

Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Особистісні чинники вибору жінками домашніх пологів

Виконала:

студентка 2-го курсу групи ПМ - 204
спеціальності 053 Психологія
освітньо-професійна програма Клінічна
психологія

Васильєва Юлія Вікторівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

Науковий керівник:

к.психол.н.

(наукова ступінь, вчене звання)

Пономарьова Вікторія Костянтинівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № _____ від «_____» червня 2022р.

Зав. кафедри _____ д.психол.н.,с.н.с. Лисенко Ірина Павлівна
підпис (наукова ступінь, вчене звання ,прізвище, ім'я, по батькові)

Київ – 2022

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБИСТІСНИХ ЧИННИКІВ ВИБОРУ ЖІНКАМИ ДОМАШНІХ ПОЛОГІВ.....	6
1.1. Феномен материнства	6
1.2. Психологічні особливості вагітної жінки.....	13
1.3. Особистісні чинники вибору жінками домашніх пологів.....	20
Висновки до першого розділу.....	29
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ЧИННИКІВ ВИБОРУ ЖІНКАМИ ДОМАШНІХ ПОЛОГІВ.....	31
2.1. Підходи до дослідження вагітних жінок в психології.....	31
2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження	36
2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих даних.....	39
Висновки до другого розділу.....	48
РОЗДІЛ 3. ДОПОЛОГОВИЙ ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД.....	50
3.1. Підходи до психологічної передпологової підтримки та супроводу.....	50
3.2. Програма психоедукації передпологової підтримки жінок «Відповідальне материнство».....	57
Висновки до третього розділу.....	66
ВИСНОВКИ.....	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69
ДОДАТКИ.....	78

ВСТУП

Дослідження феномену материнства підтверджується міждисциплінарною спрямованістю і характеризується системністю підходу [54]. Становлення теоретичної моделі і її підтвердження експериментальним матеріалом активно розробляється в останні десятиліття і продовжується досі.

Важливою особливістю концепції материнства і батьківства є її профілактична спрямованість: підготовка підлітків і молодих людей до батьківства; подружніх пар – до зачаття, вагітності, пологів та виховання дитини; а також профілактика з самих ранніх етапів розвитку дитини проблем, які стають причиною порушення репродуктивної системи.

Практичне застосування, незважаючи на попит, знаходиться на первинних стадіях розвитку, не всі практичні методи роботи пояснені з точки зору теорії. Одним із таких питань, які потребують як теоретичного розгляду, так і практичного підтвердження є дослідження особистісних чинників вибору жінками домашніх пологів. Актуальність даного питання підтверджується численними дослідженнями [59] впливу медикоментозного ведення пологів на породіль та новонароджених, наявністю «акушерської агресивності» (пологи у чітко визначеному положенні, пробиття міхура, відкриття шийки матки, стимуляція родової активності, введення синтетичного гормону окситоцину та ін.), наявністю високого рівня ризиків під час пологів, чисельністю скарг матерів після пологів, а також досвідом «природніх, м'яких пологів», до яких жінки відносять і домашні пологи як серйозної альтернативи традиційному підходу до пологів.

Дослідження психології материнства, феномен материнства та їх теоретичні та практичні аспекти вивчалися з позицій: культурно-історичного підходу (І. С. Кон, М. Мід) [16]; біологічних аспектів материнства (Д. Дьюсбери, Г. Харлоу, М. Харлоу, Л. Ж. Яров); психологічного підходу до материнства (А. Я. Варга, І. Ю. Хамітова, Г. Г. Філіппова, Л. Ж. Яров)[41]; онтогенетичного

напрямку (В. І. Брутман, І. А. Захаров, С. Ю. Мещерякова, Г. Г. Філіппова, і ін.); вивчення пологів та антропології (М. Оден та ін.).

Останні дослідження та проведений систематичний огляд (2019-2020 рр.) досвіду різних країн світу (Нідерланди, Англія, Ісландія, Канада, США, Нова Зеландія, Норвегія, Швеція, Японія, Австралія) щодо жінок з низьким акушерським ризиком, які народжували в лікарні та жінок, які обрали пологи вдома показали, що пологи вдома безпечні для жінок з низьким ризиком в тих країнах, де допомога під час пологів вдома добре інтегрована в місцеву систему охорони здоров'я і де ці пологи є планованими [73, с. 89].

На сьогодні, Україна не входить до списку країн, які можуть інтегрувати плановані домашні пологи у сферу охорони здоров'я. Оскільки у нас відсутні такі базові елементи як законодавча база, сертифікований у цій сфері медичний персонал, можливість екстерного транспортування породіль спеціально відведеним транспортом і ще багато іншого [34]. Але така ситуація не зупиняє опору українських жінок щодо традиційних пологів і з кожним роком кількість жінок, які обирають домашні пологи збільшується. Станом на 2019 рік 6% жінок народили вдома. Така ситуація зумовлює актуальність проблематики дослідження можливості впровадження нового досвіду проведення пологів, вивчення чинників вибору українськими жінками домашніх пологів та врахування цього в медичній перинатальній практиці та психологічній підготовці жінок до пологів.

Об'єктом дослідження є феномен материнства.

Предметом дослідження — особистісні чинники вибору жінками домашніх пологів.

Мета дослідження — полягає у емпіричному дослідженні особистісних чинників вибору жінками домашніх пологів та розробці програми психоедукації для вагітних жінок.

Поставлена мета передбачає вивчення таких **завдань**:

1) Провести теоретичний аналіз феномену материнства та психологічних особливостей вагітної жінки.

2) Організувати та провести дослідження

3) Провести порівняльний аналіз особистісних чинників жінок, які обрали домашні пологи та жінок, які народжували в пологових центрах.

4) Розробити програму психоедукації «Відповідальне материнство»

Методи застосовані при виконанні роботи :

1) метод аналізу наукової літератури з обраної тематики

2) психодіагностичний метод:

-соціально-анамнестична анкета

-опитувальник «Велика п'ятірка» Р.МакКрає, П.Коста

-опитувальник «Методика когнітивної орієнтації – локусу контролю»,

Д. Роттера

3) метод математично-статистичного аналізу даних

-критерій Манна Уїтні

4) метод психоедукації

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБИСТІСНИХ ЧИННИКІВ ВИБОРУ ЖІНКАМИ ДОМАШНІХ ПОЛОГІВ

1.1. Феномен материнства

У психологічній науці дослідження феномену материнства як окремого явища займає велику нішу і вивчається в двох напрямках — материнство як забезпечення умов для розвитку дитини і материнство як частина особистісної сфери жінки. В якості основи материнства виділяють в одному випадку біологічне начало, в іншому — соціальний вплив. У сучасній науці все більша увага зосереджується на комплексному, міждисциплінарному вивченні материнства, що отримало своє відображення зокрема в узагальнюючих монографіях [26, с. 90].

У своїй книзі П. Шершевский і Л. Ярроу виділяють більше 700 чинників, які характеризують адаптацію жінки до вагітності і раннього періоду материнства, що включають історію життя жінки, її сімейне, соціальне положення, особистісні якості, зв'язок з особливостями розвитку дитини. І автори прийшли до висновку, що необхідно продовжувати працювати над цією проблемою, так як у вивченні феномена материнства мало досліджена повноцінна теоретична база [78].

Так, період вагітності привертає увагу дослідників (О. В. Баженова, Л. Л. Баз, Г. В. Скобло, О. Ю. Дубовик, А. Бертін), які вивчають психічний стан жінки (наявність стресів, депресії, психопатологічних особливостей) як умови подальшого розвитку дитини; очікування, установки, мотивацію, компетентність з метою прогнозування подальшого розвитку дитячо-материнських відносин; успішність адаптації до майбутнього материнства з урахуванням різноманітних факторів (особистісні та соціальні особливості, подружжя, сімейний досвід, модель материнства та ін.).

Період дитинства цікавить таких вчених, як Д. Віннікотт, М. Кляйн, Д. Рафаель-Лефф, Е. Еріксон. вони досліджують сензитивність і використання

засобів контролю у взаємодії з дитиною вивчають поведінку матері як джерела розвитку дитини (Н. Авдєєва, С. Ю. Мещерякова та ін.).

Період раннього і дошкільного дитинства пов'язаний з вивченням типів материнського ставлення і стилів взаємодії матері з дитиною (В. І. Перегуд, І. Ю. Ільїна, Г. А. Свердлов). При вивченні шкільного віку розглядають материнське ставлення, батьківські позиції, очікування, установки (А. С. Співаковська, А. Я. Варга, Ю. В. Баскіна) [40, с. 3-4].

Для більш глибокого розуміння суті феномена материнства, ступеня включеності особистісних особливостей в тому і в іншому напрямку, визначення домінуючої основи розглянемо основні оформлені концепції.

В культурно-історичному аспекті, материнство розглядається як історично обумовлений феномен, що піддається змінам в контексті епохи (І. С. Кон, М. Мід, Е. Badinter, R. Galles, D. Jil, В. Kornel).

В рамках культурно-історичного дослідження материнства оформилися три концепції [40, с. 6-7]:

1. Біологічна зумовленість материнства (М. Мід), змінити яку можуть тільки істотні складні соціальні умови, що призводять до спотворення свідомості жінки і зміни її установок.

Знеболення під час пологів (наркоз), відмова від грудного вигодовування також здатні змінити материнські почуття.

2. Крос-культурні дослідження (І. С. Кон, М. Мід, К. McCarther, D. Phillips) повідомляють про превалювання соціального статусу, громадської думки над материнськими почуттями. Як приклад наводяться випадки дітовбивства для підвищення свого соціального рангу в індійських племенах або серед мешканок Таїті. А також домінування принципу законнароджених в певні епохи, коли відмовлялися від незаконнароджених дітей або навіть вбивали їх.

3. Соціоцентристська позиція. Елізабет Бадінтер, аналізуючи феномен материнства XVII-XX століть, прийшла до висновку, що материнський інстинкт – це міф, оскільки материнська любов не просто еволюціонує, але і наповнюється різним змістом залежно від епохи. Бадінтер впевнена, що в різні епохи на перше

місце виходить одна з соціальних жіночих ролей — мати, дружина, особистість, що прагне до саморозвитку.

Таким чином, в рамках культурно-історичних досліджень материнство розуміється як одна з жіночих ролей. Навіть якщо вона і закладена природою, вплив суспільних норм і цінностей є визначальним у прояві материнського ставлення.

Материнство як забезпечення умов для розвитку дитини. В рамках даного напрямку особливості матері розглядаються виходячи із завдань виховання дитини. У центрі вивчення знаходяться материнські якості, характеристики материнської поведінки, культурні, соціальні, еволюційні, фізіологічні та психологічні основи материнства [40, с. 6].

В рамках культурно-історичних досліджень материнство розуміється як одна з жіночих ролей. Навіть якщо вона і закладена природою, вплив суспільних норм і цінностей є визначальним у прояві материнського ставлення.

Біологічні аспекти материнства. Мати і забезпечувані нею умови розглядаються як організація фізіологічного середовища для розвитку дитини. В рамках біологічного дослідження материнства сформувалися три течії:

1. Дослідження (Д. Дьюсбери, Г. Харлоу, М. Харлоу) — спрямовані на вивчення кількості ресурсних витрат батьків (батьківського внеску), формування патернів батьківської поведінки, імпринтингу, батьківських стимулів, що знайшло своє відображення в розвитку таких психологічних концепцій, як теорія прихильності, теорія соціального навчання і ін. [40, с. 8, с. 93]

2. Фізіологічні і психофізіологічні аспекти дослідження материнства (К. Остін, Р. Шорт, К. Флейк-Хобсон, Р. М. Шерешевський, Л. Ж. Яров) спрямовані на вивчення впливу гормонального фону на емоційний стан матері (тривожність, депресивність, стресостійкість, дратівливість, динаміку сексуальності) [17].

Дані дослідження повідомляють про те, що гормональний фон здатний визначати ситуативну сприйнятливність, але інтерпретація станів у вагітних і в

ранній період материнства залежить від особистісних особливостей, соціальної і сімейної ситуації, мотивації.

Материнство розглядається через формування фізіологічної «домінанти материнства» (Р. М. Шерешевський, Л. Ж. Яров).

3. Порівняльно-психологічні дослідження материнства сконцентрувалися на вивченні «материнського інстинкту» шляхом порівняльного аналізу досліджень тварин і людини (В. А. Вагнер, Н. А. Тих) [40, с. 9].

Обговорюється домінування визначаючих вплив соціальних факторів або вроджених механізмів.

Д. Боулбі визначав прихильність первинною специфічною системою, що підтримує взаємодію між матір'ю і дитиною. Д. Штерн говорив про соціальну поведінку матері, викликану поведінкою дитини.

Психологічні аспекти материнства.

В рамках феноменологічного напрямку (О. В. Баженова, Л. Л. Баз, Г. В. Скобло, А. Бертін, Р. М. Шерешевський, Л. Ж. Яров) виділяють і описують функції матері, особливості її поведінки, переживань, установок, очікувань. Поширеною є диференціація типів і стилів материнської поведінки, ставлення, позиції. Особистісні та поведінкові особливості матері в даному напрямку виділяються і пояснюються в залежності від вікових особливостей дитини і періоду материнства [17].

Материнство як частина особистісної сфери жінки. В рамках даного напрямку вивчається ступінь задоволеності жінки своєю материнською роллю, і материнство як стадія особистісної та статевої ідентифікації (А. Я. Варга, І. Ю. Хамітова, Л. Ж. Яров, W. V. Miller).

Даний напрямок представлено наступними групами досліджень [17]:

Материнство як стадія статево-вікової і особистісної ідентифікації (В. І. Брутман, Л. В. Копил, О. Л. Баз, О. В. Баженова, Э. Эриксон, Д. Пайнз) — аналіз материнства з точки зору особистісного розвитку жінки, з особливою увагою до періоду вагітності як критичного в житті жінки, стадії статево-рольової ідентифікації, ситуації адаптації, гострого перехідного періоду, який

нерідко супроводжується кризовими переживаннями, в ході яких змінюється свідомість жінок і їх взаємодія зі світом. Та девіантне материнство.

Онтогенетичний напрямок (В. І. Брутман, І. А. Захаров, С. Ю. Мещерякова, Г. Г. Філіппова). Дослідників цікавить, як материнське ставлення формується психічною історією жінки до і після народження. У своєму індивідуальному онтогенезі кожна жінка проходить етапи, на яких відбувається адаптація до материнської ролі, — вагітність змінює самосвідомість і формує прийняття нової соціальної ролі, і етап після народження, пов'язаний з прийняттям особистості дитини і формуванням прихильності до неї [17].

Протягом онтогенезу певний вплив на ставлення матері до своєї дитини, прийняття цієї ролі, усвідомлення і пояснення своїх материнських почуттів впливає досвід відносин зі своєю матір'ю, з немовлятами, інтерес до них, що виникає ще в дитинстві, подружні і статеві відносини, а також досвід спілкування з дітьми, що мають особливості розвитку (фізичні, психічні, інтелектуальні, емоційні).

Г. Г. Філіппова розглядає материнство як психологічний феномен, частину особистісної сфери жінки [41, с. 60]. Саме вона в 90-і роки ввела термін «психологія материнства», щоб виділити цю область дослідження як самостійну. Згідно Г. Г. Філіппової материнство повинно розглядатися з позиції його функцій, з одного боку, і з позиції суб'єкта (як частини особистісної сфери), ці функції виконує, — з іншого [41, с. 61]. У своїх дослідженнях вона описує три блоки материнства як потребово-мотиваційної сфери, а також п'ять філогенетичних і шість онтогенетических етапів формування материнства [42, с. 63-64].

В інформаційний вік жінки прагнуть до кар'єрного росту, матеріального благополуччя і високого соціального статусу, тим самим домагаючись незалежності, успішності, безпеки. Поряд з цим, виникає негласний вибір між кар'єрою і материнством. Оскільки материнство перестає бути першорядним, можна говорити про можливість розгляду материнства через призму кризи

ідентичності сучасної жінки. В цьому випадку материнство виступає потужним каталізатором пошуку сенсу життя.

Вибір жінки в цьому пошуку, що дозволяє відчувати себе особистістю, багато в чому залежить не тільки від індивідуальних особливостей, потреб і якостей, а й від того середовища, в якому вона перебуває. Тобто формування процесу ідентичності сучасної жінки відбувається під впливом часу, з одного боку, і на основі самосприйняття — з іншого [32, с. 13].

Інтерес ряду наук до проблеми материнства, різноманітність понять даного феномена — як культурних, так і індивідуальних варіантів, складність його структури і шляхи розвитку дозволяють розглядати материнство як самостійну реальність.

Отже, поняття материнства розглядається як історичний і соціальний комплекс установок і практик, пов'язаних з плануванням сім'ї, ставленням до дітей, самоставленням дорослих до себе як до батьків. Материнство — феномен і мікро-, і макросоціальний: він передбачає не тільки ідентичність матерів, а й принципи, що визначають ставлення дорослих до дітей в цілому і тісно пов'язані з цивільною самосвідомістю.

М. В. Нероба узагальнила основні напрями дослідження материнства та відзначає, що «... материнство як психологічний феномен розглядається з двох основних позицій: материнство як забезпечення умов для розвитку дитини та материнство як частина особистісної сфери жінки» [26, с. 92].

Материнство можна розуміти як соціально-психологічний феномен, який представляє собою емоційно і оціночно забарвлену сукупність знань, уявлень і переконань щодо себе як матері, яка реалізується в усіх проявах поведінкової складової батьківства.

Виділяють наступні критерії, за якими можна визначити ступінь цієї готовності до материнства і батьківства [26, с. 93].

1. Повинні хотіти дитину на рівні потреби в турботі, яка буде задовольнятися при появі малюка. Материнство (батьківство) має зайняти в системі цінностей гідне місце, адже воно завжди вимагає чимось поступитися,

від чогось відмовитися заради дитини, особливо коли вона повністю залежить від батьків.

2. Повинні вміти піклуватися про дитину. Готуватися до батьківства (не плутати з пологами) потрібно заздалегідь, після народження буде вже не до цього.

3. Майбутня мама повинна досягти емоційної автономії від своїх батьків, мати власні погляди і цінності, щоб рости самостійно свою дитину.

4. Здатність самостійно забезпечити дитину.

5. Мати позитивний досвід любові, отриманий в своїй родині. Якщо його немає, потрібно усвідомити і переробити негативний досвід, звільнитися від образ на своїх батьків.

1.2. Психологічні особливості вагітної жінки

У становленні материнства вагітність є ключовим етапом, під час якого відбувається зміна самосвідомості жінки, що пов'язана з прийняттям нової соціальної ролі, появою емоційної прихильності до дитини. Тобто етап вагітності є переломним у формуванні материнського ставлення і вимагає окремого розгляду.

У дослідженнях, присвячених вагітності, йдеться про зміну самосвідомості жінки і її взаємовідносин з оточуючими. Даний період в цілому визначається як гострий перехідний (В. І. Бутман, А. Я. Варга, С. Ю. Мещерякова, Л. Ю. Яров, Э. Эриксон, Д. Пайнз). Вагітність можна розглядати як критичний період статево-рольової ідентифікації в житті жінки, період адаптації. В даному випадку необхідно приділити увагу внутрішнім (психологічним) і зовнішнім (соціальним) завданням, вирішення яких дозволяє жінці досягти особистої зрілості. Важливою задачею також є об'єднання дійсності і уявних образів дитини [21;40;74].

Окремою темою для обговорення і дослідження стає вагітність юних дівчат. Тут піднімаються питання, пов'язані з особистісним розвитком молодої жінки, якістю материнства, компетентністю, когнітивною, емоційною і психічною готовністю до взаємодії з дитиною [40, с. 14].

Ще однією темою, яка цікавить дослідників, є пізня вагітність. Інтерес викликають як пізні первістки жінки, так і ті, які вирішили завести наступну дитину в пізньому віці. У цій категорії вагітних досліджуються питання психологічного безпліддя, компенсаторності мотивів, фактори ризику протікання вагітності, розробляються психокорекційні і психотерапевтичні програми.

Найбільш стресовою вважається перша вагітність, так як вона завершує незалежне існування і знаменує початок «безповоротних» материнсько-дитячих відносин. З цього моменту психічна рівновага матері безпосередньо залежить від

потреб залежної від неї дитини. Тому першу вагітність можна назвати критичною точкою в розвитку жіночої ідентичності.

Психотерапевтичний напрям (О.В. Баженова, Л.Л. Баз) визначає вагітність як період загострення психологічних проблем, під час якого необхідна психологічна корекція та підтримка.

Ряд робіт, присвячених вагітності (В.І. Брутман, А.С. Батуев, М.С. Радіонова, Г.Г. Філіппова) [41], визначають даний період як підготовчий в розвитку взаємної прихильності між матір'ю і дитиною, яка виникає на основі фізіологічних змін, коли з'являються нові відчуття.

В. І. Брутман вважає провідним фактором у виникненні прихильності відчуття від ворухіння плода, які сприяють появі почуття «споріднених» з дитиною [32, с. 14].

У дослідженнях вагітності, можна побачити два основних напрямки — вплив протікання вагітності на розвиток дитини і вагітність як етап особистісного розвитку жінки.

Розглядаючи вагітність як етап розвитку самосвідомості жінки, виділяють кілька новоутворень цього періоду. Одне з основних — зміна самоствавлення, тобто формування стійкого прийняття нової ролі і супутніх їй змін в соціальних і сімейних відносинах [17].

Вагітність є також сензитивним періодом для формування базових якостей матері. Передумовами нормального формування базових якостей матері виступають ставлення до себе, дитині, значимим людям і світу [27, с. 49].

Період вагітності також знаменується формуванням материнської прихильності. Тип материнської прихильності безпосередньо пов'язаний з типом переживання вагітності — адекватним, тривожним або ігноруючим [32, с. 15]. Крім того, тип прихильності визначає тип взаємодії матері з ще не народженою дитиною [28, с. 142].

Також в період вагітності характерна поява так званого «сміслового переживання», яке виражається в тому, що мати веде діалог з власною внутрішньою дитиною. В даному випадку підкреслюється, що під час вагітності

відбувається актуалізація власних дитячих переживань, які супроводжуються інфантилізацією і регресом на рівні психологічних захистів [28, с. 143].

Введення такого поняття, як внутрішня картина вагітності, дозволило розглянути складові даного періоду: безпосередньо-чуттєвий (тілесний), емоційний, мотиваційний і інтелектуальний (когнітивний) [28, с. 144].

Вагітність — період найбільш виразного формування материнства. Зміни відбуваються на фізичному, емоційному та ментальному рівнях. Ці зміни суто індивідуальні і залежать від безлічі факторів — способу життя жінки, її освіти, оточення, сімейного і соціального середовища тощо, але загальним для всіх вагітних жінок є особливі психологічні зміни. Динаміку цих змін можна простежити, розділивши весь період вагітності на три триместри, як це пропонують фізіологи і як це описала Г. Г. Філіппова з психологічної точки зору [42, с. 63].

I триместр (від 0 до 3 місяців) — місяці невпевненості та адаптації.

У цей період жінка дізнається про існування всередині себе нового життя. І усвідомлює необхідність і неминучість змін в її житті. Виникає маса питань про те, як буде протікати вагітність, як буде складатися життя жінки в зв'язку з цією подією, чи зможе вона стати хорошою матір'ю, як підготувати старших дітей, якщо такі є, до появи молодшої, якими будуть їхні стосунки і багато інших питань, які призводять до підвищеної тривожності і дратівливості. Зміна гормонального фону також впливає на емоційний стан жінки: вона стає більш чутливою і вразливою. Емоційний стан жінки транслюється на її поведінку: різке зауваження, недбале ставлення, сентиментальна сцена навіть у раніше стриманих і емоційно дисциплінованих жінок можуть викликати сльози. При цьому не всі з найближчого оточення вагітної виявляються готовими до такої зміни, що може привести до виникнення непорозумінь, конфліктів, а значить ще більшого емоційного тиску на вагітну. Тому даний період характеризують як кризовий. Можливі фізіологічні симптоми, такі як токсикоз або кровотеча, також можуть бути ознаками недостатньої адаптації жінки до свого стану і вимагають не тільки медичної, а й психологічної допомоги [42, с. 64].

Отже, перший триместр вагітності — це етап адаптації жінки до нових умов, прийняття свого стану, усвідомлення свого становища, перебудовування соціальних зв'язків і вирішення основних хвилюючих питань.

II триместр (від 3 до 6 місяців) — місяці рівноваги [41].

У цей період відзначаються перші відчутні рухи дитини (ворушіння плода). Фізичне відчуття присутності дитини сприяє підвищенню відповідальності жінки за свої дії.

Усвідомлення того, що дитина перебуває в повній залежності від способу життя матері підвищує почуття тривоги, власні дії і навколишні предмети оцінюються з точки зору їх можливого несприятливого впливу на розвиток дитини (прийнята таблетка знеболюючого, випитий келих вина, опромінення комп'ютера або телевізора, тощо).

В цей же період вагітні, особливо первістки, замислюються про пологи і починають відчувати страх перед ними. В даному триместрі можуть виникати загрози протіканню вагітності, які вимагають госпіталізації, що ще більше підвищує рівень тривоги вагітної.

Що стосується взаємовідносин, то в даний період близьке оточення вже звикає до особливостей вагітної жінки, навчаючись сприймати її в новому образі. І сама жінка цілком освоюється в новій ролі.

У другому триместрі вагітність протікає більш спокійно. Але в той же час думки і переживання жінки зміщуються з власної особистості на дитину. Жінка всерйоз починає замислюватися про те, якою народиться її дитина, якої статі, ким вона може стати, підбирається ім'я. Хвилює жінку також і ставлення найближчого оточення (особливо чоловіка) до вагітності і майбутньої дитини. Жінка чекає підтримки і співвідносить почуття і цінності близьких зі своїми власними.

III триместр (від 6 до 9 місяців) — місяці концентрації і підготовки.

Даний період можна назвати часом концентрації жінки на дитину. Більшість жінок у цей час виходять в декрет, тож мають можливість повністю

зосередитися на своєму стані, впритул зайнятися підготовкою до пологів і появи нового члена сім'ї.

Оскільки до пологів залишається все менше часу, підвищується тривога з приводу того, коли саме це станеться, як вони будуть проходити, чи все буде добре з дитиною тощо. Постійна рухова активність дитини — регулярне нагадування про необхідність підготовки [41].

Для вагітної як і раніше залишається значимим ставлення близьких людей до неї і майбутньої дитини, особливо увага і розуміння з боку чоловіка. Важливо підготувати старших дітей до появи нового члена сім'ї, щоб згодом мінімізувати ймовірність виникнення ревнощів і агресії.

У третьому триместрі спостерігаються зміни емоційної і когнітивної сфер жінки: знижується увага, пам'ять, підвищується стомлюваність, з'являється неуважність, пропадає інтерес речей, які її раніше займали.

Проте всі видимі зміни, що відбуваються з жінкою, не змінюють її характеру: активна жінка захоче сама облаштувати дитячу, купити необхідні речі, відвідати тренінги та курси підготовки до пологів; більш повільні віддадуть перевагу зануритися в свої думки, отримувати необхідну інформацію з книг (інтернету). У будь-якому випадку відзначається спрямованість на дитину [42, с. 65].

На останньому тижні вагітності, коли обсяг живота і вага жінки досягають свого максимуму, з'являються втома і нетерпіння, бажання наблизити пологи. Це викликає відчуття сповільненості часу і бажання його прискорити. Однак в цьому є і позитивний момент — ослаблення страхів перед пологами. Напередодні пологів відзначається підвищення активності вагітної: прагнення навести порядок, зробити перепланування, щось докупити.

Практично всі жінки відчують страх перед пологами. Ці страхи можуть бути пов'язані як з самим процесом пологів (коли почнуться, чи встигне доїхати до лікарні, страх перед болем, можливими ускладненнями), так і з дитиною (чи благополучно вона народиться, чи буде здоровою). Нерідко виникає страх смерті.

У цей період дуже важливо, щоб жінка визначила свою зону відповідальності під час майбутніх пологів, відчула впевненість в своїх фізичних можливостях і знаннях, зібраних в період підготовки до пологів.

У третьому триместрі психологічна підтримка жінки будується в основному навколо підготовки до пологів і установок жінки з приводу них. Також може тривати робота, пов'язана з образом дитини і батьківськими установками. У будь-якому випадку психологічний вплив має носити позитивний характер [42, с. 65].

Представники психоаналізу, в свою чергу, приділяли більш уваги тому факту, що період вагітності для жінки є новим етапом відносин з її власною матер'ю. Вагітна жінка, яка стає матір'ю своїй дитині, залишається дочкою для своєї матері. Період вагітності є іспитом відносин матері і жінки. Д.Пайнз писала про це як про «процес ідентифікації з плодючою, могутньою матір'ю та ідентифікація зі своїм дитячим Я» [31]. Жінка, яка чекає на дитину, демонструє всьому світу її полову ідентичність. Також вагітність є підтвердженням того, що жінка була у сексуальних відносинах. Але ж зріле тіло ще не є підтвердженням зрілого емоціонального Его жінки, яке здатне прийняти відповідальність за нову роль. Зміни у гормональному фоні, у фізичному стані жінки стають випробуванням не тільки для жінки а й для її оточення. Період вагітності для жінки, на думку Д.Пайнз є періодом поживлення тривоги і конфліктів її минулого. Вагітність умовно поділяють на три етапи. Перший етап – приблизно чотири місяця- від запліднення до моменту ворушіння. Етап змін у фізіологічному Его жінки. Деяким жінкам буває важко сприйняти свою залежність від оточуючих близьких. Важко також буває прийняти зміни у тілі.

Другий етап вагітності змушує жінку признати дитину окремою істотою зі своїм власним життям, яким мати керувати вже не має змоги.

Третій етап має характер втоми та тілесного дискомфорту. Настрій жінки коливається від радисті до різноманітних тривог в зв'язку з близькими пологами. Саме у цей час найбільш актуальним є питання де як і з ким народжувати дитину [31].

Підводячи підсумок, можна сказати, що період від зачаття до народження дитини надає найбільш сильний вплив на формування материнської поведінки і зумовлює психологічні особливості жінки. У всьому організмі жінки і її психіці спостерігаються серйозні зміни, що готують її до нової ролі. Саме в цей період формується ставлення жінки до своєї дитини. Характер цих відносин можна спостерігати за тим, як жінка вибудовує уявне спілкування із ще не народженою дитиною.

1.3. Особистісні чинники вибору жінками домашніх пологів

Надання вагітним можливості вибору місця пологів є метою політики в ряді європейських країн, а також одним з найважливіших пріоритетів для асоціацій об'єднують споживачів послуг. В 2019 році багато країн (Швеція, Чехія, Латвія, Німеччина та ін.) повідомили про те, що менше 1% пологів відбувалися в домашніх умовах. У Нідерландах, де домашні пологи — рутинний варіант розродження в разі неускладненого перебігу вагітності, частка пологів на дому становила 16,3%. Цей показник нижче, ніж в 2004 році, коли той перевищував 30% [75, с. 16]. В даний час у жінки в Нідерландах також є можливість народжувати в пологовому центрі (в атмосфері, наближеній до домашньої) за допомогою або без допомоги акушерки.

У 2019 році було опубліковано систематичний огляд та метааналіз [59], що визначав, чи відрізняється ризик втрати плода чи смерті новонародженого серед жінок з низьким акушерським ризиком, які обирають пологи вдома, порівняно з жінками з низьким ризиком, які збираються народжувати в лікарні. Це дослідження ґрунтувалося на 14 опублікованих до цього роботах та включало близько 500,000 передбачуваних домашніх пологів. Основою роботи було поділення систем охорони здоров'я на добре інтегровані для домашніх пологів (Нідерланди, Англія, Ісландія, Канада, США, Нова Зеландія) та менш інтегровані для цього (Норвегія, Швеція, Японія, Австралія). Добре інтегрована система була описана як місце, де медпрацівники для домашніх пологів: визнані законом у межах своєї юрисдикції; пройшли офіційне навчання; можуть надавати або організовувати догляд у лікарні; мають доступ до налагодженої системи екстреного транспорту; мають при собі обладнання та матеріали для екстреної допомоги [73, с. 91].

Менш інтегрованими системами визначалися ті, де один або кілька з цих критеріїв були відсутні.

Це перший систематичний огляд та метааналіз, який використовував перевірений, попередньо опублікований, зареєстрований протокол.

Отримані результати показали, що серед жінок з низьким акушерським ризиком, які мають намір народжувати вдома, не спостерігається статистично значущого збільшення перинатальної та неонатальної смертності або захворюваності, порівняно з жінками з таким же ризиком, які мають намір народжувати в лікарні. А також не було виявлено відмінностей в частоті необхідності новонародженому інтенсивної терапії та різниці в показниках шкали Апгар на 1 та 5 хвилині.

У 2020 році було опубліковано продовження систематичного огляду та метааналізу, щоб визначити, чи є у жінок з низьким ризиком, які починають передбачувані пологи вдома, більша чи менша схильність до негативних наслідків [54] для матері (материнська смертність, розриви промежини 3-го або 4-го ступеня, материнські інфекції та післяпологові кровотечі) та внутрішньопологові втручання (кесарів розтин, оперативні вагінальні пологи (вакуум та щипці), епідуральна аналгезія, епізіотомія, використання окситоцину) порівняно з такими жінками з низьким ризиком які починають пологи в лікарні. 16 досліджень надали дані з близько 500 000 передбачуваних пологів вдома для метааналізу. В межах дослідження про материнську смертність не повідомлялося [73, с. 92].

Отримані дані показали, що пологи вдома безпечні для жінок з низьким ризиком в тих країнах, де допомога під час пологів вдома добре інтегрована в місцеву систему охорони здоров'я і де ці пологи є планованими. Важливо зазначити, що пологи вдома все ще є процесом із високою вірогідністю ускладнень та небезпек для життя матері та новонародженої дитини, особливо у випадку відсутності кваліфікованого спеціаліста, який може допомагати у контрольованості процесу. Дуже часто ускладнення і ризики в пологах неможливо передбачити і це важливо пам'ятати розглядаючи можливість пологів вдома.

На сьогодні, Україна не входить у перелік країн, які можуть інтегрувати плановані домашні пологи у сферу охорони здоров'я. Оскільки у нас відсутні такі базові елементи як законодавча база, сертифікований у цій сфері медичний

персонал, можливість екстерного транспортування породіль спеціально відведеним транспортом і ще багато іншого.

Та все ж столичний пологовий будинок №5 першим долучився до програми підтримки пологів у домашніх умовах. У 2019 році тут побудували першу палату для породіль, які хочуть народжувати без медичного втручання. В 2020 році відкрили ще одну [7].

Жодних білих стін і медичних приладів — лише простора світла кімната, зручне ліжко, диван, килимок для йоги та шведська стінка. Тут жінка може народжувати навіть у воді. Присутність лікаря необов'язкова. Якщо ж під час пологів почнуться ускладнення, за стіною чергує бригада медиків.

«Наша задача в домашніх пологах зробити так, щоб було тихо, темно і спокійно, а жінка повинна нам довіряти. В домашніх пологах важливо готуватися, я роблю план пологів, питаю, як би вам хотілося, щоб це було», – пояснює старша акушерка пологового Світлана Рудченко [7].

Лікар Дмитро Говсеєв наголошує, що народжувати вдома можна лише за відсутності патологій та під контролем акушера.

«Ми просто забули, що можна знеболити словом, можна знеболити присутністю близької людини, навіть можна знеболити тим, що ти не втручаєшся. Треба просто дати пологам перебігати так, як воно має бути у природі. Звісно, в нас ніколи не буде, як у Нідерландах – 20% домашніх пологів, але якщо ми перестанемо їх лякатися і легалізуємо, перестанемо з ними боротися, то мабуть для жінок це буде на краще», – пояснює лікар [7].

Як ми зазначали вище у Європі, зокрема, Нідерландах та Іспанії, пологи удома легалізовані державою. Відсоток смертності дитини чи матері там низький. Водночас, чи дозволять домашні пологи в Україні – під питанням.

В даному аспекті слід відзначити, що під час епідемії коронавірусу в Україні збільшилася кількість домашніх пологів. Про це говорить акушер-гінеколог Роман Ворона. Така тенденція може бути пов'язана з тим, що через карантин присутність партнера в багатьох пологових будинках заборонена, а в соціальних мережах блогери з мільйонною аудиторією показують свій досвід

домашніх пологів. Міністерство охорони здоров'я каже, що не веде статистику пологів удома, та й в українському законодавстві немає такого поняття. Жінкам не заборонено народжувати поза установами охорони здоров'я, але в такому разі вони не можуть розраховувати на професійну медичну допомогу [25].

Далі розглянемо саме чинники, які впливають на вибір жінки де саме народжувати.

Макро-, мезо- і мікро-фактори можуть впливати на можливості жінки при виборі місця і способу пологів. До таких факторів належать загальне медичне страхування, вплив приватних послуг акушерства і наявність акушерок. В Україні в останні 5 років питання про доступ жінок до якісних акушерських послуг став частиною глобальних зусиль по досягненню права кожної жінки на оптимальну допомогу з охорони здоров'я під час вагітності і пологів. Заходи національної політики, спрямовані на вирішення питань по охорони материнства, часто ігнорують центральну роль акушерок і їх вкладу в якість медичної допомоги [24].

Відзначаються значні відмінності в ролі, масштабах практики і фінансуванні акушерської справи, особливо в Європі. Навіть в країнах з системами громадського охорони здоров'я, роль і обсяг практики акушерок варіюють набагато більше, ніж у інших фахівців охорони здоров'я.

Національна політика і керівні принципи деяких країн підтримують можливість вибирати місце пологів. Наприклад, з 1993 року політика з охорони материнства Англії виступає в підтримку вибору місця для дітонародження, що було закріплено в Клінічних рекомендаціях щодо допомоги під час пологів, виданих у 2014 році Національним інститутом здоров'я та якості медичної допомоги Великобританії [53].

Індивідуальний вибір жінки щодо місця пологів залежить від численних факторів. прийнятність, різноманітність і близькість послуг відіграють певну роль в процесі прийняття рішення. Жінки і сім'ї також по-різному трактують ризик і надають значення різним аспектам якості. Культурно обумовлені звичаї і установки, що стосуються дітонародження, відрізняють одних жінок від інших.

До них відносяться: можливість партнерських пологів, вибір помічника в пологах (наприклад, акушерка, акушер-гінеколог, сімейний лікар або повитуха, доула); позиції у час пологів; стать медика; пологи в лікарні, в маленькому пологовому будинку з акушерками або вдома; присутність партнера або компаньйона під час пологів; перевагу пологів з втручанням або без втручання; роздільне перебування матері і дитини після народження або негайний контакт «шкіра до шкіри»; роздільне або спільне перебування матері та новонародженого; грудне або штучне годування [34].

На думку глави київського пологового будинку №5 Дмитра Говсеєва, на домашніх пологах обов'язково має бути присутній медик. Неускладнені пологи може приймати акушерка, але вона повинна мати медичну освіту.

«Доули можуть тільки психологічно підтримувати жінку під час пологів. Вони можуть робити вправи, масаж, допомагати контролювати дихання. Але вони теж повинні отримувати дозвіл, щоб бути присутніми на пологах для психологічної підтримки», — зазначає Говсеєв [7].

Не всі домашні пологи заплановані заздалегідь — трапляється, що жінка не встигає викликати швидку та доїхати до пологового будинку. Найчастіше таке стається під час другої або третьої вагітності, пояснює Дмитро Говсеєв. Саме така ситуація склалася з Ольгою Рудою з Києва. Жінка народила до приїзду швидкої допомоги сама вдома [7].

Домашні пологи — вибір жінки, позбавляти якого не можна, вважає акушер-гінеколог Роман Ворона. Він виступає за легалізацію домашніх пологів в Україні. Але поки, на його думку, вона можлива тільки у великих містах, тому що там простіше організувати такі пологи логістично. Наприклад, Анастасія Кіртадзе двічі народжувала вдома і це був її свідомий вибір. Але якщо перший раз це відбувалося лише під наглядом акушерки (тривалість пологів 18 годин), то другі пологи мали б відбутися у пологовому будинку. І лише через карантин та заборону партнерських пологів другі пологи знову відбулися в домашніх умовах (тривалість 4 години). На других родах окрім акушерки була присутня також і доула.

Та все ж не завжди досвід домашніх пологів є позитивним, як у Анастасії. Наприклад, жінка Юлія народжувала тричі. Перші пологи відбулися у 2013 року в домашніх умовах та закінчилися смертю дитини (у дитини виявилася патологія легень). Другі пологи відбувалися у пологовому будинку, щоб уникнути повторення першого досвіду, але там Юлія зіштовхнулася з медичною агресією: народжувала на спині, декілька разів вручну відкривалася шийка матки, промежина протиралася спитом і було дуже боляче. Тож треті пологи знову відбувалися у домашніх умовах, але з умовою, що якщо у жінки виникнуть сумніви, то одразу сім'я їде до лікарні [7].

Отже, в цілому ситуацію, що склалася навколо пологів та в допомозі породіллі, можна охарактеризувати як досить напружену. З одного боку ризики, які існують під час пологів змушують вагітних переосмислювати та обирати альтернативні способи пологів, а з іншого ситуація пологів «недостатньо скоординована для успішної реалізації професійних проектів акушерок і акушерів-гінекологів» [73, с. 84]. Існуючі в акушерстві високі ризики не тільки створюють уразливого пацієнта, але також підвищують вразливість медичних працівників [27, с. 37]. За даними ВООЗ, акушерство традиційно займає лідируюче місце за кількістю скарг пацієнтів, а за даними судово-медичних експертів — за чисельністю встановлених дефектів надання медичної допомоги [34].

У своїй роботі по вивченню пологів в крос-культурній перспективі відомий американський антрополог Бріджит Джордан запропонувала поняття «авторитетне знання» (про вагітність і пологи) [61]. У наступних роботах вона продовжила розробку цього поняття, який походить від концепції влади-знання М. Фуко, приділяючи особливу увагу способам конструювання авторитетного знання [62].

Джордан, спостерігаючи за родами в американському госпіталі, виявила, що саме знання лікаря, засноване на технологіях і процедурних протоколах, має вирішальне значення: без його команди пологи не можуть тривати, навіть якщо жінка вже готова народити свою дитину: «Конкуруючі види знань, якими

володіють жінка і інші учасники події, спільно придушуються і управляються. Те, що говорить її тіло, то, що вона знає (і демонструє) в силу свого тілесного досвіду, в цій обстановці не має ніякого значення» [61, с. 152].

Саме цей досвід дозволив Джордан сформулювати поняття «авторитетного знання»: уявлення, які створюються і транслуються за допомогою колективної взаємодії, «знання, яке в даному співтоваристві вважається законним, послідовним, офіційним, гідним обговорення і відповідним для виправдання конкретних дій людей, зайнятих виконанням поставлених завдань» [61, с. 154].

Подальший розвиток поняття авторитетного знання відбувалося переважно в контексті критики біомедичного підходу до породіллі та аналізу конкуренції різних форм знання — біомедичного та альтернативного, а також в дослідженнях стратегій жіночого опору, таких як вибір домашніх пологів.

Про активний пошук компромісу між різними підходами свідчать нові рекомендації ВООЗ, що містять послідовну критику зайвої і необгрунтованої медикалізації пологів і нагадування, що можливість вибирати, як, де і з ким народжувати, є невід'ємною частиною репродуктивних прав жінки.

Дедалі більше знання про те, як ініціювати, прискорювати, припиняти, регулювати і контролювати фізіологічний процес пологів, призвело до посилення його медикалізації. В даний час зростає розуміння, що такий підхід підриває здатність жінки народжувати самостійно і робить негативний вплив на її досвід пологів, який за іншого підходу міг би стати позитивним переживанням, що змінює життя на краще [80].

Для фізіологічних неускладнених пологів ВООЗ рекомендує акушерську модель: пологи приймає ліцензована акушерка без допомоги лікаря, в спеціальному пологовому центрі, в умовах, максимально наближених до домашніх, без використання епідуральної анестезії, стимуляції родової діяльності та інших медичних втручань. В якості мети, до якої необхідно прагнути, заявлена «практика допомоги породіллі, яка б не тільки забезпечувала безпеку з медичної точки зору, але також була чуйною до емоційних і психологічних потреб жінок, давала їм відчуття контролю за допомогою участі

в прийнятті рішень і почуття особистого досягнення» [80]. Особливо наголошується, що всі ці рекомендації засновані на даних доказової медицини.

В цілому природні пологи прирівнюються до таких цілком легітимних для біомедичного дискурсу понять, як нормальні або фізіологічні пологи, тобто пологи, які не потребують медичних втручань. У свою чергу, альтернативні фахівці також вживають поняття природних пологів в чисто технічному значенні: «Це відсутність окситоцинової стимуляції, амніо- і епізіотомії, і вільна поведінка жінки під час потуг і потужного періоду» [30].

При цьому підкреслюється, що у природності є безліч ступенів, в залежності від ситуації, оскільки це фізіологічний процес, який протікає у всіх по-різному: «Є різні кордони фізіології, ці межі можна і потрібно розширювати. Головне — індивідуальний підхід, індивідуальні особливості не повинні виключати фізіологічного процесу» [30].

Багато доповідачів зверталися до концепції природності, запропонованої французьким лікарем, акушером Мішелем Оденом, автором популярних книг «Відроджені пологи», «Первинне здоров'я», «Кесарів розтин» та ін., який ще в 1970-х рр. в своїй клініці в м. Пітів'є ввів в акушерську практику басейни для полегшення родового болю і кімнати з домашньою обстановкою. Оден вважає, що для нормального перебігу пологів жінці необхідні певні умови: відчуття безпеки, спокій і гармонія, які забезпечують вироблення достатньої кількості гормону окситоцину, який відповідає за скорочення матки під час родових потуг, і, відповідно, — природний хід пологів. Семінари, які Оден проводить по всьому світу, користуються величезною популярністю серед альтернативних перинатальних фахівців, в той час як з числа українських лікарів на них приїжджають (в приватному порядку) лише одиниці. Проте лікарі і навіть організатори охорони здоров'я досить часто звертаються до концепції Одена для пояснення механізму природних пологів, особливо популярним стало використання його «формули трьох Т» (темно, тепло і тихо).

На конференції Акушерський союз концепція Одена була озвучена в багатьох доповідях з невеликими варіаціями, наприклад:

«Жінка добре родить, коли виробляється багато окситоцину. Окситоцин — це гормон любові, гормон спокою, задоволення, він виробляється тільки в умовах безпеки, коли жінка відчуває свою захищеність. Якщо вона буде відчувати агресію, якщо вона буде відчувати страх, то ні про який ендогенний окситоцин в достатній кількості, щоб добре пройшли пологи, годі й казати. Адреналін — гормон страху, гормон стресу, він заважає нормальному виробленню окситоцину» [30].

Однак в масштабах країни ці приклади є скоріше винятком з правил. Послуга супроводу пологів індивідуальною акушеркою зазвичай надається лише в рамках контрактних програм, які використовують у своїх назвах поняття природні пологи або синонімічні йому («М'які пологи», «Домашні пологи») в якості маркетингового ходу.

Відділення «домашніх» пологів залучають пацієнок на дорогі контракти і, таким чином, підвищують ефективність роботи пологового будинку. Висока ціна послуги природних пологів відображає високу символічну цінність цього підходу.

Отже, враховуючи особистісні чинники вибору жінками домашніх пологів, досвід інших країн та наукові тенденції щодо впровадження альтернативних пологів у спеціалізованих медичних закладах цілком ймовірно, що поняття самих пологів в результаті буде змінено. Переглянуть та раціоналізують демедикалізацію пологів, яка зараз визнається в якості правильного, нормативного підходу акушерками, лікарями і організаторами охорони здоров'я. А також врахують категоричність прихильників партнерських пологів. Що дозволить проводити політику так званих м'яких, домашніх пологів, адже за статистичними даними більше половини пологів проходить абсолютно фізіологічно, нормально і не вимагає втручання лікарів.

Висновки до першого розділу

У висновку можна сказати, що феномен материнства представляє як суто теоретичний, так і практичний інтерес. Практична складова обумовлена тим, що діагностика і допомога сім'ї нерозривно пов'язана з виконанням батьками функцій, взаємодією батьків і дітей. Вивчення материнства не можна вивчати без врахування сукупності всіх об'єктивних і суб'єктивних характеристик особистості матері. Саме в материнстві реалізуються найважливіші соціально-особистісні потреби дорослих жінок. Готовність до материнства, при цьому, є важливою умовою сприятливої сімейної взаємодії.

Материнство як складний феномен, має фізіологічні механізми, еволюційну історію, культурні та індивідуальні особливості. Материнство не забезпечується повністю вродженими механізмами, воно містить у собі біологічне прагнення до материнства, що перетворене інтеріоризованими соціальними нормами. На сучасному етапі материнство аналізується з точки зору особистісного розвитку жінки, психологічних і фізіологічних особливостей різних періодів репродуктивного циклу. Материнство визначає унікальну ситуацію розвитку самосвідомості жінки, яке стає етапом переосмислення батьківської позиції з власного дитячого досвіду, періодом інтеграції образу матері і дитини.

Серед психологічних особливостей вагітної жінки можна виокремити зміну самосвідомості жінки, прийняття нею нової соціальної ролі, появу прив'язаності до дитини. Також слід відзначити, що вчені та дослідники вирізняють психологічні особливості у відповідності з трьома періодами вагітності (I, II та III триместр): I триместр пов'язують з відчуттям невпевненості та адаптації жінки до свого нового стану; II триместр пов'язується з набуттям відчуття рівноваги та прийняття свого становища, а також прийняттям оточуючими нового стану жінки; III триместр пов'язують з концентрацією матері на дитині та підготовкою до пологів, а також змінами у емоційній та когнітивній

сферах: знижується увага, підвищується стомлюваність, неуважність, зникає інтерес майже до всього, окрім дитини.

Серед особистісних чинників вибору жінок, що обирають домашні пологи можна виокремити такі як прийнятність послуг, віддаленість пологового будинку; можливість партнерських пологів, вибір помічника в пологах (наприклад, акушерка, акушер-гінеколог, сімейний лікар або повитуха, доула); позиції у час пологів; стать медика; пологи в лікарні, в маленькому пологовому будинку з акушерками або вдома; присутність партнера або компаньйона під час пологів; перевагу пологів з втручанням або без втручання; роздільне перебування матері і дитини після народження або негайний контакт «шкіра до шкіри»; роздільне або спільне перебування матері та новонародженого; грудне або штучне годування.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ЧИННИКІВ ВИБОРУ ЖІНКАМИ ДОМАШНІХ ПОЛОГІВ

2.1. Підходи до дослідження вагітних жінок в психології

В дослідженні Філіпової [39], що було проведено для вивчення динаміки психічного стану жінок під час вагітності та після пологів було отримано дані, які підтверджують відповідність одна одній сформованості готовності до материнства, цінності дитини та саме типу переживання вагітності.

Вагітні жінки [39] проходили психологічне обстеження в умовах жіночої консультації, добровільно за єдиною програмою. Були проведені такі методики як : генограма [47]; тест Люшера [19]; проективний малюнок на тему "Я та моя дитина" [38]; тест "Фігури" [22]; тест "Епітети"[24]. Застосовувалися якісні та кількісні способи обробки отриманих результатів. Малювальний тест в даному дослідженні діє у напрямку виявлення особливостей переживання вагітності та самої ситуації материнства, сприйняття себе та дитини, цінності дитини. У малюнковому тесті "Я та моя дитина" [38] враховувались такі фактори: наявність на малюнку фігур матері та дитини; заміна образу матері або дитини на тварину (рослину, символ); зміст смілого образу дитини та її вік; співвідношення розмірів фігур матері та дитини; відображення спільної діяльності матері та дитини; дистанція та особливості розташування; ізоляція фігури дитини чи матері; а також характеристика загального стану (благополуччя, невпевненість у собі, тривожність, ознаки конфліктності та ворожості, що мають відношення до теми малюнка) за формальними ознаками малюнка та поведінковими проявами під час самого малювання (якість лінії, розташування на аркуші, деталі, емоції, висловлювання, паузи і т.д.). Інтерпретація отриманих даних проводилася за критеріями, які застосовують у психодіагностиці для рисуночних тестів.

На стадії планування зачаття психологічні методики можуть знадобитися для комплексної оцінки репродуктивного потенціалу подружжя. Особливо це доречно при ненастанні вагітності тривалий час як у пар, які мають проблеми

репродуктивного здоров'я, так і без видимих порушень соматичного репродуктивного здоров'я як у жінки, так і у чоловіка. У цьому перинатальні психологи за допомогою метода інтерв'ю або бесіди з'ясовують особливості психічного стану подружжя, наявність проявів нервово-психічних розладів, та наскільки гармонійні їхні відносини. Важливим є оцінка явних та прихованих мотивів бажання кожного партнера мати дитину, оцінюють їх збіг та конструктивність. При опитуванні жінок про мотиви зачаття вони зазвичай називають не один, а декілька мотивів. О.В. Магденко та І.А. Стоянова [10] вважають важливим виявлення саме домінуючого репродуктивного мотиву надання психологічної допомоги жінкам під час становлення їх материнської рольової ідентичності. З цією метою ними розроблено анкету «Моя вагітність», що містить 70 тверджень, з якими жінка погоджується чи ні [10]. В результаті автори можуть визначити, яка репродуктивна мотивація домінує. Аналіз результатів відповідей може встановити також ступінь їх щирості, і результати анкетування дозволяють виявити чи планувалася вагітність, бажаною вона була чи ні [10].

На стадії вагітності, крім зазначених методик, використовуються як медичні методики, що знаходяться в арсеналі, так і спеціально розроблювані. До першої групи належить безліч відомих методик, використовуваних перинатальними психологами як у практиці, так і у наукових дослідженнях. Серед найпоширеніших слід назвати перевірені часом методику САН (самопочуття, активність, настрої) [22]. Використовують також шкалу самооцінки тривожності Спілбергера-Ханіна, що є розробленою в 1972 (STAI) та адаптовану у 1976 році Ю.Л. Ханіним, що дозволяє диференційовано вимірювати тривожність як особистісну властивість, і як стан [36]. Саме шкалу самооцінки тривожності Спілбергера-Ханіна використовували в клініко-психологічному дослідженні прийняття нової ролі матері у первородних вагітних жінок [2]. Цілью дослідження було оцінити динаміку прийняття нової соціальної ролі матері та готовності до материнства. Додатково використовувались методики: "Тест відносин вагітної" І.В. Добрякова (призначений для визначення

типу переживання вагітності у майбутньої матері) [11], методика «Моя майбутня дитина» (вір) [22] (дана методика допоможе дослідити ставлення матері до дитини у письмовій формі власних роздумів). Проведене дослідження [2] дає підстави говорити, що процес прийняття нової соціальної ролі матері – являє собою особливий період у розвитку материнської сфери особистості, який характеризується проявами реальної рольової поведінки, погодженням батьківських установок жінки, її уявлень про себе як про матір, соціальні очікування оточуючих, розбудову рольового віяла особистості, появою та актуалізацією потреби в материнстві, розбудовою особистісних смислів. Критерієм поняття соціальної ролі матері є виражена готовність до материнства. Але ж не завжди першородна вагітна жінка готова до таких перебудов та прийняття нової соціальної ролі матері без психологічної допомоги.

Також нерідко використовують для дослідження вагітних жінок популярні, але трудомісткі анкетні методи оцінки індивідуально-психологічних особливостей особистості, такі як багатофакторний особистісний опитувальник Кеттела, що складається із трьох розділів. Опитувальник має три форми: А, В, С. Причому розділи А та В містять по 187 питань кожна, а розділ С має 105 питань [13]. Але ж дослідження за допомогою цього опитувальника занадто стомлююче для вагітних жінок, а сама процедура може спричинити несприятливі результати. Те ж саме можна сказати про розроблений американськими психологами в 1943 Міннесотському багатоаспектному особистісному опитувальнику (MMPI), що включає 566 різних тверджень, на які випробуваному необхідно дати позитивний або негативний відповідь, особи [35]. Для оцінки сімейних ролей, батьківських установок часто перинатальними психологами застосовується методика «Інструмент дослідження батьківського відношення» (PARI) [46], розроблена американськими психологами і яка містить 115 суджень. Для дослідження особливостей сімейних взаємин, становища у системі міжособистісних відносин випробуваного зручно використовувати таку проективну методику як «Сімейна соціограма» [48].

Деякі дослідження свідчать, що у становленні та реалізації материнсько-дитячої взаємодії головним є материнське ставлення. Воно лежить в основі всієї поведінки матері, тим самим створюючи унікальну для дитини ситуацію розвитку. В ній, в свою чергу, формуються її індивідуально-типологічні та особистісні особливості. Норм материнського відношення немає, оскільки зміст материнських установок змінюється з часом. Саме поняття "материнське ставлення" зараз не є суворо визначеним і загальноприйнятим, проте досить важливим як предмет психологічного дослідження. Наявні в літературі дані говорять, що материнське відношення не виникає раптово і відразу після народження дитини, а проходить певний шлях становлення і має тонкі механізми регуляції, свої сензитивні періоди та стимули, що його запускають. У цьому аспекті особливу значимість набувають дослідження [39], пов'язані з можливостями виявлення вже у процесі вагітності особливостей стану та поведінки майбутньої матері, тому що так можна прогнозувати успішність материнства, і більш конкретно - особливості ставлення матері до дитини вже після народження як головного чинника у розвитку цих діадичних відносин. З метою передбачення доцільним є ще під час вагітності досліджувати материнські та батьківські очікування, установки, компетентність, виховні стратегії для прогнозування майбутнього типу ставлення матері до дитини. Враховуються також чинники: особистісні чинники, історія життя, адаптація до подружжя, задоволення шлюбом, особливості адаптації, задоволеність взаєминами зі своєю матір'ю, репродукції моделей материнства в сім'ї, культурно-соціальні та сімейні особливості, фізичне та психічне здоров'я жінки. У деяких дослідженнях з цією метою використовується мультидисциплінарний підхід. Однак і в цих дослідженнях аналізуються окремі фактори, які не об'єднані в цілісні конструкти, що відображають б взаємозв'язок різних якостей та їхньої цілісної динаміки у конкретної жінки. Узагальнюючи всі попередні дослідження, можна говорити про наявність змін психічного функціонування жінок під час вагітності та після народження дітей. Але ж раніше проведені дослідження психологічного стану жінок, які виношують небажану вагітність та потім відмовляються від

дитини, виявило різкі, але також цілком очікувани зміни у психічній сфері. Таким чином виникло припущення, що існує стереотипна динаміка психічного стану вагітних, що передує "нормативному" материнству (яке можна було б умовно прийняти за норму), і особлива динаміка цих же функцій, що відповідає типам материнського відношення, що відхиляються від «нормативної» поведінки. Дослідження цих закономірностей допоможе виявити предиктори материнського поведінки, що відхиляється від «норми» [39]. Виходячи з наявних досліджень у цій галузі можна зазначити, що:

1. Готовність до материнства (яку ми можна розглядати як здатність матері забезпечувати адекватні умови для розвитку дитини), проявляється у певному типі ставлення матері до своєї дитини.

2. Тип материнського відношення, (що відповідає готовності чи неготовності до материнства), тісно пов'язан із цінністю дитини для матері.

3. У період вагітності виявляються особливості психологічного стану та його динаміки, і це є прогностичним для виявлення того як буде ставиться мати до дитини після пологів.

2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження

Вибірку для дослідження склала група респондентів з 60 жінок, які протягом останніх п'яти років народжували. Група респондентів впорядкована за віком, соціальним становищем.

Досліджувана група поділена на:

- групу А, до якої увійшли жінки, які народжували вдома (30 випробуваних жінок);
- групу Б, до якої увійшли жінки, які народжували в пологовому будинку (30 випробуваних жінок).

Дослідження проводилося у декілька етапів. Перший був присвячений вивченню теоретичних наукових матеріалів з проблематики особистісних чинників вибору жінками домашніх пологів.

Наступним етапом став підбір психодіагностичних методик та проведення емпіричного дослідження серед досліджуваних жінок. За для виявлення можливих розбіжностей між показниками обох досліджуваних груп був застосований порівняльний аналіз отриманих даних.

Для дослідження особистісних чинників було розроблено соціально-анамнестичну анкету та обрано такі методики: п'ятифакторний особистісний опитувальник «Велика п'ятірка» Р.МакКрае, П.Коста [33], «Методику когнітивної орієнтації – локусу контролю», Д. Роттера в адаптації Єлісеєва [20]

Для дослідження були обрані саме ці психодіагностичні методики, тому що вони є надійними, валідними та рекомендовані багатьма авторами.

Огляд методик використаних у роботі

1. Першою було використано соціально-анамнестичну анкету, яка дозволила зібрати дані щодо жінок. Такі як:

- вік випробуваних жінок;
- коли народжували крайній раз;
- де народжували крайній раз;
- чи був вибір місця пологів зроблено самостійно;

- чи були пологи партнерськими.

Отримані дані дозволили зробити розподіл випробуваних жінок на групи, щоб в дальшому виокремити особистісні чинники вибору жінками домашніх пологів.

2. Другою використовувалась методика «Когнітивної орієнтації – локус контролю» Дж. Роттера. Ця методика необхідна нам для визначення здатності респондентів до контролю над різними сферами власного життя [20].

Призначення. Методика дозволяє виявити спрямованість людини на зовнішні (екстернали) або внутрішні (інтернали) стимул-реакції.

Дана методика складається з двох шкал:

- шкала екстернальності – дозволяє виявити спрямованість людини на зовнішні (екстернальні) стимул-реакції;

- шкала інтернальності – дозволяє виявити спрямованість людини на внутрішні (інтернальні) стимул-реакції.

Методика складається із 29 тверджень, на кожне з яких респондент відповідає «так» чи «ні», оцінюючи тим самим вірність для себе даного судження. Про відповідну спрямованість локуса контролю випробовуваного слід судити по відносному перевищенню сумарних балів по інтернальності або екстернальності.

Екстернали переконані, що їх невдачі є результатом випадковостей, негативного впливу інших людей. Вони потребують зовнішньої підтримки і схвалення.

Інтернали ж переконані, що їх успіхи або невдачі не випадкові і залежать від власної компетентності, здібностей, цілеспрямованості, тобто від них самих. Вони більше схильні до осмислення своєї поведінки і, на відміну від екстерналів, менш схильні підкорятися тиску інших людей, сильніше реагують на втрату особистої свободи, активніше шукають інформацію, необхідну для ухвалення рішення, більш упевнені в собі.

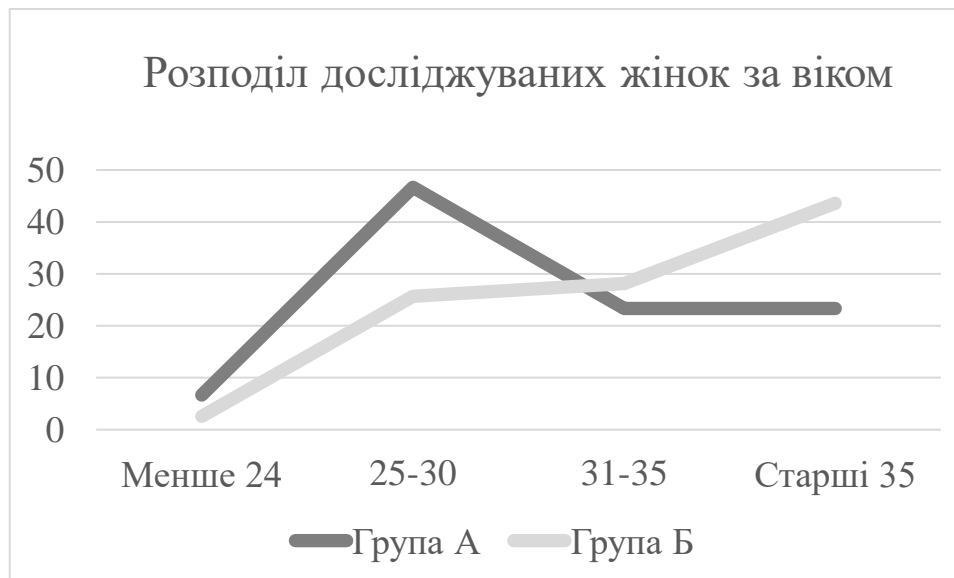
3. З метою дослідження рис притаманних респондентам наступним був застосований п'ятифакторний особистісний опитувальник, більш відомий як

«Велика п'ятірка», розроблений американськими психологами Р. МакКрає і П. Коста в 1983-1985 рр. В подальшому опитувальник удосконалювався і в остаточному вигляді в 1992 р представлений тестом НЕОРІ (від англійського словосполучення: «Нейротизм, екстраверсія, відкритість – особистісний опитувальник»). На думку Р. МакКрає і П. Коста, виділених на основі факторного аналізу п'яти незалежних змінних (нейротизм, екстраверсія, відкритість досвіду, співпраця, сумлінність) цілком достатньо для адекватного опису психологічного портрета особистості. В даний час тест-опитувальник «Велика п'ятірка» має велику популярність і практичне значення як за кордоном, так і в Україні. У російському перекладі опитувальник був адаптований В. Є. Орлом в співавторстві з А. А. Рукавишниковим і І. Г. Сеніним. Відома японська версія «Великої п'ятірки» 5PFQ, (скл. Хійджіро Теуйн), яка також була переведена і адаптована в 1999 р до вітчизняних умов соціального середовища психологами Курганського державного університету А.Б. Хромовим [33].

П'ятифакторний тест-опитувальник представляє собою набір із 75 парних, протилежних по своєму значенню, стимульних висловлювань, які характеризують поведінку людини. Стимульний матеріал має п'ятиступеневу шкалу оцінювання Лайкерта (-2; -1; 0; 1; 2), за допомогою якої можна виміряти ступінь кожного з п'яти факторів (екстраверсія – інтроверсія; прив'язаність – відокремленість; самоконтроль – імпульсивність; емоційна неврівноваженість – емоційна врівноваженість; експресивність – практичність).

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих даних

За допомогою соціально-анамнестичної анкети було отримано дані, представлені на графічному рисунку 2.1.- 2.2.



	Менше 24	25-30	31-35	Старші 35
Група А	7	47	23	23
Група Б	3	26	28	44

Рис 2.1. Розподіл випробуваних жінок з обох досліджуваних груп за віком, у %

Як можна побачити з представлених на графічному зображенні 2.1:

- в групі жінок, які народжували вдома (група А) більше респондентів молодших за 25 років і становить 7%, тоді як в групі жінок, які народжували в пологовому будинку (група Б) 3 % респондентів, менших за 25 років;

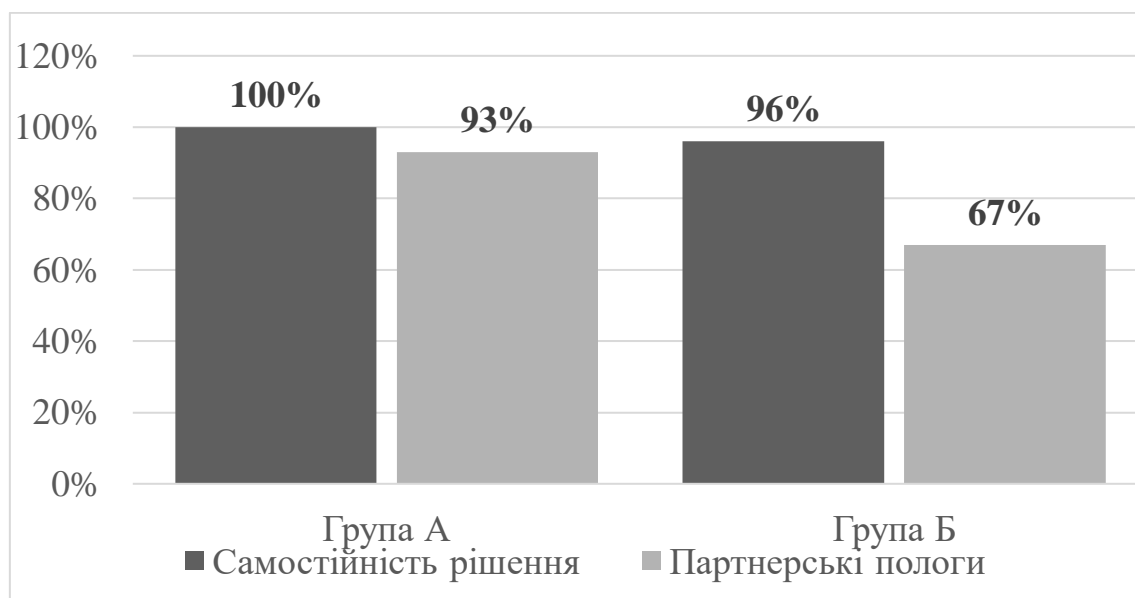
- в групі жінок, які народжували вдома (група А) 47 % респондентів знаходились в межах 25-30 років на час пологів, тоді як в групі жінок, що народжували в пологовому будинку (група Б) цей показник майже вдвічі менший та становить 26 % респондентів;

- в групі жінок, які народжували вдома (група А) 23 % респондентів знаходились в межах 31-35 років на час пологів, тоді як в групі жінок, що народжували в пологовому будинку (група Б) цей показник становить 28 % респондентів;

- в групі жінок, які народжували вдома (група А) 23 % респондентів були старші за 36 років на час пологів, тоді як в групі жінок, що народжували в пологовому будинку (група Б) показник становить 44 %, майже в двічі більше респондентів.

Підсумовуючи представлені дані, можна зробити висновок, що в групі жінок, які народжували вдома (група А) більший процент жінок до 30 років, тоді як в групі жінок, які народжували в пологовому будинку більший процент жінок старших за 35 років.

Далі розглянемо дані щодо самостійності вибору місця пологів та кількості партнерських пологів серед жінок з обох досліджуваних груп, які представлені нами на графічному зображенні 2.2.



	Самостійність рішення	Партнерські пологи
Група А	100%	93%
Група Б	96%	67%

Рис. 2.2. Кількість жінок з обох груп, які самостійно обрали місце пологів та народжували з партнером, у %

Отже, як можна побачити (див. рис. 2.2.) в групі А жінки самостійно приймали рішення щодо місця пологів, тоді як в групі Б-96%. Що ж стосується партнерських пологів, то в групі жінок, які народжували вдома (група А) відсоток таких пологів сягає позначки в 93 %, що на 26 % більше, ніж в групі жінок, які народжували у пологовому будинку (група Б).

Для виявлення особистісних рис, притаманних досліджуваним жінкам було проведено дослідження за допомогою п'ятифакторного опитувальника «Велика п'ятірка» Р. МакКрає, П.Коста в адаптації А.Б.Хромова. Отримані дані жінок групи А див. у таблиці 2.1 та у додатку Б.

Таблиця 2.1.

Розподіл жінок з групи А за рівнем показників первинних факторів

Первинні фактори характерологічних рис	Показники					
	Високі (50 – 75 б.)		Середні (40 – 50 б.)		Низькі (15 – 40б.)	
	К-сть	К-сть у %	К-сть	К-сть у %	К-сть	К-сть у %
Екстраверсія – інтроверсія	13	43	13	43	4	13
Прив'язаність – відокремлення	22	73	4	13	4	13
Самоконтроль – імпульсивність	20	67	9	30	1	3
Емоційна стійкість – неврівноваженість	10	33	15	50	5	17
Експресивність – практичність	23	77	7	23	0	0

Отримані дані жінок групи Б див. у таблиці 2.1 та у додатку Б.

Таблиця 2.2.

Розподіл жінок з групи Б за рівнем показників первинних факторів

Первинні фактори характерологічних рис	Показники					
	Високі (50 – 75 б.)		Середні (40 – 50 б.)		Низькі (15 – 40б.)	
	К-сть	К-сть у %	К-сть	К-сть у %	К-сть	К-сть у %
Екстраверсія – інтроверсія	14	47	11	37	5	17
Прив'язаність – відокремлення	21	70	7	23	2	7
Самоконтроль – імпульсивність	21	70	9	30	0	0
Емоційна стійкість – неврівноваженість	20	67	6	20	4	13
Експресивність – практичність	21	70	9	30	0	0

Проаналізувавши результати представлені у табл. 2.1 – 2.2 та у додатку Б, зробили наступні висновки:

- по першому фактору «екстраверсії – інтроверсії» досліджувані жінки показали в більшості високі (43 % досліджуваних з групи А та 47 % жінок з групи Б) і середні (43 % досліджуваних з групи А та 37 % жінок з групи Б) результати, тож даним жінкам притаманна направленість психіки на екстраверсію. Вони відрізняються товариськістю, люблять розваги і колективні заходи, мають велике коло друзів і знайомих, відчувають потребу спілкування з людьми, з якими можна поговорити і приємно провести час, прагнуть до неробства і розваг, не люблять себе обтяжувати роботою чи навчанням, оптимістичні і люблять зміни. У них можливий ослаблений контроль над почуттями і вчинками, тому вони бувають схильні до запальності і агресивності. В будь-якій діяльності екстраверти краще виконують важкі завдання в ситуації дефіциту часу. Екстраверти відчувають себе бадьоріше ввечері і краще працюють в другій половині дня. Такі люди чутливі до заохочення.

13 % жінок з групи А та 17 % жінок з групи Б показали низькі результати, що характеризує їх як інтровертованих особистостей. Вони не завжди впевнені у правильності своєї поведінки, не уважні до подій навколо них, в більшості вони розраховують на власні сили та бажання, ніж на погляди інших людей, надають перевагу абстрактним ідеям конкретним явищам дійсності. Для них є характерним рівний, дещо знижений настрій. Такі особистості зазвичай замкнуті, стримані, не цікавляться проблемами інших, рідко бувають нестриманими і збудженими;

- по другому фактору «прив'язанності – відокремлення» 73 % досліджуваних з групи А та 70 % жінок з групи Б показали високі результати, та 13 % з групи А та 23% з групи Б – середні результати, що характеризує їх як позитивно налаштованих по відношенню до інших. Такі особи відчувають потребу бути поруч з іншими людьми. Як правило, це добрі, чуйні люди, вони добре розуміють інших людей, відчувають особисту відповідальність

за їх добробут, терпимо ставляться до недоліків інших людей. Уміють співпереживати, підтримують колективні заходи і відчують відповідальність за те, що роблять, сумлінно і відповідально виконують взяті на себе доручення. Взаємодіючи з іншими, такі люди намагаються уникати розбіжностей, не люблять конкуренції, більше воліють співпрацювати з людьми, ніж змагатися;

- по третьому фактору «самоконтролю – імпульсивності» 67 % досліджуваних з групи А та 70 % жінок з групи Б показали високі результати, у 30 % досліджуваних з групи А та у 30 % жінок з групи Б виявлено середні результати, що характеризує їх як людей, що наділені такими рисами як сумлінність, відповідальність, обов'язковість, точність і акуратність. Такі люди люблять порядок і комфорт, вони наполегливі в діяльності і зазвичай досягають в ній високих результатів. Вони дотримуються моральних принципів, не порушують загальноприйнятих норм поведінки в суспільстві і дотримуються їх навіть тоді, коли норми і правила здаються порожньою формальністю. Висока сумлінність і свідомість зазвичай поєднуються з хорошим самоконтролем, з прагненням до утвердження загальнолюдських цінностей. Деяка доля імпульсивності притаманна 3 % жінок з групи А. Вони не завжди виявляють вольові якості, намагаючись не ускладнювати собі життя.

- по четвертому фактору «емоційної стійкості – невірноваженості» 33 % досліджуваних з групи А, та 67 % жінок з групи Б показали високі результати, у 50 % досліджуваних з групи А, та у 20 % жінок з групи Б виявлено середні результати, що характеризує жінок як самодостатніх, впевнених у своїх силах, емоційно зрілих особистостей, які сміливо дивиться в обличчя фактам, є спокійними, постійними в своїх планах і уподобаннях та які не піддаються випадковим коливанням настрою. На життя такі люди дивляться серйозно і реалістично, добре усвідомлюють вимоги дійсності, не приховують від себе власних недоліків, не переймаються через дрібниці, відчують себе добре пристосованими до життя. Лише 17 % жінок з групи А та 13 % жінок з групи Б на завжди зберігають холоднокровність і спокій у несприятливих ситуаціях. Вони частіше перебувають у поганому настрої, ніж в хорошому.

- за п'ятим фактором «експресивності – практичності» 23 % досліджуваних з групи А та 21 % жінок з групи Б показали високі результати. У даних жінок може спостерігатися деяка доля експресивності, яка додає деяку легковажність, що проявляється в проявах цікавості до різноманітних сторін свого життя. Даних жінок можна охарактеризувати як людей, яким легко дається все що вони роблять, але вони недостатньо серйозно налаштовані на систематичну наукову діяльність, тому рідко досягають великих успіхів в науці. У 23 % досліджуваних з групи А та у 30 % жінок з групи Б виявлено середні результати.

Також ми провели дослідження за допомогою методики «Когнітивної орієнтації – локус контролю» Дж. Роттера. Групові результати стосовно жінок представлені на графічному рисунку 2.3, індивідуальні у додатку Б.

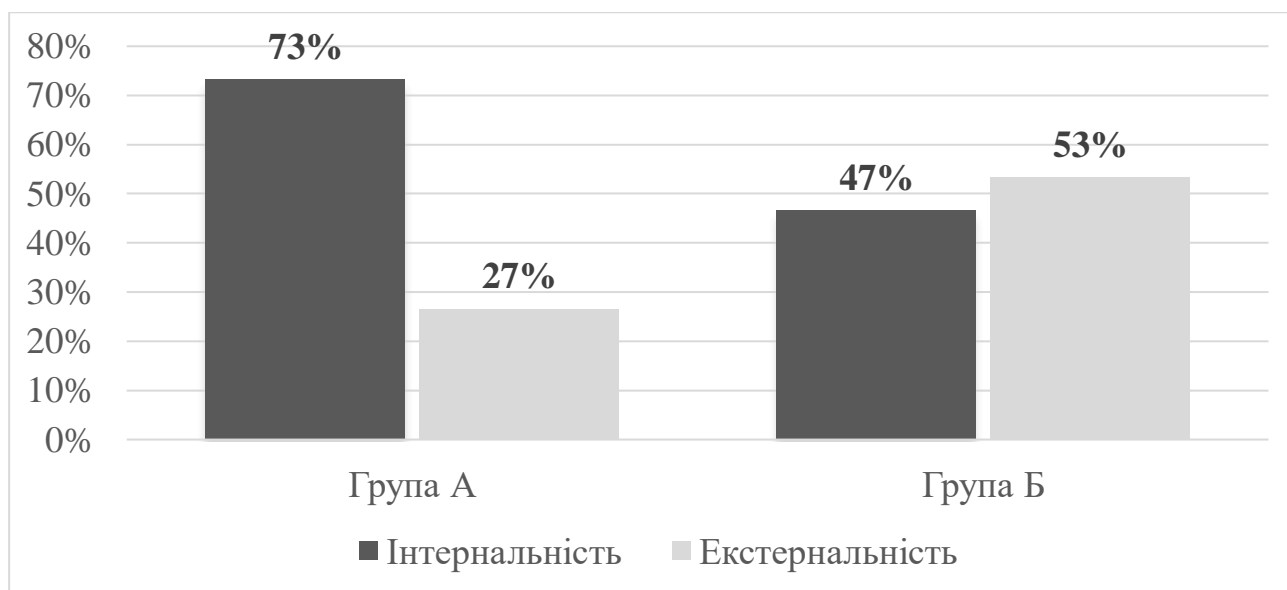


Рис. 2.3 Розподіл випробуваних жінок з обох груп за напрямом локусу контролю, у %

Отримані результати свідчать про те, що в досліджуваній групі жінок, які народжували вдома (група А) 8 жінок (27 % досліджуваних) орієнтовані на зовнішні (екстернальні) стимул-реакції. В групі жінок, які народжували у пологовому будинку (група Б) показник складає 53 % від загальної кількості. Це свідчить про те, що дані жінки потребують зовнішньої підтримки і схвалення зі

сторони інших. В більшості вони переконані, що їх невдачі є результатом випадковостей, негативного впливу інших людей.

73 % жінок з групи А та 47 % жінок з групи Б орієнтовані в більшості на внутрішні (інтернальні) стимул-реакції, що є свідченням схильності контролювати події власного життя, приймати рішення та втілювати їх в життя незважаючи на поради інших. Жінки спрямовані на внутрішні стимул-реакції менш схильні підкорятися тиску інших людей, сильніше реагують на втрату особистої свободи, активніше шукають інформацію, необхідну для прийняття рішення, більш впевнені в собі.

З метою виявлення особистісних чинників вибору жінками домашніх пологів, був проведений порівняльний аналіз за допомогою критерія Манна-Уїтні показників жінок, які обрали пологи вдома та показників жінок, які обрали пологи у пологовому будинку. Критерій U Манна-Уїтні створений для оцінки різниці між двома вибірками за рівнем певної ознаки, кількісно вимірної. Емпіричне значення критерію U відображає те, наскільки велика зона збігу між рядами. Тому чим менше U_{emp} , тим більш імовірно, що відмінності достовірні. В результаті проведення якісного аналізу особистісних чинників вибору жінками домашніх пологів за допомогою критерію Манна-Уїтні, ми отримали такі результати:

1. Виявлена розбіжність між середніми показниками індивідуально-психологічних особливостей, а саме «емоційної стійкості – неврівноваженості».

2. Виявлена розбіжність між такими показниками локусу контролю як: інтернальність, екстернальність.

Дані цих показників представлені у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Показники найбільш виражених відмінностей в середніх значеннях індивідуально-психологічних особливостей жінок, які народжували вдома та жінок, які народжували в пологовому будинку

Шкали	Показники	
	Група А	Група Б
Екстраверсія	48,2	48,7
Значимість (2-стороння)	0,662	
Прив'язаність	54,10	53,8
Значимість (2-стороння)	0,906	
Самоконтроль	52,4	53,8
Значимість (2-стороння)	0,491	
Емоційна стійкість	46,90	53,2
Значимість (2-стороння)	0,031	
Практичність	53,23	52,6
Значимість (2-стороння)	0,589	
Інтернальність	13,87	11,6
Значимість (2-стороння)	0,019	
Екстернальність	9,13	11,4
Значимість (2-стороння)	0,019	

Як видно з таблиці 2.3, між показниками індивідуально-психологічних особливостей жінок, які обрали пологи вдома та жінок, які народжували в пологовому будинку виявлено статистично значимі розбіжності.

Підсумовуючи отримані дані, можна зробити наступні висновки:

- між середніми показниками індивідуально-психологічних якостей (первинні характерологічні риси) жінок, які народжували вдома та жінок, які народжували у пологовому будинку виявлено статистично значимі розбіжності. Жінки, які народжували вдома менш емоційно стійки, у порівнянні з жінками, які народжували у пологовому будинку.

2. між середніми показниками локусу контролю жінок, які народжували вдома та жінок, які народжували у пологовому будинку виявлено статистично значимі розбіжності. Жінки, які народжували вдома більш спрямовані на внутрішні стимул-реакції (інтернальність) та менш спрямовані на зовнішні стимул-реакції у порівнянні з жінками, які народжували у пологовому будинку.

Отже, підсумовуючи отримані дані, можна констатувати, що для жінок, які обирають пологи вдома характерні такі особистісні чинники як: інтернальний локус контролю, та менша емоційна стійкість у порівнянні з жінками, які народжували в пологовому будинку.

Висновки до другого розділу

Серед основних підходів до дослідження вагітних жінок в психології ми виокремили структурно-системний підхід, який дозволяє розглянути зміни, які відбуваються з жінкою під час вагітності з різних сторін, а також підхід з позиції фіксованих форм поведінки як загальносистемної властивості, загального показника ступеня відкритості психологічної системи в період вагітності. Такий поділ є умовним, адже в загальному дослідженні жінки під час вагітності повинні включати питання мотивації, ціннісно-сміслової спрямованості ідентифікаційних процесів, а також загальних особистісних змін.

Метою емпіричного дослідження стало дослідження особистісних чинників вибору жінками домашніх пологів.

Вибірку склали група респондентів з 60 жінок, які протягом останніх п'яти років народжували. Група респондентів впорядкована за віком, статтю, соціальним становищем. Досліджувана група поділена на: групу А, до якої увійшли жінки, які народжували вдома (30 випробуваних жінок); групу Б, до якої увійшли жінки, які народжували в пологовому будинку (30 випробуваних жінок).

Для дослідження особистісних чинників було розроблено соціально-анамнестичну анкету та обрано такі методики: п'ятифакторний особистісний опитувальник «Велика п'ятірка» Р.МакКрає, П.Коста, в адаптації Хромова А.Б., «Методику когнітивної орієнтації – локусу контролю», Дж. Роттера.

За допомогою соціально-анамнестичної анкети було виявлено, що в групі жінок, які народжували вдома (група А) більший процент жінок в межах 25-30 років, тоді як в групі жінок, які народжували в пологовому будинку (Б) більший процент жінок старших за 35 років - майже в двічі. Також в групі А партнерських пологів більше на 26% ніж в групі Б.

Для виявлення особистісних рис, притаманних досліджуваним жінкам було проведено дослідження за допомогою п'ятифакторного опитувальника «Велика п'ятірка» Р. МакКрає, П.Коста в адаптації А.Б.Хромова. Виявлено, що

в групі жінок, які народжували вдома нижчі показники емоційної стійкості у порівнянні з групою жінок, які народжували в пологових будинках.

З метою підтвердження отриманих даних щодо локусу контролю випробуваних жінок з обох груп ми провели дослідження за допомогою методики «Когнітивної орієнтації – локус контролю» Дж. Роттера. Виявлено, що для жінок, які обирають пологи вдома характерні такі особистісні чинники як: інтернальний локус контролю, та нижчий рівень емоційної стійкості у порівнянні з жінками, які народжували в пологовому будинку.

РОЗДІЛ 3. ДОПОЛОГОВИЙ ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД

3.1. Підходи до психологічної передпологової підтримки та супроводу

Дослідження останніх років, спрямовані на вивчення патології перебігу вагітності, переконливо свідчать про психосоматичний характер цих порушень та про ефективність психокорекційних та психотерапевтичних методів їх лікування під час передпологової підтримки та супроводу (Jones C., Creedy D., Gamble J., 2012; Mc Omish C.E., Gingrich J.A. 2011, St-Andre M "1993) [60].

Питання про комплексну психологічну підтримку та супроводу вагітних жінок, постає особливо гостро, у зв'язку з тим, що високий рівень ризиків під час пологів призводить до збільшення кількості ускладнень та патологій, що неминуче впливає на обсяг медичної допомоги, в тому числі оперативних втручань, і на ступінь медикаментозного навантаження, що відчувається жінкою та плодом під час вагітності та під час пологів (Marcus D.A. , 2002; Campbell D.C., 2003). В результаті цього, погіршується стан новонароджених, знижується якість життя матері та немовляти під час пологів і в подальшому періоді їх життя (Асмолова Г.А., Н. П. Коваленко). Значимість передпологової підготовки визначається також потребою профілактики післяпологових емоційних розладів в жінок та потребою у вивченні чинників вибору жінками домашніх пологів.

Метод психопрофілактичної підготовки до пологів зародився ще в 50-ті роки ХХ століття (Платонов К.І., 1950; Вельвівський І.З., 1951; Ніколаєв А:П, 1959) [5] і набув широкого поширення, поступово удосконалюючись.

Пізніші дослідження в галузі нейрофізіології, перинатальної медицини та перинатальної психології дозволили розширити підхід до передпологової підготовки з вузького протибольового – до ширшого, що включає формування позитивної установки на материнство (Анохін А.А., 1996; Nolan M., 2002). Велика кількість досліджень присвячена пошукам найбільш ефективних способів немедикаментозного знеболювання пологів (Jones C., Creedy D., Gamble J., 2012, Gawley L., Einarson A., Bowen A. 2011) [60], навчання жінок прийомам

саморегуляції з використанням аутотренінгу (Абрамченко В.В., 1992; Shirazi M., Sadeghi M., Emami A. et al, 2010) [1].

Надмірна психоемоційна напруга, почуття страху під час пологів супроводжуються високою м'язовою напругою, при якій пологові болі посилюються. Таким чином, перебіг та безпека пологового акту, рівень больових відчуттів багато в чому визначається настроєм жінки, ступенем її психологічної готовності до пологів, до материнства та її поведінки, володіння ефективними прийомами само знеболення [57].

Неадекватний психоемоційний стан породіллі розвивається на тлі порушеного балансу між процесами збудження та гальмування в центральній нервовій системі (ЦНС), при цьому відбувається десинхронізація дихальної та серцевої діяльності. При високих фізичних навантаженнях під час пологів, ці обставини в сукупності, призводять до швидкого психофізіологічного виснаження жінки, що посилює прояв порушень на емоційному та поведінковому рівні (збудливість, плаксивість, неконтактність, відсутність мотивації на народження дитини, нетерпимість). Такий стан породіллі можна охарактеризувати як психосоматичну дезадаптацію, що виявляється ускладненим перебігом пологового акту (слабкість, дискоординація пологової діяльності, нестабільність артеріального тиску, підвищений ризик пологового травматизму матері та новонародженого), неадекватною поведінкою та негативним емоційним станом породіллі [23].

Оптимальний підхід до психопрофілактики повинен торкатися як аспектів фізичного і психічного здоров'я матері, а й забезпечення оптимального психофізичного середовища для емоційно-особистісного розвитку дитини. Якість цього середовища визначається, насамперед, характером взаємодії між матір'ю та немовлям. При цьому найважливішою умовою, що забезпечує ефективність материнської поведінки, є психологічна готовність жінки до прийняття материнства – це основна мета психопрофілактичної підготовки вагітних.

Таким чином, психопрофілактичну роботу з вагітними необхідно розглядати з урахуванням найскладнішого багаторівневого комплексу процесів, що відбуваються. Велике значення мають усі компоненти підготовки до пологів: формування материнської домінанти, і позитивний емоційний настрій жінки на пологи, вибір місця пологів і володіння нею стійкими навичками саморегуляції, зокрема діафрагмальним диханням, м'язовим та загальним психоемоційним розслабленням.

Незважаючи на широке вивчення основ передпологової підготовки та поширення останнім часом різних курсів допологової підготовки, більшість з них орієнтована на вирішення лише психогігієнічних та освітніх завдань. Для навчання прийомів самознеболення та розслаблення використовуються когнітивні моделі або аутотренінг (В.В. Абрамченко; U. Piscicelli) [1]. Результатом такої підготовки є покращення емоційного стану жінок, освоєння ними деяких технік саморегуляції. Однак при настанні пологової діяльності виникають суттєві функціональні зміни в центральній нервовій системі, що призводить до часткового або повного блокування навичок, засвоєних за допомогою вказаних способів. Відповідно, їх застосування надзвичайно ускладнюється або навіть стає неможливим.

У низці досліджень показано, що впровадження у процес навчання прийомів саморегуляції технології функціонального біоуправління істотно підвищує ефективність навчання та збільшує відтворюваність навичок у пологовому акті [31]. Однак немає обґрунтованих та методично опрацьованих програм психофізіологічного тренінгу з біоуправлінням для підготовки жінок до пологів. Потенціал даного методу великий і його необхідно ширше вивчати та впроваджувати у практику психопрофілактичної роботи з вагітними.

Вищевикладене свідчить про необхідність комплексного багаторівневого профілактичного підходу, спрямованого на корекцію психоемоційних станів у вагітних та ефективного навчання їх навичкам саморегуляції, для запобігання розвитку психосоматичних дезадаптацій жінок під час пологів. Особливо

актуальним є дане питання у сучасних умовах, коли все більше жінок обирають так звані «м'які», домашні пологи

Психопрофілактична підготовка до пологів вперше як система була описана вченими І.З. Вельвовським, К.І. Платоновим, А.П. Ніколаєвим. У 1949 році І. З. Вельвівський [5] використовуючи результати досліджень І. П. Павлова про умовно-рефлекторний компонент у формуванні болю, розробив метод попередження болю під час пологів. Автори стверджують, що знеболювання при нормальних пологах має досягатися не гальмуванням кори, а її активуванням, мобілізацією кіркової активності, посиленням її регулюючої, координуючої функції. Провідною ланкою запропонованої психопрофілактичної системи є попередження та усунення причин, що викликають такі порушення фізіологічної рівноваги вищих відділів нервової системи, за яких виникає біль. Набуті знання дозволяють запобігти виникненню надмірних орієнтовних реакцій під час пологів та пов'язаних з ними тривоги, страху, паніки. Автори методу вважають за необхідне прагнути виховання в жінки цілеспрямованої активності під час пологів, до виведення кори з гальмівного стану. Тільки за цих умов можна належним чином керувати поведінкою жінки під час пологів [4].

Розглянемо детальніше сформовані авторами програми передпологової підтримки.

За І. З. Вельвівським [5], система психопрофілактичного знеболювання пологів передбачає комплекс заходів та прийомів, спрямованих на досягнення наступних цілей:

1. максимальне попередження порушень фізіологічного перебігу вагітності, рання діагностика та своєчасна їх корекція;
2. максимальне звільнення жінки від хибних тривог і страхів та пов'язаних з ними негативних емоцій;
3. поінформування, навчання, щоб інстинктивно протікаючий родовий акт став зрозумілим та усвідомленим у його найголовніших фізіологічних закономірностях;

4. навчання заходам, сприяючим фізіологічному розродженню і вихованню активно-розумної поведінки жінки під час пологів та стаціонарі;

5. вплив на оточення вагітної в дусі спростування стереотипних уявлень про неминучість страждань під час пологів.

У 60-70-ті роки. ХХ століття метод психопрофілактичної підготовки до пологів отримує подальший розвиток і вдосконалення і є поєднанням психопрофілактики з комплексом фізичних вправ і застосуванням фізіотерапевтичних засобів (світлоповітряні ванни, УФ-опромінення, аероіонізація, гідротерапія). Цей метод отримав назву фізіопрофілактичної підготовки (ФПП) вагітних до пологів і вирішує наступні завдання:

1. створення у кожної вагітної жінки сприятливого емоційного фону, впевненості у благополучному перебігу та наслідку вагітності та пологів;

2. розвиток та зміцнення почуття материнства;

3. вдосконалення фізичного розвитку вагітної, загартовування її організму та зміцнення здоров'я;

4. вироблення у вагітних рухових навичок і вольових якостей, необхідних для пологів;

5. навчання активної участі породіль в акті пологів під час управління родовим процесом.

Комплексна фізіопрофілактична підготовка підвищує тонус організму вагітної жінки, покращує перебіг пологового акту, прискорює тривалість пологів, підвищує ефект знеболювання під час пологів та надає на породіль виражений дисциплінуючий ефект [23].

На даному етапі психопрофілактична підготовка вагітних до пологів отримала новий виток розвитку. Об'єднання зусиль різних фахівців призвело до виникнення нової галузі – перинатальної психології та медицини. Перинатальна психологія покликана дати наукове обґрунтування та розробити технологію біологічної, психологічної та соціальної допологової охорони матері та дитини, що є основою первинної профілактики психічних та/або психосоматичних розладів та захворювань [14].

Психопрофілактична підготовка вагітних до пологів, на погляд низки дослідників, на сучасному етапі повинна здійснюватися за трьома програмами: освітньої, виховної та оздоровчої.

Освітня програма має на меті інформувати жінку про фізіологічні механізми дітонародження, особливості харчування, режиму, виконання правил гігієни під час вагітності, пологів та післяпологового періоду, правила догляду за дитиною, принципи грудного вигодовування.

Виховна програма передбачає формування почуття материнства. Важливо, щоб нова цінність «дитина» зайняла стійке місце у системі цінностей жінки – тоді під час пологів жінка поводитиметься відповідно до потреб дитини, думатиме про неї, чітко виконуючи всі рекомендації [3].

Психотерапевтичні методи дозволяють зменшити невротичні прояви- що є доречним згідно з виявленою різницею між показниками емоційної стійкості у жінок які народжували вдома та у пологовому будинку, зорієнтувати адекватну реакцію у відповідь стресові подразники, підготувати тіло і психіку до майбутніх пологів. Н.П. Коваленко зазначає, що важливим для успіху психопрофілактичної підготовки до пологів є зняття негативних емоцій, особливо страху болю, боязні пологів, оскільки страх болю різко підвищує поріг больової чутливості та збудливість нервової системи жінки, внаслідок чого виникають умовні рефлексії, що заважають нормальній течії пологів.

Оздоровча програма передбачає оцінку здоров'я, прогнозування акушерських ускладнень та власне оздоровчі заходи. З цією метою можливе проведення занять з оздоровчої гімнастики з виконанням спеціальних дихальних та м'язово-релаксуючих вправ [14].

Всі означені елементи вміщує в себе психоедукація, яка полягає в аналізі, поясненні етапів психологічних змін при психотравмуючих впливах. Такі знання допоможуть вагітним з розумінням ставитися до свого стану, легше його стабілізувати за потреби та приймати свідомі рішення щодо пологів, користуючись не лише емоційними станами, але і враховуючи всю повноту відомої інформації.

Сучасні центри з психопрофілактичної підготовки до пологів пропонують в більшості 3 варіанти програм психологічної передпологової підтримки:

- експрес-курс тривалістю від 1 до 3 занять;
- основний підготовчий курс, що включає 10-12 занять;
- програми для майбутніх мам, які перебувають на різних термінах вагітності.

Заняття проводяться у групах по 6-8 осіб, як правило, 2-3 рази на тиждень. Тривалість занять – не більше 2-3 академічних годин (по 45 хвилин) з перервами.

Заняття включають лекції про перебіг вагітності, пологів і догляд за новонародженим, бесіди з фахівцями, перегляд відеоматеріалів за темами, тренінги з використанням спеціальних вправ (психофізична гімнастика), дихальних технік і методів релаксації, а також, арт-терапію (самовираження через творчість) та практичні уроки (наприклад, масажу). Як правило, у таких центрах працюють акушери-гінекологи, психологи, педагоги, педіатри та неонатологи.

На курсах проводяться заняття з сімейними парами, також існує окремий курс для майбутніх татусів, який серед інших фахівців проводить психолог. Він допомагає зрозуміти психоемоційний стан майбутньої мами до, під час та після пологів, визначити роль партнера у цей період. Також психолог може допомогти з усвідомленням нової ролі, ролі батька, яка часто лякає чоловіка. Важливим виявляється обговорення й такої теми, як «чоловіча свобода», якої він позбавляється з появою у ній дитини.

Як можна побачити, інформації щодо вибору місця пологів, інформації про можливі ризики та наслідки пологів вдома чи пологів в пологових будинках різного формату не надають на таких курсах. Що звісно ж не відповідає потребам сучасного стану розвитку українського суспільства, коли все більше жінок планують та обирають пологи вдома.

3.2. Програма психоедукації передпологової підтримки жінок

Зважаючи на систему психопрофілактичного знеболювання пологів І. З. Вельвовського [5], нові досягнення у галузі акушерства, психології, перинатальної психології, нами розроблено програму психоедукації та супроводу вагітності та підготовки до пологів «Відповідальне материнство».

З наукової точки зору, психоедукація – це пояснення і донесення до людей необхідної інформації про психічне здоров'я, психологічні негаразди та їх наслідки для особистості. На перший погляд видається, що немає потреби в психоедукації, тому що з появою Інтернет-мережі доступно дуже багато інформації. Та, на жаль, на території України на сьогодні недостатньо сформована «культура психотерапевтичного консультування». Пояснення природи психічного здоров'я, надання літератури для самопомоги, використання різних засобів для ознайомлення з психологічною проблемою вагітності – інформаційних буклетів, книжок, відеофільмів, індивідуальних та групових лекцій, тренінгів, семінарів є важливим компонентом сучасної психоедукації. Важливим аспектом психоедукації є обов'язкове залучення потребують близьких та родичів вагітної жінки.

Інформація про перебіг вагітності, пологи, наслідки пологів вдома та у пологовому будинку, а також особливості протікання вагітності та пологів, повинні сприйматися близькими як тимчасова особливість, яка потребує допомоги. Відповідно, усі терапевтичні втручання при психологічних особливостях вагітної жінки можна розділити на дві групи: ті, що впливають безпосередньо на вагітну, і ті, що покращують рівень її функціонування опосередковано через вплив оточуючого середовища (родина, друзі).

Програма поєднує в собі інформаційні методи і методи психопрофілактичної підготовки вагітних до пологів, спрямовані на створення у кожної вагітної жінки сприятливого емоційного фону та впевненості у благополучному перебігу вагітності та пологів, що полегшують процес адаптації жінки до її нового стану з психофізіологічними вправами методики «Гімнастика

мозку» зняття стресу, відновлення цілісності роботи мозку, підвищення ефективності його діяльності.

Основні елементи розробленої програми психоедукації представлені на схематичному рисунку 3.1.

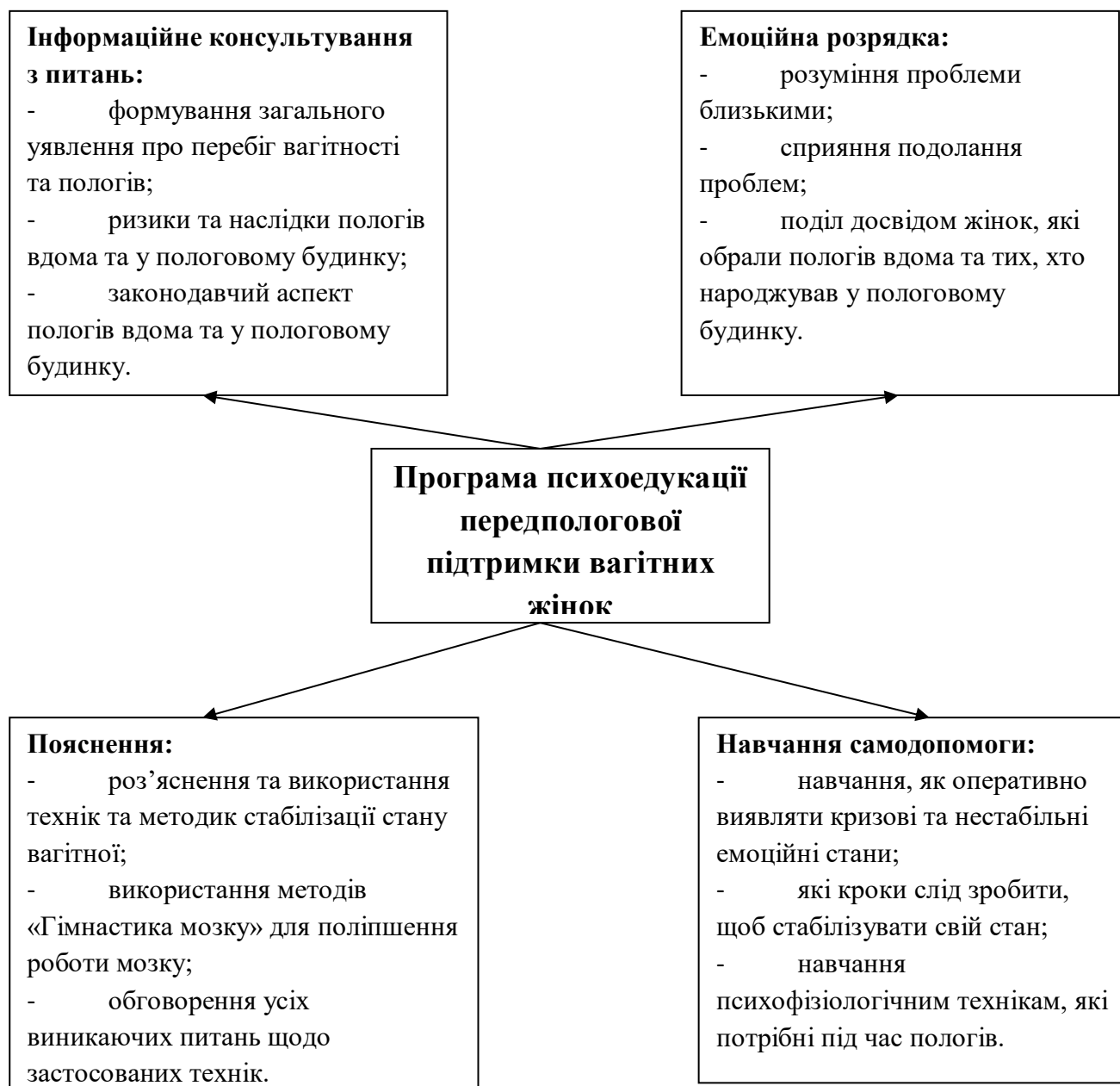


Рис.3.1. Програма психоедукації передпологової підтримки вагітних жінок

Програму психоедукації передпологової підтримки вагітних жінок доречно складати індивідуально для кожної пацієнтки за допомогою гінеколога-

акушера, психолога, лікаря ЛФК, з урахуванням показань, протипоказань, вибору оптимальних вправ, технік та методик і їх комбінації, для посилення ефекту програма може бути як розширена і доповнена, так і скорочена. Важливим фактором індивідуального підходу до складання програми психоедукації є вибір жінки місця пологів. Саме даний фактор спрямовуватиме головні аспекти в блоках інформаційного консультування та усного пояснення.

Програма психоедукації передпологової підтримки розрахована на 30 днів (5 тижнів при щоденному відвідуванні або 2,5 місяці при відвідуванні 3 рази на тиждень). За бажанням вагітної та за погодження з лікарем, який веде майбутню породіллю можливе збільшення кількості процедур та занять в один день, або збільшення термінів програми за рахунок розширення програми додатковими консультаціями фахівців, процедурами, навчальними заняттями.

Розроблена програма психоедукації передпологової підтримки жінок включила в себе консультації акушера-гінеколога (у тому числі про пологи вдома та у пологовому будинку), дієтолога, фізіотерапевта, лікаря ЛФК, відвідування психологічного та оздоровчого тренінгів, басейну, занять з використанням гімнастики для мозку), а також до програми увійшли заняття з фізичної підготовки до пологів з інструктором (для покращення фізичного та психофізіологічного станів жінки) та зустрічі з психотерапевтом (для вирішення психологічних проблем) та доулами (для отримання досвіду інших жінок, які обрали пологи вдома).

Ефекти та завдання програми:

- отримання інформації щодо вагітності та пологів, відповідального батьківства;
- відновлення емоційно-психічного стану, підвищення стійкості до стресу;
- профілактика емоційного вигорання;
- профілактика виникнення патологій під час вагітності та післяпологової депресії;
- стимуляція біологічних механізмів відновлення органів і систем під час вагітності і після пологів;

- адаптація до фізіологічних змін, пов'язаних з лактацією;
- оптимізація рухового режиму, поліпшення функціонування зв'язкового апарату і м'язової системи;
- навчання навичкам самодопомоги.

Протиказання до участі в програмі психоедукації: неврологічні і психіатричні розлади; гострі захворювання, в тому числі інфекційні; гіпертермія; важкі захворювання опорно-рухового апарату; захворювання артерій нижніх кінцівок з декомпенсацією периферичного кровообігу; хронічні захворювання легенів, що супроводжуються дихальною недостатністю 2-3ст; порушення зору і слуху, які можуть перешкоджати сприйняттю (потрібна лише індивідуальна робота); гостра ниркова і печінкова недостатність; цукровий діабет в стадії декомпенсації; онкологічне захворювання; хронічні захворювання в стадії декомпенсації.

У кожному конкретному випадку також необхідна консультація лікаря гінеколога для виявлення особистісних протипоказань для проходження даної програми психоедукації чи її корекції під потреби конкретної жінки.

В процес програми на обов'язкових засадах включені консультації акушера-гінеколога, доули (обов'язково з медичною освітою), лікаря-фізіотерапевта, лікаря-дієтолога і для більш результативного вирішення проблеми емоційного стану консультації психотерапевта, медичного психолога.

Особливу увагу психотерапевт має звертати на емоційний стан жінок та навчання їх психорегулюючим засобам – аутотренуванню, м'язовій релаксації, спеціально підібраним психотехнікам, в тому числі техніки терапії відповідальності та прийняття (АСТ) та майндфулнес (див. Додаток Г). У поєднанні з інформаційним блоком програми робота з психотерапевтом допоможе жінці переглянути свої погляди на майбутні пологи та більш відповідально обрати пологи у пологовому будинку чи альтернативні пологи.

Під час вагітності навантаження на жінку зростає, йде перебудова всього організму, у тому числі гормональної та центральної нервової систем, відбуваються психологічні зміни, змінюються уявлення про себе тощо.

Проблеми, пов'язані зі сприйняттям свого тіла, сексуальною поведінкою, незалежністю та взаємовідносинами з близькими, набувають особливої актуальності. У період вагітності жінки стають більш чутливими, гостріше сприймають події, що відбуваються, можуть уявляти себе слабкими, безпорадними, а оточуючих – вороже налаштованими.

Майже всі жінки під час вагітності відчують тривогу. Спочатку невеликий рівень занепокоєння допомагає жінці краще підготуватися до материнства, але тривога, яка зростає, стає справжнім джерелом проблем. Сильне занепокоєння не дає зосередитись на поточних подіях, постійне очікування нещастя виснажує жінку.

Перша вагітність пов'язана як з невизначеними побоюваннями, почуттям тривоги, так і з конкретними страхами: страх ускладнень вагітності, аномалій розвитку дитини, страх втратити привабливість, бути поганою матір'ю, страх болю під час пологів, страх некваліфікованого медичного супроводу та інші. Важливо те що, якщо близьким людям, гінекологу або іншим лікарям своєчасно вдається їх розвіяти, допомогти жінці сформуванати адекватні уявлення про те, що відбувається з організмом під час вагітності, створити позитивний образ майбутнього, то страхи та тривоги перестають турбувати жінку. Найбільш успішно ці проблеми вирішуються на заняттях у школах для вагітних, де майбутні мами дізнаються про процес перебігу вагітності та пологів, набувають навичок догляду за малюком, навчаються правильно дихати під час пологів, розслаблятися, зменшувати занепокоєння, а отже, і біль. Отримують комплексну допомогу усіх потрібних спеціалістів, що допомагає жінці адекватно поглянути на вагітність та майбутні пологи, а також обрати найбільш підходящий для неї варіант майбутнього місця пологів.

Крім тривоги у вагітної жінки може спостерігатися зниження настрою, що викликається як гормональними змінами, так і психологічними змінами. У цьому стані жінка може негативно сприймати себе, ситуацію, в якій перебуває, і не бачити перспектив у майбутньому. Такий депресивний розлад слід відрізнити від незначних короточасних перепадів настрою і ставитися до нього серйозно, адже

такі стани можуть впливати на оцінювання жінкою реальності та посилитися у післяпологовому періоді.

Слід відзначити, що: швидка стомлюваність, підвищена дратівливість, зниження настрою, безсоння, тривога, різні страхи – все це симптоми душевного страждання, відчуваючи їх жінка потребує допомоги. Зазвичай, такими проблемами займаються психотерапевти та неврологи, які грамотно лікують емоційні розлади, але чим більш спеціалізована допомога, тим вищі шанси на швидке одужання.

Детальний розбір психотерапевтичних сесій (у програмі заплановано 10 сесій з психотерапевтом), спрямованих на прийняття відповідального рішення щодо вибору місця пологів та глибшого розуміння жінкою себе представлений у додатку В.

Також супутником стресових станів є м'язовий затиск. М'язовий затиск – залишкове явище напруги, що з'явилося через негативні емоції і нереалізовані бажання. «М'язовий панцир» утворюється у людей, які не вміють знімати стрес.

Тож, психофізіологічні вправи повинні бути призначені для поліпшення психічного та емоційного стану, зняття внутрішніх психічних напруг, для звільнення від стресів. Тому що їх можна застосовувати для психопрофілактики та покращення емоційного стану у вагітних, для покращення їх самопочуття.

Вправи освітньої кінезіології – напряму у психології, розробленого американськими нейрофізіологами та психологами, у якому розвиток дитини та дорослої людини розглядається через природні фізичні рухи. В основі методики лежать сучасні знання про будову та функціонування головного мозку, про зв'язок рухів тіла та роботи мозку. Це вчення про рух тіла, закони роботи тіла, їх зв'язку з функціонуванням мозку, про природну мудрість системи «тіло-інтелект», що веде до гармонізації [66].

Кінезіологія – це унікальний метод, що дозволяє швидко та ефективно позбавити організм від наслідків пережитого стресу, негативних наслідків проблем взаємовідносин, зняти труднощі у навчанні. Принцип східної медицини – «лікувати хворого, а не хворобу» – є базовим у кінезіології. Як справжня

холістична, тобто цілісна, духовна та гуманістична система, спрямована на оздоровлення людини та особистості, а не на лікування конкретних хвороб, кінезіологія намагається на практиці пов'язати фізичні аспекти здоров'я, які є предметом медицини, з психічними, емоційними, моральними та духовними аспектами рівноважного існування особистості. У ряді психотерапевтичних методик її можна віднести до розділу «тілесноорієнтованої психотерапії» [68].

Основна мета освітньої кінезіології – озброїти людину знаннями про своє сприйняття, свої відчуття, у тому числі і відчуття положення свого тіла в просторі. Кінезіологія відбиває зв'язок руху тіла з функціями мозку. За зовнішньою простотою та дитячістю пропонованих рухів стоїть глибока нейрофізіологічна робота тіла. За допомогою спеціально організованих і дуже простих вправ мозок і тіло людини наводяться в збалансований стан, встановлюється гармонійний зв'язок між мисленням (інтелект), емоціями (почуття) та тілом, що дає можливість людині ефективніше засвоювати інформацію, успішно опановувати навіть найскладніші інтелектуальні дії, відчувати своє тіло, правильно реалізовувати свої думки, контролювати емоції.

«Гімнастика мозку» – це метод психотерапії, який вдало поєднує аналітичну роботу мозку з фізичним впливом на тіло, що дає психологічне та фізичне звільнення, звертає людину до свого глибинного «Я», формуючи, таким чином, розуміння світу та створюючи основу для розвитку нових інтелектуальних можливостей та особистісного зростання. Це цілісний підхід до людини, що поєднує роботу тіла та мозку, емоцій, почуттів та думок. Знімається вже накопичений життєвий стрес, і людина починає почуватися розкутою, вільною і здатною на багато [68].

Запропоновані для програми психоедукації вправи можна розділити на 4 групи.

Перша група включає рухи, що перетинають середню лінію тіла (утворену його лівою та правою половинами); вони стимулюють роботу як велику, так і тонку моторику. Провідний механізм «єдності думки і руху», що лежить в основі цих вправ, сприяє вдосконаленню та інтеграції зв'язків між лівою та правою

півкулями головного мозку, повноцінному сприйняттю матеріалу, як на аналітичному рівні, так і на рівні узагальнення.

Друга група – це вправи, що розтягують м'язи тіла. Ці вправи знімають напругу з сухожилля та м'язів нашого тіла. Коли м'язи розтягуються і приймають природний стан і довжину, вони посилають сигнал у мозок тому, що людина перебуває у розслабленому, спокійному стані і, отже, про її готовність до пізнавальної роботи.

Третя група являє собою вправи, що активізують енергію тіла або, іншими словами, забезпечують необхідну швидкість і інтенсивність протікання нервових процесів між клітинами та групами нервових клітин головного мозку. Ці вправи ґрунтуються на точному знанні зон рефлекторного та «психологічного» функціонування тіла.

Четверта група вправ – це вправи (різні позиції тіла), які сприяють поглибленню позитивного відношення, бо впливають на емоційну та лімбічну системи мозку, що взаємодіють із центрами сприйняття власного «Я» особистості. Вони стабілізують нервові процеси організму, знімають стрес, сприяючи спокійному, успішному вченню [68].

Включення в програму психоедукації допологового медико-психологічного супроводу вагітних з використанням психофізіологічних вправ сприятливо впливає протягом процесу гестації: вагітність у 2 рази рідше ускладнюється загрозою переривання, гестозом у 6,5 разів. У вагітних, які проходили медико-психологічну підготовку до пологів з запропонованими психофізіологічними вправами, рідше виявляються порушення УЗД (структурні зміни плаценти, порушення МПК). Різні ускладнення вагітності рідше вимагають госпіталізації [18].

Тож, ми вважаємо, що участь у програмі психоедукації підтримки вагітних з використанням психофізіологічних вправ сприятливо впливатиме на перебіг пологового процесу: зменшуватиме загальну тривалість пологів, в основному за рахунок укорочення першого періоду, під час пологів за умови участі можлива відсутня слабкість пологової діяльності, несвоєчасне виливання навколоплідних

вод зустрічатиметься рідше і не вимагатиме медичного втручання. Також очікується значне зменшення крововтрати під час пологів, зменшення необхідності використовувати оперативне розродження (кесарів розтин). Що важливо, якщо жінка обирає пологи вдома.

А також використання програми психоедукації у передпологовому періоді зумовлюватиме позитивний вплив на стан новонародженого та покращуватиме перебіг післяпологового періоду у жінки, скорочуватиме терміни відновлення жінки після пологів.

Отже, програму психоедукації підтримки жінок у передпологовому періоді, ми представили у вигляді розписаних на 30 днів 65 відвідувань, у які увійшли консультації різних спеціалістів (акушера-гінеколога, доули, дієтолога, фізіотерапевта, лікаря ЛФК, психологічні та оздоровчі тренінги, відвідування басейну, а також до програми увійшли заняття з фізичної реабілітації з інструктором (для покращення фізичного та психоемоційного станів жінки) та зустрічі з психотерапевтом (для вирішення психологічних проблем) (див. додаток В).

Висновки до третього розділу

Метод психопрофілактичної підготовки до пологів зародився ще в 50-ті роки ХХ століття (Платонов К.І., 1950; Вельвівський І.З., 1951) і набув широкого поширення, поступово удосконалюючись. Пізніші дослідження в галузі нейрофізіології, перинатальної медицини та перинатальної психології дозволили розширити підхід до передпологової підготовки з вузького протибольового – до ширшого, що включає формування позитивної установки на материнство (Анохін А.А., 1996; Nolan M., 2002).

У 60-70-ті роки ХХ століття метод психопрофілактичної підготовки до пологів отримує подальший розвиток і вдосконалення і є поєднанням психопрофілактики з комплексом фізичних вправ і застосуванням фізіотерапевтичних засобів (світлоповітряні ванни, УФ-опромінення, аероіонізація, гідротерапія). Цей метод отримав назву фізіопрофілактичної підготовки (ФПП) вагітних до пологів.

Зважаючи на систему психопрофілактичного знеболювання пологів І. З. Вельвовського, нові досягнення у галузі акушерства, психології, перинатальної психології, нами розроблено програму психоедукації та супроводу вагітності та підготовки до пологів «Відповідальне материнство». Основними елементами програми психоедукації є: 1) інформаційне консультування (формування загального уявлення про перебіг вагітності та пологів; ризики та наслідки пологів вдома та у пологовому будинку; законодавчий аспект пологів вдома та у пологовому будинку); 2) емоційна розрядка (розуміння проблеми близькими; сприяння подолання проблем; поділ досвідом жінок, які обрали пологів вдома та тих, хто народжував у пологовому будинку); 3) усне пояснення (роз'яснення та використання технік та методик стабілізації стану вагітної; обговорення усіх виникаючих питань щодо застосованих технік); 4) навчання самопомоги (навчання, як оперативно виявляти нестабільні емоційні стани; які кроки слід зробити, щоб стабілізувати свій стан; навчання психофізіологічним технікам, які потрібні під час пологів).

ВИСНОВКИ

1. Проведений теоретичний аналіз материнства та психологічних особливостей вагітної жінки дозволив констатувати, що в психології феномен материнства вивчається в двох напрямках — материнство як забезпечення умов для розвитку дитини і материнство як частина особистісної сфери жінки. В якості основи материнства виділяють в одному випадку біологічне начало, в іншому — соціальний вплив. Психологічні особливості вагітної жінки полягають в тому, що саме період від зачаття до народження дитини надає найбільш сильний вплив на формування материнської поведінки. У всьому організмі жінки і її психіці спостерігаються серйозні зміни, що готують її до нової ролі. Саме в цей період формується ставлення жінки до своєї дитини. Серед психологічних особливостей вагітної жінки можна виокремити зміну самосвідомості жінки, прийняття нею нової соціальної ролі, появу прив'язаності до дитини.

Вивчення особистісних чинників вибору жінок, що обирають домашні пологи показало, що такими є: прийнятність послуг, віддаленість пологового будинку; можливість партнерських пологів, вибір помічника в пологах (наприклад, акушерка, акушер-гінеколог, сімейний лікар або повитуха, доула); позиції у час пологів; стать медика; пологи в лікарні, в маленькому пологовому будинку з акушерками або вдома; присутність партнера або компаньйона під час пологів; перевагу пологів з втручанням або без втручання; роздільне перебування матері і дитини після народження або негайний контакт «шкіра до шкіри»; роздільне або спільне перебування матері та новонародженого; грудне або штучне годування тощо.

2. У дослідженні вибірку складала група респондентів з 60 жінок, які протягом останніх дев'яти років народжували. Група респондентів впорядкована за віком. Досліджувана група поділена на: групу А, до якої увійшли жінки, які народжували вдома (30 випробуваних жінок); групу Б, до якої увійшли жінки, які народжували в пологовому будинку (30 випробуваних жінок). В групі жінок, які народжували вдома (група А) більший процент жінок в межах 25-30 років,

тоді як в групі жінок, які народжували в пологовому будинку більший процент жінок старших за 35 рік.

3. Проведений порівняльний аналіз особистісних чинників жінок, які обрали домашні пологи та жінок, які народжували в пологових центрах показав, що:

- в групі жінок, які народжували вдома (група А) більший процент жінок в межах 25-30 років, тоді як в групі жінок, які народжували в пологовому будинку більший процент жінок старших за 35 років – майже вдвічі.

- в групі жінок, які народжували вдома (група А) на 26% більший процент жінок, що народжували з партнером ніж в групі Б

-в групі жінок, які народжували вдома (група А) менші показники емоційної стійкості у порівнянні з групою жінок, які народжували в пологових будинках (група Б)-ці жінки більш врівноважені;

За допомогою методики «Когнітивної орієнтації – локус контролю» Дж. Роттера виявлено, що для жінок, які обирають пологи вдома характерні такі особистісні чинники як: інтернальний локус контролю

Тож підсумовуючи можна сказати, що для жінок, які обирають пологи вдома характерні такі особистісні чинники як: інтернальний локус контролю, та вони мають нижчі показники емоційної стійкості.

4. Розроблена програма психоедукації- допологового психологічного супровіду жінок «Відповідальне материнство». Основними елементами програми психоедукації є: 1) інформаційне консультування, 2) емоційна розрядка, 3) усне пояснення, 4) навчання самодопомоги. Програма спрямована на - отримання інформації щодо вагітності та пологів, відповідального батьківства; відновлення емоційно-психічного стану, підвищення стійкості до стресу; профілактика емоційного вигорання; профілактику виникнення патологій під час вагітності та післяпологової депресії; стимуляцію біологічних механізмів відновлення органів і систем під час вагітності і після пологів; адаптацію до фізіологічних змін, пов'язаних з лактацією; поліпшення функціонування зв'язкового апарату і м'язової системи; навчання навичкам самодопомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамченко, В. В. Принципы психопрофилактической подготовки беременных групп высокого риска к родам // Перинатальная психология и медицина: профилактика, психокоррекция, психотерапия нервно-психических расстройств: Сб. научных работ по мат. II-й Межд. Конф. по перинатальной психологии. / Институт акушерства и гинекологии РАМН им.Д.О. Отта. СПб.: Издательство Знаменитые Университеты. 2003. – С. 59–61.
2. Агаркова И. В. клинико-психологическое исследование принятия новой роли матери у первородящих женщин [Электронный ресурс] / И. В. Агаркова, Т. Ю. Хабарова – Режим доступа до ресурсу: <http://cscb.su/n/020601/020601001.htm>.
3. Боровикова, Н. В., Посохова, С. Т. Психологическая помощь беременным // РМЖ. 2000. № 3. С. 10–14.
4. Великанова Л.П., Костина Л.А., Потапова Н.В. Диагностика и профилактика синдрома эмоционального выгорания на ранних этапах формирования // Организация времени: [сайт «Современные проблемы науки и образования»]. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=12882>.
5. Вельвовский И.З. Система психопрофилактического обезболивания родов. М.: Медгиз, 1963. 308 с.
6. Винникотт, Д.В. Мать и дитя / Д.В. Винникотт.- Екатеринбург: ЛИТУР, 2004.- 296 с.
7. «Вся правда о домашних пологах в Україні». Рубрика. Все по полочкам. 16.02.2021. // URL: <https://rubryka.com/ru/article/home-birth/>
8. Выготский Л.С. Развитие личности и кругозора ребенка// Психология личности: Тексты. М., 1982. 342 с.
9. Джонсон, Р. Она. Глубинные аспекты женской психологии / Р. Джонсон.- М.: Когито-центр, 2010.112 с.

10. Добряков И.В., Прохоров В.Н., Прохорова О.В. Психологическая диагностика в перинатальной психологии // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Коллективная монография. — М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016.. С. 118–132

11. Добряков И. В. Тест отношения беременной [Электронный ресурс] / И. В. Добряков // Психологическая лаборатория. – 2003. – Режим доступа до ресурсу: http://xn----7sbbaeiowbgqig8abjbc7acdh6a9czc6mla.xn--p1ai/downloads.php?cat_id=10&download_id=30.

12. Захаров, А. И. Ребенок до рождения и психотерапия послеродовых психических травм. СПб.: СОЮЗ, 1998. 144 с.

13. Кеттел О. личностный опросник Кеттелла [Электронный ресурс] / О. Кеттел // ПСИХОЛОГІЧНІ ТЕСТИ ОНЛАЙН – Режим доступа до ресурсу: <https://psytests.org/cattell/16pfA.html>.

14. Коваленко, Н. П., Скворцова, Я. М. Исследование психо-эмоционального состояния женщин до и после родов // Перинатальная психология и медицина: сб. мат. конф. по перинатальной психологии. СПб., 2001. С. 64–67.

15. Комплекс вправ проти стресу // Центр професійного розвитку педагогічних працівників ММР. URL: <https://cprpp.mkrada.gov.ua/?p=5791>

16. Кон И.С. Этнография родительства. М.: Гардарики, 2000. 389 с

17. Корниенко Д. С. Психология семьи. Основы перинатальной психологии и психологии родительства [Электронный ресурс]: навч. допомога / Д. С. Корниенко, А. Г. Радостева, Т. М. Харламова, Е. А. Силина; Перм. гос. нац. исслед. ун-т. – Электрон. дан. – Пермь, 2018. – 0,5 Мб; 93 с. – Режим доступа: <http://www.psu.ru/files/docs/science/books/uchebnie-posobiya/kornienko-psykhologiya-semyi.pdf>.

18. Лохина Е. В. Особенности родов и состояние новорожденного у беременных, прошедших подготовку к родам по программе медико-психологических тренингов // Современные проблемы науки и

образования. – 2013. – № 3. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view%3Fid%3D9218+%&cd=2&hl=ru&ct=clnk&gl=ua>

19. Люшер. Цветовой тест [Электронный ресурс] / Люшер // ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ ОНЛАЙН – Режим доступа до ресурсу: <https://psytests.org/luscher/fullcolor-run.html>.

20. Методика когнитивной ориентации – локус контроля (Дж. Роттер) // <https://psytests.org/personal/rotterlk.html>

21. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2002. №5. С. 18–27.

22. Митрушина, Н. А. Диагностические методики в перинатальной психологии : метод. указания / Яросл. гос. ун-т им. П. Г. Демидова; Н. А. Митрушина .— Ярославль : ЯрГУ, 2009 .— 50 с. — URL: <https://rucont.ru/efd/237440>

23. Михалюк Е.Л., Малахова С.Н., Черепок А.А. Особенности использования средств физической реабилитации в акушерстве и гинекологии. Учебное пособие. -Запорожье: ЗГМУ, 2014. -76 с.

24. «Насилля над Жінками: Акушерський вимір», Анастасія Сальникова, Українська Правда. Життя, 28 листопада 2016.

25. «Не осталась бы дома, если бы могла нормально родить в роддоме». Громадське телебачення, 2021 р. // URL: <https://hromadske.ua/ru/posts/ne-ostalas-by-doma-esli-by-mogla-normalno-rodit-v-roddome-kak-prohodyat-domashnie-rody-v-ukraine>

26. Нероба М. В. Материнство як психологічний феномен // Педагогічний Процес: теорія і Практика, № 3-4 (48-49), 2015. С. 90-96.

27. Овчарова Р. В. Психологическое сопровождение родительства. - М.: Гардарики, 2002. -С. 45-53.

28. Ожиганова А. 2019. Забота о себе, забота о других: практики взаимодействия женщин и акушерок в домашних родах. Критическая социология заботы: перекрестки социального неравенства. Е. Бороздина, Е. Здравомыслова, А. Тёмкина (ред.). СПб.: Изд-во ЕУСПб.: 139–167.

29. Ожиганова А.А. 2019. Официальное (биомедицинское) и альтернативное (домашнее) акушерство: Практики формализованного и неформального взаимодействия. Экономическая социология. 20 (5): 28–52.

30. О модели непрерывного акушерского сопровождения. 2019. Акушерский союз. Ассоциация специалистов акушерской практики. <https://drive.google.com/file/d/1FEc5jDgJPJ5T7ECJvg1tTGMzfcNDCPPR/view>

31. Пайнз Динора Бессознательное использование своего тела женщиной. СПб.: Восточно Европейский Институт Психоанализа, 1997. – 198 с.

32. Проскурняк О. Чинники та етапи становлення материнства // Практична психологія та соціальна робота, 2007. – №3. – С. 13-16.

33. П'ятифакторний особистісний опитувальник «Велика п'ятірка» Р.МакКрае, П.Коста. // <https://psytests.org/bigfive/5pfq-run.html>

34. «Реалізація права породіль на бажаний медичний догляд», анкетування ГО «Природні права Україна» за підтримки МБФ «Український жіночий фонд», 2018 // <https://www.facebook.com/anketa.lviv/>

35. Собчик Л. Н. ММРІ тест - ЗМІЛ 566, Собчик Л. Н. Стандартизований многофакторний метод дослідження личности. / Методика Миннесотський многоаспектний личностний опросник. [Електронний ресурс] / Л. Н. Собчик // Психологія щасливої життя – Режим доступу до ресурсу: <https://psycabi.net/testy/472-smil-566-mmpi-test-metodika-minnesotskij-mnogoaspektnyj-lichnostnyj-oprosnik-standartizirovannyj-mnogofaktornyj-metod-issledovaniya-lichnosti-sobchik-l-n>

36. Спилберг. шкала самооценки тривожности [Електронний ресурс] / Спилберга-Ханина // Все для психолога – Режим доступу до ресурсу: https://psychic.at.ua/publ/psikhodiagnostyka/diagnostika_temperamentu_i_kha

rakteru/shkala_reaktivnoji_situativnoji_ta_osobistisnoji_trivozhnosti_ch_d_spi
lbergera_ju_1_khanina/13-1-0-67.

37. Шнейдер Л. Семейная психология: Учебное пособие для вузов. – Изд.4-е. – М.: Академический Проект; Трикста, 2008. – 736 с.

38. Филлипова Г. Г. Рисуночный тест «Я и мой ребенок» [Электронный ресурс] / Г. Г. Филлипова // детская психология – Режим доступа до ресурсу: <http://childpsy.ru/lib/articles/id/9574.php>.

39. Филиппова Г. Г. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов [электронный ресурс] / Г. Г. Филиппова, И. Ю. Хатимова, В. И. Брутман // Детская психология – Режим доступа до ресурсу: <http://childpsy.ru/lib/articles/id/10235.php>.

40. Филиппова Г.Г. Перинатальная психология и психология родительства// Журнал прикладной психологии. 2003. № 4–5. С. 3–21.

41. Филиппова Г. Г. Психология материнства. Концептуальная модель. Монография. М.: Ин-т молодежи, 1999. С. 59–66.

42. Филиппова Г.Г. Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / сост. А.Н. Васина. М.: Изд-во УРАО, 2005. С. 62–65.

43. Фрейд З. Введение в психоанализ. М.: Наука, 1989. 456 с.

44. Хабермас Ю. Демократия. Разум. Нравственность. М., 1995. С. 7.

45. Хорни К. Женская психология. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1993. 221 с.

46. Шефер Э. Методика вивчення батьківських установок PARI [Электронный ресурс] / Э. Шефер, Р. Белл // Психологічні тести. – 1958. – Режим доступа до ресурсу: <https://psyttests.org/family/pari.html>.

47. Шихаліев А. Л. Сімейна генограма як інструмент психологічного консультування [Электронный ресурс] / А. Л. Шихаліев //

psy.su – Режим доступу до ресурсу:
https://psy.su/mod_files/additions_1/file_file_additions_1_4204.pdf.

48. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия сім'ї. 4-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 672 с.: ил. — (Серия «Мастера психології»). ISBN 978-5-91180-838-9

49. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2003. 336 с.

50. Эриксон Э. Детство и общество. 2-е изд., перераб. и доп. СПб.: Лелато; АСТ: Фонд «Университетская книга», 1996. 592 с.

51. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Пер. с англ.; общ. ред. и предисл. А.В. Толстых. М.: Прогресс, 1996. 344 с.

52. Юнг К.Г. Душа и миф: шесть архетипов / Пер. с англ. Киев: Гос. библиотека Украины для юношества, 1996. 384 с.

53. «Як це у них:пологові центри в Британії», Ольга Горбенко, Українська Правда. Життя, 21 грудня 2016.

54. Angela Reitsma, Julia Simioni Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses // The lancet. 2020. №21...

55. Chalmers B. 1997. Changing Childbirth in Eastern Europe: Which Systems of Authoritative Knowledge Should Prevail? Childbirth and authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives, R. Davis-Floyd and C. Sargent (eds.). Berkeley: University of California Press: 263–286.

56. Davis-Floyd R. 2001. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. International Journal of Gynecology & Obstetrics 75: S5–S23.

57. Gawley L., Einarson A., Bowen A. Stigma and attitudes towards antenatal depression and antidepressant use during pregnancy in healthcare students // Adv. Health Sci. Educ. Theory Pract. – 2011. – Vol. 16, № 5. – P. 669-679.

58. Highet N.J., Gemmill A.W., Milgrom J. Depression in the perinatal period: awareness, attitudes and knowledge in the Australian population // *Aust. N Z. J. Psychiatry*. – 2011. – Vol. 45, № 3. – P. 223-231.

59. Hutton Eileen, Angela Reitsma Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses // *The lancet*. 2019. №14. C. 59-70..

60. Jones C., Creedy D., Gamble J. Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression // *Women Birth*. – 2012. – Vol. 25, № 1. – P. 23-28.

61. Jordan B. 1993. *Birth in four cultures: A cross-cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States* (4th ed., revised and expanded by R. Davis-Floyd). Prospect Heights, IL: Waveland Press: 150-159.

62. Jordan B. 1997. *Authoritative Knowledge and Its Construction. Childbirth and authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, R. Davis-Floyd and C. Sargent (eds.). Berkeley: University of California Press: 55–79.

63. Litvina D., Novkunskaya A., Temkina A. 2020. *Multiple Vulnerabilities in Medical Settings: Invisible Suffering of Doctors*. *Societies* 10 (5). doi:10.3390/soc10010005.

64. Lock M. 2004. *Medicalization and the Naturalization of Social Control*, *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, Vol. I. C. R. Ember and M. Ember (eds.), N.Y.: Kluwer Academic/Plenum Publishers: 116–125.

65. Ludermit A., Lewis G., Valongueiro S. et al. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study // *Lancet*. – 2010. – Vol. 376, № 9744. – P. 903-910.

66. Mc Omish C.E., Gingrich J.A. Stress and the baby brain. *Biol. Psychiatry*. 2011. Vol. 70 (11). P. 1006-1007.

67. Mehta N., Kassam A., Leese M. et al. Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994-2003 // *Br. J. Psychiatry*. – 2009. – Vol. 194, № 3. – P. 278-284.

68. Posadzki P., Parekh S., O' Driscoll M.L., Mucha D. Qi Gong's relationship to educational kinesiology: A qualitative approach. *J Bodyw Ther. 2Q1Q*. Vol. 14 (1). P. 73-79.

69. Rivkin-Fish M. 2005. *Women's Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*. Indiana University Press.

70. O'Reardon J., Cristancho M., von Andreae C. et al. Acute and maintenance electroconvulsive therapy for treatment of severe major depression during the second and third trimesters of pregnancy with infant follow-up to 18 months: case report and review of the literature // *J. ECT*. – 2011. – Vol. 27, № 1. – P. 23-26.

71. Rong Y., Glozier N., Luscombe G. et al. Improving knowledge and attitudes towards depression: a controlled trial among Chinese medical students // *BMC Psychiatry*. – 2011. – Vol. 8, № 11. – doi:10.1186/1471-244X-11-36.

72. Rush P. The experience of maternal and child health nurses responding to women with postpartum depression // *Matern. Child Health J*. – 2012. – Vol. 16, № 2. – P. 322-327.

73. Ozhiganova A.A. (2020) Authoritative knowledge of childbirth and obstetrics: analysis of discursive practices of Russian perinatal specialists. *Population and Economics* 4(4): 84–99. <https://doi.org/10.3897/popecon.4.e57267>

74. Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation / P.M. Shereshevsky and L.J. Yarrow adds. NJ.: Raven Press Publ., 1973.

75. Sandall J. et al. Где в Европе детей рождают? 2015. С. 16-17. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/288319/Place-of-birth-in-Europe-rus.pdf

76. Segre L., O'Hara M., Arndt S., Beck C. Nursing care for postpartum depression, part 1: do nurses think they should offer both screening and counseling? // MCN Am. J. Matern. Child Nurs. – 2010. – Vol. 35, № 4. – P. 220-225.

77. Shirazi M., Sadeghi M., Emami A. et al. Training and validation of standardized patients for unannounced assessment of physicians' management of depression // Acad. Psychiatry. – 2011. – Vol. 35, № 6. P. 382-387.

78. The Development of attachment and affiliative systems / Ed. by R.N. Emde et al, N.Y.: Plenum press, pp. 263-279.

79. The Different Faces of Motherhood / B. Berns, F. Hay eds. N.J., L.: Plenum Press Cop., 1988.

80. WHO. 2018. Human reproduction program. <https://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/>

81. Why Human Rights in Childbirth Matter, Rebecca Schiller, Printer&Martin, UK, 2016.

82. Wisner K.L., Logsdon M.C., Shanahan B.R. Web-based education for postpartum depression: conceptual development and impact // Arch. Womens Ment. Health. – 2008. – Vol. 11, № 5-6. – P. 377-385.

ДОДАТКИ

Додаток А

Індивідуальні дані, отримані за допомогою соціально-анамнестичної анкети

№ респ.	Вік	Крайні пологи	Де відбувалися пологи	Самостійність вибору	Партнерські пологи
Жінки з групи А (народжували вдома)					
1	33	2-3	вдома	так	так
2	34	0-1	вдома	так	так
3	33	0-1	вдома	так	так
4	25	2-3	вдома	так	так
5	29	2-3	вдома	так	так
6	34	2-3	вдома	так	ні
7	40	4-5	вдома	так	так
8	27	0-1	вдома	так	так
9	28	1-2	вдома	так	так
10	28	1-2	вдома	так	так
11	38	1-2	вдома	так	так
12	25	1-2	вдома	так	так
13	36	2-3	вдома	так	так
14	38	0-1	вдома	так	так
15	36	0-1	вдома	так	так
16	27	0-1	вдома	так	так
17	30	2-3	вдома	так	так
18	34	1-2	вдома	так	так
19	30	1-2	вдома	так	ні
20	25	0-1	вдома	так	так
21	30	1-2	вдома	так	так
22	30	1-2	вдома	так	так
23	36	2-3	вдома	так	так
24	24	0-1	вдома	так	так
25	32	0-1	вдома	так	так
26	36	0-1	вдома	так	так
27	27	0-1	вдома	так	так
28	24	2-3	вдома	так	так

29	29	0-1	вдома	так	так
30	34	2-3	вдома	так	ні
Жінки з групи Б (народжували в пологовому будинку)					
1	36	2-3	пологовий будинок	так	так
2	39	4-5	пологовий будинок	так	ні
3	37	4-5	пологовий будинок	ні	ні
4	33	1-2	пологовий будинок	так	так
5	33	0-1	пологовий будинок	так	ні
6	45	4-5	пологовий будинок	так	так
7	33	4-5	пологовий будинок	так	так
8	43	4-5	пологовий будинок	так	так
9	28	1-2	пологовий будинок	так	так
10	37	2-3	пологовий будинок	так	ні
11	29	1-2	пологовий будинок	так	так
12	28	1-2	пологовий будинок	так	так
13	24	0-1	пологовий будинок	ні	так
14	34	2-3	пологовий будинок	так	так
15	36	1-2	пологовий будинок	так	так
16	31	4-5	пологовий будинок	так	ні
17	25	1-2	пологовий будинок	так	ні
18	28	1-2	пологовий будинок	так	так
19	38	0-1	пологовий будинок	так	ні
20	35	0-1	пологовий будинок	так	так
21	41	1-2	пологовий будинок	так	так
22	34	0-1	пологовий будинок	так	так
23	36	2-3	пологовий будинок	так	так
24	35	0-1	пологовий будинок	так	так
25	27	0-1	пологовий будинок	ні	ні
26	37	1-2	пологовий будинок	так	так
27	38	0-1	пологовий будинок	так	так
28	40	0-1	пологовий будинок	так	ні
29	28	0-1	пологовий будинок	так	ні
30	40	2-3	пологовий будинок	так	так

Індивідуальні результати досліджуваних жінок з різних груп

№ п/п	Локус контролю (Д. Ротгер)		Первинні фактори характерологічних рис (МакКрає, Коста)				
	Екст.	Інтров.	Екстраверсія – інтроверсія	Прив'язаність – відокремленн я	Самоконтроль – імпульсивніст ь	Емоційна стійкість – неврвноваже ність	Експресив ність - практичніс ть
Жінки з групи А (народжували вдома)							
1	7	16	48	51	49	59	54
2	10	13	50	57	52	48	55
3	12	11	39	38	61	57	51
4	4	19	52	52	60	53	61
5	4	19	44	54	53	59	63
6	16	7	46	55	42	34	56
7	12	11	48	58	56	40	41
8	7	16	45	49	51	43	52
9	12	11	49	58	54	58	55
10	11	12	56	68	69	43	53
11	10	13	38	34	58	68	47
12	7	16	43	55	57	40	53
13	4	19	52	69	55	37	49
14	9	14	45	45	52	45	49
15	17	6	38	56	42	43	52
16	14	9	50	59	47	40	53
17	8	15	63	51	51	45	63
18	4	19	56	58	50	40	63
19	9	14	59	58	51	44	50
20	11	12	52	37	45	64	56
21	6	17	46	58	58	39	50
22	9	14	36	70	54	64	58
23	9	14	55	61	57	37	58
24	12	11	50	58	48	48	53
25	6	17	45	42	35	41	48
26	12	11	48	47	49	45	59
27	5	18	47	55	49	43	51
28	11	12	50	39	66	53	40

29	8	15	46	71	53	25	41
30	8	15	50	60	48	52	63
Жінки з групи Б (народжували в пологовому будинку)							
1	6	17	56	68	71	53	61
2	6	17	52	65	60	54	66
3	16	7	42	51	58	49	48
4	4	19	47	65	58	40	50
5	10	13	55	68	57	33	54
6	15	8	46	51	42	60	50
7	9	14	48	63	60	71	58
8	10	13	60	45	52	63	55
9	12	11	41	32	50	57	40
10	11	12	62	53	60	30	54
11	14	9	43	64	44	53	52
12	13	10	60	60	53	39	52
13	13	10	50	34	49	71	46
14	17	6	46	65	49	50	56
15	2	21	62	50	52	35	56
16	8	15	63	55	55	61	60
17	14	9	27	55	56	72	55
18	10	13	38	45	50	48	42
19	8	15	36	48	62	63	49
20	11	12	58	60	57	59	53
21	3	20	53	66	69	53	61
22	15	8	49	43	47	53	46
23	17	6	45	40	47	73	51
24	12	11	55	43	51	41	44
25	14	9	53	47	47	54	63
26	13	10	31	61	58	59	51
27	11	12	46	54	54	42	61
28	19	4	38	51	48	47	45
29	16	7	50	53	40	57	48
30	13	10	49	59	58	56	51

Програма психоедукації підтримки жінок у передпологовому періоді

День перший

1 година – консультація акушера-гінеколога направлена на виявлення особистісних протипоказань для проходження даної реабілітаційної програми чи її корекції під потреби жінки;

1 година – консультація психотерапевта (знайомство, обговорення кількості зустрічей, можливої проблеми, складання плану зустрічей).

День другий

40 хв. – консультація лікаря ЛФК направлена на визначення допустимих для конкретної жінки форм лікувальної фізкультури, так званих активних методів: різноманітні фізичні вправи, елементи спорту і спортивної підготовки, ходьба та інші циклічні вправи і види спорту, робота на тренажерах і ін.;

1 година – консультація лікаря-дієтолога направлена на вирішення проблемних чи з'ясувальних питань пов'язаних з харчуванням, наприклад, які продукти харчування можна вживати під час вагітності і т.п.

День третій

1 година – зустріч із психотерапевтом (робота направлена на розвиток і формування емоційної активності і поведінкової гнучкості, навчання механізмів усвідомленої саморегуляції. Основним засобом стабілізації психічного здоров'я жінок у передпологовому періоді є психоемоційна активність);

1 година – гімнастичні заняття в басейні з інструктором, в тому числі і групові заняття;

40 хв. – заняття з акушером гінекологом щодо формування загального уявлення про перебіг вагітності та пологів. Відповіді на питання.

День четвертий

40 хв. – консультація лікаря-фізіотерапевта направлена на визначення необхідних засобів реабілітації, таких як масаж, мануальна терапія, фізіотерапія;

1 година – оздоровча ритмічна гімнастика з кінезіологом з використанням вправ гімнастики для мозку.

День п'ятий

1,5-2 години – психологічний тренінг індивідуальний (форма активного навчання навичкам поведінки і розвитку особистості. У тренінгу учаснику пропонується виконати ті чи інші вправи, орієнтовані на розвиток або демонстрацію психологічних якостей або навичок. Ключовим принципом, що забезпечує ефективне навчання і розвиток, є постійне поєднання в тренінгу всіх форм діяльності: спілкування, гра, навчання, праця).

День шостий

1 година – зустріч із психотерапевтом з метою навчання самостійного виявлення кризових та нестабільних емоційних станів;

1 година – ЛФК для зміцнення м'язів тазового дна з інструктором (індивідуальне заняття).

День сьомий

1 година – гімнастичні заняття в басейні з інструктором, в тому числі і групові;

1 година – заняття з психологом з метою роз'яснення та використання технік та методик стабілізації стану вагітної (терапія АСТ та майнфулнес).

День восьмий

1,5 години – оздоровчий руховий тренінг (групове заняття) (заняття під керівництвом досвідченого тренера китайської гімнастики, в якій використовуються техніки контролю руху тіла і думки, комплекс спрямований на лікування і зміцнення всього організму, покращує фізіологічні функції, підвищує якість життя, виховує дух);

1 година – заняття з акушером гінекологом та доулою щодо питання відповідального вибору місця пологів.

День дев'ятий

1 година – зустріч з психотерапевтом;

1 година – оздоровча ритмічна гімнастика з кінезіологом з використанням вправ гімнастики для мозку.

День десятий

1 година – ЛФК для зміцнення м'язів тазового дна з інструктором (індивідуальне заняття);

1 година – заняття на реабілітаційних тренажерах під контролем інструктора ЛФК.

День одинадцятий

1 година – гімнастичні заняття в басейні з інструктором, в тому числі і групові (аквааеробіка);

40 хв. – зустріч з юристом щодо питання законодавчого аспекту пологів вдома та у пологовому будинку.

День дванадцятий

1 година – зустріч з психотерапевтом;

1 година – оздоровча ритмічна гімнастика з кінезіологом з використанням вправ гімнастики для мозку.

День тринадцятий

30 хв. – ЛФК для зміцнення м'язів тазового дна з інструктором (індивідуальне заняття);

1 година – заняття на реабілітаційних тренажерах під контролем інструктора ЛФК.

День чотирнадцятий

1 година – оздоровчий руховий тренінг (групове заняття).

1 година – зустріч з акушером-гінекологом щодо ризиків та наслідків пологів вдома та у пологовому будинку.

День п'ятнадцятий

1 година – оздоровча ритмічна гімнастика з кінезіологом з використанням вправ гімнастики для мозку;

1 година – зустріч з психотерапевтом щодо навчання навикам стабілізації стану тривоги та страхів.

День шістнадцятий

30 хв. – ЛФК для зміцнення м'язів тазового дна з інструктором (індивідуальне заняття);

1 година – заняття на реабілітаційних тренажерах під контролем інструктора ЛФК.

День сімнадцятий

1 година – оздоровчий руховий тренінг (групове заняття).

1 година – зустріч з доулою (за потреби).

День вісімнадцятий

1 година – гімнастичні заняття в басейні з інструктором, в тому числі і групові (аквааеробіка);

1 година – оздоровча ритмічна гімнастика з кінезіологом з використанням вправ гімнастики для мозку.

День дев'ятнадцятий

30 хв. – ЛФК для зміцнення м'язів тазового дна з інструктором (індивідуальне заняття);

1 година – заняття на реабілітаційних тренажерах під контролем інструктора ЛФК.

День двадцятий

1 година – зустріч із психотерапевтом з близькими вагітних;

1 година – оздоровча ритмічна гімнастика з кінезіологом з використанням вправ гімнастики для мозку.

День двадцять перший

1 година – гімнастичні заняття в басейні з інструктором, в тому числі і групові (аквааеробіка);

1 година – зустріч з психологом щодо навчання технікам стабілізації свого емоційного стану (в тому числі технікам АСТ та майнфулнес).

День двадцять другий

1 година – заняття на реабілітаційних тренажерах під контролем інструктора ЛФК.

1 година – оздоровчий руховий тренінг (групове заняття).

День двадцять третій

1 година – зустріч з психотерапевтом;

1 година – оздоровча ритмічна гімнастика у вигляді танцювально-рухової терапії з використанням рухів латино-американської програми, яка відбувається під керівництвом хореографів.

День двадцять четвертий

1 година – заняття на реабілітаційних тренажерах під контролем інструктора ЛФК.

1 година – оздоровчий руховий тренінг (групове заняття).

День двадцять п'ятий

1 година – гімнастичні заняття в басейні з інструктором, в тому числі і групові (аквааеробіка);

30 хв. – зустріч з акушером-гінекологом та фізіотерапевтом з метою навчання психофізіологічним технікам, які потрібні під час пологів.

День двадцять шостий

1 година – заняття на реабілітаційних тренажерах під контролем інструктора ЛФК.

1 година – оздоровча ритмічна гімнастика з кінезіологом з використанням вправ гімнастики для мозку.

День двадцять сьомий

1 година – зустріч з психотерапевтом;

1 година – заняття на реабілітаційних тренажерах під контролем інструктора ЛФК.

День двадцять восьмий

1 година – оздоровча ритмічна гімнастика з кінезіологом з використанням вправ гімнастики для мозку;

1 година – гімнастичні заняття в басейні з інструктором, в тому числі і групові (аквааеробіка).

День двадцять дев'ятий

1 година – заняття на реабілітаційних тренажерах під контролем інструктора ЛФК;

40 хв. – зустріч з психологом та неонатологом щодо розвитку дитини та її потреб на різних етапах вагітності.

День тридцятий

1 година – зустріч з психотерапевтом;

1 година – оздоровча ритмічна гімнастика з кінезіологом з використанням вправ гімнастики для мозку.

День тридцять перший

1 година – гімнастичні заняття в басейні з інструктором, в тому числі і групові (аквааеробіка).

40 хв. – зустріч з психотерапевтом за власним запитом (індивідуально).

Сесії із психотерапевтом

1 сесія з психотерапевтом

Діагностика суб'єктивного сприйняття пологів у жінок, відповідно та їх особистісного стилю переживання вагітності.

Детальніше описано у 2 сесії. 2 сесії спрямовані ви виявлення проблемних запитів.

2 сесія з психотерапевтом

Діагностика психологічної готовності до пологів. Виявлення уявлень про майбутні пологи (партнерські, альтернативні, у пологовому будинку).

У психологічну готовність до пологів входить: мотивація до пологової діяльності, орієнтовна основа діяльності, наявність засобів провадження діяльності. Всі ці позиції можуть бути використані для психологічної діагностики готовності до пологів, на підставі якої можна виділити мішені корекційної, формуючої та терапевтичної психологічної роботи.

Мотиваційна готовність до пологів полягає в адекватному уявленні жінки про результат пологів та усвідомлену спрямованість на його досягнення. Об'єктивно таким результатом є народження здорової дитини. Однак на практиці тривоги та страхи, пов'язані з процесом пологів, нерідко стимулюють орієнтацію на уникнення неприємностей під час пологів, а в деяких випадках фіксацію на самому процесі пологів, а не на його результаті.

Орієнтовна основа діяльності полягає в адекватному уявленні про процес пологів, свої відчуття, дії медичного персоналу і взаємодію з ним. У цьому відношенні також існує безліч страхів та міфів. Уявлення про пологи формується у жінок під впливом розповідей інших жінок, які народжували, відомостей зі ЗМІ, літературних джерел і т. п. Ці відомості найчастіше виявляються спотвореними, що містять фіксації на найбільш несприятливих моментах.

Засобами здійснення даної діяльності є знання та навички жінки по поведінці під час пологів, способи дихання та розслаблення, пози під час потуг, поведінка на потугах та у післяпологовому періоді. Саме цьому найчастіше присвячені курси підготовки до пологів. Однак обговорення з жінками цих питань у процесі консультування та дані діагностичних досліджень показують, що вагітні не завжди правильно розуміють запропоновані рекомендації, періодично не можуть достатньо ефективно використати показані ним способи поведінки. У даному випадку метою діагностики є виявлення уявлень жінок про етапи пологів, поведінку персоналу, можливості та способи конструктивної взаємодії з іншими учасниками пологів. Особливого значення має діагностика готовності подружньої пари до спільних пологів: ставлення до ролі кожного їх, освоєння способів взаємодії кожному етапі пологів, потреба жінки у допомозі і підтримці й уміння партнера їх надати.

Найбільш оптимальний варіант – це використання комплекту з прямих (опитувальники, анкети на тривожність, емоційні стани, ставлення до материнства, ставлення до болі тощо) та проєктивних (малюнки та графічні) методик. Для практичної психологічної роботи набір таких методик має бути невеликим і інтерпретація матеріалів цих методик має бути досить швидкою та евристичною.

3 сесія з психотерапевтом

Інформування стосовно сучасних тенденцій допомоги під час пологів. Партнерські пологи. Альтернативні пологи. Бесіда щодо вибору місця народження дитини (проводиться після заняття з акушером-гінекологом та доулою).

Інформування щодо можливого впливу з боку перинатального інструктора. Шляхи запобігання таким маніпуляціям (є можливість виникнення у жінки сумнівів, тривог та у подальшому – страху).

4 сесія з психотерапевтом

Використання проективного методу сказкотерапії з метою виявлення прихованих тривог чи негативних прогнозів у жінки. Ми пропонуємо використати складання під наглядом психотерапевта казки про пологи. По завершенню і отриманню ресурсу використовуємо арт-терапевтичну проективну методику малювання з метою вивільнення підсвідомих страхів прогнозування жінки. Обов'язковою є робота інтерпретації результатів, детальний розбір разом із жінкою її робіт. Обговорення результатів та висновків, які були зроблені вагітною під час роботи. Особливо звертаємо увагу на жінок, які обирають альтернативні пологи. Виявляємо внутрішні конфлікти, утвердження, які призводять до даного вибору місця пологів.

5 сесія з психотерапевтом

Інформування щодо синдрому-твердження «страх – напруження – біль». Бесіда про причини виникнення больових відчуттів під час пологів, механізм виникнення болі. Під час бесіди відбувається спостереження та фіксація прихованих страхів та тривог вагітною з метою подальшої роботи з даними станами та відчуттями.

Психотерапевтична робота з формування впевненості породіллі та надання підтримки. Техніка «Я обираю свої дії самостійно». На аркуші А4 пишемо великими літерами «Я роблю дії, тому що обираю їх самостійно. Я сама формую своє життя з любов'ю до себе та до своєї дитини.» (фразу можна корегувати у відповідності із відчуттями жінки). Потім вагітна зминає і кладе аркуш у сумочку, яка завжди з жінкою. Фразу повторює жінка постійно, коли натикається на зім'ятий аркуш. Зазначає дію, яку зараз робить і повторює написану фразу. Наприклад: «Я зараз обираю випити у прохолодому кафе келих яблучно-моркв'яного фрешу. Я обираю це самостійно, тому що формую своє життя з любов'ю до себе та своєї дитини» або «Я обираю повернутися з прогулянки раніше, роблю цей вибір самостійно і свідомо, тому що відчуваю що так дійсно мені потрібно. Тому що я формую своє життя з любов'ю до себе та до своєї дитини».

Таким чином не лише впливаємо на впевненість жінки щодо її вибору повсякденних дій, але і формуємо впевненість на більш глобальному рівні самовпевненості, самоприйняття, самокерівництва, ставлення до себе та зменшуємо вплив оточення на дії жінки.

6 сесія з психотерапевтом

Психотерапевтична робота із виявленими страхами.

З вагітними доречно обирати проективні та арт-терапевтичні техніки роботи, адже вони спрямовані не лише на виведення страхів у свідомість, але і допомагають зменшити і пропрацювати напруження, яке відчуває жінка, але не може сформулювати або прояснити, тобто звільняю від напруження на підсвідомому рівні.

Ми пропонуємо використати техніку малюнку на вологих серветках фарбами. Пропонуємо жінці намалювати свій страх. Це можуть бути як дійсно малюнки, так і доволі

абстрактні деталі, п'ятна. Після того як розмальована серветка уточнюємо наскільки неприємно дивитися на серветку. Звісно буде неприємно і ми пропонуємо викинути її і намалювати ще щось. Малюємо до тих пір, доки жінка не скаже, що не хоче більше малювати страх, а хоче намалювати щось гарне. Тоді пропонуємо намалювати їй це і зберегти як нагадування її внутрішньої сили та спокою.

Під час роботи психотерапевт може уточнювати, спрямовувати жінку, виводячи все накоплене напруження та тривоги у свідомість. Але, якщо жінка хоче мовчати і лише малювати не наполягаємо. Виявляємо розуміння, довіру до переживань та підтримку.

Сесія 7 з психотерапевтом

Психотерапевтична практика з техніками системно-родового підходу, спрямована на розуміння підтримки її родової системи. Проективний метод розстановки «Пологи». Дозволяє на підсвідомому рівні поглянути на силу жінки, її розкриття материнського інстинкту, досягти розуміння того, що всі жінки у родовій системі упоралися з пологами. Якщо ж виявиться, що в анамнезі родової системи були негативні пологи і на цей рахунок виявлені страхи, то визнаємо страх, проговорюємо від кого він прийшов та віддаємо його даній жінці. Наприклад: «Я визнаю, що в мене є страх негативних пологів. Цей страх передала мені Ім'я (ім'я предка чи родички), яка пережила цей досвід. Він був важливий для мене, тому що завдяки цьому страху я почала більш ретельно ставитися до свого здоров'я та слідкувати за вагітністю (підставити те, що дійсно дав страх жінці). Але зараз мені вже цей страх непотрібний, він виконав свою функцію, тому я повертаю його тобі, Ім'я (тої жінки, яка пережила негативний досвід пологів). Я пам'ятаю тебе і приймаю твій важкий досвід, щоб він не був марним. З подякою та любов'ю до тебе!».

Доречно техніку проводити не з самою вагітною жінкою, а з її матір'ю.

Сесія 8 з психотерапевтом

Навчання технікам концентрації уваги, використовуючи техніки психотерапевтичного методу відповідальності та прийняття (АСТ) та майндфулнесс .

Сесія 9 з психотерапевтом

Враховуючи пройдені етапи індивідуальної психотерапевтичної роботи з можливими тривогами та страхами (які виникають на підсвідомому та свідомому рівнях), ще раз піднімаємо питання вибору місця майбутніх пологів.

Допомагаємо зрозуміти вагітній, де її свідомий вибір, а в яких випадках діють стереотипи. Якщо жінка наполягає на домашніх пологах обов'язково обговорюємо можливість альтернативних пологів, інформуємо та акцентуємо увагу на всіх важливих питаннях та їх поєднанню (медичний, психологічний, соціальний, законодавчий аспекти).

Сесія 10 з психотерапевтом

Проводиться за індивідуальним запитом вагітної.

Якщо запит відсутній, то проводимо підсумкову роботу. Закріплюємо досягнуте. Надаємо пам'ятку з техніками релаксації. Але обов'язково показуємо як правильно їх виконувати. Особливо, якщо техніки пов'язані з диханням.

Техніки майнфулнес та терапії прийняття (АСТ)

Техніка «Сканування моменту»

1. Заведіть будильник через певні інтервали часу протягом дня. Скажімо, щогодини чи кожні дві.

2. Де б не застав вас сигнал, дайте собі кілька секунд на уважне спостереження за тим, що зараз з вами відбувається:

- Ви стоїте чи сидите?
- Можливо, щось їсте чи п'єте.
- Чи відчуваєте десь біль чи напругу?

3. Потім розширте спектр уваги:

- Де ви знаходитесь – на вулиці чи в приміщенні?
- Які звуки та запахи вас оточують?
- Через які кольори та форми проявляється простір навколо вас?

4. І на завершення – пройдіть ще трохи далі:

- Яка якість ваших думок та почуттів?
- Чи переживаєте про щось?
- Радуетесь чи засмучуєтесь?
- Згадуєте минулі події чи будете плани?

Таке тренування уваги допоможе вам більше бути присутнім у своєму житті та створить стійку основу для твердого кроку вперед.

Техніка «Чотири питання»

Варіант попередньої вправи. Протягом дня ставте собі чотири запитання:

- Про що я зараз думаю? Що я відчуваю? Що я роблю? Що я хочу робити?

Ці прості питання здатні уточнити ваші емоційні координати та задати напрямок на більш приємну та плідну діяльність.

Техніка «Що в моєму гардеробі?»

Звичайно, будь-яка людина приблизно знає, який одяг знаходиться в її гардеробі.

Але спробуйте провести експеримент. Зав'яжіть очі і постарайтеся на дотик визначити кожну річ, що лежить на полиці.

Така гра відкриє ті якості, які ви раніше могли не помічати. Наприклад, звичка носити колючий светр могла так автоматизуватися, що ви не помічали, чому в ньому у вас псується настрій.

Усвідомлений підхід до гардеробу допоможе простежити зв'язок між вашим зовнішнім виглядом та внутрішніми відчуттями.

Техніка «Називання емоцій»

Емоційний стан часто буває настільки багатограним, що його важко визначити одним словом. Але завжди можна виявити загальний тон.

Ця вправа на прокачування емоційного інтелекту.

Приділіть кілька хвилин самодослідженню. Як ви можете позначити основну емоцію, яку ви відчуваєте прямо зараз? Назвіть її одним словом.

А потім придумайте кілька синонімів, які б відображали щось подібне, тільки з різною експресивною оцінкою – від найслабшої до абсурдно перебільшеної.

Наприклад, якщо ви виявили, що відчуваєте роздратування, ряд може бути таким:

...передчуття – хвилювання – нетерпіння – збудженість – роздратування – ураженість – невдоволення – обурення – лють – сказ...

Правильних відповідей тут немає. Шкала у кожного буде своєю.

Таке тренування зможе уберегти вас від стресу під час емоційного шторму.

Техніка «Музика дихання»

Знайдіть спокійне містечко, де вас кілька хвилин ніхто не турбує. Сядьте та прислухайтеся до свого подиху. Не намагайтеся дихати глибше чи повільніше – просто спостерігайте.

Уявіть, що ваш подих – це музика. І намагайтеся розрізнити, яку мелодію воно народжує? Пограйте із цією мелодією. Напийте її вголос або про себе.

Потім підключіть тіло. Потанцюйте під цю мелодію. Яким би не виходив ваш танець – чи то розгонисті па чи мікрорухи, ледь помітні збоку. Дозвольте тілу вести вас за собою.

Дайте відповідь собі на запитання: яке напугтя у своє повсякденне життя ви могли б взяти з собою з цього танцю?