змінній формі, а уявлення про їх значення для дитини залежать від біологічних і соціокультурних завдань його розвитку. [41]

Народження дитини привносить багато змін та трансформацій, до яких жінка має бути готова. Це включає готовність до материнства, жінка повинна усвідомлено перейняти на себе виконання материнських функцій.

Ряд науковців, що досліджують проблему готовності до материнства [21, 22, 23], вважають, що готовність до материнства формується з раннього дитячого віку і впродовж всього життя. На формування материнської позиції впливають як біологічні – інстинктивні, генетичні та нейрогуморальні фактори, так і соціальні чинники, оскільки психологічна готовність до материнства з одного боку має потужну інстинктивну генотипову основу, а з іншого – виступає як особистісний розвиток, в якому відбивається весь попередній досвід взаємин майбутньої матері зі своїми батьками, однолітками, чоловіком і іншими людьми.

З цієї позиції материнство – специфічне особистісне формування, стрижневою основою якого є суб'єктно-об'єктна орієнтація у ставленні до дитини, що ще не народилася. Такий підхід у визначенні готовності до материнства пояснюється припущенням про те, що суб'єктивне ставлення до майбутньої дитини проектується в стиль переживання вагітності, стиль материнської поведінки та забезпечує найбільш сприятливі умови для психічного розвитку немовляти та ранньої взаємодії, найважливішими показниками яких є рівень спілкування дитини з матір'ю, особливості розвитку у дитини образу себе і потреби в співпереживанні та емоційному контакті. [42].

Виділено декілька показників психологічної готовності до материнства. У першу чергу в цей конструкт включені особливості комунікативного

досвіду жінок з їх раннього дитинства. У разі якщо попередній досвід спілкування з близькими оцінювався позитивно, це означає, що первинні стартові умови для формування суб'єктного ставлення до інших людей були сприятливими і відповідно сприятлива основа для формування суб'єктного ставлення до своєї власної дитини закладена. Про характер раннього комунікативного досвіду, що був сформований у майбутньої матері в батьківській сім'ї, при спілкуванні з близькими дорослими, можна судити по афективних слідах, залишених в її перших спогадах про себе, як про доньку, про батьків, про їх стиль виховання, про свої прив'язаності. Важливе значення в становленні батьківської поведінки надається і спілкуванню з однолітками, старшими і молодшими дітьми.

До переліку показників другої групи віднесені переживання жінкою ставлення до дитини, що ще не народилася. Найбільш сприятливими ситуаціями для майбутньої материнської поведінки є бажаність дитини, конструктивні мотиви збереження вагітності, наявність суб'єктного відношення матері до немовляти, що ще не народилося, що виявляється в безумовній любові до нього, уявній або вербальній адресованості, у прагненні інтерпретувати рухи плоду як акти спілкування та диференційованої взаємодії. [43].

Третю групу показників склали установки на стратегію виховання майбутньої дитини. Те, як майбутня мати планує здійснювати догляд за нею, свідчить про переважання або суб'єктного або об'єктного відношення до дитини.

Готовність до материнства можна розглядати як здатність матері забезпечувати адекватні адаптивні умови для розвитку дитини, певний тип ставлення матері до дитини. Тип материнського ставлення, відповідний готовності або неготовності до материнства, в першу чергу обумовлений цінністю дитини для матері [44].

Серед чинників, що дозволяють визначити психологічну готовність до материнства виділяють два основні чинники:

1. Тип ставлення до вагітності. Найбільш сприятливий варіант перебігу вагітності, коли вона бажана, приймається з радістю на рівні усвідомлення, підтримується конструктивними мотивами збереження вагітності. Це впливає на спокійний перебіг вагітності і на психологічному і фізіологічному рівні. При адекватному типі ставлення до вагітності жінка найбільш готова до майбутнього материнства і здатна перенести заради своєї дитини будь-які труднощі і обмеження та готова до перерозподілу завантаженості сфер життя.

2. Поведінка жінки в процесі пологів. Зазвичай, при відсутності психологічної підготовки до пологів, жінка, замість того щоб зосередитись лише на успішному їх завершенню для дитини, на її проблемах і стані, замість того аби допомагати і співпереживати малюку, надавати йому підтримку в пологах, породілля повністю зосереджується на свою власну персону, перемикається на свої відчуття, починає себе жаліти, звинувачувати інших, думаючи про те, аби все скоріше закінчилося [23].

Психологічна готовність до материнства це провідний чинник адаптації і до вагітності і материнства. Складовими психологічної готовності до материнства були виділені наступні види готовності:

1. Особистісна готовність: загальна особистісна зрілість (адекватна статеві та віковій ідентифікація; здібність до ухвалення рішень і прийняття відповідальності; міцна прихильність; внутрішній локус контролю і внутрішня каузальна атрибуція; відсутність залежностей) і особистісні якості, що необхідні для ефективного материнства (емпатійність; здатність до спільної діяльності; здатність бути «тут і зараз»; інтерес до розвитку іншої особи; творчі здібності; інтерес до діяльності розвитку та виховання дитини; вміння отримувати задоволення; культура тіла, тощо).

2. Адекватна модель батьківства: адекватність моделей і материнської і батьківської ролей, що сформовані в батьківській сім'ї, відповідно до соціальної моделі особистості матері, сім'ї і батьківства в традиціях своєї

культури; оптимальні для виношування, народження і виховання дитини, батьківська позиція, виховні стратегії, материнське ставлення.

3.Мотиваційна готовність: зрілість та конструктивність мотивації народження дитини, при якій дитина не стає засобом для утримання партнера або зміцнення сім'ї; засобом відповідності соціальним очікуванням; засобом компенсації своїх власних дитячо-батьківських стосунків; засобом уникнення неприємних ситуацій, досягнення певного соціального статусу, матеріальних благ чи збереження здоров'я.

4.Сформованість материнської компетентності: формування ставлення до дитини як суб'єкта не лише біологічних, фізичних, але і психічних потреб та суб'єктивних переживань; сенситивність до стимуляції впливів дитини на маму, здібність до адекватного реагування на всі прояви дитини; спроможність орієнтуватися та розуміти стани дитини та особливості її поведінки, оцінювати власний стан; гнучко регулювати режиму і мати сформовану установку на орієнтацію на індивідуальний ритм життєдіяльності дитини, особливо в ранній період її розвитку; необхідні знання про особливості фізичного і психічного розвитку дитини, про вікові особливості взаємодії зі світом; здатність до спільної діяльності з дитиною; навички виховання і наuczіння, що відповідають віковим психофізіологічним особливостям дитини.

5.Сформованість материнської сфери. Материнство розглядається як частина особистісної сфери жінки (материнська потребово-мотиваційна сфера) та включає в себе три блоки (емоційно-потребовий; операційний; ціннісно-змістовий), зміст яких послідовно формується в онтогенезі жінки (під час взаємодії з власною матір'ю чи з іншими носіями материнських функцій; у взаємодії з іншими дітьми різного віку до народження свого малюка; у сюжетно-рольовій грі в ляльки і смію; у взаємодії з молодшими сиблінгами; в період статевого дозрівання; у взаємодії з власними дітьми) [5].

Психологічна готовність до материнства, не специфічну особистісне утворення, що включає три блоки готовності: потребово-мотиваційний блок;

когнітивно-операційний блок і блок соціально-особистісної готовності до материнства.

Потребово-мотиваційна готовність до материнства передбачає наявність потреби в материнстві та включає і потребова-емоційний і ціннісно-змістовний компоненти. Вона має на увазі рефлексію своїх власних станів і прагнення до переживання їх в процесі взаємодії з дитиною та не обмежується бажанням мати дітей.

Потреба в материнстві – необхідна, проте не достатня умова для материнської діяльності, і спонукання до дії є результатом особливої мотивації, причому мотив діяльності виступає безпосереднім змістоутворюючим чинником [5].

Згідно з даними літературних джерел до основних мотивів материнства належать:

- Мотив досягти бажаного соціального, самостійного і вікового статусу (я – самостійна жінка, доросла, яка займає певне положення в суспільстві, має відповідальність перед дитиною та має право певне становище в суспільстві та на відповідне ставлення до себе в сім'ї);
- Мотив задоволення моделі «повноцінного життя» (людина повинна досягнути конкретного соціально-бажаного результату і може мати певні речі, які відповідають соціальним очікуванням, а без цього її життя не повне, вона не така як інші);
- Мотив відтворення та продовження свого роду, прагнення продовжити себе, залишити після себе когось в житті, хто так само буде продовжувати рід – народжувати дітей, онуків, правнуків);
- Мотив реалізації своїх можливостей (виховати дитину, навчити її, передати їй свої знання, життєвий досвід);
- Мотив компенсації своїх життєвих проблем та власних нездійснених прагнень (щоб дитина стала краще, розумніше, красивіше, щасливіше за мене, отримала те, чого я не змогла отримати в житті);



- Мотив вирішення своїх життєвих проблем (укласти шлюб або укріпити партнерські стосунки, довести собі та оточенню, що я здатна народити і бути матір'ю; врятуватися від самотності; народити помічника для старості);

- Мотив любов до дітей (найскладніший мотив, в ньому поєднується уміння і бажання сприяти розвитку індивідуальності дитини, задоволення від спілкування з дитиною, щира зацікавленість до її внутрішнього світу, та усвідомлення того, що дитина в майбутньому стане самостійною, «не моєю власністю», любитиме інших, тощо);

- Мотив збереження здоров'я через досягнення критичного для дітонародження віку [18].

Різні обставини індивідуального розвитку створюють абсолютно індивідуальні, неповторні умови провідної мотивації до народження дитини для кожної жінки.

Центральною ланкою потреби в материнстві є потреба в дітях. Жодних біологічних законів, що примушують мати дітей, не існує. Ці закони функціонують у соціальній сфері.

На думку ряду авторів бажання мати дітей може виникнути несподівано, та може бути виражено неявно. З наукових досліджень відомо, що і у чоловіків, і у жінок прагнення до батьківства та бажання мати дітей безпосередньо залежить від їх стосунків з батьками, від їх дитячих переживань, від моделі тієї сім'ї, в якій вони виростили. Відбиток минулого настільки значущий, що зазвичай він і визначає наше бажання або, навпаки, небажання дати початок новому життю [46].

Потрібово-емоційна готовність до материнства забезпечує ставлення жінки до вагітності і готовність (без страху) до пологів, емоційно-позитивний суб'єктивний образ дитини, бажання піклуватися про неї, радісно-захоплене ставлення до ролі матері.

Позитивне ставлення до вагітності викликає її спокійний перебіг. Така жінка може абсолютно свідомо перенести ради дитини будь-які перешкоди,

труднощі і обмеження; образ майбутньої дитини у жінки викликає переважно позитивні емоції, хоча на початку гестації може бути посилення тривоги, така жінка знаходиться в «передчутті» майбутнього материнства.

Якщо вагітність і дитина бажана, то вона здатна втілювати уявлення жінки про щастя. Якщо ж дитини не чекають, частіше зустрічаються передчасні пологи чи ускладнене виношування вагітності. Відбувається це через те, що жінка знаходиться в пригніченому, стані, її гнітить думка про майбутню дитину [46] та майбутні зміни, пов'язані з цим у її житті.

Велике значення має і те, як жінка психологічно налаштована на майбутні пологи. У сучасній перинатальній психології, психодіагностиці і психотерапії вважається, що ставлення жінки до пологів істотним чином впливає на успішність пологів, на суб'єктивні відчуття від пологової активності, а також відображає загальне суб'єктивне ставлення до вагітності, майбутньої дитини, своєї нової ролі матері.

Гострі стресові стани, негативні переживання, стійкі страхи, виникнення амбівалентних відчуттів як до майбутньої дитини так і до самої себе, а інколи ігнорування вагітності може свідчити про наявність в майбутньої матері деструктивних мотивів збереження вагітності, неусвідомлюваних внутрішніх проблем, конфлікту між перспективою мати дитину і неготовністю до значних рішучих змін в собі і в житті [47].

Під час вагітності жінка відчуває, що з народженням першої дитини приходить кінець її безтурботної юності. Виникають різного роду побоювання і страхи пов'язані з втратою свободи, молодості, краси, привабливої зовнішності, звичних розваг та планів на майбутнє. Жінка повинна усвідомлювати труднощі адаптації до нового стану цього періоду, відповідно перебудуватися і зуміти пережити його, і тільки після цього включається відчуття радісного очікування нового життя та нової соціальної ролі.

Ціннісно-змістова готовність до материнства передбачає усвідомлення жінкою високої цінності і дитини і материнства серед усіх інших цінностей, «правильні» уявлення про сенс материнства і взаємодії з дитиною.

Хоче вона того чи ні, але будь-яка жінка нерозривно пов'язана зі своєю матір'ю. Модель психологічної готовності або неготовності до материнства зумовлена тим, наскільки гармонійним був цей зв'язок з дитинства. Якщо дівчинка була для матері бажаною дитиною, відчувала себе в сім'ї потрібною, не залишалася самотньою, то, дорослішаючи, вона, як правило, не відчуває труднощів, створюючи свою сім'ю. Починаючи з самого раннього дитинства між донькою і матір'ю відбувається неусвідомлена передача досвіду, закладаються уявлення про основні життєві цінності, формується певна основа жіночої поведінки та моделі сімейних стосунків [48].

Материнство завжди буде важливою частиною життєдіяльності жінки, оскільки з материнства вона може черпати свідомість сенсу свого життя у всьому обсязі. Одним з факторів оптимістичного відношення до життя є результат щасливого материнства, оскільки ніщо не може з такою інтенсивністю принести задоволення жінці-матері, та дати їй повнішу значущість прожитого життя, як переконаність в тому, що її материнське призначення реалізовано успішно. Дитина для матері – це невичерпне джерело життєвих стимул-реакцій, це безмежно динамічна стихія, що привносить до життя полярний діапазон емоцій: і турботу і тривогу, але й радість. Материнство в житті жінки відіграє абсолютно унікальну, дуже важливу роль [49].

Сенс когнітивно-операційного блоку складають знання та усвідомлення жінкою своїх материнських функцій, розуміння психофізіологічних особливостей в період вагітності, знання про особливості внутрішньоутробного розвитку дитини, знання про пологи і про особливості виховання і наuczіння дітей, уявлення про особливості спілкування і взаємодії з дитиною, догляд за нею, знання про переваги грудного вигодовування,

усвідомлення важливості природніх пологів та організації раннього грудного вигодовування.

Жінка повинна бути знайома з тими глибинними фізіологічними та психологічними змінами, які відбуваються в її організмі під час вагітності, для того, щоб мати можливість зробити все від неї залежне для нормального перебігу вагітності та внутрішньоутробного розвитку дитини, щоб і майбутня мама і дитина відчували себе емоційно комфортно, та могли встановити «симбіотичний» контакт з дитиною.

Жінка повинна бути достатньо обізнаною про особливості перебігу пологів, бути психологічно та фізіологічно підготовленою до пологів, знати прийоми та техніки самопомоги для стабілізації небажаних психоемоційних реакцій в пологах. Жінка, що розуміє як проходять пологи, знає які зміни будуть відбуватися з нею та дитиною під час вагітності та пологів, відчуває себе більш упевнено та спокійно, готова до партнерської співпраці, пологи не будуть для неї несподіваними, а тому не будуть викликати небажані реакції: симпато-адреналову активацію, безпричинного переляку, тривоги і зайвих хвилювань, які можуть ускладнити та сповільнити процес народження дитини.

Важливе значення має і те, які знання має майбутня мати про закономірності психічного і фізичного розвитку дитини. Незважаючи на появу великої кількості літератури з цього питання батьки напередодні народження дитини не завжди виявляються проінформованими про елементарні особливості її психофізіологічного розвитку не повністю розуміють свою роль та значущість і в догляді за дитиною і у ранній взаємодії та спілкуванні. Цікавим є той факт, що зазвичай, окрім усвідомлення низького рівня батьківської компетентності, молоді мами відчувають недостатній рівень емоційних переживань, побоюються неготовність до виникнення материнських відчуттів [49].

Окрім виношування дитини, материнство пов'язане з вихованням, передачею суспільно значущих моделей поведінки підростаючому

покоління. Але наукові дослідження вказують на те, що 33% молодих сімей стикаються з серйозними, а 48% - з частковими труднощами у вихованні дітей. Однією з причин, на яку вказують самі батьки, є недолік педагогічного досвіду і знань. Не володіючи достатньою мірою знанням про вікові та індивідуальні особливості дитини, її розвитку та становлення психофізіологічного дозрівання основних систем, батьки часто здійснюють виховання всліпу, причому моделі поведінки, яким навчають батьки та ті моделі, якими вони користуються в повсякденній взаємодії можуть мати суттєві розбіжності. Тому кожна майбутня мама і тато повинні приділити серйозну увагу питанню раннього розвитку та виховання дитини, повинні знати основи закономірностей розвитку та наочності дитини, бути обізнаними у методах та засобах виховання.

Блок соціально-особистісної готовності до материнства включає в себе розвиток статевої ідентифікації жінки, установку на стратегію виховання дитини, уявлення про важливі для розвитку дитини форми взаємодії, особистісних якостей матері, сприйняття значущості своєї батьківської ролі, усвідомлення відповідальності за розвиток і благополуччя дитини та за свою власну материнську позицію, готовність долати труднощі, пов'язані з вагітністю, народженням і вихованням дитини.

Вагітна жінка, як майбутня мати, переймає на себе нову, попередньо незнайому, соціальну роль, роль матері, яка змінює соціальний статус, рівень відповідальності, вимагає виконання нових обов'язків. Відбувається зміна установки по відношенню до себе, починаються глибинна ідентифікація з «справжніми» жінками, з'являється суспільна групова ролева ідентифікація «ми – матері», а породіллі привласнюється «титул» матері.

Але з кожним роком зростає число молодих дівчат, що не бажають бути «жінкою» в сенсі її соціальної ролі, психологи пояснюють це тим, що в сучасному суспільстві трансформується зміст «чоловічих» та «жіночих» ролей, у жінки часто є необхідність виконання тих функцій, які раніше вважались «чоловічими», окрім того як правило у чоловіків більше прав і

менше відповідальності – саме це цінують подібні жінки в своєму уявленні про чоловіків, чоловік не може народжувати і як правило до нього не висувається вимог щодо трансформації сенсів основних сфер життя у зв'язку з батьківством. Такі жінки вважають, що виношування, народження, годування, виховання і догляд за дітьми їх дискримінує.

Однією із складових блоку соціально-особистісної готовності є установки на стратегію виховання дитини. Важливе значення має те, як жінка планує доглядати дитину (чи буде слідувати строгому режиму, чи буде пропонувати соску, чи буде брати на руки або буде прагнути привчати дитину до самостійності», тобто переважно буде орієнтуватися на потреби немовляти чи на власні уявлення про те, що необхідно дитині в першу чергу); яких принципів планує дотримуватися при вихованні маляти; які цілі ставить у вихованні та розвитку дитини [50].

Діти всотують в себе те, що їм дають дорослі, діти змінюють, розвивають та використовують в своєму житті отримане від батьків, тому діти – це віддзеркалення і продовження батьків. Чим краще мати вміє виховувати себе, тим більше і краще вона розуміє що означає – виховувати дитину [51].

Розвиток дитини визначають поведінкові та особистісні якості матері; діти і усвідомлено і неусвідомлено за рахунок імпринту чи умовно-рефлекторної діяльності переймають у дорослих їх поведінку, риси характеру, звички, манери, причому, як бажані, так і небажані. Особисті якості матері (чи людини з зони найближчого оточення) мають значний вплив та значення при вихованні дитини, оскільки обов'язково знайдуть своє відображення в поведінці та реакціях дитини, тому кожна майбутня мама повинна замислитись над тим, яку саме людину вона хоче виховати з свого малюка і перш ніж почати цілеспрямовано виховувати дитини, виховати себе [52].

Елементом усвідомленого материнства є прийняття відповідальності за дитину. Усвідомлене материнство – це, в першу чергу, відмова від

стихійного настання вагітності та материнства. Хорват Ф. вважав, що усвідомлене материнство, окрім бажання мати дітей, передбачає ще і осмислення, в позитивному відношенні тих нових видів діяльності, нових обов'язків, того нового життя, в яке вступає жінка, коли вона приймає рішення стати матір'ю. Надзвичайно важливе значення в цьому мають ті мотиви, які переважали при вирішенні питання про планування народження дитини, ті спонукання, які лежать в основі її бажання стати матір'ю. Про справді відповідальне ставлення до материнства можна судити тоді, коли майбутня мати повністю глибоко усвідомлює його сенс і з суспільної і з особистої точки зору, коли вона окреслює та розуміє реальні проблеми, пов'язані з материнством, коли вона свідомо бере на себе їх вирішення.

*Психофізіологічна готовність жінок до вагітності та материнства.*

На рівень психологічної готовності до вагітності та материнства може впливати і міра психофізіологічної зрілості. Основним фактором, що визначають психофізіологічну зрілість є вік жінки, оскільки для дівчат різних вікових категорій характерні відмінні фізіологічні і психологічні особливості, які можуть вплинути на готовність до материнства.

На думку науковців вік 16 - 18 років несприятливий для народження дитини ані у фізіологічному, ані в психологічному плані.

Сучасною наукою встановлено, що, незважаючи на посилення загальної акселерації дітей – прискорення темпу індивідуального розвитку, - біологічна, нейроендокринна, фізична, інтелектуальна і соціальна зрілість, які необхідні для народження і виховання дитини, у віці 16 – 18 років, проявляється частково. Досліджуючи психоемоційні і особистісні особливості у вагітних дівчат у віці від 16 до 18 років, які очікували народження першої дитини, було встановлено, що для вагітних цього віку характерні емоційна лабільність, неадекватна самооцінка, внутрішня конфліктність, інфантилізм. При порівнянні результатів отриманих у вагітних віці 16-18 років з даними становлення материнської сфери у жінок у віці 19-28 років діагностовано спотворене формування материнської сфери

вагітних дівчат, що не досягли 19 років [53]. У дівчат у віці 19 - 21 роки організм повністю сформований і готовий до народження дитини, але в цей віковий період більшість дівчат зайняті навчанням, розвитком професійних навичок, опануванням спеціальності, щоб надалі мати гідну роботу та кар'єрний ріст, що є головним обмежуючим фактором щодо народжуваності в цьому віці.

У віці від 21 року до 23 років у дівчат навчання професії в основному закінчується, жінка замислюється про своє майбутнє, про кар'єру, смію, народження дитини, а також про працевлаштування. Поява цікавої роботи з гідною оплатою для жінки молодого віку, особливо неодруженої, може бути фактором неготовності до вагітності, окрім того, щоб влаштуватися на новому робочому місці, налагодити стосунки в колективі, досягти певної постійності в професійній діяльності необхідний деякий час. Все це необхідно для того, щоб «побудувати матеріальну основу» (побутова облаштованість, хороша зарплата, матеріальне благополуччя) для подальшого планованого родинного життя і, зокрема, для народження дитини.

Одружені жінки, віком від 20 до 22 років знаходяться в розквіті фізичної форми, фізіологічної готовності до виношування вагітності, їм все під силу, у них достатньо ресурсності, щоб виростити здорову дитину, вагітність і народження дитини проходять без особливих ускладнень, проте більшість молодих сімей в цьому віці знаходяться на етапі адаптації один до одного, ще недостатньо самостійні, ще не вирішили власні матеріальні та житлові проблеми, тому бажання зробити кар'єру, реалізувати свої професійні можливості чи особисті установки може перешкодити виконанню як подружніх так і батьківських обов'язків.

Жінки у віці 24-26 років в основному вже стабільно визначаються в професійному плані, в цьому віці відбувається усвідомлення того, що головні цілі стосовно навчання чи роботи досягнуті, тому вони готові «переходити» до постановки і досягнення наступних цілей, а саме до створення сім'ї і



народження дитини. Оптимальним віком психологічної готовності до народження першої дитини та формування материнської позиції є вік 24-27 років.

З медичної точки зору, цей віковий період з 24 до 26 років у жінок також розглядається як найбільш сприятливий для народження дитини. Поки що немає повного розуміння механізму впливу віку матері на пренатальний розвиток дитини. Найбільша кількість неускладнених успішних пологів відбувається у матерів віком 20-30 років. Матері-підлітки та матері старше 35-40 років більше схильні до ризику викидня, народження мертвої дитини, народження дитини з вродженими аномаліями. Найголовнішою причиною підвищення ризику у матерів-підлітків є недостатня зрілість їх організмів для виношування та народження здорової, здатної до нормального розвитку дитини. Серед інших ризиків, які чекають на батьків-підлітків, можна згадати соціально-економічні фактори, а також зловживання алкоголем та іншими видами психоактивних препаратів [54].

Гормональний баланс та особливості розвитку тканин літніх матерів, що готуються до своїх перших пологів, є одним із факторів частого виникнення дефектів пренатального розвитку або аномалій немовлят, що народжуються у цих представників популяції.

Одна з теорій пояснює той ризик, що зростає з віком матері, для дитини тим, що літні матері мають більш старі яйцеклітини, оскільки всі яйцеклітини жінки формуються ще до її власного народження. В силу свого віку яйцеклітина може мати генетичні чи клітинні дефекти, що впливають на розвиток дитини, окрім того в цьому випадку підвищується ризик руйнування яйцеклітини, адже чим старша яйцеклітина, тим більше часу вона піддається впливу екзогенних шкідливих агентів. Зрештою, ще одним фактором є зміна гормонального балансу літніх матерів.

### **1.3. Сприяння розвитку психологічних інтервенцій при підготовці до пологів та материнства**

Переживання вагітності і динаміка типу переживання вагітності відображає цінність дитини з її інтерференцією з іншими значимими для жінки цінностями, зазвичай є прогностичним для виявлення особливостей материнського ставлення і динаміки майбутньої значущості дитини після пологів. Після народження дитини стилі переживання вагітності, що відхиляються від адекватного, конкретизуються в процесі післяпологового періоду і переходять в стійкі стилі материнського ставлення. У значущості вагітності можливо передбачити зміст деяких компонентів материнської поведінки (зокрема, стилі емоційного супроводу, динаміку цінності дитини; використання засобів контролю для визначення стану дитини, переважаючі емоції при взаємодії з дитиною, тощо) і міру розбіжності стилю материнського ставлення з адекватним. Крім того, при гіпернозогностичних стилях переживання вагітності є ймовірність виникнення післяпологових депресій або психотичних розладів на основі прогнозованого різкого зниження цінності малюка або появи тенденції до виняткової цінності малюка у поєднанні із змістом загальної динаміки стилю переживання вагітності і схильності до депресивних або психотичних станів [55].

Вивчення емоційного та мотиваційного психологічного стану жінок під час виношування дитини дає можливість передбачити, що у вагітності є власна, властива тільки для неї динаміка загострення і ослаблення проблем, які є у жінки. Протягом першого триместру актуалізуються і гостро відчуються проблеми стосунків із власною матір'ю та іншими об'єктами прихильності, проблеми стосунків з чоловіком. Під час другого і третього триместрів з'являється виражене уникнення емоцій відчуження, проблеми першого триместра значно послабляються, а актуальними стають страх перед пологами і своїй некомпетентності при виконанні материнських функцій в післяпологовому періоді. На початку третього триместру виражений «синдром облаштування гнізда», що виявляється в прагненні упорядкувати

наявні психологічні проблеми, в підвищенні активності, в прагненні облаштувати простір для майбутньої дитини [18].

Спрямованість активності вагітної в цей період на підготовку до пологів і післяпологовий період прямо співвідноситься із сприятливою динамікою цінності дитини і перебігу вагітності, активність, що не пов'язана з очікуванням дитини, - з несприятливою динамікою. До часу закінчення вагітності найчастіше страх пологів та страх своєї материнської некомпетентності слабшають, знижується напруга всіх інших психологічних проблем. Обернена ситуація відображає виражену несприятливу динаміку цінності дитини і переживання вагітності.

Показано, що особливості та зміст материнської сфери є відносно стійкими для кожної жінки, але відносно кожної конкретної дитини вони можуть варіювати. До моменту народження малюка у матері є деякий «стартовий рівень» вмісту і сенсу всіх блоків материнської сфери, що обумовлений історією її розвитку, включаючи власний дитячий досвід і досвід, отриманий з попередніми дітьми. Актуальне материнство трансформує вміст материнської сфери в залежності від конкретних умов. Найбільш стабільним є стиль емоційного супроводу, деякі інші компоненти операційного блоку (виховні стратегії, операції спілкування, baby talk, тощо). Більш мінливий потребово-емоційний блок (найбільш підвладна досвіду власного материнства – потреба в материнстві; потреба у взаємодії з дитиною, потреба в турботі і захисті, тощо). Ціннісно-змістовий блок є найбільш лабільним, оскільки залежить від розвитку всієї особистості вагітної та динаміки інших цінностей, не пов'язаних з материнством [56].

Сучасні дослідження дозволяють для діагностики стилю переживання вагітності, цінності дитини і її динаміки, прогнозу стилю материнського ставлення використовувати об'єктивні критерії. Одним з важливих критеріїв успішності материнства є вміння матері швидко і адекватно реагувати на зміну стану дитини і якісно задовольняти всі його актуальні потреби (у тому числі і в тактильному контакті, і в емоційному спілкуванні). Для цього матері

потрібно відчувати емоційний та фізичний стан дитини, орієнтуючись на сигнали малюка та оцінюючи свій власний стан, а не опираючись на раціональні способи контролю, тобто вміти синхронізуватися з емоційним станом дитини. Одним з найбільш відомих і ефективних засобів емоційної синхронізації виступає мінлива інтонація вокалізів партнерів по спілкуванню, яка добре виражена у всіх ссавців, у тому числі і в приматів. Така форма поведінки використовується у тварин у внутрішньо стадній взаємодії і яскраво виражена у взаємодії самки-матері з дитинчам. При мовному спілкуванні у людини, така інтонація є одним з компонентів *baby talk* при мовному контакті дорослих з дитиною. Наявність інтонації вокалізів малюка дозволяє матері визначити актуальний емоційний стан дитини, сформувати засоби невербальної комунікації з ним, підвищити суб'єктивізацію дитини, надати йому можливість власної емоційної участі і простір для освоєння засобів спілкування. Поява розпізнавання матір'ю інтонацій плачу дитини є об'єктивним показником її материнської компетентності. Після народження діти чутливі до змін інтонацій голосу дорослого, при формуванні емоційного ставлення до оточення, орієнтуються нестійкі комплексні уявлення про світ, що засновані на асоціації одночасно діючих сенсорних подразників, вони віддають перевагу одночасній дії та збігу джерела голосу і зорової стимуляції (обличчя людини, яка задовольняє потреби та стає джерелом реакцій задоволення). Використання інтонації при передачі емоційного змісту ситуації є філогенетично-зумовленою та онтогенетично більш ранньою в порівнянні із змістовою. Діти дошкільного віку при неможливості ідентифікувати та пояснити власні емоції використовують інтонації. Все це дозволяє передбачити, що синхронізація інтонації матір'ю вокалізів до дитини в поєднанні з діяльністю по контакту і догляду є одним з показників її материнської компетентності та розглядається в якості сприятливої спрямованості на ситуацію взаємодії з народженою дитиною.

Психологічна допомога матері та її дитині на різних етапах материнсько-дитячої взаємодії і формування материнства повинна будуватися з врахуванням всіх особливостей змісту, вмісту і повнотою розвитку материнської потребово-мотиваційної сфери у жінки та надаватися в різних соціальних ситуаціях: при ускладненій чи неускладненій вагітності, при використанні технологій ЕКО, сурогатному материнстві, при усиновленні, в ситуації супроводу вагітності у жінок з психічними розладами, при перериванні вагітності, перинатальних втратах, тощо [54, 57].

Своєчасна діагностика особливостей сформованості материнської сфери дозволяють виявити ймовірність ризику (порушення материнсько-дитячої взаємодії, ускладнення вагітності, ускладнення в пологах, девіантне материнство, ризик післяпологової депресії, тощо) перебігу вагітності ще на перших місяцях і, навіть, в період планування вагітності (в центрах планування сім'ї, в жіночих консультаціях). Ґрунтуючись на уявленнях про онтогенетичні етапи становлення материнської сфери, можна будувати психологічну профілактичну і корекційну роботу в закритих дитячих установах, оскільки ситуація усиновлення дитини потребує діагностики і направленої психологічної допомоги по проблемах материнства. Самостійним напрямом перинатальної психології є вивчення материнства у жінок з психічними розладами, для яких психологічний супровід вагітності, пологів і післяпологового періоду організовується з метою зменшення ризику спадково-зумовлених психічних порушень у дитини після народження та для попередження ускладнення у вищезгадані періоди ускладнення основного захворювання.

Психологічна допомога для жінок по проблемах материнства може організовуватись в рамках різних форм психологічної практики. Можна виділити чотири основні напрями психологічної практики, де жінка може отримати повноцінну і кваліфіковану допомогу по питаннях материнства, а саме:

- Підготовка до пологів і материнства (школи підготовки до пологів, курси по організації грудного вигодовування, курси для майбутніх батьків, тощо).
- Індивідуальне та групове психологічне консультування і психотерапія.
- Комплексна психологічна допомога по проблемах материнства.
- Психологічна допомога матері і дитині.

Кожен з цих напрямів ґрунтується на різноманітних психологічних підходах і техніках, консультуванні і психотерапії [56, 58].

Підготовка до пологів і материнства здійснюється різними медичними, соціальними і психологічними організаціями, неформальними об'єднаннями батьків, практикуючими фахівцями (психологами, доулами, акушерами, тощо). Це можуть бути як окремі курси, так і школи для майбутніх батьків та їх близького оточення, метою яких є психологічний супровід вагітності, підготовка до пологів; діагностика змісту та особливостей онтогенезу батьківської сфери; психологічна підтримка та допомога матері та сім'ї в період планування, очікування, народження та раннього розвитку дитини; виявлення зв'язку особливостей сформованості материнської сфери жінки з раннім онтогенетичним розвитком її дитини; психологічна допомога щодо проблем батьківства; діагностика готовності до материнства та батьківства; виявлення взаємозв'язку психічного стану матері у вагітності, пологах, післяпологовому періоді з розвитком дитини; діагностика форм прояву психологічних проблем, що патологізують вагітність діагностика та корекція сімейних стосунків, особистісних та міжособистісних проблем, порушень психічного та фізичного здоров'я, пов'язаних із сімейними відносинами; розробка методів психотерапевтичної допомоги сім'ї.

У підготовку вагітних до пологів входить навчання техніці розслаблення, технікам дихання на різних стадіях пологів, регуляції власних емоційних станів, технікам додаткових способів стимуляції пологової

діяльності та стабілізації стану породіллі, у тому числі «родового голосу», поз в період переймів чи потуг, подразнення рефлекторних точок для ослаблення больових відчуттів, тощо. Використовуються різні форми групової та індивідуальної роботи, направленої на розвиток творчих здібностей, особистісний розвиток, розвиток емоційної сфери, зняття тривоги, опрацювання образу «я-вагітна», «я-мама», майбутньої дитини, своїх очікувань від пологів, використовуються методи пренатального навчання і формування взаємодії матері з дитиною протягом вагітності. [58]

Заняття в школах чи на курсах проводяться зазвичай групові, спільні для майбутніх матерів і батьків. При проведенні занять використовують методи групової психотерапії, арт-терапії, тілесно-орієнтованої терапії, аутотренінг, хоровий і індивідуальний спів, тощо.

Розроблено ряд оригінальних методів, наприклад опрацювання образу майбутньої дитини і своїх очікувань від пологів і від майбутньої взаємодії з дитиною за допомогою медитацій, малюнків, інших видів творчості, проведення тренінгу поведінки в пологах, взаємодії з дитиною, групове обговорення проблем вагітності і пологів, формування підтримки роду з позицій системної сімейної психотерапії, освоєння родового голосу і спів колискових пісень, тощо [55, 56].

В Україні такі школи і курси найчастіше організуються на базі пологових будинків, перинатальних центрів, жіночих консультацій або місцевих медичних установ.

Недоліком такої організації форми перинатальної психологічної допомоги, є орієнтація на пологи як основну і зазвичай кінцеву мету. Хоча в більшості випадків запитів йдеться про зміцнення материнської сфери, налагодженні стосунків з дитиною для забезпечення для неї кращого майбутнього, вирішення внутрішньоособистісних конфліктів та проблем партнерських стосунків. Як правило контакт з фахівцями-психологами після пологів уривається, а подальші проблеми материнства жінка вирішуватиме

або самотійно, або буде вимушена звертатися за допомогою до інших фахівців.

Окрім того, така психологічна підготовка орієнтована переважно на групову роботу, часто взагалі без можливості індивідуального консультування, тому і попередня індивідуальна діагностика особливостей материнської сфери попередньо не проводиться, а жінки в процесі групових занять самі можуть опрацьовувати свої проблеми.

Отже, материнство – в історичному аспекті – це одна з соціальних жіночих ролей, причому, якщо потреба бути матір'ю навіть і закладена в жіночій природі, соціальні норми і цінності здійснюють значний вплив на прояви материнського ставлення до дитини. Поняття «норма материнського ставлення» не є постійним, оскільки саме зміст материнських установок міняється від епохи до епохи, окрім того і образ дитини, і особливості дитячо-батьківських стосунків, і методи виховання залежав від соціальних установок певного історичного періоду. Під час вагітності у жінок змінюється фізіологічне функціонування та нейрогуморальна регуляція, психоемоційний стан, рівень домагань, самооцінка, сприйняття власного тіла, формується гестаційна домінанта, материнські почуття, що буде впливати на диференціацію власного «я» та об'єкту «всередині мене», адаптацію до зміни своїх життєвих цілей відповідно до цілей майбутньої дитини та змісту нової соціальної ролі. Материнство – специфічне особистісне формування, стрижневою основою якого є суб'єктно-об'єктна орієнтація у ставленні до дитини, що ще не народилася. Готовність до материнства можна розглядати як здатність матері забезпечувати адекватні адаптивні умови для розвитку дитини, певний тип ставлення матері до дитини. Тип материнського ставлення, відповідний готовності або неготовності до материнства, в першу чергу обумовлений цінністю дитини для матері. Потрібово-емоційна готовність до материнства забезпечує ставлення жінки до вагітності і



готовність (без страху) до пологів, емоційно-позитивний образ дитини, бажання піклуватися про неї, радісно-захопливе ставлення до ролі матері.

Потрібово-емоційна готовність до материнства забезпечує ставлення жінки до вагітності і готовність (без страху) до пологів, емоційно-позитивний образ дитини, бажання піклуватися про неї, радісно-щасливе ставлення до ролі матері.

Ціннісно-змістова готовність до материнства передбачає усвідомлення жінкою високої цінності і дитини і материнства серед усіх інших цінностей, «правильні» уявлення про сенс материнства і взаємодії з дитиною.

Сенс когнітивно-операційного блоку складають знання та усвідомлення жінкою своїх материнських функцій, розуміння психофізіологічних особливостей в період вагітності, знання про особливості внутрішньоутробного розвитку дитини, знання про пологи і про особливості виховання і наuczіння дітей, уявлення про особливості спілкування і взаємодії з дитиною, догляд за нею, знання про переваги грудного вигодовування, усвідомлення важливості природніх пологів та організації раннього грудного вигодовування.

## РОЗДІЛ II. Матеріали та методи дослідження.

### 2.1. Опис вибірки дослідження

Вивчення психологічної готовності до материнства було включало в себе дослідження особливостей типів ставлення до вагітності, аналіз батьківських установок, материнського ставлення, оцінки внутрішньосімейних взаємин та особливостей суб'єктивної оцінки компонентів материнської позиції. Досліджування було організовано на базі тематичних груп соціальних мереж та на базі жіночої консультації м. Чернівці. До складу вибірки дослідження було включено 60 вагітних жінок. Респонденти були поділені на 2 групи:

Група 1: жінки з терміном вагітності до 4-го місяця – 30 жінок.

Група 2: жінки з терміном вагітності від 5-го місяця – 30 жінок.

Критеріями розподілу респондентів на групи був термін вагітності до 4 місяців (група 1) та від 5 місяця вагітності(група 2) , та відсутність(група 1) чи наявність (група 1) відчутних рухів дитини. Вагітність з психологічної точки зору це новий психогенний стан, який проживається на неусвідомленому рівні та включає в себе ряд ознак, що поступово проявляються та трансформуються з на різних етапах вагітності. Однією з таких ознак є «прийняття нового життя в собі», що з'являється ще тоді, коли жінка дізнається про вагітність і формується гестаційна домінанта «я-вагітна», але, в зв'язку з появою відчутті рухової активності дитини, після 4 місяця вагітності відбувається перенос гестаційної домінанти на дитину «я-майбутня мати», що узгоджується з II і III стадіями пренатального материнства за В.Бергум – II стадія «Двоє як одне ціле», III стадія «Двоє як двоє» [60.]

Жінки з четвертого місяця вагітності як правило відчувають, що дитина починає свої перші рухи – досить виразні і інтенсивні. Якщо вагітність друга, то ворухіння може початися трохи раніше. Але ці ворухіння не видно зовні і їх відчуває тільки мати. На четвертому місяців

внутрішньоутробного розвитку у дитини вже сформувалися всі життєво важливі органи, і він продовжує далі розвиватись і вдосконалюватись. До 18 тижня дитина вже важить 200 г, на цьому етапі починає активно формуватися кора головного мозку. Рухи малюка стають більш осмисленими, рухаючись, дитина відповідає таким чином на внутрішній стан жінки та опосередковано через рухи контактувати з мамою.

На четвертому місяці вагітності жінка ще може вести звичайне життя, не обмежувати себе у звичних справах, подорожувати, спілкуватися з майбутніми матусями, обмінюватися суб'єктивно важливою інформацією про вагітність, пологи і материнство.

Вже починаючи з 5-го місяця вагітності, більш помітними стають фізичні зміни, груди і живіт збільшуються з кожним днем, помітно росте талія, через збільшення об'єму крові виразнішими стають вени живота, ніг і грудей, живіт стає помітний оскільки і матка і малюк «підросли».

До надійного і валідного психодіагностичного інструментарію для оцінки особливостей готовності до материнства ми включили:

1. Тест відносин вагітної (Добряков І.В.);
2. Опитувальник батьківського відношення (Варга А., Столін В.);
3. Методика вивчення батьківських установок (PARI), (Шефер Е.С., Бел Р.К.);
4. Методика дослідження рівня психологічної готовності вагітної жінки до материнства В.В. Бойко (методика Пролог);
5. Проективна методика «Сімейна соціограма» (Ейдеміллер Е.)

## **2.2. Характеристика методів дослідження.**

На всіх етапах наукового дослідження використовується діалектичний метод. Цей метод визначає шляхи будь-якого наукового дослідження. Він дозволяє дослідити всі явища у взаємозв'язку, взаємообумовленості та історичному розвитку.

Тестування – суть його полягає у виконанні досліджуваним певного завдання чи їх серій. Тести мають бути добре продуманими, надійними (давати стійкі результати протягом тривалого часу), валідними (виявляти ті якості, для вивчення яких вони призначені), відповідати вимогам стандартної системи оброблення даних, забезпечуватись чіткою інструкцією;

Анкетування – цей метод забезпечує значні можливості для отримання широкої інформації за короткий час. Анкета складається з фіксованої кількості відкритих, альтернативних чи закритих запитань. На відкриті запитання дають вільну відповідь, на альтернативні – фіксовану («так», «ні», «знаю», «не знаю»). Закриті запитання передбачають непряму відповідь, яка потребує додаткової інтерпретації. У процесі анкетування недопустимо змінювати формулювання запитань, оскільки це унеможлиблює їх аналіз.

Спостереження – це систематичне і цілеспрямоване сприйняття об'єкту, при якому дослідник не втручається в поведінку об'єкта, а лише фіксує його властивості. Статистична методологічна обробка в психології.

В якості дослідницького методу була застосована спеціально розроблена **анкета**, яка дозволила виявити цінність дитини для жінки, переживання якими керується жінка під час вагітності, особливості контакту матері і дитини, рівень знань жінок про виховання та розвиток дітей. Анкетування було використано для уточнення формальних даних і оптимізації збору інформації.

Тест ставлення до вагітності дозволяє розгледіти вагітність через призму єдності організму та особистості. У результаті вивчення анамнестичних відомостей, клініко-психологічних спостережень за вагітними жінками і бесід з ними було виділено п'ять типів психологічного компоненту гестаційної домінанти (ПКГД: оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфорійний, тривожний і депресивний).

Про тип ПКГД можна судити, ґрунтуючись на результатах дослідження значущих відносин вагітної. На цій підставі розроблено тест відносин вагітної. Тест містить три блоки тверджень, що відображають:

- A. Ставлення жінки до себе вагітною.
- Б. Ставлення жінки до формується системі «мати – дитя».
- В. Ставлення вагітної жінки до стосунків до неї оточуючих.

У кожному блоці є три розділи, в шкалах яких різні поняття. Вони представлені п'ятьма твердженнями, що відбивають п'ять різних типів ПКГД. Випробуваній пропонується вибрати один з них, найбільш відповідний її станом.

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

- I. Ставлення до вагітності.
- II. II. Ставлення до способу життя під час вагітності.
- III. III. Ставлення під час вагітності до майбутніх пологів.
- IV. *Блок Б* (відношення жінки до вагітності)
- V. системі «мати – дитя») представлений наступними розділами:
- VI. I. Ставлення до себе як до матері.
- VII. II. Ставлення до своєї дитини.
- VIII. III. Ставлення до вигодовування дитини грудьми.
- IX. *Блок В* (відношення вагітної жінки до оточуючих) представлений

наступними розділами:

- X. I. Ставлення до мене вагітної чоловіка.
- XI. II. Ставлення до мене вагітної родичів і близьких.
- XII. III. Ставлення до мене вагітної сторонніх людей.

**Опитувальник батьківських відносин (А.Я.Варга, В.В.Столин)**

орієнтований на виявлення батьківського відношення до дитини та на спілкування з нею. Являє собою психодіагностичний інструмент, орієнтований на виявлення батьківського ставлення в осіб, які звертаються за психологічною допомогою з питань виховання дітей і спілкування з ними. Батьківське ставлення розуміється як система різноманітних почуттів стосовно дитини, поведінкових стереотипів, що практикуються в спілкуванні

з ним, особливостей сприйняття і розуміння характеру особистості дитини, його вчинків.

Опитувальник складається з 5 шкал:

«Прийняття-відкидання». Шкала відображає інтегральне емоційне ставлення до дитини. Утримання одного полюса шкали: батькам (матері) подобається дитина таким, який він є. Мати поважає індивідуальність дитини, симпатизує їй. Прагне проводити багато часу разом з дитиною, схвалює її інтереси і плани. На іншому полюсі шкали: мати сприймає свою дитину поганою, непристосованою, неуспішною. Їй здається, що дитина не досягне успіху в житті через низькі здібності, невеликий розум, погані схильності. Здебільшого мати відчуває до дитини злість, досаду, роздратування, образу. Вона не довіряє дитині і не поважає її.

«Кооперація» – соціально бажаний образ батьківського ставлення. Змістовно ця шкала розкривається так: мати зацікавлена у справах і планах дитини, намагається у всьому допомогти дитині, співчуває їй. Високо оцінює інтелектуальні та творчі здібності дитини, відчуває почуття гордості за неї, заохочує ініціативу і самостійність дитини, намагається бути з нею на рівних. Мати довіряє дитині, намагається стати на її точку зору у спірних питаннях.

«Симбіоз» – шкала відбиває міжособистісну дистанцію у спілкуванні з дитиною. При високих балах по цій шкалі можна вважати, що мати прагне до симбіотичних відносин з дитиною. Змістовно ця тенденція описується так – мати відчуває себе з дитиною єдиним цілим, прагне задовольнити всі потреби дитини, відгородити її від труднощів і неприємностей життя, батько постійно відчуває тривогу за дитину, дитина їй здається маленькою і беззахисною. Тривога матері підвищується, коли дитина починає автономізуватися в силу обставин, так як по своїй волі мати не надає дитині самостійності ніколи.

«Авторитарна гіперсоціалізація» – відображає форму і напрям контролю за поведінкою дитини. При високому балі за цією шкалою і батьківському відношенні матері чітко проглядається авторитаризм. Мати

вимагає від дитини беззастережного послуху і дисципліни, намагається нав'язати дитині в усьому свою волю, не в змозі стати на її точку зору. За прояви свавілля дитини суворо карають. Мати пильно стежить за соціальними досягненнями дитини, її індивідуальними особливостями, звичками, думками, почуттями.

«Маленький невдаха» – відображає особливості сприйняття і розуміння дитини батьками. При високих значеннях за цією шкалою в батьківському відношенні є прагнення інфантилізувати дитину, приписати їй особисту й соціальну неспроможність. Мати бачить дитину молодшою в порівнянні з реальним віком. Інтереси, захоплення, думки і почуття дитини здаються дитячими, несерйозними, дитина представляється непристосованою, неуспішною, відкритою для поганих впливів. Матір не довіряє своїй дитині, нарікає на її неуспішність і недотепність у зв'язку з цим намагається захистити дитину від труднощів життя і суворо контролювати її дії.

**Методика вивчення батьківських установок PARI (Шефер Е.С., Белл Р.К.).** призначена для вивчення відношення батьків (перш за все, матерів) до різних сторін сімейного життя (сімейної ролі). У методиці виділено 23 аспекти-ознаки, що стосуються різних сторін відношення батьків до дитини і життя в сім'ї. З них 8 ознак описують відношення до сімейної ролі і 15 стосуються батьківсько-дитячих відносин. Ці 15 ознак діляться на наступні 3 групи:

1. Оптимальний емоційний контакт,
2. Зайва емоційна дистанція з дитиною,
3. Зайва концентрація на дитині.

Методика дозволяє оцінити специфіку сімейних відносин, особливості організації сімейного життя.

В сім'ї можна виокремити окремі аспекти відносин:

- господарсько-побутові, організація побуту сім'ї (у методиці це шкали 3, 13, 19, 23);

- подружні, пов'язані з моральною, емоційною підтримкою, організацією дозвілля, створення середовища для розвитку особистості, власної та партнера (у методиці це шкала 17);

- відносини, що забезпечують виховання дітей, «педагогічні» (в методиці шкали 5, 11).

Високі показники за шкалою 7 (сімейні конфлікти) можуть свідчити про конфліктність сім'ї, та можливе перенесення сімейного конфлікту на виробничі відносини. У цьому випадку психологічна допомога спрямовується на розв'язання сімейних конфліктів і поліпшення стосунків у виробничому колективі.

Високі оцінки по шкалі 3 (залежність від сім'ї) свідчать про пріоритет сімейних проблем над виробничими, про вторинність інтересів «справи», протилежне можна сказати про шкалою 13 (незадоволеність роллю господині). Для осіб, які мають високі оцінки за цією ознакою (3), характерна залежність від сім'ї, низька узгодженість у розподілі господарських функцій. Про поганий інтегрованості сім'ї свідчать оцінки за шкалами 17, 19, 23.

**Методика дослідження рівня психологічної готовності вагітної жінки до материнства В.В. Бойко (методика Пролог).** Дана методика була розроблена на основі методики «Незакінчені речення» Сакса та Леві. Стимульний матеріал методики являє собою 30 незавершених речень, які можуть бути поділені на 10 груп, що в тій чи іншій мірі характеризують сферу стосунків людини. Згідно з метою адаптації методики для визначення готовності до материнства, Бойком було виключено групи пропозицій, що характеризують ставлення до підлеглих, керівників та друзів. У той же час, в методику ним були введені пропозиції, що дають можливість проаналізувати оцінку вагітності респондентки з боку оточуючих та батька дитини, самооцінку вагітної своєї готовності до пологів та свого психічного стану.

Якісне вивчення доповнених речень полягає в

- 1) в аналізі змісту відносин;



2) в аналізі насиченості емоцій (виявлялося домінування певного типу реакцій);

3) у виділенні актуальних відносин (через фіксування довгих латентних періодів при завершенні пропозиції та найкоротших доповнень. Довгі доповнення оцінювалися як найбільш усвідомлені та значущі).

Результати аналізу дозволяють визначити такі параметри психологічної готовності вагітної жінки до материнства:

1. Біологічне спонукання до вагітності та пологів
2. Мотивація до народження дитини
3. Очікування народження дитини
4. Оцінка подружніх стосунків та чоловіка до справжньої вагітності
5. Самооцінка готовності до материнства
6. Оцінка внутрішньосімейних та родинних відносин
7. Характеристика фізичного та психічного здоров'я
8. Самооцінка ставлення жінки до самої себе,
9. Самооцінка жінкою тяжкості майбутніх пологів та свого стану

вичікування пологів

10. Самооцінка жінкою якості свого життя

За результатами оцінки цих показників розраховують рівень готовності до материнства.

**Проективний малюнковий тест «Сімейна соціограма»**, який дозволяє виявити становище суб'єкта в системі міжособистісних відносин, і крім цього, визначити характер комунікацій в сім'ї – прямий чи опосередкований. Досліджуваним видається бланк з намальованим колом діаметром 110 мм. Зачитується інструкція: “Перед Вами на аркуші зображене коло. Намалуйте в ньому самого себе і членів сім'ї у вигляді кіл та підпишіть їх імена”. Оцінка результатів тестування відбувається за наступними критеріями:

Кількість членів сім'ї, які потрапили в площину кола; при цьому можливо, що член сім'ї, з яким випробовуваний перебуває в конфліктних

стосунках, буде “забутий”, а хтось із сторонніх осіб (іноді тварин) може бути зображений як член сім’ї;

Розмір кола, свідчить про значущість членів сім’ї для досліджуваного – що більший кружок, то вищий рівень значущості;

Розміщення кіл один щодо одного у площині тестового поля кола; при цьому найбільш значущих членів сім’ї досліджуваній зображує у центрі чи верхній частині поля;

Відстань між колами, що визначає психологічну відстань між членами сім’ї, причому перетин кіл або їх розміщення одне у одному свідчить про недиференційованість «Я» у членів сім’ї, наявність симбіотичних зав’язків.

Використання тесту Сімейна соціограма дозволяє в лічені хвилини в ситуації «тут і тепер» наочно уявити собі взаємовідносини в сім’ї, а потім, порівнявши бланки всіх членів сім’ї, проаналізувати їх. Бажаним є використання даної методики як допоміжної для виявлення неусвідомленого контексту взаємовідносин між членами сім’ї.

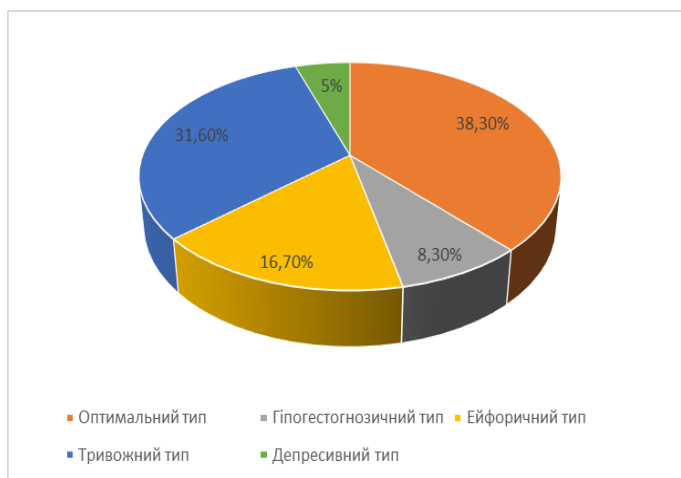
Проективний малюнок є одним з найбільш зручних і швидких методів, який дозволяє досліджуваним дати вихід своїм почуттям, бажанням і навіть таким думкам та оцінкам, згадування яких є болісним, неприємним.

Статистичний наліз отриманих результатів здійснювали з врахуванням непараметричного критерію Мана Уїтні, проведенням кореляційного аналізу за Спірменом за допомогою програми «Statistica for Windows 14.0»

### Розділ III. Аналіз отриманих результатів.

#### 3.1. Особливості прояву типів ставлення до вагітності у досліджуваних жінок

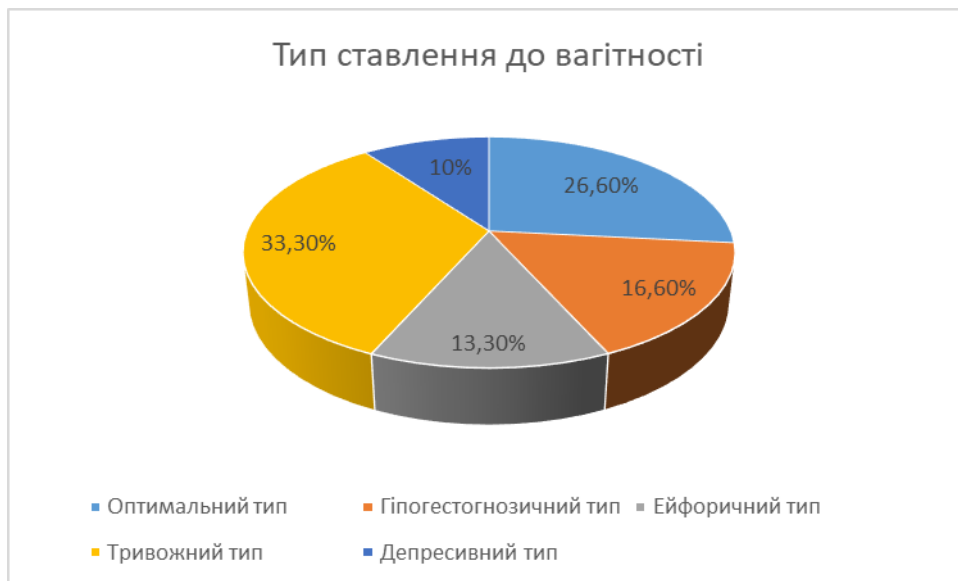
Аналіз особливостей прояву типів ставлення до вагітності в цілому по всій вибірці засвідчив, що нами було діагностовано переважання оптимального (38,3%) та тривожного (31,6%) типу психологічного компоненту гестаційної домінанти, частота зустрітваності ейфоричного типу склала 16,7%, а гіпогестогностичного та депресивного типів ставлення до вагітності – 8,3% та 5% відповідно.



**Рис. 3.1.1. Розподіл типів гестаційної домінанти у досліджуваних вагітних.**

Серед жінок з оптимальним типом гестаційної домінанти 92,3% були одружені та 43,7% були вагітні первістком, а 56,3% завагітніли вдруге, серед жінок з тривожним стилем переживання вагітності 89,5 % були одруженими і 94,7% опитуваних мали першу вагітність, всі жінки з ейфоричним та гіпогестогностичним типом були одруженими та не мали попереднього досвіду материнства, депресивний тип переживання вагітності був діагностований у жінок, що завагітніли вперше і 66,7% були неодружені. Таким чином можна припустити, що попередній успішний досвід виношування, народження та постнатальної взаємодії з дитиною може сприяти формуванню оптимального типу психологічного компоненту гестаційної домінанти при наступних вагітностях.

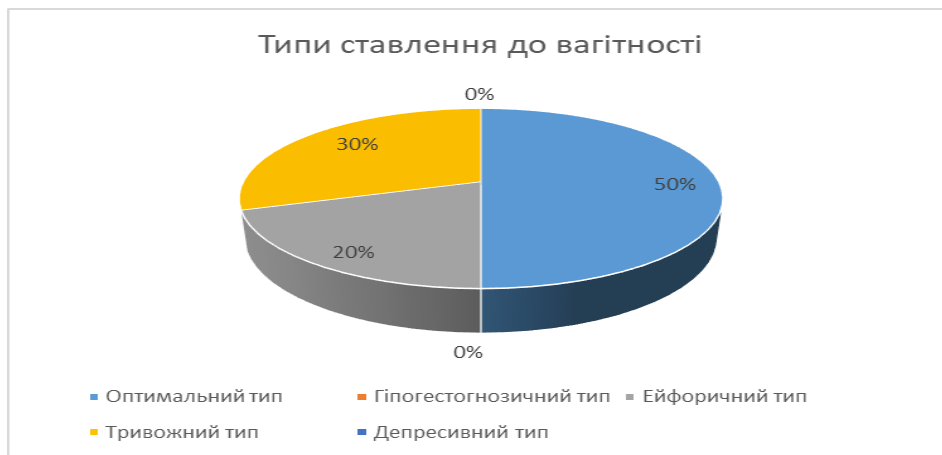
Аналізуючи типи ставлення до вагітності у жінок 1 групи констатовано переважання тривожного типу психологічного компоненту гестаційної домінанти (33,3%). Оптимальний тип ставлення до вагітності діагностовано у 26,6% опитуваних, гіпогестогнозичний тип – у 16,6%, ейфоричний- у 13,3%, а депресивни – у 10% опитуваних. Для вагітних групи 1 більш характерна тривожна ідентифікація вагітності з неспокоєм, що періодично посилюється, підвищена тривога за здоров'я малюка, власне здоров'я, успішність народження та майбутнє виконання материнських функцій, виражений соматичний компонент вагітності по типу хворобливих відчуттів. У жінок з гіпогестогностичним типом вагітність часто не запланована, на стадії пренатального материнства «двоє як один» вони як правило не планують значно змінювати своє життя у зв'язку з появою дитини, а воліють передати майбутній догляд за дитиною своїм матерям або бабусям, проте при переносі гестаційної домінанти на майбутню дитину ці плани можуть змінюватись.



**Рис. 3.1.2. Розподіл типів гестаційної домінанти у жінок першої половини терміну вагітності.**

У жінок другої групи переважає оптимальний тип гестаційної домінанти – 50%. При такому типі ставлення до вагітності жінка веде активний спосіб життя, стежить за своїм здоров'ям, характеризується

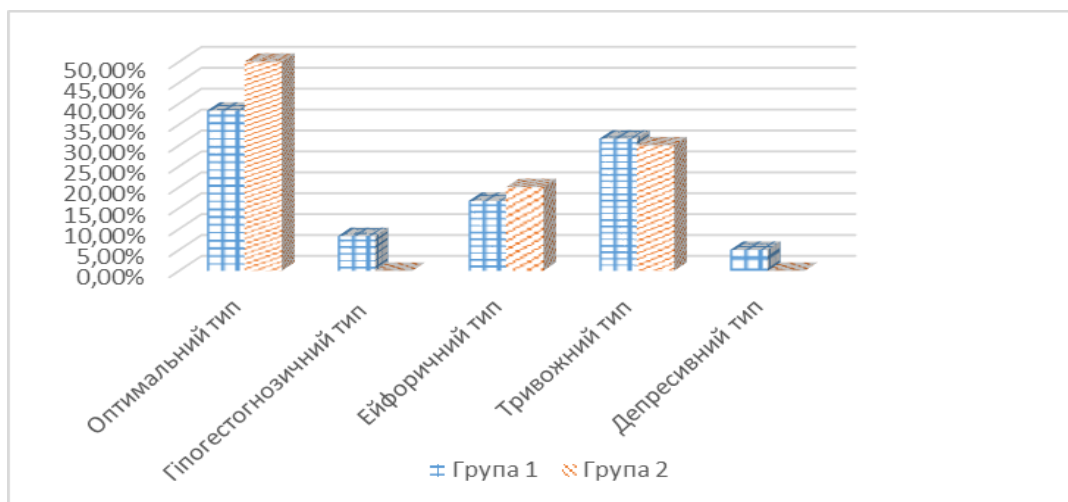
благоприємним емоційним станом, який в третьому семестрі, може змінюватись помірною тривожністю, пов'язану з майбутніми пологами, оскільки діяльність в цей період орієнтована на підготовку до пологів і післяпологового періоду. Суб'єктивні відчуття рухів дитини при такому типі реагування супроводжуються позитивними емоціями та чітко відмежовуються від інших соматичних відчуттів, не супроводжуються хворобливими тілесними переживаннями і диференційно інтерпретуються особливості рухової активності дитини.



**Рис. 3.1.3. Розподіл типів гестаційної домінанти у жінок другої половини терміну вагітності.**

Тривожний та ейфоричний тип ставлення до вагітності діагностовано у 30% та 20% опитуваних відповідно. Тривожний психологічний компонент гестаційної домінанти у цей період вагітності проявляється тривожними чи субдепресивними епізодами, страхом за завершення вагітності, рухи дитини супроводжуються підвищенням тривоги за здоров'я малюка і інтерпретуються з точки зору можливих порушень розвитку дитини. Ейфоричний тип характеризується некритичним ставленням до можливих труднощів вагітності та майбутнього материнства, диференційованої оцінки рухів дитини немає, у таких жінок немає очікування майбутньої взаємодії з новонародженою дитиною.

Гіпогестогностичний тип та депресивний тип гестаційної домінанти у жінок з терміном вагітності більше 5 місяців не зустрічається.



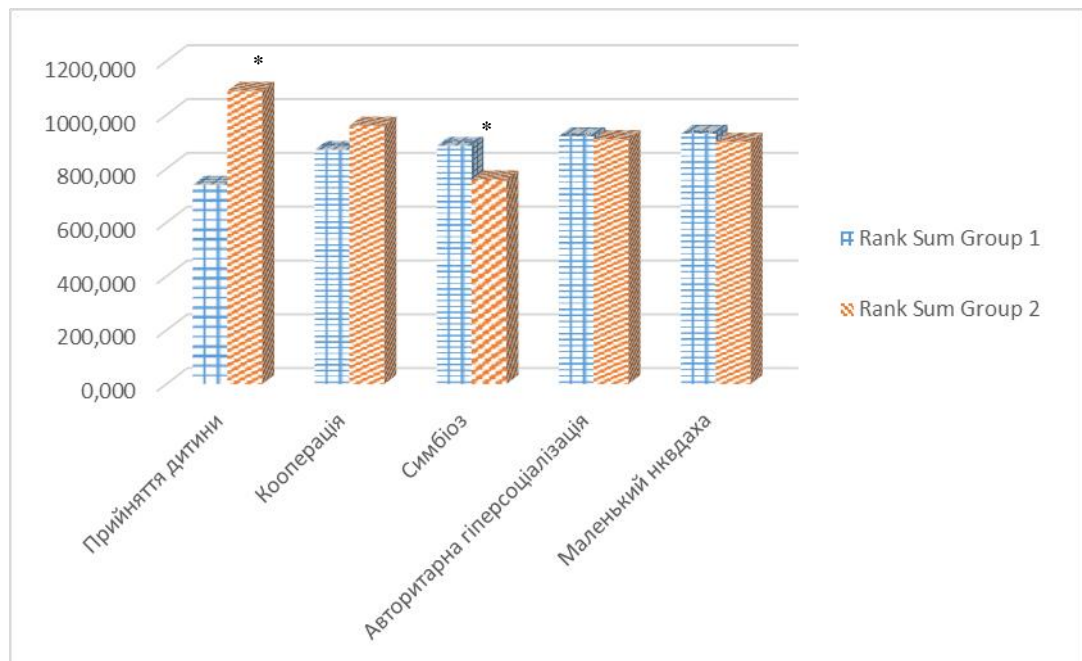
**Рис. 3.1.4. Порівняння частоти прояву типів ставлення до вагітності у жінок з II та III стадіями пренатального материнства.**

Отже, аналізуючи прояви різних типів ставлення до вагітності встановлено збільшення частоти оптимального типу, зниження гіпогестогенічного та депресивного типу, частота тривожного та ейфоричного типу психологічного компоненту гестаційної доміанти практично не відрізняються у жінок, з терміном вагітності більше 5 місяців, що відповідає III стадії пренатального материнства.

### 3.2.1. Результати оцінки особливостей батьківського ставлення за методикою Опитувальник батьківського відношення (А. Варга, В. Століна).

Опираючись на результати цієї методики можна продіагностувати систему різноманітних почуттів по відношенню до дитини, особливості поведінкових паттернів, що використовуються в спілкуванні з нею, особливості сприйняття та розуміння вчинків та характерологічних рис дитини.

Для порівняння бажаних моделей взаємодії з дитиною у жінок 1 та 2 груп ми використовували непараметричний статистичний критерій Мана-Уїтні. Встановлено, що прийняття дитини більш характерно для вагітних другої групи, а у вагітних першої групи переважає симбіотична модель взаємодії з дитиною. Прояви кооперації мають тенденцію до достовірного посилення у вагітних другої групи.



**Рис. 3.2.1. Особливості материнського ставлення до дитини у вагітних жінок догліджуваних груп.**

Примітка: \* - наявність достовірної статистичної різниці при  $p < 0,05$ .

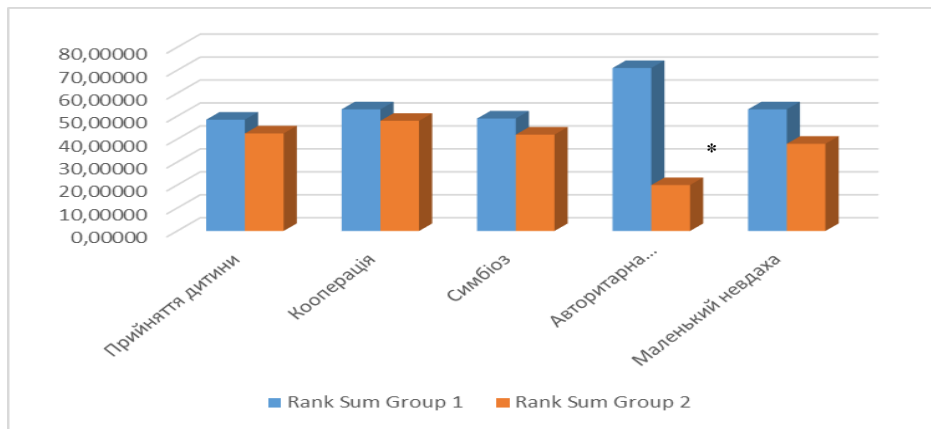
Жінки, що знаходяться на ранніх етапах вагітності прагнуть до симбіотичних стосунків з дитиною, майбутня мати відчуває повне єднання з дитиною, прагне оточити її турботою, захистити від негативних впливів, відчуває тривогу за дитину, така поведінка узгоджується з попередньо описаними результатами, оскільки супроводжується підвищеною тривогою про безпеку дитини та збереження вагітності. При переносі гестаційної домінанти на дитину, у жінок, що знаходяться на пізніх термінах вагітності (2 група) переважає модель «Прийняття дитини». Така модель відображує інтегральне емоційне ставлення до дитини, матері дитина подобається такою як вона є, що підкріплюється ідеалізацією суб'єктивного фантастичного образу майбутньої дитини в контексті психологічного синдрому вагітної. Мати прагне спілкуватися з дитиною, налагоджувати пренатальні форми комунікації та очікує на розширення діапазону такої взаємодії після пологів, загалом переважання такої моделі свідчить емоційно-позитивне реагування на майбутнє материнство.

Тенденція до збільшення прояву «кооперації» у жінок другої групи ймовірно зумовлена переходом до нової стадії пренатального материнства «я- майбутня мати» та актуалізацією соціально-бажаного образу батьківського ставлення, можливо з наближенням до пологів та до зустрічі з дитиною збільшення проявів цієї моделі досягне достовірних значень.

За шкалами «авторитарна гіперсоціалізація» та «маленький невдаха» достовірних відмінностей у досліджуваних групах виявлено не було.

Преважання моделі «прийняття дитини» на пізніх етапах вагітності спостерігається і у жінок, що будуть народжувати вперше, а у жінок, що народжуватимуть другу дитину, на ранніх етапах вагітності достовірно вищі прояви батьківської моделі «авторитарна гіперсоціалізація».





**Рис. 3.2.2. Особливості материнського ставлення у жінок, що вагітні первістком (група 1) чи будуть народжувати вдруге (група 2).**

Примітка: \* - наявність достовірної статистичної різниці при  $p < 0,05$ .

Ймовірно це може бути пов'язане з тим, що при наявності успішного досвіду народження першої дитини, під час другої вагітності жінка більше зосереджена не на внутрішніх відчуттях та емоційній взаємодії з дитиною, а на зміні зовнішніх факторів життя для контролю над розвитком дитини.

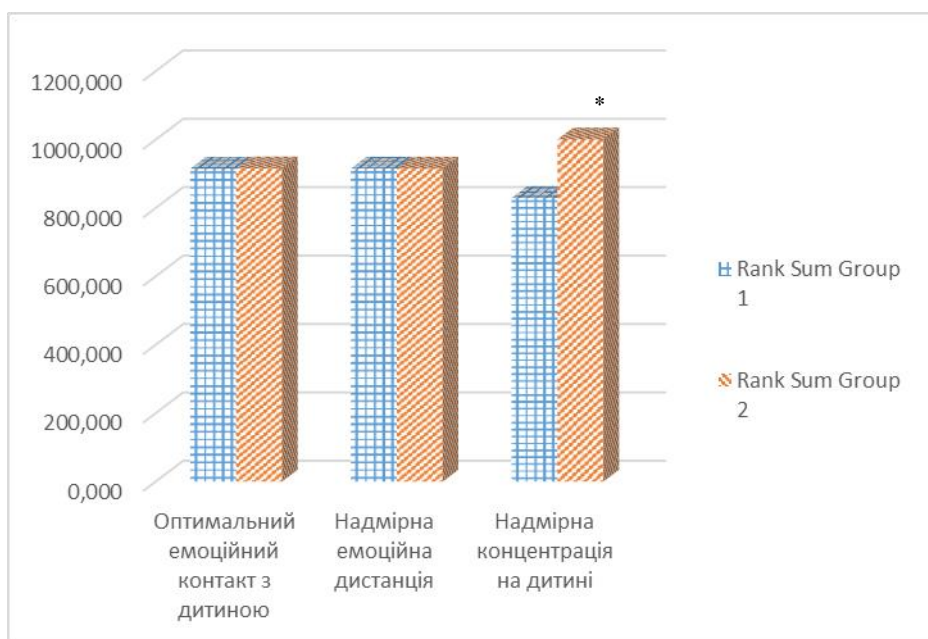
Отже, у жінок, що знаходяться на ранніх етапах вагітності переважає модель симбіотичних стосунків з дитиною, майбутня мати прагне захистити від негативних впливів та відчуває повне єднання з дитиною, а у жінок, що знаходяться на пізніх термінах вагітності ( 2 група) переважає модель «Прийняття дитини», що супроводжується інтегральним емоційним ставленням до дитини, підкріплюється ідеалізацією суб'єктивного фантастичного образу майбутньої дитини в контексті психологічного синдрому вагітної.

### ***3.3. Особливості материнських установок у вагітних за методикою Pari (Е. Шефер, Р. Белл).***

Методика Pari (parental attitude research instrument) дозволяє оцінити ставлення батьків, насамперед матерів, до різних сторін сімейного життя та виконання сімейних рольових установок. Виходячи з мети нашого дослідження найбільший інтерес для нас було проаналізувати особливості ставлення до дитини.

При порівнянні особливостей материнських установок у досліджуваних групах встановлено, що у вагітних на пізніх термінах переважає надмірна концентрація на дитині, що знаходить відображення у бажанні створити безпечне, комфортне середовище для дитини, контролювати розвиток дитини шляхом виключення ймовірних негативних факторів впливу на дитину, пригнічення власної надмірної емоційності, прагненні прискорити розвиток дитини, усвідомленні залежності дитини від власного стану.

По проявам оптимального емоційного контакту і надмірною емоційною дистанцією достовірної різниці між досліджуваними групами виявлено не було. Варто відмітити, що оптимальний емоційний контакт однаково проявляється у вагітних на високому рівні, тобто і для жінок з раннім періодом вагітності, і для жінок на пізніх термінах вагітності властиво бажання партнерських стосунків з дитиною, розвитку активності дитини і прагнення до емоційного вербального спілкування з дитиною. Надмірна емоційна дистанція з дитиною проявлялась на низькому рівні, що ймовірно обумовлено формуванням під час вагітності «перинатальної діади мати-дитина», яка об'єднує маму і дитину в єдине ціле в межах одного організму і залежать одне від одного як психологічно, так і фізіологічно.



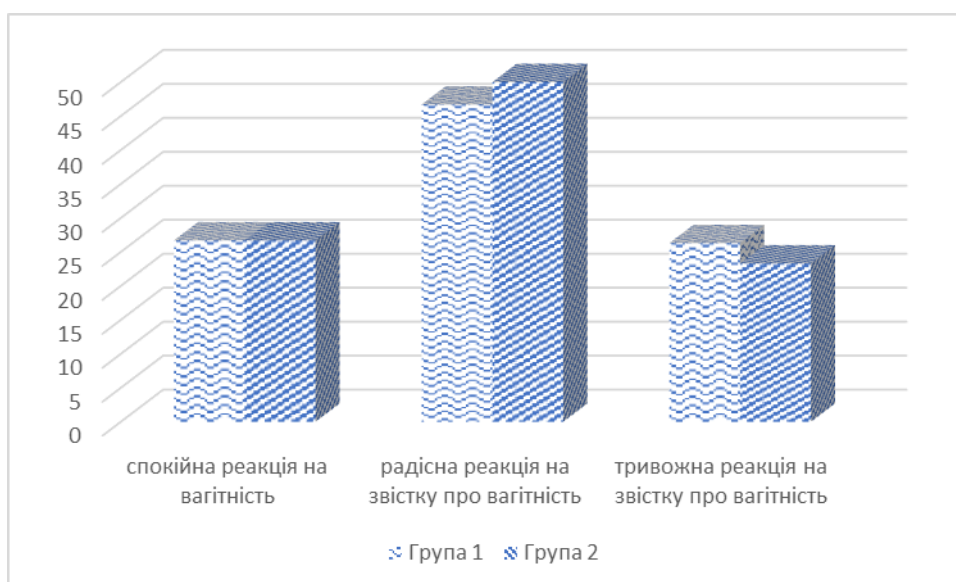
**Рис. 3.3.1. Особливості материнських установок у вагітних жінок за методикою Paré.**

Примітка: \* - наявність достовірної статистичної різниці при  $p < 0,05$ .

Наявність попереднього перинатального досвіду та сімейний стан не впливають на особливості прояву материнського ставлення у жінок обох груп. Отже, при порівнянні особливостей материнських установок у досліджуваних групах встановлено, що у вагітних на пізніх термінах переважає надмірна концентрація на дитині, що знаходить відображення у бажанні створити безпечне, комфортне середовище для дитини, контролювати розвиток дитини.

### 3.4. Психологічна готовність до материнства у вагітних за методикою «Пролог».

Аналізуючи отримані результати за методикою В.В. Бойко, було встановлено, що як у жінок першої групи, так і у жінок другої групи біологічне спонукання до вагітності та пологів знаходилось на середньому рівні. Спокійно сприйняли факт вагітності 26,7% вагітних обох груп, суб'єктивна емоційна реакція радості на звістку про вагітність переважала у 46,7% вагітних першої групи та у 50% другої групи, тривога, пов'язана зі звісткою про вагітність спостерігалась у 26,6% вагітних першої та 23,3% другої групи.

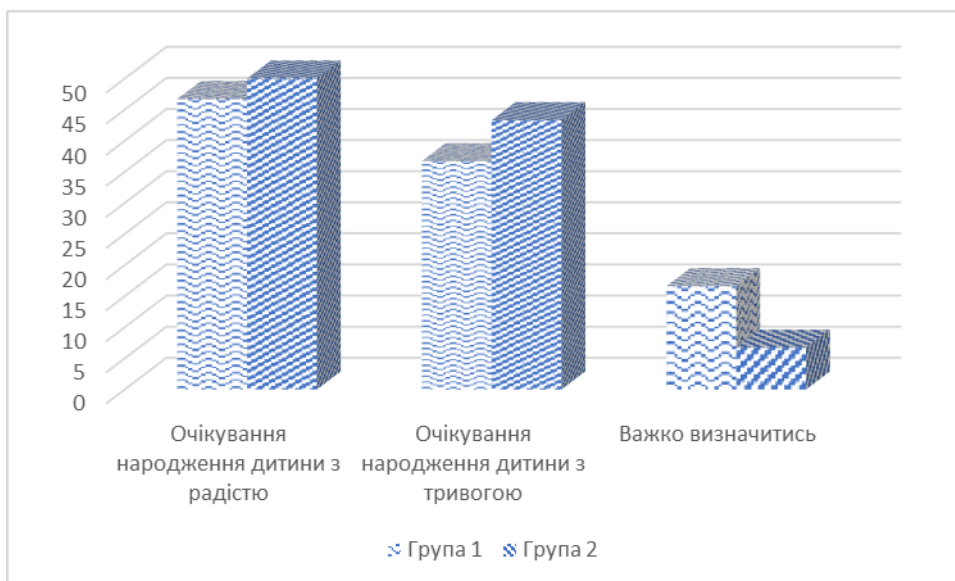


**Рис. 3.4.1. Переважаючі емоційні реакції на звістку про вагітність у досліджуваних групах.**

На ранніх етапах вагітності сприймали дитину як окрему живу істоту 56,7 % вагітних, а на пізніх етапах – 76,7% вагітних.

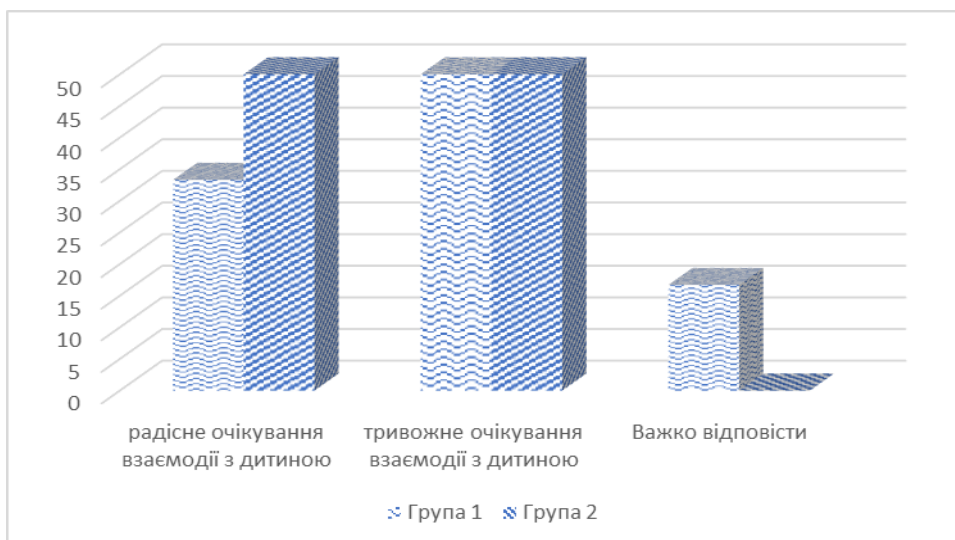
Мотивація до народження дитини була значно вербалізована у вагітних обох груп. Параметр очікування народження дитини більше проявлявся з позитивним емоційним реагуванням у жінок 2 групи, зокрема очікування дитини з радістю та захопленням переважає у 50% опитуваних другої групи, у жінок першої групи – 46,7%, тривожне очікування народження

діагностовано у 43,3% опитуваних другої групи та у 36,7% вагітних першої групи, 16,6% та 6,7% першої та другої груп відповідно не могли визначитись з відповіддю.



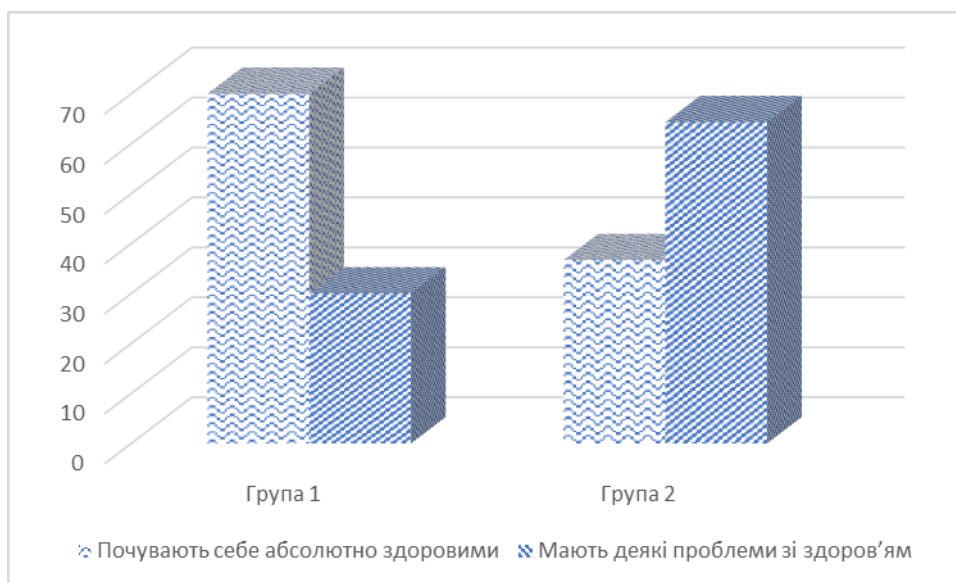
**Рис. 3.4.2 Емоційний фон очікування народження дитини у вагітних досліджуваних груп.**

Самооцінка готовності до материнства у жінок обох досліджуваних груп знаходиться на середньому рівні, проте радісно очікують майбутній контакт з дитиною 33,3% жінок першої групи та 50 % опитуваних другої групи, тривожне очікування взаємодії з дитиною виявлено у 50 % опитуваних обох груп, та важко визначитись з відповідями було 16,7% жінок першої групи.



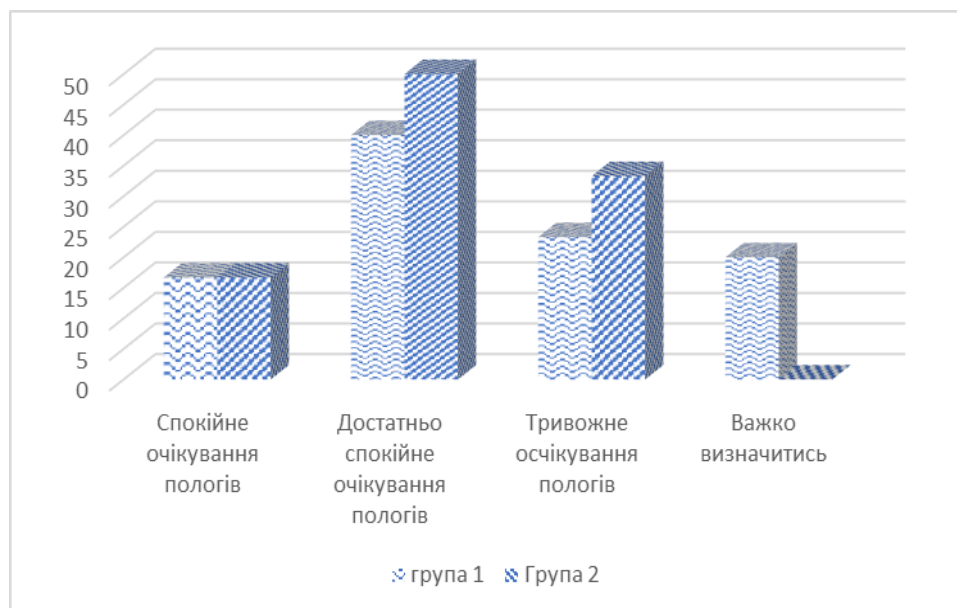
**Рис. 3.4.3. Самооцінка готовності до материнства у жінок обох досліджуваних груп.**

Аналізуючи особливості самоставлення та самооцінку психологічного та фізичного благополуччя встановлено, що більшість жінок 1 групи почувають себе абсолютно здоровими – 70%, а кількість таких у другій групі значно менша – 36,7%, відмічають деякі проблеми зі здоров'ям 30% жінок першої групи та 64,3% опитуваних другої групи.



**Рис. 3.4.5 Самооцінка фізичного та психологічного благополуччя у вагітних.**

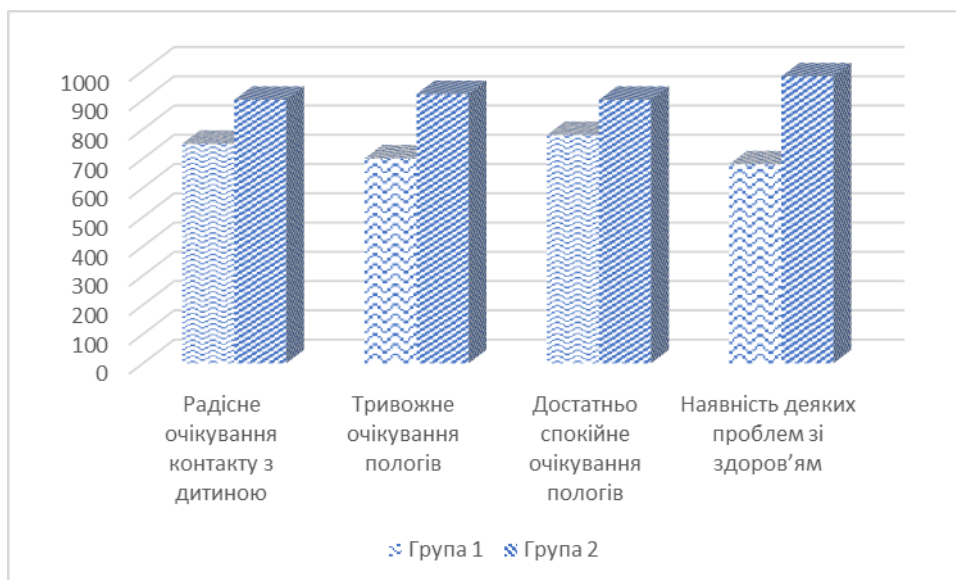
Спокійно почувають себе в очікуванні пологів 16,7 % жінок і на ранніх і на пізніх етапах вагітності, достатньо спокійно – 40% в першій та 50% у другій групі, переважання тривоги в очікуванні пологів характерно для 23,3% вагітних першої групи та 33,3% у другій групі, важко визначити передчуття пологів було у 20% опитуваних першої групи.



**Рис. 3.4.6. Самооцінка емоційного стану очікування пологів у вагітних жінок.**

При проведенні порівняльного статистичного аналізу з використанням критерію Мана-Уїтні встановлено, що характер емоційних реакцій на звістку про вагітність, мотивація до народження, тривожний емоційний фон очікування народження дитини та спокійне очікування пологів у вагітних досліджуваних груп практично не відрізнялись.

Збільшення значень самооцінки готовності до материнства, що проявляється радісним очікуванням контакту з дитиною, збільшення достатньо спокійного та тривожного очікування пологів та знижена оцінка фізичного та психологічного благополуччя достовірно відрізнялася у жінок у другій половині вагітності.



**Рис. 3.4.7** Статистично достовірні відмінності показників методики «Пролог» у досліджуваних групах.

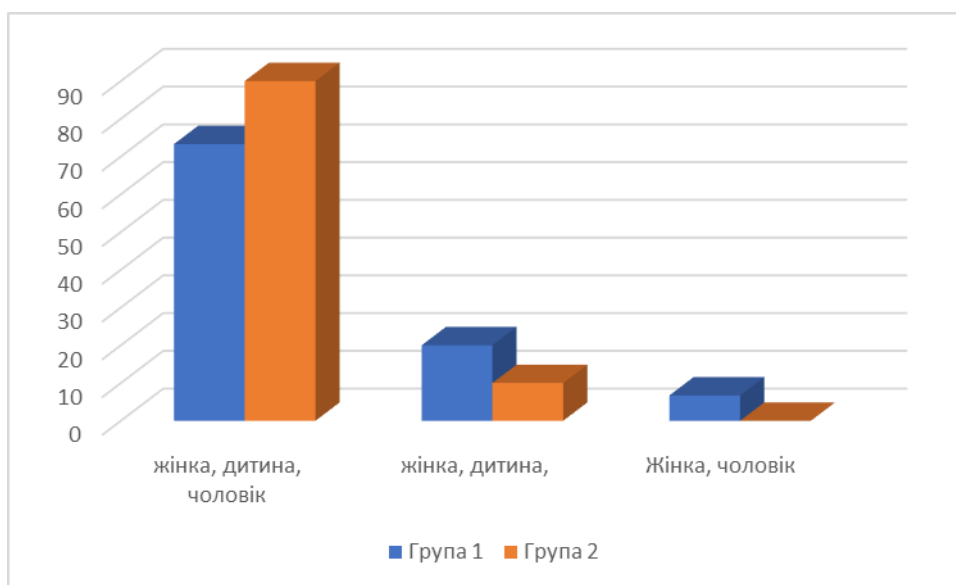
Жінки на пізніх етапах вагітності більше налаштовані на результат своєї вагітності, ідентифікують дитину як окремий організм та очікують пологів, емоційний фон такого очікування як правило пов'язується з мультифакторними впливами на вагітну, це і власний попередній досвід, і ті очікування, що виникають під впливом соціальних



### 3.5. Результати методики «Сімейна соціограма» у вагітних жінок

Для виявлення характеру комунікації між матір'ю і дитиною та місце вагітної в системі міжособистісної взаємодії в сім'ї ми використали тест «Сімейна соціограма». Аналізуючи стимульний матеріал встановлено, що вагітні жінки у 73,3% випадків

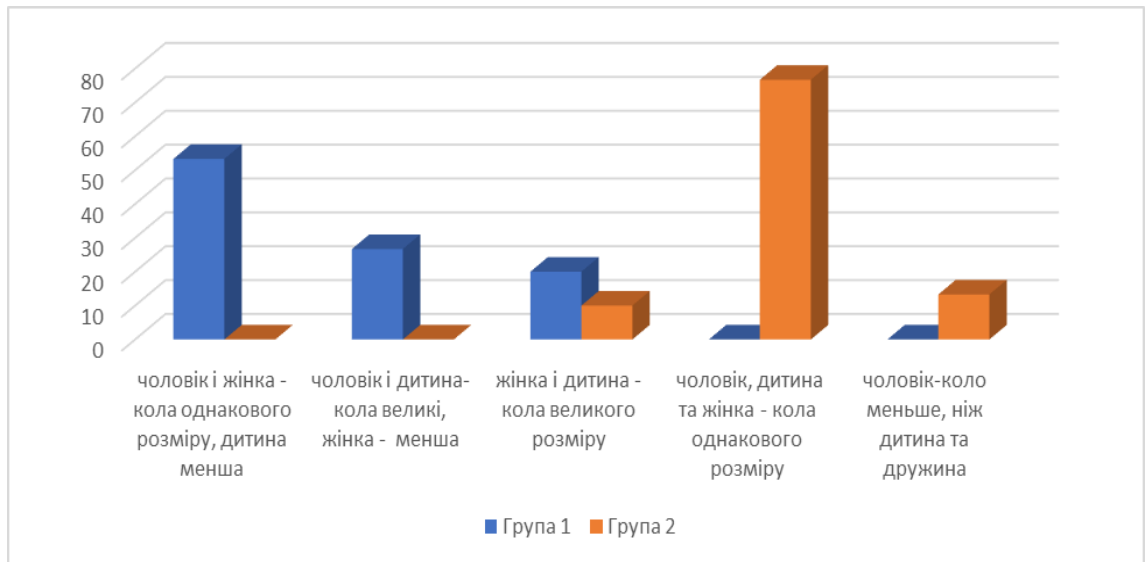
При побудові соціограми жінки першої групи у 73,3% випадків в колі об'єднували чоловіка, дитину та себе, у 20% - в колі членів сім'ї знаходилась мама і дитина, а у 6,7% в родинному колі не було дитини, а в таке коло вагітні включали тільки себе і чоловіка. У вагітних другої групи у 90% в коло було включено чоловіка, дитину та жінку, а 10% вагітних – включали тільки себе та дитину.



**Рис. 3.5.1. Члени сім'ї, які були включені в родинне коло у досліджуваних.**

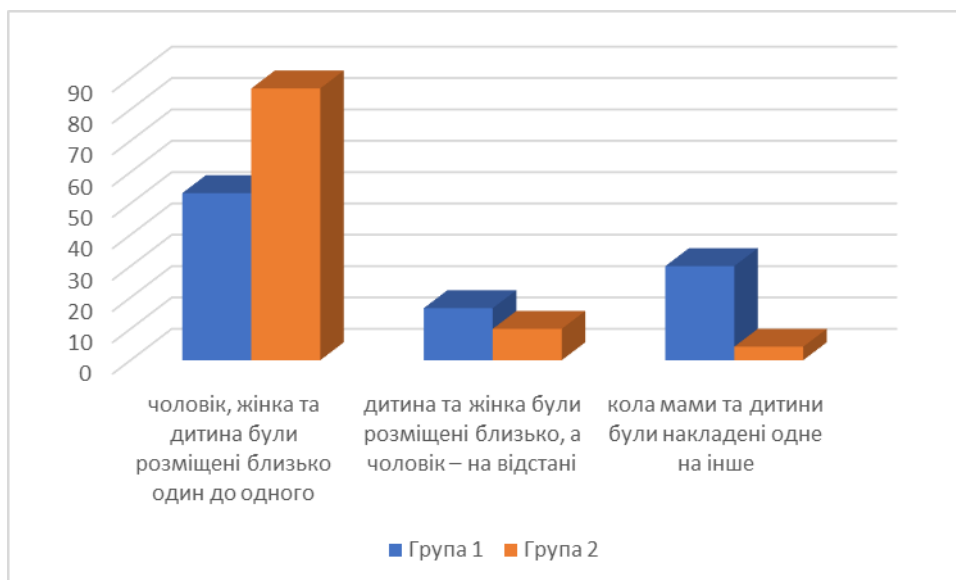
Величина кіл, якими позначалися члени сім'ї у досліджуваних групах відрізнялася, так у 53,3% досліджуваних розміри кіл чоловіка та дружини були однакові, більшого розміру, а розмір кола, що позначало дитину було меншого розміру, у 26,7% кола, що позначали чоловіка та /або дитину були більшого розміру, а те коло, що позначало жінку було менше за розміром, у

20 % розміри кіл, що позначали жінку та дитину були однаково великого розміру. У жінок другої групи в 76,7% малюнків чоловік, дитина та жінка були позначені колами однакового розміру, у 13,3% чоловік був позначений колом меншим за розміром, ніж дитина та дружина, а у 10% малюнків позначено було лише жінку та дитину однаково великими колами.



**Рис. 3.5.2. Розміри кіл, що позначали членів сім'ї, які були включені в родинне коло у досліджуваних.**

На малюнках дистанція між колами також відрізнялася, так у вагітних на ранніх етапах вагітності у 53,3% чоловік, жінка та дитина були розміщені близько один до одного, у 16,6% дитина та жінка були розміщені близько, а чоловік – на відстані і у 30 % коло дитини знаходилось всередині кола жінки. У вагітних на пізніх етапах вагітності у 86,7% чоловік, жінка та дитина були розміщені близько один до одного, у 10% дитина та жінка були розміщені близько, а чоловік – на відстані, а у 4,3% кола мами та дитини були накладені одне на інше.



**Рис. 3.5.3. Дистанція між колами, що позначали членів сім'ї, які були включені в родинне коло у досліджуваних.**

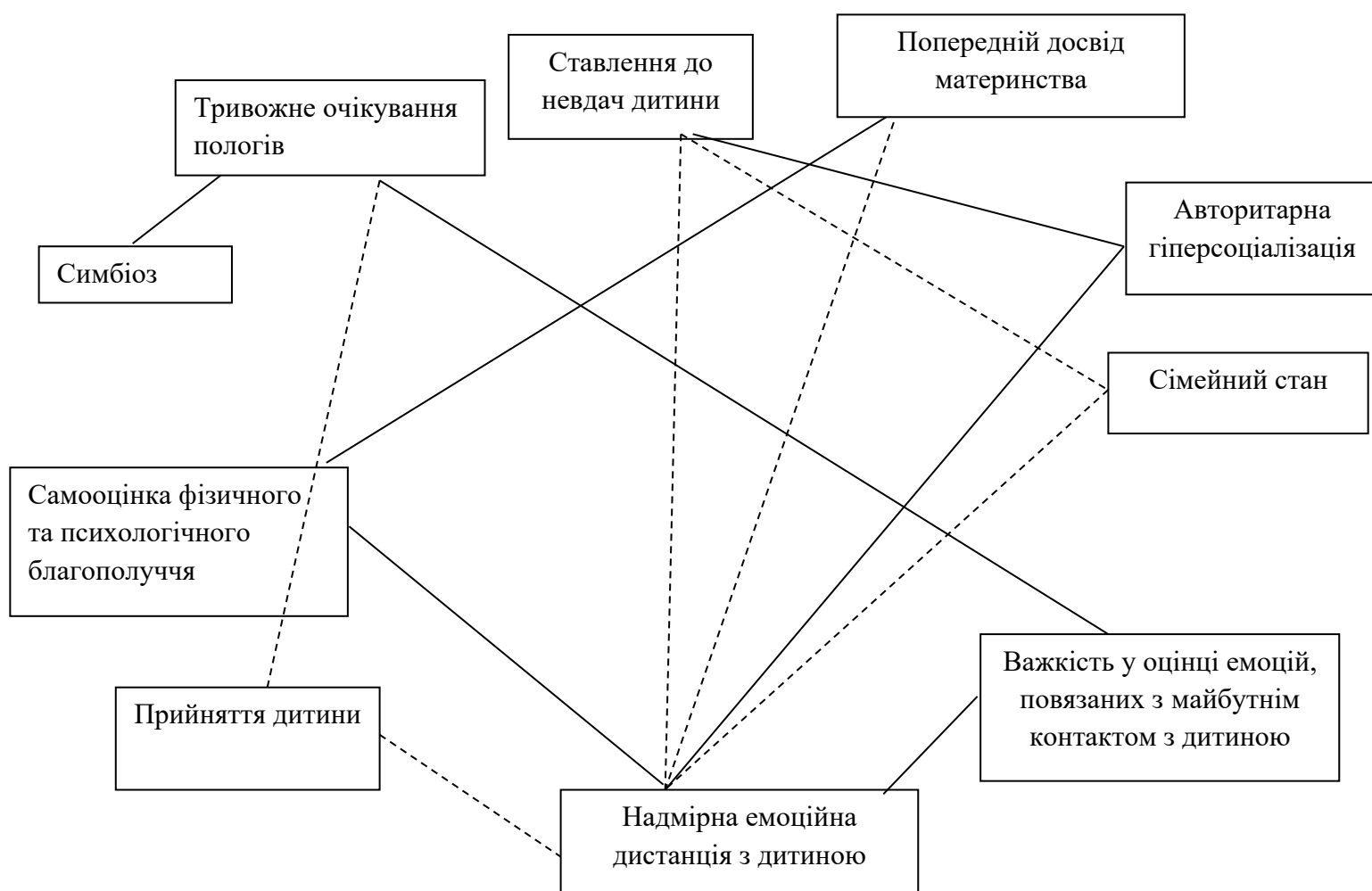
Аналізуючи проєктивні малюнки встановлено, що більшість вагітних і першої і другої групи включають в родинне коло членів сім'ї, що пов'язані з дитиною, хоча у 6,7% малюнків групи 1 позначення дитини взагалі відсутнє, що узгоджується з результатами тесту ставлення до вагітності та може бути зумовлено гіпогестогностичним типом реагування. З розвитком вагітності збільшується як значущість майбутньої дитини, як окремого члена сім'ї, зростає самооцінка, суб'єктивна значущість та позитивне ставлення до себе, як до майбутньої матері у вагітних жінок, збільшується частота однакового розподілу дистанції між членами сім'ї, що може бути наслідком активного долучення чоловіка в програми психологічної підтримки жінки, відбувається трансформація перинатальної діади та зменшується частота симбіотичної залежної моделі взаємозв'язку між матір'ю та дитиною.

Отже, за результатами аналізу особливостей сімейної соціограми у жінок, під час другої половини терміну вагітності збільшується значимість дитини, посилюється емоційний контакт з майбутньою дитиною, відбувається трансформація діади «дитина-мама», дитина починає

ідентифікуватись як новий рівноправний члена сім'ї, що по своїй значущості прирівнюється до батьків.

### 3.6. Результати кореляційного аналізу показників методик у вагітних жінок.

Кореляційний аналіз за Ч. Спірменом засвідчив, що у жінок першої групи найбільш кореляційно навантаженим є показник «надмірна емоційна дистанція з дитиною» - формує 7 кореляційних взаємозв'язків, які представлені на кореляційній плеяді на рис. 3.6.1.



**Рис. 3.6.1. Аналіз кореляційних взаємозв'язків показників методик дослідження у першій групі вагітних.**

————— -прямий кореляційний зв'язок.

- - - - - зворотний кореляційний зв'язок.

При оцінці кореляційних взаємозв'язків у жінок групи 1 було виявлено значні прямі кореляційні зв'язки між показниками «надмірна емоційна дистанція з дитиною» та «авторитарна гіперсоціалізація» ( $r=0,56$ ), «авторитарна гіперсоціалізація» - «ставлення до невдач дитини» ( $r=0,38$ ) та обернені кореляційні взаємозв'язки між показниками «надмірна емоційна дистанція з дитиною» - «сімейний стан» ( $r= -0,48$ ), та «сімейний стан» - «ставлення до невдач дитини» ( $r=-0,54$ ). Такі результати можуть свідчити про те, що чим більше жінка емоційно дистанціюється від дитини тим більше значення для неї має оцінка її майбутньої дитини зі сторони соціального оточення, тим більше дитина оцінюється як неспроможна, несамостійна, чи неуспішна, при цьому значно посилюються контролюючі впливи зі сторони матері для впливу на розвиток і поведінку дитини. Увага у неodrужених жінок більше зосереджена на дитині, при цьому збільшується емоційна прив'язаність та довіра до майбутньої дитини, і дитина сприймається більш самостійною та успішною.

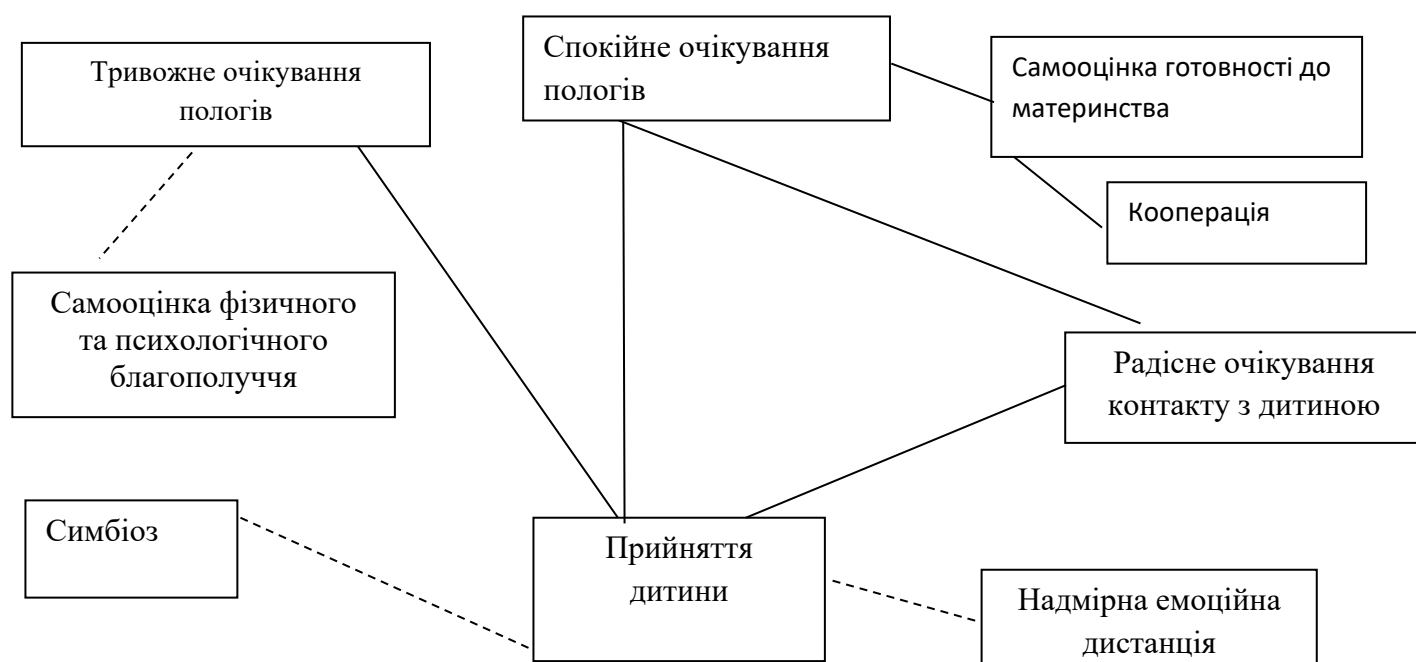
«Надмірна емоційна дистанція з дитиною» формує обернений кореляційний взаємозв'язок з показником «важкість у оцінці емоцій, пов'язаних з майбутнім контактом з дитиною» ( $r=-0,32$ ), що може пояснюватись тим, що у жінок на ранніх термінах вагітності змістом гестаційної домінанти є синдром «я-вагітна», при цьому жінка зосереджена на власних актуальних відчуттях і станах, і ще не замислюється про результат вагітності та майбутню зустріч з малюком, тому важко прогнозує ті емоції, які будуть супроводжувати пологи та безпосередню взаємодію з дитиною. Це підтверджується наявністю оберненого кореляційного зв'язку між рівнем «надмірна емоційна дистанція з дитиною» та «попередній досвід материнства» ( $r=-0,38$ ) – жінки, що вагітні вдруге більше налаштовані на партнерські стосунки з майбутньою дитиною.

«Самооцінка фізичного та психологічного благополуччя» прямо корелює з показниками «надмірна емоційна дистанція з дитиною» ( $r=0,61$ ) та «попередній досвід материнства» ( $r=0,32$ ). Сформований попередній досвід

та розуміння всіх особливостей перебігу вагітності та дистанціювання з малюком супроводжується більш високими результатами самооцінки власного фізичного та психологічного здоров'я.

Прямі кореляційні взаємозв'язки між показником «Тривожне очікування пологів» та показниками «Симбіоз» ( $r=0,65$ ) «Важкість у оцінці емоцій, пов'язаних з майбутнім контактом з дитиною» ( $r=0,37$ ) та обернений взаємозв'язок з «Прийняттям дитини» ( $r=-0,47$ ) свідчать про те, що у разі важкості в розумінні прогнозованого ставлення до дитини та при посиленні симбіотичної взаємодії з дитиною, очікування пологів буде супроводжуватись посиленням тривоги, оскільки для жінки з однієї сторони пологи будуть умовою розриву сформованого симбіозу, а з іншої сторони – новою, невідомою та емоційно непрогнозованою ситуацією. При збільшенні прийняття дитини як окремого організму пологи будуть очікуватись з більш спокійним емоційним фоном.

Кореляційний аналіз у жінок другої групи виявив, що найбільш кореляційно навантаженим був показник «прийняття дитини», який формує 6 значущих взаємозв'язків. Результати кореляційного аналізу представлені на плеяді на рис. 3.6.2.



- - прямиий кореляційний зв'язок.  
 ----- - зворотний кореляційний зв'язок

**Рис.3.6.2. Аналіз кореляційних взаємозв'язків показників використаних методик у другій групі вагітних жінок.**

Встановлено, що показник «прийняття дитини» формує обернені кореляційні зв'язки з рівнем показників «симбіоз» ( $r=-0,46$ ) та «надмірна емоційна дистанція» ( $r=-0,68$ ) та прямиї кореляційні зв'язки з показниками «тривожне очікування пологів» ( $r=0,32$ ), «спокійне очікування пологів» ( $r=0,56$ ) та «радісне очікування контакту з дитиною» ( $r=0,38$ ). Такі взаємозв'язки свідчать, що при інтегральному благоприємному емоційному ставленні до дитини, коли мати орієнтована на надання підтримки, збільшується сприйняття дитини як окремого організму з власною індивідуальністю та збільшується радісне очікування майбутньої взаємодії з дитиною, ймовірно при цьому посилюється орієнтованість на результат вагітності та бажаність пологів в принципі, можна припустити, що емоційна оцінка очікування пологів може біти пов'язана і з іншими факторами.

Отже, у жінок першої групи найбільш кореляційно навантаженим є показник «надмірна емоційна дистанція з дитиною», а у вагітних другої групи найбільш кореляційно навантаженим був показник «прийняття дитини». При оцінці кореляційних взаємозв'язків у жінок групи 1 було виявлено значні прямиї кореляційні зв'язки між показниками «надмірна емоційна дистанція з дитиною» та «авторитарна гіперсоціалізація» ( $r=0,56$ ), «авторитарна гіперсоціалізація» - «ставлення до невдач дитини» ( $r=0,38$ ) та обернені кореляційні взаємозв'язки між показниками «надмірна емоційна дистанція з дитиною» - «сімейний стан» ( $r= -0,48$ ), та «сімейний стан» -«ставлення до невдач дитини» ( $r=-0,54$ ). У жінок 2 групи показник «прийняття дитини» формує обернені кореляційні зв'язки з рівнем показників «симбіоз» ( $r=-0,46$ ) та «надмірна емоційна дистанція» ( $r=-0,68$ ) та прямиї кореляційні зв'язки з

показниками «тривожне очікування пологів» ( $r=0,32$ ), «спокійне очікування пологів» ( $r=0,56$ ) та «радісне очікування контакту з дитиною» ( $r=0,38$ ).



## ВИСНОВКИ

1. Материнство – в історичному аспекті – це одна з соціальних жіночих ролей, причому, якщо потреба бути матір'ю навіть і закладена в жіночій природі, соціальні норми і цінності здійснюють значний вплив на прояви материнського ставлення до дитини. Поняття «норма материнського ставлення» не є постійним, оскільки саме зміст материнських установок міняється від епохи до епохи, окрім того і образ дитини, і особливості дитячо-батьківських стосунків, і методи виховання залежав від соціальних установок певного історичного періоду. Під час вагітності у жінок змінюється фізіологічне функціонування та нейрогуморальна регуляція, психоемоційний стан, рівень домагань, самооцінка, сприйняття власного тіла, формується гестаційна домінанта, материнські почуття, що буде впливати на диференціацію власного «я» та об'єкту «всередині мене», адаптацію до зміни своїх життєвих цілей відповідно до цілей майбутньої дитини та змісту нової соціальної ролі. Материнство – специфічне особистісне формування, стрижневою основою якого є суб'єктно-об'єктна орієнтація у ставленні до дитини, що ще не народилася.
2. Готовність до материнства можна розглядати як здатність матері забезпечувати адекватні адаптивні умови для розвитку дитини, певний тип ставлення матері до дитини. Тип материнського ставлення, відповідний готовності або неготовності до материнства, в першу чергу обумовлений цінністю дитини для матері. Потрібово-емоційна готовність до материнства забезпечує ставлення жінки до вагітності і готовність (без страху) до пологів, емоційно-позитивний образ дитини, бажання піклуватися про неї, радісно-захопливе ставлення до ролі матері. Потрібово-емоційна готовність до материнства забезпечує ставлення жінки до вагітності і готовність (без страху) до пологів, емоційно-позитивний образ дитини, бажання піклуватися про неї, радісно-щасливе ставлення до ролі матері. Ціннісно-змістова готовність до материнства

передбачає усвідомлення жінкою високої цінності і дитини і материнства серед усіх інших цінностей, «правильні» уявлення про сенс материнства і взаємодії з дитиною. Сенс когнітивно-операційного блоку складають знання та усвідомлення жінкою своїх материнських функцій, розуміння психофізіологічних особливостей в період вагітності, знання про особливості внутрішньоутробного розвитку дитини, знання про пологи і про особливості виховання і наuczіння дітей, уявлення про особливості спілкування і взаємодії з дитиною, догляд за нею, знання про переваги грудного вигодовування, усвідомлення важливості природніх пологів та організації раннього грудного вигодовування.

3. Аналізуючи прояви різних типів ставлення до вагітності встановлено збільшення частоти оптимального типу, зниження гіпогестогностичного та депресивного типу, частота тривожного та ейфоричного типу психологічного компоненту гестаційної домінанти практично не відрізняються у жінок, з терміном вагітності більше 5 місяців.
4. У жінок, що знаходяться на ранніх етапах вагітності переважає модель симбіотичних стосунків з дитиною, майбутня мати прагне захистити від негативних впливів та відчуває повне єднання з дитиною, а у жінок, що знаходяться на пізніх термінах вагітності переважає модель «Прийняття дитини», що супроводжується інтегральним емоційним ставленням до дитини, підкріплюється ідеалізацією суб'єктивного фантастичного образу майбутньої дитини в контексті психологічного синдрому вагітної.
5. Характер емоційних реакцій на звістку про вагітність, мотивація до народження, тривожний емоційний фон очікування народження дитини та спокійне очікування пологів у вагітних досліджуваних груп практично не відрізняються, для вагітних під час другої половини вагітності характерно збільшення значень самооцінки готовності до материнства, що проявляється радісним очікуванням контакту з дитиною, збільшення достатньо спокійного та тривожного очікування

пологів та знижена оцінка фізичного та психологічного благополуччя. За результатами аналізу особливостей сімейної соціограми у жінок, під час другої половини терміну вагітності збільшується значимість дитини, посилюється емоційний контакт з майбутньою дитиною, відбувається трансформація діади «дитина-мама», дитина починає ідентифікуватись як новий рівноправний члена сім'ї, що по своїй значущості прирівнюється до батьків.

6. У жінок першої групи найбільш кореляційно навантаженим є показник «надмірна емоційна дистанція з дитиною», а у вагітних другої групи найбільш кореляційно навантаженим був показник «прийняття дитини». При оцінці кореляційних взаємозв'язків у жінок групи 1 було виявлено значні прямі кореляційні зв'язки між показниками «надмірна емоційна дистанція з дитиною» та «авторитарна гіперсоціалізація» ( $r=0,56$ ), «авторитарна гіперсоціалізація» - «ставлення до невдач дитини» ( $r=0,38$ ) та обернені кореляційні взаємозв'язки між показниками «надмірна емоційна дистанція з дитиною» - «сімейний стан» ( $r= -0,48$ ), та «сімейний стан» - «ставлення до невдач дитини» ( $r=-0,54$ ). У жінок 2 групи показник «прийняття дитини» формує обернені кореляційні зв'язки з рівнем показників «симбіоз» ( $r=-0,46$ ) та «надмірна емоційна дистанція» ( $r=-0,68$ ) та прямі кореляційні зв'язки з показниками «тривожне очікування пологів» ( $r=0,32$ ), «спокійне очікування пологів» ( $r=0,56$ ) та «радісне очікування контакту з дитиною» ( $r=0,38$ ).

### Список використаної літератури

1. Яремчук Н. В. Психологічні особливості підготовки молодих жінок до майбутнього материнства : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Яремчук Н. В. ; Ун-т менеджменту освіти. - Київ, 2010. - 24 с.
2. Макєшина Ю. В. Феномен материнства у дискурсах некласичної та постнекласичної західноєвропейської філософії (історико-філософський аналіз) : автореф. дис. ... канд. філософ. наук : 09.00.05 / Макєшина Ю. В. ; Дніпропетр. нац. ун-т ім. О. Гончара. - Дніпропетровськ, 2015. - 20 с.
3. Шмілик Н.А. Психологічні особливості становлення суб'єктивної готовності до материнства вагітних жінок : автореф. дис. канд. психол. наук : 19.00.07 / Шмілик Н. А. ; Прикарпат. нац. ун-т ім. В. Стефаника. - Івано-Франківськ, 2017. - 20 с.
4. Аксьонова С. Ю. Особливості народжуваності у жінок середнього віку // Демографія та соціальна економіка. - 2009. - № 2. - С. 28-38.
5. Дурманенко О. Л. Особливості сучасного інституту материнства як важливого чинника формування здорового способу життя молодого покоління // Науковий вісник Волинського національного університету ім. Лесі Українки / Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки ; [редкол.: С. О. Смолюк та ін.]. - Луцьк, 2010. - № 13 : Педагогічні науки. - С. 257-260.
6. Нероба М. В. Материнська девіація як прояв деструкції особистісної сфери жінки // Педагогічний процес: теорія і практика : зб. наук. пр. / Київ. ун-т ім. Бориса Грінченка, Благод. фонд ім. Антона Макаренка. – Київ, 2016. - Вип. 1. - С. 89-92.
7. Ковальова У. В. Психологічні аспекти штучного переривання вагітності // Вісник /за ред. Н. Витвицької. - Київ, 2000. - Вип. 9 : Соціологія. Психологія. Педагогіка. - С. 53-56.

8. Данилова М. О. Особистісні детермінанти формування материнського ставлення жінки до дитини в пренатальний період : автореф. дис. канд. психол. наук : 19.00.07 / Данилова М. О. ; Держ. вищ. навч. заклад "Університет менеджменту освіти". - Київ, 2011. - 20 с.
9. Божук О. А. Материнство як особливий прояв нужди та потребнісно- мотиваційної сфери особистості жінки // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 1 - С. 120-123.
10. Зубрицька-Макота І. Материнство як індивідуальна та суспільна цінність // Проблеми гуманітарних наук. Психологія : зб. наук. пр. ДДПУ / Дрогоб. держ. пед. ун-т ім. І. Франка. – Дрогобич, 2014. - Вип. 33. - С. 197–208.
11. M. Mid New lives for old. Cultural transformation; manuscripts 1928—1953. New York 1956; (перевидання: Perennial Edition, New York 2001, [ISBN 0-06-095806-5](#)).
12. Badinter, Elisabeth. Les Passions intellectuelles, tome 3: Volonté Pouvoir (1762–1778). - 2007. - [ISBN 978-2-213-62643-7](#).
13. Badinter, Elisabeth Le conflit, la femme et la mère. - 2010. - [ISBN 978-2-253-15755-7](#).
14. Ariès, Philippe Le présent quotidien, 1955—1966 (Recueil de textes parus dans La Nation française entre 1955 et 1966). Paris : Seuil, 1997. 552 p.
15. Шмілик Н. Психологічна готовність до материнства як системний та багатовекторний конструкт // Проблеми гуманітарних наук. Психологія : зб. наук. пр. ДДПУ / Дрогоб. держ. пед. ун-т ім. І. Франка. – Дрогобич, 2013. - Вип. 31. - С. 128–141.
16. Шишук О. Психологія здоров'я вагітної жінки: аналіз та психодіагностичне забезпечення вивчення проблеми ук // Психологічні перспективи / Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки ; [редкол.: Л. Засекіна (голов. ред.) та ін.]. - Луцьк, 2009. - Вип. 14. - С. 233-240.

17. Назарова Л.Г. Преморбідний фон та психічний стан жінок при невиношуванні / Л.Г. Назарова, О.В. Дьоміна // Вісник СумДУ. – 2008. – №2. – С. 79-81
18. Ушакова В. Р. Психоемоційний стан жінок із різним перебігом вагітності // Психологічні перспективи / Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. - Луцьк, 2014. - Вип. 24. - С. 331-342.
19. Козуб Т. О. Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок в умовах хронічного стресу : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / Козуб Т. О. ; М-во охорони здоров'я України, Харків. нац. мед. ун-т. - Харків, 2011. - 18с.
20. Помогайбо В. М. До питання про пренатальну свідомість // Світ медицини та біології. - 2011. - № 1. - С. 139-143.
21. Братасюк Н. М., Волошина У. В., Корчинська О. О. Системний інтегративний підхід у роботі з вагітними парами на етапі підготовки до пологів // Україна. Здоров'я нації : наук.-практ. вид. / Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України. – Київ, 2015. - № 4. - С. 123-129.
22. Денисюк Т. В. Консультування вагітних жінок та їхніх партнерів // Науковий вісник Волинського національного університету ім. Лесі Українки / ВНУ ім. Лесі Українки. - Луцьк, 2010. - № 23 : Педагогічні науки. - С. 204-207.
23. Костюк А.Л. Прогнозування невиношування вагітності / А.Л. Костюк, С.І. Жук // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2001 – № 1. – С. 130-132
24. Лукашевич Н. М., Купріянов М. Д. Психопрофілактика депресивних станів у вагітних жінок // Медицина транспорту України. – 2009. – № 4. – С. 33–35.
25. Ващенко І.В. Ускладнення вагітності з точки зору психосоматичного підходу / І.В. Ващенко, Н.В. Даниленко // Вісник ХНПУ ім. Г.Г. Сковороди. – 2009. – вип.32

26. Анищенко О.О. До проблеми психологічного реагування жінки на виявлені ускладнення вагітності / О.О. Анищенко// Актуальні проблеми психології. – 2009. – Т.1.,ч.24. – С.130-134.
27. Дармостук Н. В. Статеворольові чинники формування психологічної готовності до материнства : автореф. дис. канд. психол. наук : 19.00.01 / Дармостук Н. В. ; Харків. нац. ун-т ім. В. Н. Каразіна. - Харків, 2011. - 20с.
28. Жук С. І., Щуревська О. Д., Вітер В. П. Психологічні аспекти невиношування вагітності (огляд літератури) // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. - 2011. - Т. 1, № 2. - С. 132-136.
29. Божук О. А. Роль допологової підготовки у формуванні оптимальної передпологової домінанти // Український науково-медичний молодіжний журнал. - 2011. - № 2. - С. 62- 64.
30. Тарасюк О.К. Психосоматичні порушення у вагітних з загрозою переривання вагітності, які страждали безпліддям: автореф. дис. канд. мед. наук / О.К. Тарасюк. – Вінниця, 2008. – 22 с.
31. Перун М. Б. Типологія емоційного ставлення жінок до материнства // Практична психологія та соціальна робота. - 2011. - № 6. - С. 11-16.
32. Дегтяренко Т. В. Буряк М. Г. Психофізіологічні аспекти феноменології материнства // Інтегративна антропологія : міжнар. мед.-філософ. журн. / Одес. держ. мед. ун-т. – Одеса, 2016. - № 1. - С. 69-73.
33. Мальована Ю. Сімейні фактори формування материнської сфери у жінок із загрозою переривання вагітності: авто- реф. дис. психол. н./ Ю. Мальована. – Київ, 2006. – 20 с
34. Астахова В. М., Пузь І. В. Пренатальна і перинатальна психологія / В. М. Астахова, // Жіночий лікар. – 2011. – № 1. – С. 41–42.
35. Кирилова Д. С. Психологічна готовність до материнства в структурі життєвих смислів жінки: теоретико-методологічний аналіз //

Психологія: реальність і перспективи : зб. наук. пр. / Рівнен. держ. гуманітар. ун-т. – Рівне, 2017. - Вип. 8. - С. 101-104.

36. Ортинська Р. Р. Психологічні детермінанти жіночої ідентифікації як складова материнської ідентичності // Психологічні аспекти національної безпеки : зб. тез міжнар. наук.-практ. конф., 22-23 берез. 2007 р. / МВС України, Львів. держ. ун-т внутріш. справ ; [відп. за вип. М. Й. Варій]. - Львів, 2007. - С. 155-157.

37. Тлумачний словник української мови / За ред. д-ра філологічних наук, проф. В. С. Калашника.- 2-ге вид., випр. і доп. Х.: Прапор, 2005. 992 ст.

38. Словник гендерних термінів /Укладач З. В. Шевченко. Черкаси. 2016. 336 ст.

39. Антоніо Менегетті Книга Тезаурус. Словник онтопсихологічних термінів. НФ «Антонио Менегетті».2019 р. 284 ст. ISBN 978-5-906601-43-8

40. Шевчук Г. Розвиток материнської ідентичності в структурі Я-концепції жінки // Соціальна психологія. - 2010. - № 3. - С. 137-151.

41. Борищук Т. Материнство у психоаналізі (ключова роль матері у вихованні гуманної особистості) // Дитинство без насилля: суспільство, школа і сім'я на захисті прав дітей : зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 29-30 квіт. 2014 р. / М-во науки і освіти України [та ін.] ; [редкол.: В. Кравець та ін.]. - Тернопіль, 2014. - С. 624-625.

42. Думанська В. П. Відповідальне батьківство: теоретичний аспект // Демографія та соціальна економіка. - 2015. - № 3. - С. 75-86. - Бібліогр.: с. 85-86.

43. Мушкевич М. І. Психологічний супровід батьківства // Когнітивні та емоційно-поведінкові фактори повноцінного функціонування людини: культурно-історичний підхід : матеріали I Міжнар. наук.-практ. конф. (18-19 жовтня 2013 року). - Харків, 2013. С. 161-163.

44. Стрельник О. Материнство як практики турботи: концептуальні аспекти аналізу // Вісник Київського національного університету ім. Т.



Шевченка / відп. ред. О. Д. Куценко. - Київ, 2014. - Вип. 1 (5) : Соціологія. - С. 57-60.

45. Raphael-Leff J. Pregnancy. The Inside Story. – London: Karnak, 2001. 439 p.

46. Кодацька Н. О. Девіації соціальних практик материнства в сучасній Україні: автореф. дис. ... канд. соціол. наук : 22.00.04 / Кодацька Н. О. ; Класич.приват. ун-т. - Запоріжжя, 2011. - 20 с.

47. Wu J., Viguera A., Riley L. Et al. Mood disturbance in pregnancy and the mode of delivery. Am. J. Obstet. Gynecol. 2002. P. 52-61.

48. Курило І. О. Батьківство у демографічному контексті: методологічні засади дослідження та деякі тенденції розвитку // Демографія та соціальна економіка. - 2016. - № 3. - С. 11-22. - Бібліогр.: с. 21-22.

49. Мальована Ю. Сімейні фактори формування материнської сфери в жінок із загрозою переривання вагітності // Вісник Київського національного університету ім. Т. Шевченка / Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка ; відп. ред. В. Б. Євтух. - Київ, 2006. - Вип. 24/25. - С. 36-38.

50. Корчак Януш. Як любити дітей. Львів: Свічадо, 2005. 419 ст.

51. Запорожець А.В. Умовита рушійні причини психічного розвитку дитини // Хрестоматія з вікової психології. Харків: Фоліо, 1998. С. 78-88.

52. Сивулич С. Пренатальний розвиток психіки дитини як визначальний етап онтогенезу // Матеріали IV Всеукр. студент. наук.-техн. конф. «Природничі та гуманітарні науки. Актуальні питання», 19-20 квітня 2011 року — Тернопіль, 2011. – Т. 2. – С. 303.

53. Аксьонова С. Ю. Підліткове материнство: демографічний аспект проблеми : монографія; НАН України, Ін-т демографії та соц. дослідж. ім. М. В. Птухи. - Київ : Сочінський М. М., 2016. - 184 ст.

54. Кузнецова В. Особливості психологічного захисту і копінг-стратегій при ускладненій вагітності // Соціальна психологія. - 2010. - № 3. - С. 178-186.

55. Денисюк Т. В. Просвітницько-профілактична робота з вагітними жінками та їхніми партнерами // Науковий вісник Волинського національного університету ім. Лесі Українки / Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки ; [редкол.: С. О. Смолюк та ін.]. - Луцьк, 2010. - № 13 : Педагогічні науки. - С. 72-75.

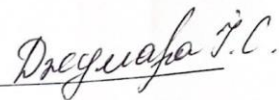
56. Шевчук Г. С. Арт-терапевтичні засоби дослідження материнської ідентичності вагітних жінок : дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : 19.00.01 / Шевчук Г. С. ; М-во освіти і науки України, Прикарпат. нац. ун-т ім. Василя Стефаника. - Івано-Франківськ, 2010. - 226 с.

57. Таран Н. Аборт як соціальна проблема // Соціальна педагогіка: теорія та практика. - 2007. - № 1. - С.96-101.

58. Івачевська О. В. Методичний інструментарій дослідження репродуктивної мотивації молодих жінок // Психологічні перспективи / Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. - Луцьк, 2014. - Вип. 24. - С. 125-137.

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень.  
Використання ідей, результатів і текстів наукових досліджень інших авторів  
мають посилання на відповідне джерело.

  
(підпис)

  
Дресушара Т.С.