

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА
ПСИХОТЕРАПІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Особливості психологічної готовності жінок до материнства

Здобувачки 2 курсу КП-242 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Наталії КОВАЛЬЧУК
(прізвище та ініціали)

Керівники

Дар'я ТРОФІМОВА, к.психол.н., доц.,
Сергій СИТНИК, д.мед.н., проф.
(прізвище та ініціали, вчене звання, науковий ступінь)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол №11 від «22» червня 2026р.

Зав. кафедри клінічної психології _____
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові) Д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.

Зав. кафедри соціальної психології _____
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові) к.психол.н., доц., Трофімова Д.О.

Київ—2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ЖІНОК ДО МАТЕРИНСТВА	8
1.1. Готовність жінок до материнства.....	8
1.2. Підходи до розуміння чинників психологічної готовності жінок до материнства.....	22
1.3. Емпіричне вивчення психологічних особливостей жінок репродуктивного віку	29
1.4. Концептуальна модель дослідження.....	32
Висновки до розділу I.....	34
РОЗДІЛ II. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	37
2.1. Методи і методики дослідження	37
2.2. Характеристика досліджуваної вибірки	44
2.3. Валідність та статистична значущість даних вибірки	48
Висновки до розділу II.....	58
РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ЖІНОК ДО МАТЕРИНСТВА.....	61
3.1. Порівняльний аналіз та описова статистика	61
3.2. Аналіз взаємозв'язків чинників психологічної готовності жінок до материнства.....	80
3.3. Практичні рекомендації щодо формування психологічної готовності до материнства у жінок репродуктивного віку	92
Висновки до розділу III	98
ВИСНОВКИ	101
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	104
ДОДАТКИ.....	114

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота присвячена вивченню особливостей психологічної готовності жінок різного віку до майбутнього материнства. Дослідження проводилося в листопаді 2025 – квітні 2026 року серед українських жінок віком від 20 до 50 років, які мають дітей та які ще не народжували. У дослідженні взяло участь 80 учасниць. В роботі використано комплекс теоретичних, емпіричних та математико-статистичних методів дослідження. Визначено теоретичні підходи до психологічної готовності жінок до материнства. Досліджено структуру репродуктивних переконань, ставлення до дітей та сімейних ролей, особливості психоемоційного стану жінок та їх взаємозв'язок.

На підставі теоретичного аналізу з'ясовано, що психологічна готовність жінок до материнства є багатокомпонентною та залежить від біологічних, особистісних, соціальних, культурних та історичних аспектів. Емпірично було доведено, що є зміни в ціннісно-мотиваційній сфері прийняття рішення щодо готовності до материнства, а також дані показали, що сенс материнства має більше значення ніж психоемоційний стан.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягають у тому, що вперше з початку війни досліджено структуру репродуктивних переконань, визначено які зміни відбулися в ціннісно-мотиваційній сфері жінок.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

Психологічна готовність до материнства, репродуктивні переконання, сімейні установки, тривога, депресія, відкладене материнство, алекситимія.

ВСТУП

Обґрунтування актуальності теми. Репродуктивна здатність людства до відтворення та продовження свого роду завжди буде актуальною темою, оскільки вона безпосередньо пов'язана із інстинктом виживання та існуванням людства. За останні роки можна знайти численні дослідження, які вивчають чинники та особливості психологічного та емоційного стану жінок різної вікової категорії в пренатальному та постнатальному періоді. Дану тему досліджують з року в рік. Готовність жінки до материнства залежить від комплексу різних чинників, які можна звести до факторів біопсихосоціального підходу. Ці фактори, які визначаються генетичними, біологічними, психологічними, соціальними, екологічними, економічними та культурними чинниками, є динамічними. Ми не можемо виключати того факту, що світ стрімко змінюється, відбуваються глобальні зміни в різних сферах життя. Так, за останні 5 років українське суспільство пережило карантин та соціальний локдаун, тривалий військовий стан та актуалізацію базових безпекових потреб, зміну культурних цінностей через активацію національної приналежності та загострення мовного питання. Паралельно із цим відбувається стрімкий розвиток медицини, яка наразі пропонує низку допоміжних репродуктивних технологій, які значним чином впливають на продовження репродуктивного віку жінки та можливість мати відкладене материнство. Тривожним є той факт, що рівень народжуваності в Україні під час війни впав до критично низьких показників, сягнувши антирекорду в історії країни. Загалом у світі середній показник відтворення населення складає 2,2 дитини на одну жінку дітородного віку, в країнах ЄС, де є складна демографічна ситуація, – 1,5. За даними Міністерства соціальної політики (2025) в Україні до початку великої війни цей показник складав 1,16, а тепер упав до 0,9. Одночасно із цим соціальними мережами активно пропагується індивідуалістичний стиль життя, егоцентризм та фемінізм – повернення до себе, вибір себе, самодостатність, рівність та суперництво із чоловіками, кар'єризм. Відбувається зміна ролі жінки в суспільстві та родині. Всі ці разом узяті чинники складають ту багатовимірність простору та поліморфізм

суспільства, що потребують постійної адаптації та пристосування, самовизначення та самоідентифікації, переоцінку своїх сенсів та цінностей. Глобальні зміни завжди ставлять екзистенційні питання перед людством. На фоні загальної суспільної кризи материнство, як подія, стан та процес, може посилити екзистенційну кризу, оскільки воно часто супроводжується глибоким переосмисленням себе, пошуком нового сенсу життя та зміною системи цінностей. Саме тому важливо дослідити психологічну готовність жінок до материнства через вивчення їх репродуктивних переконань та ставлення до материнства, встановити, що впливає на рішення жінок щодо вагітності та перевірити чи корелює готовність до материнства із рівнем тривоги та депресії.

Теоретико-методологічна основа дослідження. Психологічна готовність жінки до материнства розглядається в науковій літературі як багатокомпонентне явище, що включає мотиваційно-ціннісну сферу (мотив народження дитини, індивідуальні життєві сенси, готовність до відповідальності), емоційно-афективну сферу (психічна готовність, переживання майбутньої ролі матері), когнітивну (усвідомлення та сприйняття ролі, знання про догляд та виховання дитини) і поведінкові аспекти (вчинки та вибори). Значну увагу темі материнства та взаємодії мати-дитина в своїх роботах відводять такі видатні психологи як З. Фрейд, М. Кляйн, К.Г. Юнг, Е. Еріксон, К. Роджерс, Е. Фромм, Дж. Боулбі, Д. Віннікотт, У. Біон, М. Ейнсуорт, Р. Мей, К. Хорні, Л. С. Виготський, І. С. Кон, Г. С. Костюк, С.Д. Максименко. За останні роки активною розробкою проблематики психологічної готовності до материнства займалися українські вчені: Бацилева О. В., Астахов В. М., Пузь І. В., Канюка С.І., І. Анчева, М. Галицька, Н. Яремчук, Г. Шевчук, Є. Підчасов, Н. Чепелєва, О. Мітіна, І. Томаржевська, К. Мілютіна, Л. Гаврилюк та ін.

Об'єкт дослідження: готовність до материнства жінок репродуктивного віку.

Предмет дослідження: психологічні чинники та структура формування готовності до материнства у жінок репродуктивного віку.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічну структуру і чинники формування готовності до материнства у жінок репродуктивного віку.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретико-методологічні підходи до вивчення психологічної готовності жінок до материнства у вітчизняній та зарубіжній науці.

2. Емпірично вивчити особливості репродуктивних установок, сімейних переконань та емоційних станів у жінок репродуктивного віку, які не мають дітей.

3. Виявити та описати взаємозв'язки між компонентами психологічної структури готовності до материнства та її основними чинниками.

4. Сформулювати практичні рекомендації для психологів щодо супроводу процесу формування готовності до материнства та для жінок репродуктивного віку щодо психологічної підготовки до материнства.

Методи дослідження. В процесі дослідження було застосовано:

- теоретичні методи: класифікація, систематизація, порівняння та узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень;

- емпіричні методи: тестування, анкетування. Рольовий опитувальник дітородіння (РОД-2) М.М. Родштейн, методика вивчення батьківських установок PARI (Parental attitude research instrument PARI) Е.С. Шефєра, Р.К. Белла (адаптація Т.В. Нещерет), Торонтська шкала алекситимії TAS-20 (адаптація В.В. Василюк, І.І. Шаповал, Є.І. Шалковський, А.О. Клебанська, М.А. Станіславчук) та Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS (Hospital anxiety and depression scale).

- статистичні методи: статистичний аналіз даних. Обчислення реалізовано за допомогою спеціалізованої мови програмування для статистичних розрахунків Jamovi.

Характеристика вибірки. Загальна кількість осіб, які прийняли участь у дослідженні, 87 учасниць. Дослідження проводилося з листопада 2025 до квітня

2026 року серед українських жінок віком від 20 до 50 років. Вибірка склала 43 респондентки, які ще не народжували та 44 респондентки, які вже мають дітей. Також було виділено 3 вікові групи досліджуваних:

- перша група: жінки 20-29 років (20 осіб);
- друга група: жінки 30-39 років (32 осіб);
- третя група: жінки 40-49 років (35 особи).

Дослідницькі питання.

1. Яка структура і зміст репродуктивних установок та материнських переконань жінок, які не мають дітей?
2. Які принципові відмінності в переконаннях та установках щодо психологічної готовності до материнства у жінок, які ще не народжували?
3. Чи існує кореляція між рівнем тривоги, депресії та алекситимії із психологічною готовністю до материнства жінок, які ще не мають дітей та з їх батьківськими переконаннями?

Теоретична значущість роботи. На основі аналізу наукової літератури висвітлено перелік чинників, які формують психологічну готовність жінок до материнства. Встановлено особливості взаємозв'язку репродуктивних переконань та ставлення до материнства із репродуктивною пасивністю у жінок середнього віку, які не мають дітей. Розроблено концептуальну модель психологічної готовності жінок до материнства та програму емпіричного дослідження.

Практична значущість роботи. На основі результатів дослідження запропоновані практичні рекомендації щодо психопрофілактичної роботи із жінками та сімейними парами, а також консультативні рекомендації для психологів та психотерапевтів у психологічному консультуванні жінок, які вагаються чи мають виражені тривоги щодо материнства. Отримані дані емпіричного дослідження можуть бути використані для розробки психоедукаційних заходів про планування та психологічну підготовку молодих жінок до материнства.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ЖІНОК ДО МАТЕРИНСТВА

1.1. Готовність жінок до материнства

Психологічна готовність жінки до материнства є складним, багатовимірним і динамічним феноменом, який охоплює широкий спектр особистісних, соціокультурних, біологічних, психічних та ціннісних характеристик. У сучасних суспільствах, де трансформації сімейних структур, гендерних ролей і соціальних очікувань стають дедалі масштабнішими, питання готовності до материнства набуває особливої актуальності. Материнство перестає бути виключно біологічною подією – воно перетворюється на психологічний, соціальний та екзистенційний процес, який вимагає від жінки інтеграції власних життєвих сенсів, цілей та ресурсів. Жінки все частіше помірковано підходять до питання реалізації своєї репродуктивної функції та більш свідомо зважують свій вибір щодо материнства. І це якісна зміна, яка відбулася в свідомості людей за останнє століття. Раніше контроль народжуваності відбувався здебільшого біологічним шляхом через переривання вагітності та в кращому випадку контрацепцією. Тобто материнство могло статися в будь-який момент із будь-ким і питання залишати дитину чи ні розв'язувалось зі допомогою лікарів. На теренах України до II світової війни поширеними були великі сім'ї, які налічували значну кількість дітей до 12 осіб, і жінка могла народжувати щороку доки дозволяла її репродуктивна функція тіла. Поширеними були переконання, що материнство підпорядковується ідеї державного блага, а не особистісним бажанням чи пріоритетам. Це природня необхідність з підпорядкованою роллю жінки до обов'язкового виконання обов'язку в суспільстві до народження та виховання дітей. Перші спроби осмислити індивідуальну готовність жінки до материнства почали з'являтися у 20 сторіччі, коли було покладено початок аналітичних теорій розвитку.

Упродовж століть різні наукові школи від класичного психоаналізу до когнітивно-поведінкової та гуманістичної психології пропонували власні пояснення природи материнства. Ми здійснили спробу систематизувати теоретико-методологічні підходи до вивчення психологічної готовності жінок до материнства. В даній роботі представлено аналіз зарубіжних і сучасних українських концепцій, а також окреслено інтегративний погляд на проблему.

Початки наукового осмислення психологічного виміру материнства пов'язані з психоаналітичним підходом. Зигмунд Фройд розглядав материнство, як один із варіантів розвитку жіночої сексуальності, де народження дитини може слугувати компенсаторним механізмом для подолання внутрішніх конфліктів, а також для заповнення відчуття біологічної недостатності. Вчений описує етап розвитку, коли дівчинка репрезентує бажання мати дитину як символічну компенсацію відсутності пенісу. В своїй фундаментальній праці «Три нариси в теорії сексуальності» Фройд вперше закладає основи психосексуального розвитку, де описує дитячу сексуальність та інтерес до геніталій [86]. Впродовж фалічної стадії, 3-6 років, дівчинка помічає анатомічну різницю між статями і вона сприймає відсутність пеніса як власну «неповноцінність» або результат кастрації. Пізніше в ключовій статті «Деякі психологічні наслідки анатомічної різниці між статями» видатний науковець детально описує, як дівчинка реагує на виявлення пеніса у хлопчика, відчуває себе обділеною, що в свою чергу запускає формування жіночого варіанту Едіпового комплексу – комплексу Електри. Дівчинка починає звинувачувати матір у тому, що та «не дала» їй цей орган, і переносить свою увагу на батька, сподіваючись отримати пеніс від нього [87]. Так, в наступній роботі «Жіночність» Фройд пояснює перехід дівчинки від любові до матері до любові до батька через образу на матір за «недосконалу» анатомію. Тут він також вводить ідею рівності: «дитина = пеніс» [88]. Тобто Фройд вважав, що згодом це бажання трансформується у прагнення народити дитину, особливо сина, що стає символічним заміником відсутнього органу. Невирішений конфлікт заздрості, за Фройдом, міг призводити до формування «чоловічого комплексу» – надмірної амбітності чи інтелектуалізму як спроби

компенсувати фізичну ущербність. Зараз таке бачення може здатися нам застарілим в сучасному світі та на нашу думку ми не можемо повністю відкидати такий сценарій, коли бажання жінки мати владу може реалізовуватися через народження та виховання сина, в якого вона вкладає всі свої ідеї та через якого вона може їх втілити в життя. І досі існують культури та сім'ї, де жінка отримує визнання в родині тільки після народження дитини. Тож хоча погляд Фройда часто критикують за біологічний детермінізм, його ідея про роль раннього досвіду та емоційних зв'язків у формуванні здатності до материнства стала фундаментальною для подальших досліджень.

Карен Хорні, на відміну від Фройда, наголошувала на соціально-психологічних чинниках формування материнської ролі. Вона була однією з перших, хто відкрито кинув виклик фрейдиським теоріям, перенісши фокус із біології на соціокультурні чинники. «Жінку формує не біологія сама по собі, а ті соціальні й культурні умови, у яких вона зростає» [91]. «Наше уявлення про жіночу природу значною мірою створене традиціями та очікуваннями суспільства, а не внутрішніми якостями жінки» [41]. Тобто вона стверджувала, що потреба в материнстві не є винятково біологічною – вона значною мірою формується через досвід стосунків у сім'ї, почуття безпеки й прийняття. «Те, що ми вважаємо природними жіночими прагненнями, часто є лише реакцією на ті ролі, які нав'язує культура». Хорні пише про ідеал материнства як соціальну конструкцію, хоча не використовує сам термін «ідеальна матір»: «Багато ідеалів, які приписують жінці – самопожертва, смирення, всепрощення – значною мірою є вимогами культури, створеними для підтримки певного образу жіночості». Це висловлювання напряду стосується того, як культура формує «ідеальну матір». Підвищення вимог суспільства до жінки збільшує її прагнення до досконалості. Це стає безжальними внутрішніми вимогами, які роздирають душу матері, Хорні називала їх «тиранією повинності» – терміном, який є однією з центральних концепцій її пізньої та найвідомішої праці «Невроз і людський розвиток» (1950) [91]. Саме в цій роботі Хорні описує, як людина створює свій «Ідеалізований Образ» через соціальний тиск. Щоб відповідати цьому недосяжному ідеалу,

виникає система внутрішніх диктаторських вимог: «я маю», «я мушу», «я зобов'язана». Жінка, яка охоплена таким імперативом, дійсно переконана, що вона має бути карколомно успішною, неймовірно точною, завжди і тільки люблячою, абсолютно неогоїстичною, мати особливу роботу, надзвичайного партнера, найкращих дітей і т.д. Її погляди досі актуальні, і зараз такий тиск «ідеальної матері» продовжують здійснювати соціальні мережі, де ідеалізований образ з картинок стирає справжні, істинні бажання жінки такою мірою, що жінка не може відрізнити, що їй дійсно потрібно, а що вона просто має виконувати в житті.

Карл Густав Юнг трактував материнство через архетип Великої матері – універсальний символ турботи, захисту та піклування. «Архетип Матері є одним із найпотужніших та найвизначніших: він утілює початок, захист, тепло, родючість і оновлення – ті якості, що з глибин несвідомого формують жіночу ідентичність та уявлення про материнство» [101]. Психологічна готовність до материнства у юнгіанській перспективі пов'язана з інтеграцією цього архетипу, що дозволяє жінці усвідомити власні глибинні тенденції до турботи й формування емоційного зв'язку з дитиною. «Материнські почуття жінки не зводяться до її особистого досвіду; вони живляться глибинами колективного несвідомого, яке визначає її ставлення до дитини та жіночу ідентичність загалом» [98]. «Жіноча психіка, у своїх глибинних структурах, спрямована до материнства як одного з найважливіших шляхів самореалізації, незалежно від того, чи здійснюється воно фактично» [103]. Колективне несвідоме функціонує як спільний фонд знань, де материнство виступає одним із найдавніших і найважливіших елементів людської психіки. Колективне несвідоме є сховищем предкових інстинктів, досвіду та спільних образів, сформованих еволюцією. Материнський архетип впливає на індивідуальне сприйняття жінкою своєї ролі та на формування уявлень про матір у суспільстві. В залежності від того, як пройшла інтеграція материнського архетипу, жінки або можуть жертвувати собою, або поглинати та проявляти гіперконтроль. Архетип «Великої Матері» – це не просто жінка-мати, а універсальний символ, що включає позитивні аспекти

– турбота, живлення, творення, плекання життя, та негативні – поглинання, руйнування, всемогутній контроль. Архетип «Пожираючої Матері» – це темна, руйнівна сторона материнського архетипу в аналітичній психології Юнга, що уособлює несвідому, поглинаючу енергію. Вона не просто не дає життя, а «ковтає» його назад, позбавляючи дитину самостійності, волі та індивідуальності через надмірну опіку, маніпуляції або психологічний тиск. Архетип Великої Матері – це фундаментальний образ у психології Карла Юнга, що втілює жіноче начало, родючість, турботу та захист. Це прадавній символ матері-землі, що дарує життя, уособлює дім, безпеку, самовідданість.

Тут розкривається суть того, що материнська функція за Юнгом не зводиться суто до народження дітей, вона може реалізовуватися через дбайливе ставлення до інших оточуючих, або до реалізації своїх бажань та потреб. Ми можемо побачити прояв материнського архетипу в негативному сенсу у сучасних жінок через гіперопіку, самовідданість, жертвовність, надмірний та всемогутній контроль та інфантилізацією. Якщо ж жінка не обирає народжувати дитину, вона спрямовує дію материнського архетипу на власний розвиток та самореалізацію. Тобто жінки використовують свою «материнську функцію» на створення власних проєктів, бізнесів, побудову та розвиток команди.

У середині XX століття психоаналітична традиція значно еволюціонувала. Джон Боулбі заснував теорію прив'язаності, яка змінила уявлення про материнство, акцентувавши його ключову роль у формуванні базового відчуття безпеки. Психологічна готовність у цьому контексті визначається як здатність матері забезпечувати емоційну стабільність, підтримку та чуйність. Боулбі наголошував, що материнська поведінка формується не лише особистими рисами, а й середовищем. «Відчуття безпеки у дитини значною мірою залежить від того, наскільки мати здатна забезпечити доступ й чутлива до її потреб» [26]. Боулбі підкреслював, що найважливіша риса матері – це її здатність точно розпізнавати сигнали дитини і стабільно відповідати на них. Боулбі зауважував, що певні психологічні стани матері можуть ускладнювати формування прив'язаності з дитиною, як от:

- депресія, коли мати фізично поруч, але психічно недоступна;
- висока тривожність, коли мати надмірно контролює, легко лякається, передає дитині відчуття небезпеки;
- емоційна холодність чи відсторонення, які часто є наслідком її власного досвіду ненадійної прив'язаності в дитинстві;
- порушення власної прив'язаності, коли мати повторює моделі стосунків, пережиті в її дитинстві з батьками;
- підтримка партнера;
- економічні умови сім'ї;
- соціальні стандарти догляду та наявність суспільної інфраструктури;
- можливість матері отримувати допомогу.

Боулбі наголошував, що турботливе ставлення матері – це не інстинкт, а результат її власного досвіду прив'язаності, а також соціальної та психологічної підтримки. «Неможливо зрозуміти поведінку матері, не враховуючи ті соціальні та емоційні умови, у яких вона живе» [26]. «Поведінка матері часто визначається її власними переживаннями дитинства та характером прив'язаностей, які вона мала» [27]. «Ставлення матері до її дитини нерозривно пов'язане з тим, як поводитися з нею самою» [26]. Таким чином Боулбі робить акцент на особистості матері та її можливостях – вона може дати або примножити те, що могла отримати сама в дитинстві. Вчений звертає увагу на умови життя жінки, за яких вона реалізовує свою материнську функцію та робить наголос на тому, що ці умови справляють значний вплив на поведінку, реакцію та ставлення жінки до її дітей.

Дональд Віннікотт, автор концепції «достатньо хорошої матері» [32], стверджував, що успішне материнство не потребує ідеальності. З його точки зору готовність матері – це здатність адаптуватися до потреб дитини, бути емоційно доступною, поступово надаючи немовляті автономію. Він розглядав готовність до материнства не як статичний набір навичок, а як специфічний психологічний стан, що розвивається природним чином. Віннікотт вважав, що більшість жінок мають вроджений потенціал до такого материнства, якщо їх власне середовище

(чоловік, родина, суспільство) забезпечує їм необхідну підтримку та захист. В роботі «Гра та реальність» науковець детально описує, як мати має бути «дзеркалом» для дитини [34]. Готовність матері відображати емоції дитини закладає основу власного «Я» немовляти.

Окрім відомої концепції «достатньо хорошої матері» Віннікотт виділяв також концепції первинної материнської заклопотаності [31], що означає особливий психічний стан, який виникає наприкінці вагітності та триває кілька тижнів після пологів. Це ключова стаття, у якій Віннікотт вперше ввів цей термін. Саме тут він описує той самий «позитивний психоз», у який занурюється жінка перед пологами, і пояснює, чому це є критично важливим для виживання психіки немовляти. Віннікотт називав це «тимчасовим психічним розладом», який був би хворобою, якби не вагітність. У цьому стані жінка стає надчутливою до потреб немовляти, фактично «зливаючись» з ним, що дозволяє їй інтуїтивно розуміти його сигнали. Важливим є поняття холдингу [35], яке полягає у психологічній готовності та здатності матері створювати «підтримуюче середовище», не лише фізично тримати дитину, а й контейнувати її емоції, забезпечуючи відчуття безпеки та безперервності буття. У збірці «Дитина, сім'я та зовнішній світ» [33] Віннікотт заспокоює матерів щодо їхніх природних інстинктів, пояснює роль батька як «захисного щита» для матері та описує концепцію «достатньо хорошої матері».

Автор приділяв увагу депресивним станам матері як важливому фактору, що впливає на розвиток дитини. «Недостатньо хороша мати», яка страждає на депресію, може бути емоційно «порожньою» і не віддзеркалювати дитину, що перешкоджає формуванню її «Я» і довіри до світу. Він наголошував, що дитині потрібна не ідеальна, а досить хороша мати, здатна помилятися, але бути поруч, створювати умови для автономії через базову довіру та віддзеркалення її почуттів, а депресія матері порушує цей процес, позбавляючи дитину необхідного «дзеркала».

Таким чином теорії Боулбі та Віннікота переорієнтовують погляд суспільства на роль матері, а саме: від суто біологічної функції народження та

відтворення людства, а також функції відповідного до соціальних стандартів виховання дітей до станів, можливостей та умов життя жінки. Змінюються очікування та розуміння того, яка функція жінки, які її потреби, з'являється нове якісне значення переживань та психологічних станів жінки в процесі материнства.

Мері Ейнсворт, видатна дослідниця теорії прив'язаності, також пов'язувала готовність до материнства не стільки з біологічними чинниками, скільки з психологічною зрілістю та здатністю жінки до сензитивності, тобто чутливості. На думку Ейнсворт материнська чутливість є ключовим поняттям, що проявляється у здатності матері точно сприймати сигнали дитини, правильно їх інтерпретувати та швидко й адекватно на них реагувати. Науковиця зазначала, що готовність до материнства залежить від того, як жінка прожила та інтегрувала свій дитячий досвід. Важливо наскільки надійними, стабільними та послідовними були батьки в дитинстві, що безпосередньо впливає на формування типу прив'язаності. Ті жінки, хто мав досвід надійної прив'язаності, легше адаптуються до потреб немовляти. Ще одною складовою готовності жінки до материнства виступає її емоційна доступність. Мати має бути готовою бути «надійною базою» для дитини [1]. Це означає здатність контейнувати емоції дитини, не впадаючи в тривогу чи відстороненість. Готовність до материнства стає більш укріпленою, якщо жінці вдається прийняти материнську роль та гармонійно вписати її поміж інших сфер свого життя, тобто уникнути внутрішнього конфлікту між материнством та іншими сферами життя, і це дозволяє жінці в повній мірі насолоджуватися взаємодією з малюком. Ейнсворт підкреслювала, що якість материнського догляду в перші місяці життя є вирішальним фактором для формування надійної прив'язаності дитини.

Вільфред Біон, на відміну від Віннікотта, який фокусувався на емоційному теплі та холдингу, розглядав материнство через більш інтелектуалізовану, але глибоко психологічну функцію переробки страху. Для Біона психологічна готовність до материнства – це передусім готовність жінки стати «контейнером» для нестерпних емоцій дитини. Вчений вводить ключове поняття «материнської

ревері» [23], що описує особливий стан відкритості розуму матері, її здатність сприймати хаотичні, часто жахливі відчуття немовляти, які Біон називав бета-елементами, та надавати їм сенсу. Разом з тим готовність до материнства за Біоном включає здатність матері бути «контейнером». Немовля проектує в матір свій страх смерті або біль. Мати має витримати цей тиск, не зруйнуватися, «перетравити» цей страх у своєму розумі та повернути його дитині у формі альфа-елементів, які дитина здатна сприйняти. Таким чином мати виконує альфа-функцію - трансформує сирі сенсорні дані дитини в осмислені дії та відчуття. Якщо жінка психологічно готова, вона здатна виконувати цю функцію за дитину, поки у тієї не розвинеться власний апарат для мислення. У книзі «Навчання через досвід» [23] Біон детально описує концепцію альфа-функції та роль матері як первинного інструменту пізнання світу для дитини. Він пояснює, що без «материнської ревері» дитина залишається наодинці з «безіменним жахом». Пізніше Біон розкриває природу взаємодії між матір'ю та дитиною, тобто між тим, хто контейнує, і тим, кого контейнують [25]. За Біоном психологічно готова мати має достатньо простору у власному розумі, щоб витримати тривогу дитини, не передаючи їй свою власну паніку.

Мелані Кляйн підкреслювала важливість внутрішніх об'єктів та раннього емоційного досвіду. Якщо жінка не інтегрувала власні дитячі переживання, її готовність до формування здорових стосунків із власною дитиною може бути порушена. Мелані Кляйн вважає, що «процес інтеграції Его, розвиток захисних механізмів, процес становлення та розвитку об'єктних відносин проходить через дві стадії: параноїдно-шизоїдну та депресивну» [49]. Народження дитини може актуалізувати емоційні стани матері та призвести до підвищення проявів тривожності чи депресії. Аналітикиня розкриває процеси, які відбуваються всередині особистості, які зміни ймовірні в її функціонуванні. Переживання жінки та її психо-емоційний стан набувають більшого значення та стають об'єктом дослідження та вивчення. Ідеї Мелані Кляйн виявились надзвичайно корисними для аналізу не лише маніакально-депресивних станів, а й великої групи порушень межового та психотичного рівнів. Згідно з її теорією об'єктних

відносин причини післяпологової депресії розглядаються через призму актуалізації ранніх дитячих конфліктів матері та її здатності опрацювати власну «депресивну позицію». Народження дитини змушує матір знову проживати етап, коли вона сама була немовлям. Породілля несвідомо імітує роль своєї матері. Якщо цей образ був негативним, «переслідуючим» або емоційно холодним, виникає внутрішній конфлікт: жінка боїться стати «поганою матір'ю» для своєї дитини, що провокує депресивний відхід [50].

Через призму теорії Мелані Кляйн післяпологовий психоз пояснюється як регресія до параноїдно-шизоїдної позиції. Якщо депресія пов'язана з провиною та жалем, то психоз – це результат тотального розщеплення психіки через нестерпний страх знищення. Психоз виникає, коли внутрішня агресія та заздрість матері настільки сильні, що вона не може їх інтегрувати. Дитина сприймається не як окрема істота, а як «переслідувач» - поганий об'єкт, що прагне знищити матір зсередини або зовні. Мати проектує свої найстрашніші внутрішні фантазії, страх смерті, хаос на немовля. Оскільки її власне «Я» занадто слабке, щоб стримати ці проекції, вона починає бачити в дитині демонічну істоту або загрозу, що є основою марення. Досвід немовляти, пережитий в контакті зі своєю депресивною чи межевою мамою, може несвідомо стримувати жінок від бажання стати матерями, що впливає на їх безпосередню психологічну неготовність до материнства.

У гуманістичній психології материнство розглядається як один із шляхів реалізації потенціалу особистості, її становлення та самоактуалізації. Карл Роджерс в своїй роботі «Становлення особистості» підкреслював значення емпатії, конгруентності та безумовного прийняття себе. Жінка, яка володіє цими якостями, здатна забезпечити безумовне прийняття себе та своєї дитини. Роджерс вважав, що кожна людина має вроджене прагнення до самоактуалізації – розвитку своїх здібностей. Жінка готова до материнства тоді, коли вона є «цілісно функціонуючою особистістю» [69]. Це означає, що вона відкрита до нового досвіду, не боїться змін, які принесе дитина, довіряє власним почуттям, а не лише соціальним нормам чи порадам експертів. Готовність до материнства з

точки зору засновника клієнт-центрованого напрямку психології – це здатність жінки дати дитині безумовну любов. Якщо мати приймає дитину лише тоді, коли та «слухняна», вона створює «умови вартості», що шкодять розвитку дитини. Роджерс наводив приклад зі своєї практики, де причиною проблем дитини було «раннє відторгнення» з боку матері, яка сама не відчувала прийняття у своєму житті. Також важливою ознакою є конгруентність. Готова до материнства жінка – це та, яка може бути справжньою зі своєю дитиною. Вона не намагається грати роль «ідеальної матері», що перегукується з критикою «тиранії повинності» у Хорні, а дозволяє собі відчувати втому, злість чи розгубленість, усвідомлюючи ці почуття. Роджерс часто використовував метафору народження. Він порівнював роль психотерапевта з «акушеркою», яка допомагає народитися новій особистості клієнта. Цей підхід підкреслює, що материнство для нього – це не набір навичок, а створення безпечного середовища для зростання іншої людини.

Психологічна готовність до материнства крізь призму логотерапії та екзистенційного аналізу Віктора Франкла – це значно глибший процес, ніж просто біологічне дозрівання чи соціальне бажання мати дитину. В своїй фундаментальній праці «Людина в пошуках справжнього сенсу або Скажи життю "Так!"» [81] Франкл посилається на феномен материнства, який стає потужним джерелом сенсу, що робить жінку психологічно стійкішою. В розділі про психологію любові з книги «Лікар та душа: Основи логотерапії та екзистенційного аналізу» [82] Франкл пояснює, що справжня любов – це здатність бачити в іншій людині (дитині) її унікальність та потенціал. Франкл детально розбирає в роботі «Воля до сенсу» поняття самотрансценденції, тобто виходу за межі себе. Він критикує ідею, що метою людини є «самоактуалізація» [83]. На думку Франкла, людина реалізує себе лише тоді, коли присвячує себе справі або іншій людині. Материнство в цьому контексті стає ідеальним прикладом самотрансценденції, де «Я» знаходить себе через служіння «Ти». У роботі «Теорія та терапія неврозів» [84] Франкл розглядає проблеми, що виникають, коли людина втрачає сенс та переживає екзистенційний вакуум. Це

важливо для розуміння післяпологової депресії або відчуття спустошеності. Франкл показує, що без усвідомленого сенсу виховання дитини перетворюється на механічну рутину, яка веде до невротизації як матері, так і дитини. За Франклом, людина шукає сенс, тому материнство розглядається не як обов'язок чи інстинкт, а як відповідь на запит життя. По-перше, материнство розглядається як простір для знаходження сенсу, коли жінка дає життя новій людині, формує її особистість, виховує. Це акт створення чогось унікального, що виходить за межі її власного «Я». По-друге, готовність до материнства – це здатність жінки відкритися для безумовної любові до дитини, її вміння переживати красу і складність життя разом з іншим. І по-третє, найважливіший аспект полягає у ставленні жінки, коли навіть у важкі часи після безсонних ночей, переживання обмеження свободи або після кризи жінка може знайти сенс у своєму ставленні до цих труднощів, сприймаючи їх як частину великого шляху. Тоді ключовим маркером готовності стає тоді, коли жінка переходить від питання «Що дитина дасть мені?» до питання «Чим я можу стати для цієї дитини?». Жінка бере на себе відповідальність, яка для Франкла є основою буття людини. «Бути людиною – це бути спрямованим на щось або на когось іншого, ніж ти сам» [81]. Жінка готова до материнства, коли може прийняти відповідальність за інше життя, не втрачаючи при цьому власної ідентичності, а також здатна вийти за межі своїх потреб. Справжня готовність з'являється тоді, коли жінка готова до того, що її життя більше не буде крутитися лише навколо її «Его». Вона готова «перерости» себе заради іншого. Готовність до материнства, як зустріч із невідомим, передбачає відмову від ілюзії повного контролю. Жінка усвідомлює, що дитина – це окрема особистість із власною долею, а не її «проект» чи «продовження».

Якщо жінка вирішує народити дитину лише для того, щоб заповнити внутрішню порожнечу, яку Франкл називає «екзистенційний вакуум», це може призвести до гіперопіки, коли жінка робить дитину єдиним сенсом свого життя, що «душить» дитину, або розчарування, якщо дитина не виправдовує очікувань або не «робить маму щасливою». Готовність, за Франклом, це коли жінка вже має свій фундамент сенсів і готова поділитися цим надлишком життя з іншим. З

погляду екзистенційної теорії, психологічна готовність до материнства стається не через відсутність страху, а завдяки наявності сенсу, який більший за цей страх. Це усвідомлений вибір прийняти на себе пріоритетної відповідальності за потреби дитини, зберігаючи при цьому свою людську гідність і свободу духу.

Ірвін Ялом наголошував, що материнство передбачає прийняття відповідальності, здатність робити усвідомлений вибір і знаходити смисли у виконанні материнської ролі. На відміну від Віктора Франкла, він фокусується не лише на пошуку сенсу, а на зіткненні з чотирма екзистенційними даностями: смертю, свободою, ізоляцією та безглуздям. У його роботах материнство, як і батьківство, часто розглядаються як потужні способи захисту від цих страхів, але водночас і як джерела нових екзистенційних криз.

Він показує, як образ матері залишається центральним у внутрішньому світі людини навіть після її смерті. Готовність до материнства постає як здатність побудувати стосунки, які не будуть «душити» дитину, а стануть ресурсом для її розвитку [105]. Ялом демонструє, що ми часто шукаємо схвалення батьків усе життя. Материнство дає шанс стати тим «значущим іншим», який дарує дитині базове відчуття цінності буття.

У фундаментальній праці «Екзистенційна психотерапія» Ялом розглядає батьківство через призму «страху смерті» та «ізоляції» [106]. Дитина як проект безсмертя, коли люди можуть бачити у народженні «біологічне продовження» себе, намагаючись таким чином перемогти страх смерті. Готовність до материнства, за Яломом, передбачає усвідомлення цього мотиву, щоб не перетворювати дитину на інструмент для власного заспокоєння. Також автор зазначає, що психологічна готовність означає прийняття того, що жінка є «автором» життя іншої людини, але водночас не можете повністю захистити її від екзистенційної ізоляції. Він застерігає від материнства як «способу втекти від власної самотності» [107]. Справжня готовність – це здатність бути поруч із дитиною, залишаючись цілісною особистістю, а не «розчинятися» в ній. Ключова різниця між Франклом та Яломом полягає в тому, що Франкл рекомендує знайти сенс у материнстві, і тоді можна витримати все. А Ялом

закликає усвідомити свої страхи перед смертю та ізоляцією, щоб не покладати на дитину обов'язок рятувати від них.

У своїй роботі «Любов і Воля» Ролло Мей розглядає одвічні потреби у любові й свободи волі як двох неперервно переплєтених складових людської психології [56]. Мей стверджує, що справжня любов неможлива без волі, а справжня воля – без любові, бо лише через взаємодію цих двох сил особистість здатна виходити назовні й творити значущий життєвий досвід. Тобто жінці, яка готується стати матір'ю, потрібна глибока психологічна готовність, коли вона спрямовує свою волю і любов у створення нового життя. Для вченого любов є не просто емоцією, а способом існування, яке відбувається завжди у взаємодії з волею. Ця любов охоплює здатність віддавати себе іншому та приймати іншого як автономну особистість, не лише як об'єкт власних бажань чи уявлень. В контексті материнства це означає усвідомлений намір та відповідальність, а також воля приймати труднощі турботи й виховання. Поняття волі, як здатність вирішувати та приймати вибір, яке наводить Р. Мей, дозволяє подивитися на суспільні стереотипи по-іншому – жінки не мають вступати у материнство автоматично чи під тиском соціальних очікувань, вони усвідомлюють своє бажання стати матір'ю як акт волі, вони проводять рефлексію, беруть відповідальність із почуттям власної автономії. Ще одна важлива ідея з точки зору теорії Р. Мея, переживання тривоги й свободі як неминучим аспектам людського буття. Підготовка до материнства актуалізує страх невідомого, страх відповідальності, страх власних обмежень. Тривога виникає тоді, коли ми стоїмо перед свободою і відповідальністю вибору. Вона не є патологічною, а виступає як екзистенційний виклик, що може стати джерелом особистісного зростання. Будь-якій жінці, яка думає про материнство, доводиться стикатися із усвідомлення власних тривог як частини підготовки до материнства; із страхами невідомого та невпевненістю, не уникаючи їх, а перетворюючи на усвідомлений вибір бути матір'ю. Материнство з цієї перспективи – це не лише фізичне народження, а екзистенційний вибір, що поєднує відповідальність та свободу,

здатність віддавати себе іншому та одночасно формувати власну ідентичність у цій взаємодії.

1.2. Підходи до розуміння чинників психологічної готовності жінок до материнства

Хочемо також розглянути сучасні тенденції у вивченні психологічної готовності жінок до материнства у міжнародному досвіді. Дослідники Швеції та Данії у 2019 та 2020 роках провели 26 групових інтерв'ю жінок ($n = 110$) та виявили «зростаючу складність у процесі прийняття рішень щодо репродуктивного здоров'я з часом, особливо серед людей з високим рівнем освіти. Хоча стан близьких стосунків, фінансова стабільність та рівень житлових умов були достатніми, на думку тих, хто мав дітей у 1960–1980-х роках, ті, хто мав або матиме дітей у наступні десятиліття, хочуть бути краще підготовленими інтелектуально та матеріально до народження дітей» [5]. Автори зазначають, що через збільшення тривалості періоду освіти та нестабільність ринку праці, жінки частіше відкладають, а іноді й відмовляються від народження дитини. Також в ході дослідження вдалося встановити шість тем, які є визначальними для жінок в прийнятті рішення щодо материнства, а саме:

1. забезпечення безпеки дитині через економічну стабільність та постійне житло;
2. зростаюча різноманітність варіантів та вимог. Авторами встановлено, що «молодим поколінням доводиться приймати більше рішень, перш ніж стати батьками, ніж старшим». Пріоритетним є пошук партнера, побудова взаємних стосунків та переживання близькості та кохання;
3. батьківство як проект – означає бажання учасниць все продумати наперед та бути хорошою мамою;
4. розтягнуті життєві етапи. Доступність можливостей спонукає людей отримати та зробити більше на кожному етапі життя. Молодь зосереджена на собі та своєму розвитку;

5. неможливість народжувати дітей, що пов'язана із втратою репродуктивної спроможності;

6. міжгенераційний пронаталізм, що проявляється в тиску з боку батьків та родичів щодо часу народження дітей.

Тож автори відзначають зростаючу складність у процесі прийняття рішень щодо народження дітей.

Пізніше дослідження [8], що було проведено у Великобританії у 2023 році у форматі глибинного інтерв'ю ($n=23$), показало, що «передумовами батьківства виступають фінансова безпека, наявність відповідного житла та стабільні стосунки. Рівень освіти та досягнення особистих і життєвих цілей впливають на вік, у якому розглядається батьківство, а також індивідуальні обставини. Вік менш впливовіший, ніж етап життя, як критерій готовності, хоча для жінок хронологічний вік був вирішальним фактором». Дослідники дійшли висновку, що «час, витрачений на реалізацію особистих та професійних амбіцій, зміна соціальних норм щодо відповідного віку для батьківства, а також індивідуальні та структурні фактори призвели до менш передбачуваних життєвих траєкторій».

Інше дослідження має для нас свою цінність в частині вивчення вибору жінок щодо свого віку для народження дитини [10]. На питання щодо ідеального віку для народження дитини було отримано такі дані: «нормальний розподіл спостерігався із середнім віком 29,9 ($\pm 3,3$) років. Для жінок віком 35 років середній ідеальний вік для народження дітей становив 29,5 ($\pm 2,9$) ($n=303$), а для жінок віком 36 років середній вік становив 31,1 ($\pm 3,8$) років ($n=108$). Більшість жінок обрали вік 30 років (27%, 111/411), далі йшли 28 років (13,8%, 57/411) та 32 роки (10,7%, 44/411). Були виявлені виняткові значення для наймолодшого та найстаршого варіантів, де 21 рік був наймолодшим, а 45 років – найстаршим.»

Також в ході інтерв'ю були отримані фактори, що визначають рішення жінок щодо віку народження дітей. Перші три – це побудова кар'єри, готовність мати дітей та фінансова неготовність та інші (Рис. 1.1). Факторами, що впливають на вибір народження дітей було визначено «материнський потяг, цокання біологічного годинника, відсутність знань щодо вікових обмежень

репродуктивної системи жінки, потреба в стабільності та балансі в житті, тиск щодо створення сім'ї та розгляд інших способів створення сім'ї».

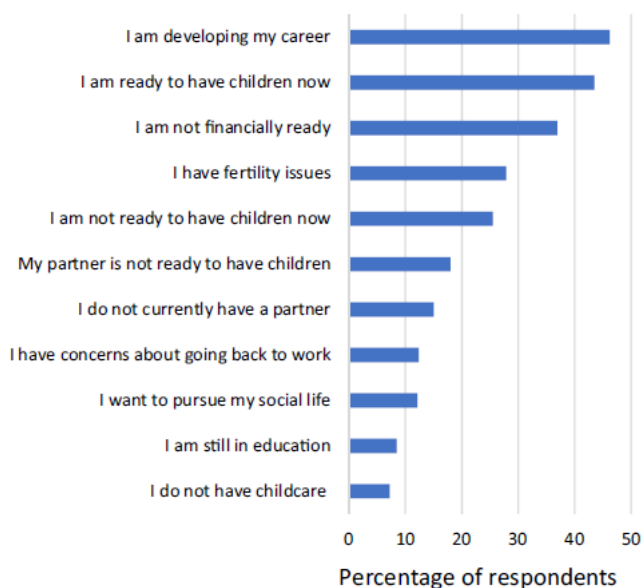


Рис 1.1. Фактори, що впливають на рішення щодо материнства

Сучасні дослідження розглядають готовність до материнства як результат взаємодії культурних норм, рівня соціальної підтримки, професійних можливостей для матерів, доступу до медичних і психологічних послуг. Ці моделі враховують як індивідуальні ресурси жінки, так і зовнішні чинники – соціальну підтримку, умови життя, культурні очікування.

В українському науковому контексті психологічна готовність жінки до материнства є однією з ключових проблем сучасної психології особистості, сімейної та пренатальної психології. В умовах соціально-економічної нестабільності, трансформації гендерних ролей та зниження народжуваності питання усвідомленого материнства набуває особливої актуальності. За останні 5 років в Україні проводилася низка важливих соціологічних та аналітичних досліджень, які безпосередньо вивчали репродуктивну поведінку, плани на материнство та трансформацію сімейних ролей. Головним каталізатором та специфікою цих досліджень став вплив повномасштабної війни, безпекових ризиків, стресу та вимушеної міграції [109]. У лютому 2026 року соціологічною групою «Рейтинг» та «Rating Lab» було проведене масштабне дослідження

гендерних ролей та стереотипів в українському суспільстві та були виділені такі соціальні орієнтації [110]:

- Трансформація уявлень про материнство. Опитування показало стрімкий відхід від патріархальних установок. Зокрема, 57% українців заперечили тезу про те, що ключова роль жінки в суспільстві – це виключно народження дітей.

- Орієнтація на партнерство. Молодь віком 18-35 років дедалі частіше демонструє репродуктивну та сімейну поведінку, орієнтовану на повну рівноправність у парі (66% жінок цієї категорії підтримують партнерський розподіл обов'язків).

Агенція Gradus Research регулярно досліджує психоемоційний стан українських жінок та зміни в їхній поведінці та наводить такі аналітичні дані:

- Зміна пріоритетів (турбота про себе замість раннього материнства): Порівняно з минулими роками, у жінок зафіксовано сильний тренд на турботу про власне здоров'я (45% опитаних у порівнянні з 37% у 2023 році) та грамотний розподіл ресурсів на тлі підвищеного стресу.

- Відкладання батьківства. Дослідження фіксують, що через високе навантаження (робота, додатковий підробіток та догляд за літніми родичами) жінки репродуктивного віку частіше схильні відкладати народження дітей.

Українські науковці розглядають психологічну готовність до материнства як інтегративне особистісне утворення, що формується протягом життєвого шляху жінки та визначає її ставлення до материнської ролі, майбутньої дитини і самої себе в цій ролі. У більшості вітчизняних досліджень психологічна готовність до материнства аналізується в межах системного, діяльнісного та особистісно-орієнтованого підходів. Автори використовують як теоретичні методи (аналіз, синтез, узагальнення), так і емпіричні (анкетування, інтерв'ю, спостереження, психодіагностику). Основна увага приділяється структурі готовності, її чинникам та можливостям психологічного формування репродуктивних переконань.

Материнство з точки зору психології особистості можна розглядати як ситуацію невизначеності. У жінок є розуміння, що виношування та народження дитини вносить зміни в їх існуючий уклад життя. Такі розуміння базуються на уявленнях про себе, дитину, взаємини та можливі обставини, також уявлення можуть формуватися на підставі попереднього досвіду спостереження за оточенням та власним дитячим досвідом. Уявлення в такому випадку слугують орієнтирами та можуть формувати очікування позитивні, негативні та нейтральні. Тільки пройшовши увесь шлях від зачаття до народження, від першого контакту зі своєю дитиною до повної її сепарації, жінка може відчувати визначеність своєї материнської ідентичності та мати не просто уявлення про материнство, а фактичний досвід бути мамою. Як зазначає Л.А. Варава [22] «переживання ситуації невизначеності призводить до трансформації різних підструктур особистості, які можна диференціювати за чотирма сферами», а саме: емоційно-чуттєва, когнітивна, мотиваційна та дієва. Також науковці розглядають «сутність життєвої ситуації невизначеності, як сукупність зовнішніх по відношенню до людини обставин, змін в навколишньому світі, що руйнують звичний образ життя і потребують формування нових, нетипових форм поведінки».

В емоційно-чуттєвій сфері відбуваються зміни переживання по відношенню до свого життя, що може викликати «почуття особистісного руйнування», самотність, безпомічність, тривогу та депресію. Невизначеність впливає на когнітивну сферу та може знижувати пізнавальні, мисленеві та мнестичні здібності, жінка відчуває зміни в сприйнятті себе і свого життя, власної ідентичності. В мотиваційній сфері значних змін зазнають цінності, інтереси, ідеали, переконання. «Під час переживання ситуації невизначеності» – пишуть автори – «змінюється обсяг, зміст та спосіб спілкування: воно, або різко обмежується (відхід у себе), або різко зростає (самотність у натовпі)». Звична поведінка може не відповідати новим потребам, що призводить переорієнтації в дієвій сфері.

Важливими для порівняння є результати дослідження толерантності як умови психологічної готовності жінок до майбутнього материнства, що було проведено С.І. Канюкою протягом 2014-2016 років у мережі сімейних центрів «Азбука для батьків» [48]. У експерименті взяли участь 644 жінки віком від 16 до 46 років. У рамках роботи репродуктивні установки (ставлення до можливості майбутнього материнства) були проаналізовані через призму толерантності жінок, як особистісної характеристики, що впливає на готовність стати матір'ю. Результати констатувального експерименту показали, що існує статистично значимий зв'язок між рівнем розвитку компонентів толерантності та показниками психологічної готовності до материнства. А також зміна рівнів толерантності жінок була пов'язана зі змінами в репродуктивних установках, зокрема у вимірах «генофілія – генофобія» (ставлення до репродуктивної діяльності як привабливої чи небажаної) та «репродуктивна активність – репродуктивна пасивність». У вибірці було виділено дві основні групи жінок за рівнем розвитку толерантності:

- із низьким рівнем розвитку толерантності – 18,97 %;
- із дуже низьким рівнем – 81,03 %.

Це свідчило що абсолютна більшість учасниць експерименту мала недостатній рівень толерантності, що низько корелювало з психологічною готовністю до майбутнього материнства. На основі цих даних авторка сформулювала висновок, що психологічна готовність жінок до майбутнього материнства тісно пов'язана з рівнем розвитку толерантності. Низькі показники толерантності свідчать про недостатню психологічну готовність більшості учасниць дослідження.

У працях О. В. Бацилевої [22] психологічна готовність до материнства розглядається у зв'язку з репродуктивним здоров'ям та психологічною підготовкою жінки до вагітності. Дослідниця визначає три складові репродуктивного здоров'я жінки, а саме медико-біологічні, психосоціальні та індивідуально-психологічні складові. До останньої науковиця відносить когнітивні, емоційно-мотиваційні та поведінкові компоненти. Так на думку

Бацилевої психологічна готовність жінки одним з емоційно-мотиваційних компонентів індивідуально-психологічної складової репродуктивного здоров'я жінки.



Рис. 1.2. Модель репродуктивного здоров'я жінки (О. В. Бацилева, 2011)

Авторка наголошує на ролі психологічної просвіти, формування адекватних уявлень про материнство та відповідальності за майбутню дитину. Готовність трактується як динамічний процес, що може цілеспрямовано розвиватися.

В. М. Астахов досліджує психологічну готовність до материнства в контексті медико-психологічного супроводу вагітних [22]. Учений підкреслює значення емоційної стабільності, зниження тривожності та формування позитивної материнської ідентичності. Готовність до материнства розглядається як умова гармонійного перебігу вагітності та післяпологової адаптації. І. В. Пузь у своїх роботах акцентує увагу на психологічному супроводі жінки під час вагітності [22]. Авторка розглядає готовність до материнства як результат розвитку суб'єктної позиції жінки, прийняття материнської ролі та формування емоційного зв'язку з дитиною ще на пренатальному етапі. С. І. Анчева розглядає психологічну готовність до материнства через призму усвідомленого материнства. Авторка підкреслює значення особистісного вибору, зрілої

мотивації та ціннісного ставлення до народження дитини [22]. Дослідження М. Галицької присвячені психологічному благополуччю жінок у післяпологовий період. Авторка доводить, що рівень сформованості психологічної готовності до материнства безпосередньо впливає на адаптацію жінки до нової соціальної ролі [38]. Н. Яремчук детально аналізує структуру психологічної готовності до материнства, виділяючи мотиваційний, когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти. Її роботи є методологічною основою для багатьох сучасних досліджень [108]. Г. Шевчук у своїх працях наголошує на ролі соціальної підтримки та сімейного оточення у формуванні готовності жінки до материнства, особливо в період вагітності [94]. Н. Чепелева відома роботами з проблем особистісної готовності та саморозвитку. Її концептуальні підходи використовуються для теоретичного осмислення готовності жінки до материнства [93]. О. Мітіна аналізує мотиваційні чинники репродуктивної поведінки сучасних жінок, підкреслюючи вплив соціальних і ціннісних орієнтацій на рішення про материнство [57]. І. Томаржевська досліджує теоретичні аспекти психологічної готовності молодих жінок до материнства, акцентуючи увагу на особистісній зрілості та саморегуляції [79]. К. Мілютіна розробляє тренінгові підходи до формування різних видів психологічної готовності, які можуть бути ефективно застосовані для підготовки жінок до материнства. Л. Гаврилюк у своїх працях з сімейної психології розглядає готовність до материнства як складову загальної готовності до сімейного життя [58].

1.3. Емпіричне вивчення психологічних особливостей жінок репродуктивного віку

Вивчення психологічної готовності жінок до материнства — це багатогранний процес, що потребує системного підходу. В нашій роботі ми плануємо дослідити чинники, які мають прямий, опосередкований чи взаємозалежний вплив на формування психологічної готовності жінок до

материнства. З нашої точки зору готовність слід розглядати враховуючи як зовнішнє середовище, умови та оточення, в якому перебуває жінка, її внутрішні особистісні фактори, а також характер взаємодії між ними. Результатом готовності жінки до материнства є її репродуктивна поведінка, і саме репродуктивна активність. Тут ми будемо використовувати поняття репродуктивної активності як сукупність дій та поведінки жінки, що спрямовані на планування вагітності та народження дітей. Передумовою репродуктивної активності стають репродуктивні установки. Такі установки – це частина ціннісно-смиислової сфери жінки, її внутрішня система поглядів, переконань та цінностей, а також психологічна схильність жінки, які визначають, її бажання мати дітей та в які терміни. Індивідуальні репродуктивні установки жінки формуються під впливом багатьох факторів. Ці фактори можна згрупувати у відповідності до контексту:

- особистісний;
- міжособистісний;
- соціальний.

До соціального контексту ми пропонуємо віднести поточний військовий стан в Україні, що значною мірою визначає обставини життя людей в країні та призводить до багатьох обмежень у реалізації як особистісних, так і суспільних планів. Також до соціального контексту слід було б віднести соціальні та просвітницькі програми, що запроваджені державою для підтримки рівня народжуваності в країні. Але в межах нашого дослідження ми не будемо аналізувати вплив даного фактору на психологічну готовність до материнства. Друга важливий контекст, який ми називаємо міжособистісний, включає такі фактори: наявність та якість партнерських стосунків у жінок, фінансовий стан сім'ї та наявність дітей в родині. Третім та найбільшим полем для дослідження особливостей психологічної готовності до материнства є особистісний контекст, який ми поділяємо на кілька рівнів із факторами впливу:

1. фізіологічний рівень (фактори віку та здоров'я);

2. психоемоційний рівень (фактори емоційної зрілості або алекситемії, схильності до тривоги чи депресії);
3. цінносно-смысловий рівень (фактори самореалізації, кар'єри, гедонізму);
4. когнітивний рівень (ставлення до сімейних ролей, ставлення до дітей, рівень освіти)

Ми можемо припустити, що формування мотивації до народження дитини залежить різною мірою від вказаних вище факторів та контекстів впливу. Такий набір факторів визначає індивідуальний профіль репродуктивної свідомості жінки. В межах дослідження ми плануємо порівняти мотивацію у ранньому та пізньому репродуктивному віці та з'ясувати, які фактори є домінуючими. Також проаналізуємо, як кар'єрний успіх або фінансова незалежність впливають на мотивацію.

Центральною частиною підготовки є аналіз закономірностей репродуктивної мотивації. Ми виходимо з припущення, що бажання народити дитину не є статичним, воно трансформується залежно від життєвого контексту. У жінок раннього репродуктивного віку мотивація часто корелює із соціальними очікуваннями та стереотипами, тоді як у зрілому віці вона набуває ознак самореалізації та передачі досвіду. Соціальний статус та індивідуальна історія, наприклад, досвід сиблінгових стосунків або кар'єрні амбіції, виступають фільтрами, які роблять мотивацію або конструктивною або компенсаторною.

Завершальним акцентом дослідження є вивчення репродуктивних установок та цілісного ставлення до материнства. Воно розглядається як єдність всіх контекстів: соціального, міжособистісного та особистісного, що врешті решт визначає репродуктивну поведінку. Такий поетапний підхід дозволяє не просто зафіксувати факти, а зрозуміти глибинні психологічні механізми, які стоять за рішенням жінки стати матір'ю.

1.4. Концептуальна модель дослідження

У попередніх підрозділах кваліфікаційної роботи ми теоретично дослідили чинники, які впливають на формування психологічної готовності жінок до материнства, що склало теоретичне підґрунтя для планування дослідження. Також представлено емпіричний підхід до визначення факторів, які можуть впливати на особливості психологічної готовності жінок або перебіг її формування. На підставі цього розроблено концептуальну модель дослідження психологічної готовності до материнства (Рис. 1.3).

Дана модель включає фактори, що визначають особливості формування такої готовності. Концептуальна модель психологічної готовності жінок до материнства є багаторівневою системою і базується на біологічних факторах, історії народження та обставин виховання, особистісній зрілості на даний момент та свідомому виборі.

В концептуальній моделі дослідження всі фактори поєднані у логічну систему. В основі моделі лежить ідея, що внутрішній стан жінки, її досвід, емоції та самоусвідомлення визначають її установки, які, зрештою, формують реальну репродуктивну поведінку. Військовий стан та стабільність партнерських відносин стають критичними фільтрами, через які жінка оцінює свою готовність.

Військовий стан є домінантним фактором неочевидності майбутнього. Він або актуалізує потребу в дитині як «символі життя», або посилює екзистенційну тривогу та відтерміновує народження. Фінансовий стан формує базовий рівень безпеки. Низький статок у поєднанні з військовим станом може створювати бар'єр для реалізації репродуктивних планів. Стан здоров'я, фізична спроможність та впевненість у власному організмі зменшують тривогу та можуть укріплювати ставлення до дитини. Стосунки із партнером, як фундамент довіри та стабільності, свідчать про якість стосунків та визначає, чи сприймає жінка материнство як спільний проєкт, чи як самотню відповідальність.

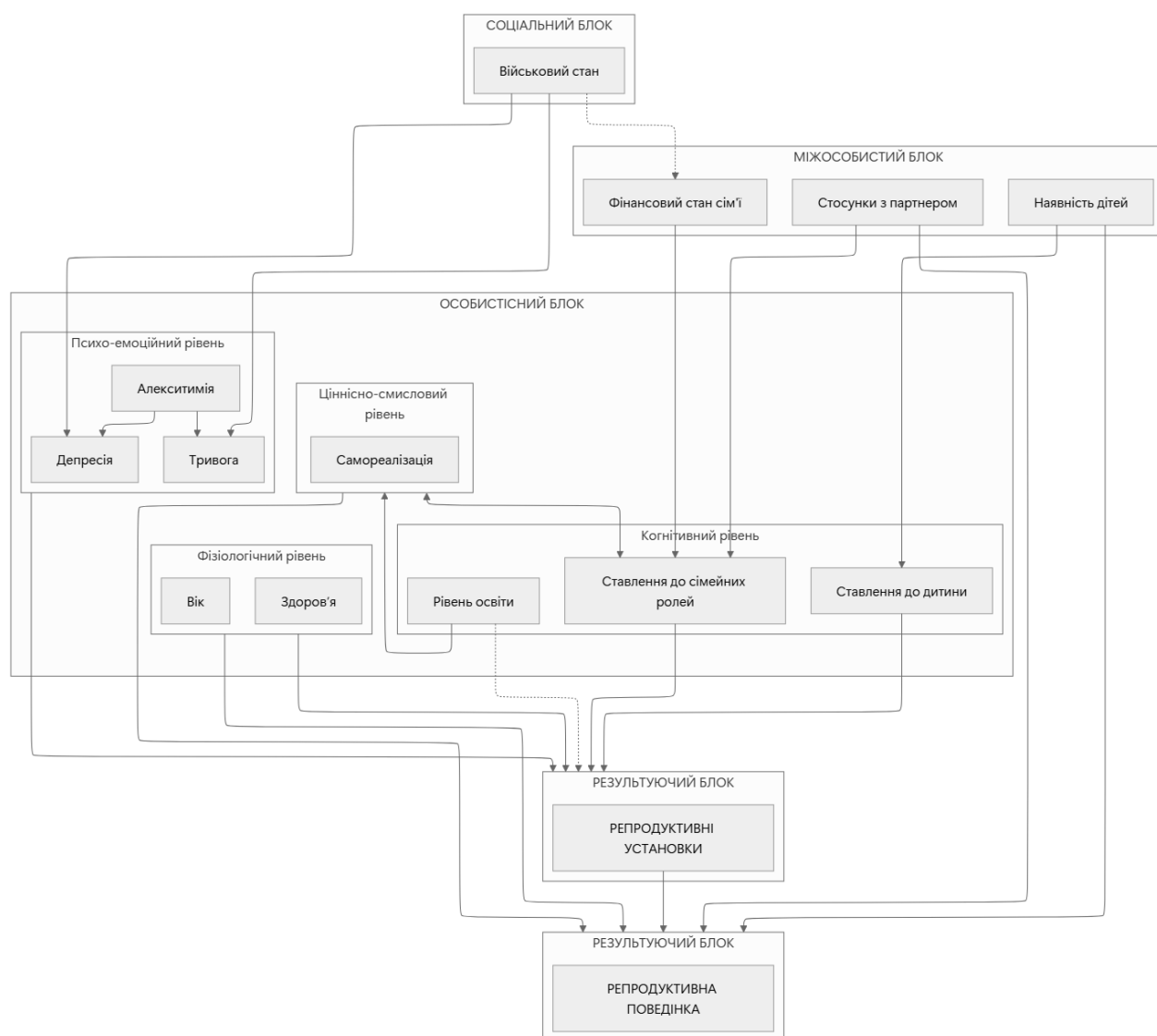


Рис. 1.3. Концептуальна модель дослідження

З іншого боку бажання до самореалізації може бути конкуруючою потребою. У жінок з високими амбіціями може виникати конфлікт між цілями професійної самореалізації та материнської, що може підвищувати депресивні прояви. Також через високий рівень алекситимії, коли жінка не може диференціювати страх перед війною від небажання мати дитину, її репродуктивні установки стають суперечливими. І до того ж жінці з високою алекситимією важко розпізнати власні емоції, що веде до труднощів у формуванні емоційного зв'язку з майбутньою дитиною. Алекситимія часто корелює з прихованою депресією, що створює «емоційну глухоту» до теми материнства. Рівень тривоги та депресії можуть підживлюватися не лише

внутрішніми факторами, а й зовнішньою загрозою, війною та нестабільністю доходів. Висока тривожність може блокувати репродуктивні плани або створювати «захисний бар'єр» перед материнством. Тоді важливим є формування ставлення до сімейної ролі та дитини, яке може обрати компромісний курс між бажанням самореалізації, підтримкою партнера та оцінкою ризиків здоров'я чи майбутньої фізичної безпеки через війну.

Репродуктивні установки формуються під впливом зазначених вище факторів. Жінка має уявлення про себе як про дружину та матір, бачить себе в цій ролі природньо або сприймає її як обмеження свободи. Якщо ставлення до сімейної ролі негативне через страх втрати кар'єри, це вступає в конфлікт з репродуктивними установками, підвищуючи рівень тривоги. Ставлення до дитини складає образ дитини в уяві жінки. Це може бути «дитина як тягар», «дитина як об'єкт любові» або «дитина як засіб досягнення мети».

Репродуктивна поведінка є результатом узгодженості або конфлікту між психоемоційним станом, віком, репродуктивними установками, стосунками з партнером та соціальними обставинами.

Висновки до розділу I

Проведений аналіз теоретико-методологічних підходів до вивчення психологічної готовності жінки до материнства засвідчує складність і багатовимірність цього феномена. Упродовж розвитку психологічної науки материнство поступово перестає розглядатися виключно як біологічна функція або соціально зумовлена роль і постає як цілісний психологічний процес, що формується на перетині особистісних, міжособистісних, культурних і соціально-економічних чинників.

Психоаналітична традиція З. Фрейда заклала фундамент для наукового осмислення материнства, зосередившись на ролі раннього досвіду, несвідомих конфліктів та внутрішніх психічних структур. Подальший розвиток психоаналізу у працях К. Хорні, К. Юнга та М. Кляйн дозволив розширити

розуміння материнства за рахунок соціально-культурних впливів, архетипічних структур і внутрішніх об'єктних відносин, наголошуючи на значенні особистісної інтеграції жінки та її власного дитячого досвіду. Теорія прив'язаності Дж. Боулбі та концепція «достатньо хорошої матері» Д. Віннікотта здійснили суттєвий зсув у розумінні психологічної готовності до материнства, акцентувавши увагу на чутливості, емоційній доступності матері та умовах її життя. Гуманістична та екзистенційна психологія надали новий ціннісний вимір розумінню материнства, розглядаючи його як шлях самореалізації, пошуку смислу та здійснення усвідомленого вибору. Погляди К. Роджерса, В. Франкла, І. Ялома та Р. Мея дозволяють трактувати психологічну готовність до материнства як інтеграцію сенсів, любові, волі, свободи, потреб та відповідальності.

Сучасні зарубіжні дослідження приділяють багато уваги факторам, що впливають на вибір жінок щодо народження, серед яких відмічають бажання жінок спочатку забезпечити собі матеріальну стабільність. Негативними факторами виявилися прогалини в знаннях щодо обмеження репродуктивної функції в залежності від віку жінок.

Українська психологічна школа розглядає материнство у тісному зв'язку із соціокультурним контекстом. Дослідники описують готовність до материнства як інтегративну систему, що включає мотиваційні установки, емоційно-вольову зрілість, поведінкові моделі, біологічні аспекти, соціальні компетенції й досвід. У сучасних українських реаліях особливе значення набувають фактори безпеки, стабільності, вплив війни на репродуктивні рішення жінок, відчуття підтримки з боку держави й партнерів. Різні теоретичні школи роблять акценти на різних складових цього процесу, проте сучасна наука схиляється до міждисциплінарного розуміння. Перспективними напрямками подальших досліджень є розробка стандартизованих методик діагностики та програм психологічного формування готовності до материнства.

Запропоновано багаторівневу концептуальну модель, яка інтегрує біологічні передумови, досвід народження і виховання, рівень особистісної

зрілості та свідомий вибір, об'єднуючи їх у цілісну логічну систему, де внутрішній емоційний стан і самоусвідомлення жінки визначають її репродуктивні установки і, зрештою, поведінку. При цьому ключовими факторами оцінки готовності виступають вік, підтримка партнера, прагнення до самореалізації, репродуктивні установки та поведінка. Узгодженість або конфлікт репродуктивних установок із психоемоційним станом, віковими, партнерськими й соціальними факторами безпосередньо визначає характер репродуктивної поведінки.

РОЗДІЛ II. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи і методики дослідження

Теоретичний аналіз феномену ставлення до материнства представлений у першому розділі роботи доводить, що вивчення особливостей психологічної готовності майбутніх матерів є важливим і актуальним завданням психології особистості. Емпіричне дослідження репродуктивних установок як умови психологічної готовності до материнства є складним процесом, оскільки науковий підхід до вивчення такого психологічного явища потребує актуалізації у відповідності до зміни сімейних стереотипів, рольових моделей та цінностей самореалізації серед жінок. Для дослідження були використані загальновідомі методики, які діагностують особливості когнітивної, поведінкової та емоційної сфери жінок. На нашу думку, така діагностика дозволить вивчити та встановити зв'язок між особливостями психологічної та емоційної готовності жінок різного віку.

У другому розділі роботи представлено методичні засади вивчення особливостей психологічної готовності жінок різного віку до материнства, їх репродуктивних переконань, обґрунтовано діагностичні методи та методики, використані впродовж дослідження, наведено результати проведеного опитування з вивчення особливостей ставлення до народження дітей та сімейних ролей, а також поточний психоемоційний стан, та їх вплив на формування психологічної готовності до материнства, виокремлено та проаналізовано репродуктивні переконання жінок різного віку, які вже мають дітей та які ще не народжували.

Для виявлення структури й змісту репродуктивних переконань жінок був використаний рольовий опитувальник дітородіння (РОД), який був розроблений Марією Родштейн у 2006 році. В основу опитувальника покладені інтеракціоністський та психосемантичний підходи, а також критеріально-

аналітичний принцип, що дозволив сконструювати діагностичний інструмент на основі виявлення обмеженого обумовленого кола факторів з наступною факторизацією вихідної матриці. Опитувальник вимірює змінну "установку", структура якої є двофакторною: репродуктивна активність – репродуктивна пасивність, генофілія – генофобія. Генофілія – це позитивне ставлення до материнства, бажання мати дітей, а генофобія – це страх перед материнством та небажання народжувати дітей.

Опитувальник РОД є особистісним опитувальником, призначеним для психодіагностики жінок дітородного віку, як в групових, так і в індивідуальних дослідженнях. Ці шкали виступають як своєрідні стратегії в структурі переконань на вірувань, визначаючи ставлення жінок до материнства. Методика складається з 40 біполярних суджень, за якими учасницям необхідно виділити один з варіантів відповіді ($\pm$ відповідно до полюса): ± 2 – повністю згодний; ± 1 – частково згодний; 0 – важко відповісти. Опитувальник має дві біполярні шкали, кожна з яких узагальнює 20 переконань про дітородіння, які оцінюються на основі бального вибору згоди чи незгоди. Сумарна оцінка є метричним індексом установки. Васильченко О.М. наводить дані щодо валідності даного опитувальника: «надійність частин опитувальника як паралельних форм кореляції обґрунтовувалася за допомогою коефіцієнта Спірмена: $m = 0,58$ (дискримінантна надійність). Розроблений для проведення факторного аналізу опитувальник пройшов ретестову перевірку в процедурах факторизації змінних, що передбачають попереднє тестування результатів вибірки».

Психологічна готовність жінки до материнства є складним інтегративним утворенням, що включає емоційну стабільність, здатність до саморегуляції, прийняття відповідальності та готовність до побудови стійкого емоційного зв'язку з дитиною. Одними з ключових показників, що безпосередньо впливають на реалізацію материнської функції, є рівень тривоги та депресії, які відображають загальний психоемоційний стан жінки.

З метою діагностики проявів тривоги та депресії було обрано Госпітальну шкалу тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), що

розроблена А. Зігмондом і Р. Снейтом, оскільки вона є валідним і надійним психодіагностичним інструментом для виявлення субклінічних та клінічно значущих показників досліджуваних параметрів. Методика широко застосовується у психологічних, психосоматичних та клініко-психологічних дослідженнях. Шкала містить 14 тверджень, які складаються в 2 підшкали: Т – тривога, D – депресія. При інтерпретації даних враховується сумарний показник по кожній підшкалі, при цьому виділяють 3 групи значень: норма, субклінічно виражена депресія або тривога, клінічно виражена тривога або депресія.

Доцільність використання HADS у дослідженні психологічної готовності до материнства зумовлена кількома принципово важливими аспектами. По-перше, тривожність і депресивні тенденції є чутливими індикаторами внутрішньої напруги, страху перед майбутнім, невпевненості у власних ресурсах та складнощів із прийняттям життєвих змін. Саме ці стани можуть актуалізуватися у жінок на етапі формування репродуктивних переконань і прийняття рішення щодо материнства. Підвищений рівень тривоги може свідчити про страх відповідальності, страх втрати автономії або невизначеність життєвих перспектив, тоді як депресивні прояви можуть вказувати на зниження мотивації, емоційну виснаженість та труднощі у формуванні позитивного образу майбутнього материнства. По-друге, опитувальник HADS дозволяє оцінити психоемоційний стан жінки незалежно від соматичних симптомів, що є особливо важливим у дослідженнях репродуктивної тематики. Шкала спеціально сконструйована таким чином, щоб мінімізувати вплив фізичних скарг на результати, зосереджуючись на емоційно-когнітивних проявах тривоги та депресії. Це забезпечує більшу точність інтерпретації результатів саме в психологічному, а не медичному контексті. По-третє, результати за шкалами тривоги та депресії HADS мають безпосереднє прогностичне значення для оцінки психологічної готовності до материнства. Дослідження в межах теорії прив'язаності (Дж. Боулбі), психоаналітичної (М. Кляйн, Д. Віннікотт) та екзистенційної психології (Р. Мей, І. Ялом) доводять, що високий рівень непрожитої тривоги або депресивних станів може ускладнювати емоційну

доступність матері, її чутливість до потреб дитини та здатність до стабільної турботи. Водночас помірний рівень тривоги може розглядатися як нормативний компонент підготовки до материнства, що відображає усвідомлення відповідальності та значущості майбутньої ролі. По-четверте, HADS є зручною у використанні, економічною за часом та зрозумілою для досліджуваних, що підвищує надійність відповідей і знижує ризик втоми або захисних реакцій. Це особливо важливо при роботі з жінками репродуктивного віку, для яких тема материнства може бути емоційно чутливою. Таким чином, використання Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) у дослідженні психологічної готовності жінок до материнства є науково обґрунтованим і методологічно доцільним. Методика дозволяє об'єктивно оцінити ключові психоемоційні показники, які виступають як фактори ризику або ресурси готовності до материнства, та створює підґрунтя для подальшого аналізу взаємозв'язків між емоційним станом жінки, її репродуктивними переконаннями й особистісною зрілістю.

Однією з причин розвитку тривожних та депресивних станів може бути недостатній рівень розвитку емоційного інтелекту. До того ж психологічна готовність до материнства передбачає здатність жінки усвідомлювати, диференціювати та вербалізувати власні емоції, а також розпізнавати емоційні стани дитини й адекватно на них реагувати. Алекситимія, як особистісна характеристика, що проявляється у труднощах ідентифікації та опису почуттів, а також у схильності до зовнішньо орієнтованого мислення, може виступати чинником ризику для формування емоційного контакту між матір'ю та дитиною, ускладнювати розвиток емпатії, чутливості до потреб немовляти та ефективної регуляції власних емоційних станів. Для вивчення фактору емоційної зрілості у дослідженні ми використовуємо Торонтську шкалу алекситимії (TAS-20). На нашу думку її застосування є обґрунтованим з огляду на значущість емоційної сфери у формуванні материнської позиції.

Шкала TAS-20 є валідним і надійним психодіагностичним інструментом, який широко застосовується у клінічних і наукових дослідженнях для оцінки

рівня алекситимії. Вона дозволяє виміряти три ключові компоненти: труднощі в ідентифікації почуттів, труднощі в описі почуттів та зовнішньо орієнтоване мислення. Отримані за допомогою TAS-20 показники дають змогу глибше зрозуміти особливості емоційної регуляції жінок, їх здатність до рефлексії власних переживань та емоційної включеності, що є критично важливими для формування адекватної материнської поведінки. Застосування TAS-20 у контексті дослідження психологічної готовності до материнства також дозволяє виявити групи ризику серед жінок із підвищеним рівнем алекситимії, для яких може бути доцільною додаткова психологічна підтримка або корекційна робота, спрямована на розвиток емоційної усвідомленості та навичок емоційної регуляції. Таким чином, використання цієї методики сприяє більш комплексному підходу до вивчення психологічної готовності до материнства, поєднуючи когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти.

Для дослідження факторів ставлення жінок до сімейних ролей та до дитини була використана методика PARI (parental attitude research instrument - методика вивчення батьківських установок), яка розроблена американськими психологами Е.С. Шефер і Р.К. Белл. Вона призначена для вивчення ставлення батьків насамперед, матерів до різних сторін сімейного життя. Методика дозволяє оцінити специфіку сімейних стосунків, особливості організації сімейного життя.

Доцільність використання методики PARI у дослідженні психологічної готовності жінок до материнства зумовлена її спрямованістю на вивчення батьківських установок, очікувань і стилів взаємодії з дитиною, які є ключовими складовими готовності до виконання материнської ролі. Психологічна готовність до материнства включає не лише емоційну зрілість і здатність до емпатії, а й сформовану систему уявлень про виховання, ставлення до дитини та власну батьківську позицію. Саме ці аспекти дозволяє комплексно оцінити дана методика.

Застосування PARI дає можливість виявити специфіку установок жінки щодо дитини, прийняття або відторгнення, рівень гіперопіки чи дистанціювання, а також її ставлення до ролі матері, сімейних обов'язків і виховного процесу

загалом. Це особливо важливо в контексті дослідження готовності до материнства, оскільки неадекватні або ригідні батьківські установки можуть ускладнювати процес адаптації до нової соціальної ролі, впливати на якість емоційного контакту з дитиною та ефективність виховання. Таким чином, методика дозволяє не лише оцінити наявний рівень сформованості батьківських установок, а й виявити потенційні зони ризику, що потребують психологічної корекції.

Методика PARI є стандартизованим опитувальником, який складається з 115 тверджень, що відображають різні аспекти батьківського ставлення. Методика складається з 115 суджень, які визначають аспекти-ознаки, що стосуються різних аспектів ставлення батьків до дитини й життя в сім'ї. Методика має 23 основні шкали, які об'єднані у декілька блоків: «Ставлення до сімейної ролі» (8 ознак), «Ставлення до дитини» (15 ознак) та «Аспекти стосунків» (4 ознаки). Блок «Ставлення до дитини» ділиться на 3 субшкали: «Оптимальний емоційний контакт», «Надмірна емоційна дистанція з дитиною» та «Надмірна концентрація на дитині». Основні шкали оцінюють наступні ознаки та розподіляються між блоками та субшкалами наступним чином:

I. Блок «Ставлення до сімейної ролі».

3. Залежність та обмеженість від сім'ї (мати, що виступає тільки в ролі господарки).

5. Відчуття самопожертви (жертвність батьків).

7. Сімейні конфлікти (подружні конфлікти).

11. Надавторитет батьків (заохочення залежності дитини від батьків).

13. Незадоволеність роллю господарки (мучеництво батьків).

17. Байдужість чоловіка (неуважність чоловіка до дружини, до сімейних справ).

19. Домінування матері (влада матері).

23. Несамостійність та залежність матері (необхідність сторонньої допомоги у вихованні дитини).

II. Блок «Ставлення батьків до дитини» (родинні установки).

2.1. Субшкала «Оптимальний емоційний контакт»:

- 1. Вербалізація (надання дитині можливості висловлюватися).
- 14. Партнерські стосунки (рівність батьків і дитини).
- 15. Розвиток активності дитини (заохочення активності дитини).
- 21. Рівні стосунки (товариські стосунки між батьками й дітьми).

2.2. Субшкала «Зайва емоційна дистанція з дитиною»:

- 8. Дратівливість батьків.
- 9. Надмірна строгість батьків.
- 16. Ухиляння від конфлікту (уникнення спілкування з дитиною).

2.3. Субшкала «Зайва концентрація на дитині»

- 2. Надмірна турбота, встановлення залежних стосунків (оберігання дитини від труднощів).
- 4. Придушення волі (придушення спротиву дитини).
- 6. Побоювання скривдити, створення безпеки (страх заподіяти шкоду дитині).
- 10. Виключення позасімейних впливів (залежність дитини від матері).
- 12. Придушення агресивності дитини .
- 18. Придушення сексуальності та лібідо дитини.
- 20. Надмірне втручання в світ дитини (нав'язливість батьків).
- 22. Прагнення прискорити розвиток дитини (прискорення розвитку дитини).

Кожна ознака вимірюється за допомогою 5 суджень, урівноважених з погляду здатності, що вимірює, і значеннєвого змісту. Судження розташовані в певній послідовності, і респондент оцінює ступінь своєї згоди з кожним твердженням, що дозволяє отримати кількісні показники за низкою шкал.

Серед ключових характеристик методики варто відзначити її багатовимірність, що дозволяє дослідити як емоційні, так і когнітивно-поведінкові аспекти батьківства; високу інформативність у контексті аналізу сімейних відносин; а також можливість виявлення як явних, так і латентних установок. Методика PARI (E. Schaefer, R. Bell) адаптована для використання у

вітчизняному психологічному просторі (зокрема адаптація Т. В. Нещерет) та широко застосовується у дослідженнях сімейних і батьківсько-дитячих відносин в Україні. Водночас у сучасних українських дослідженнях відсутні повні дані щодо її стандартизації та психометричної валідизації на національній вибірці, що зумовлює необхідність обережної інтерпретації результатів та доцільність використання методики у комплексі з іншими психодіагностичними інструментами. Використання методики PARI у дослідженні психологічної готовності жінок до материнства є доцільним, оскільки вона дозволяє глибоко проаналізувати систему батьківських установок, що лежать в основі майбутньої материнської поведінки, та забезпечує комплексний підхід до вивчення цього феномена.

Підібрані чотири методики відповідають поставленим завданням емпіричного дослідження з вивчення факторів формування психологічної готовності жінок до материнства, що представлені в концептуальній моделі дослідження.

2.2. Характеристика досліджуваної вибірки

Опитування було проведено у період листопад 2025 року – квітень 2026 року серед жінок репродуктивного віку від 20 до 50 років шляхом отримання анонімних відповідей через Google форму. Фактичний вік респонденток коливається у межах 24-49 років. Вибірка дослідження склала 87 жінок. Відповідно до поставлених завдань уся сукупність досліджуваних була диференційована в залежності від віку та наявності дітей. Інтерес нашого дослідження становила експериментальна група з 43 жінки, які не народжували, Контрольна група – жінки, які вже мають дітей, склала 44 жінки.

Було виділено 3 вікові групи досліджуваних (Рис. 2.1). Середній вік респонденток 36,5 років, $SD = 7.07$:

- перша група: жінки 20-29 років (20 осіб), яка склала майже 23 % від загальної вибірки;

- друга група: жінки 30-39 років (32 осіб), яка склала 36,8 %;
- третя група: жінки 40-49 років (35 осіб), що, відповідно, склала 40,2 %.

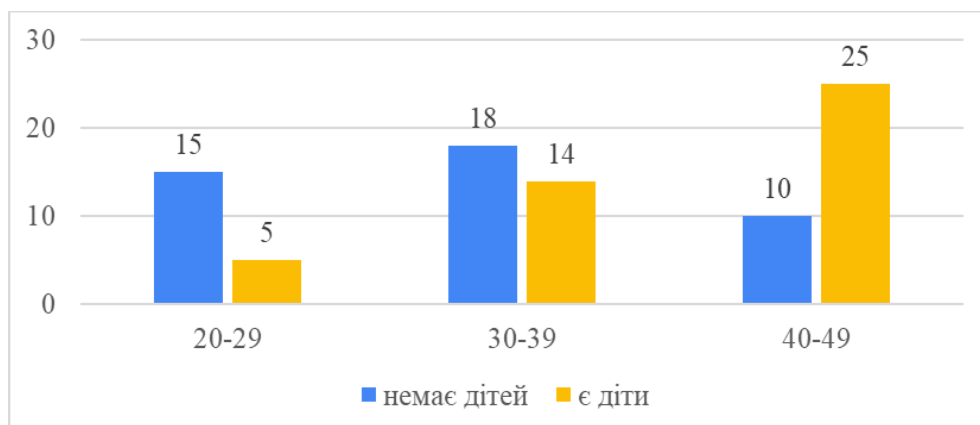


Рис. 2.1. Розподіл жінок за віком та наявністю дітей

В дослідженні брали участь жінки із різним сімейним статусом: 60,9 % - одружені, 19,5 % - незаміжні, 15 % - в цивільних стосунках, та 4,6 % - розлучені (Рис. 2.2).

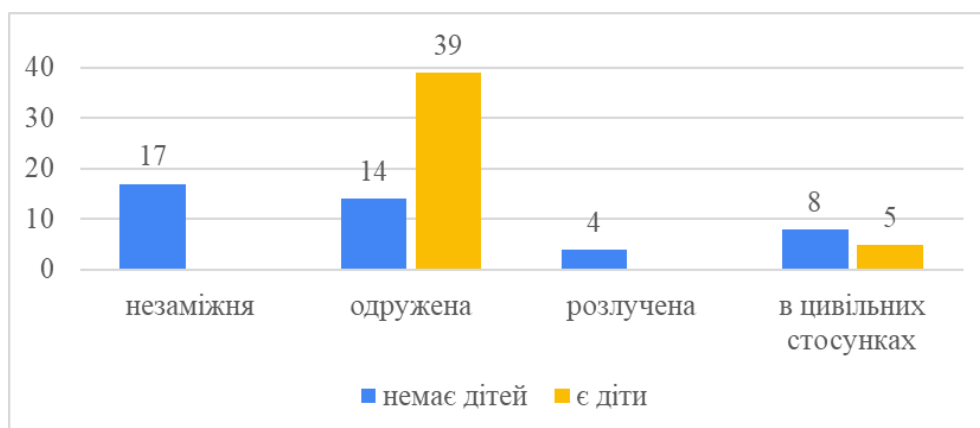


Рис. 2.2. Розподіл жінок за сімейним статусом на наявністю дітей

Переважає більшість, а саме 92 % жінок мають вищу освіту, 5,7 % науковий ступень та 2,3 % мають середній рівень освіти (Рис. 2.3).

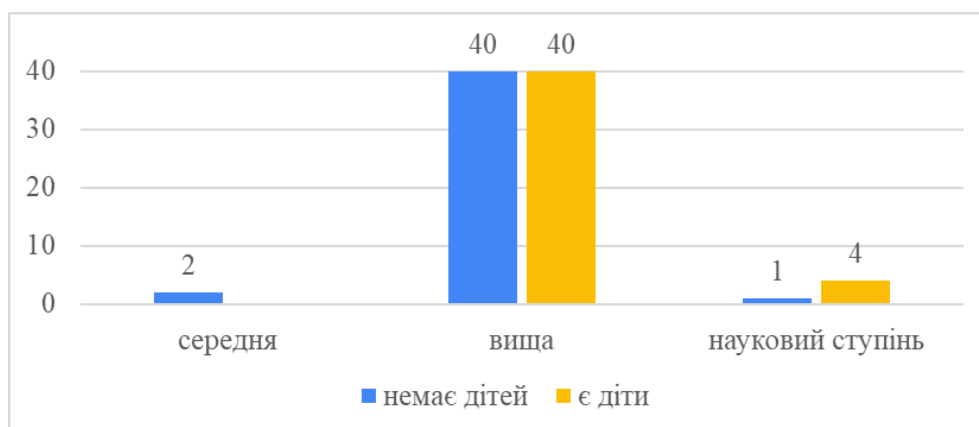


Рис. 2.3. Розподіл жінок за рівнем освіти та наявністю дітей

За рівнем доходу 41,3 % респонденток вважають його середнім, 40 % мають дохід вище середнього, 10% зазначили, що мають значно вищий дохід від середнього та 8,8 % мають дохід нижче середнього рівня (Рис. 2.4). Для критеріїв визначення рівня доходу використовувалися дані державної статистики – станом на липень 2025 року середній рівень доходу на 1 людину в Україні становив близько 26 500 грн.

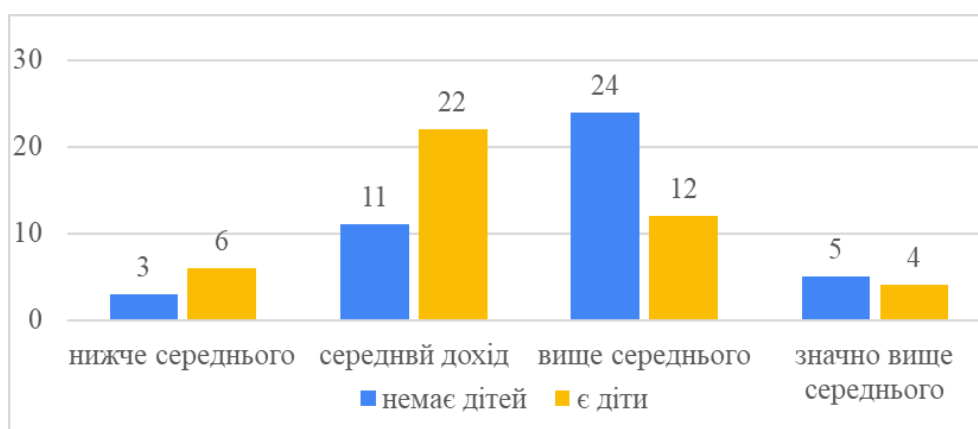


Рис. 2.4. Розподіл жінок за рівнем доходу

В дослідженні були включені запитання щодо планування вагітності та намірів щодо материнства за останні 5 років (Рис. 2.5). Вибірка показала, що переважна більшість респонденток, а саме 72,4 % жінок, задумувались про народження дитини останні 5 років, які припадають на період пандемії Covid-19, на початок та перебіг повномасштабної війни в Україні.

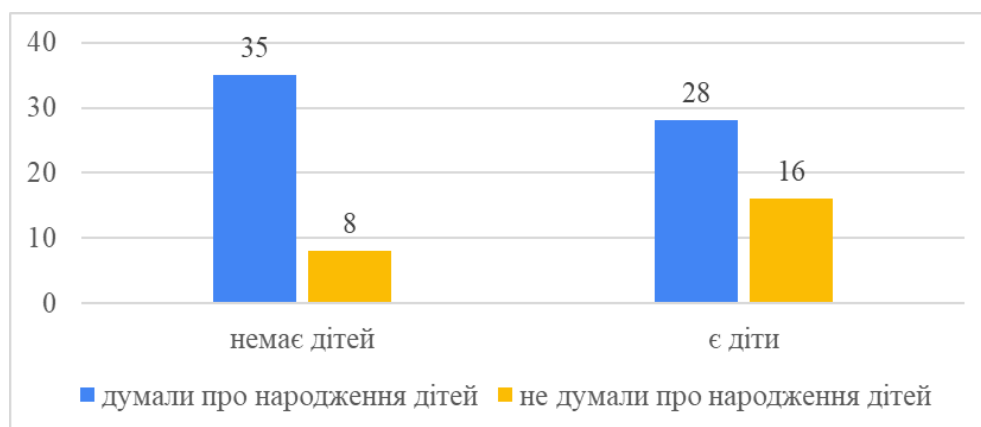


Рис. 2.5. Розподіл жінок за наявністю дітей та бажанням материнства

Проте на питання чи були спроби завагітніти протягом останніх 5 років 73,5 % жінок відповіли негативно – «спроб не було». З усієї вибірки 16,1 % жінок мають хронічні захворювання, що впливають на їх рішення щодо материнства. І тільки 4,6 % жінок зверталися до програм допоміжних репродуктивних технологій.

Цікавими є дані дослідження стосовно того, що 72,4 % жінок задумувались про народження дитини протягом останніх 5 років, та 34,9 % з них робили спроби завагітніти, з яких 17,4 % успішно, і також 17,4 % неуспішно. Жінкам, хто думав про народження дитини протягом останніх п'ять років та не робили спроб, була запропонована можливість у довільному форматі описати причини відкладеної вагітності (Рис 2.6).

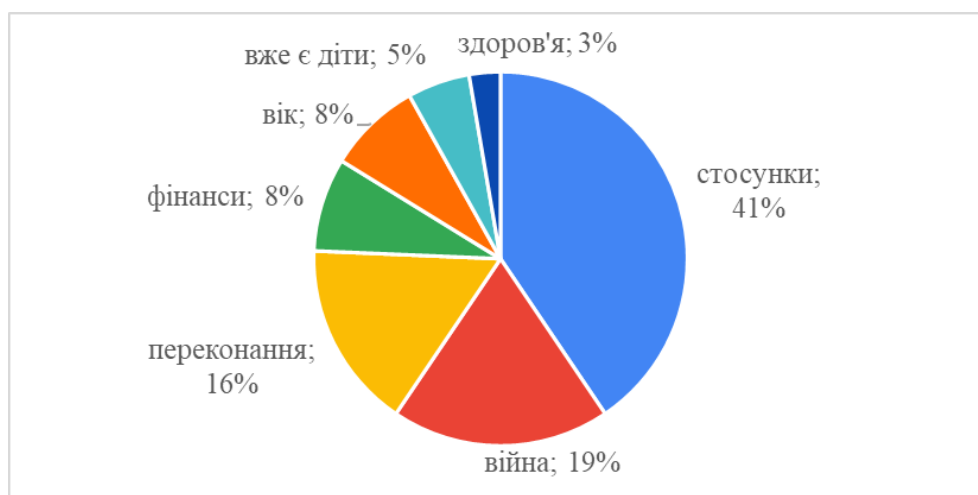


Рис. 2.6. Причини відкладеної вагітності

Отримані відповіді можна звести до 7 основних причин. Перша та найпоширеніша причина, яка складає 41 % від усього розподілу, – це «стосунки із партнером, його відсутність чи не бажання чоловіка мати дітей». На другому місці війна та невизначеність із майбутнім в зв'язку із цим – 19 %. Наступна причина «переконання» – 16 %, які здебільшого стосуються вибору себе, концентрацією на своїй самореалізації, бажання пожити для себе. Фінансовою причиною назвали 8 % респонденток, і таке саме місце посів в розподілі вік, який є обмеженням для 8 % жінок. Також 5 % жінок не робили спроб через те, що вже мають дітей. І тільки 3% не готові до материнства через обмеження «здоров'я» чи хронічні захворювання.

2.3. Валідність та статистична значущість даних вибірки

Обґрунтування надійності та наукової достовірності результатів психологічного дослідження вимагає суворого дотримання методологічних стандартів збирання, обробки та інтерпретації емпіричних даних. У контексті вивчення сімейно-рольових, репродуктивних та психоемоційних характеристик жінок, оцінювання якості сформованої вибірки виступає базовим критерієм, який дозволяє розмежувати об'єктивні психологічні закономірності від випадкових коливань у відповідях респонденток.

Для обґрунтування якості нашої вибірки ми використовуємо методологічні та порівняльні підходи. Наразі оцінити репрезентативність вибірки класичним статистичним шляхом не є можливим через відсутність загальнонаціональної статистики. Державна служба статистики призупинила публікацію регулярних детальних звітів з початку повномасштабного вторгнення з 2021 року. Обґрунтування обсягу вибірки дослідження здійснювалося шляхом проведення апріорного аналізу статистичної потужності із використанням спеціалізованого модуля PAMLj у середовищі статистичного пакета jamovi. Розрахунок критерію проводився для двобічного кореляційного аналізу за таких параметрів: фіксований рівень помилки першого роду ($\alpha = 0.05$), мінімально допустима

статистична потужність ($1 - \beta = 0.90$) та очікувана помірна величина ефекту ($r = 0.34$) за класифікацією Дж. Коена. За результатами математичного моделювання встановлено, що мінімально достатній обсяг вибірки для верифікації сформульованих гіпотез становить 86 осіб. Таким чином, сформована для дослідження вибірка, до якої увійшли 87 жінок, повністю відповідає критеріям статистичної потужності та є репрезентативною для виявлення заявлених кореляційних зв'язків із високим рівнем надійності (90%). Це дозволяє мінімізувати ймовірність отримання хибнонегативних результатів і забезпечує належну валідність подальших емпіричних висновків.

На етапі первинного візуального аналізу емпіричних даних шкал Репродуктивні установки опитувальника РОД-2 було ідентифіковано чітко виражений ізольований викид (респондент № 28). Учасниця продемонструвала абсолютний максимальний підсумковий показник у 80 балів, виявивши крайні позитивні значення за всіма 40 твердженнями методики, що є критичним «ефектом стелі» з нульовою внутрішньою дисперсією відповідей. Подібний результат свідчить про низьку диференційованість пунктів опитувальника для цієї піддослідної. Ми можемо припустити, що респондентка репрезентує факт надвисокої соціальної бажаності, або дію механізмів психологічного захисту через гіперкомпенсацію репродуктивної тривоги, або формальне байдуже ставлення до процедури тестування. З метою запобігання математичних викривлень, штучного зміщення середніх значень та деформації лінійних зв'язків, цей протокол було кваліфіковано як невалідний та вилучено з загального масиву даних. Подальший статистичний аналіз проведено на очищеній вибірці обсягом (N) 86 осіб.

Центральними індикаторами методологічної спроможності отриманих результатів у математико-статистичному аналізі є валідність та статистична значущість, комплексне застосування яких гарантує точність емпіричних висновків та можливість їх подальшої екстраполяції. Психометрична оцінка інструментарію в межах цього розділу фокусується на аналізі внутрішньої узгодженості та валідності застосованих методик (PARI, РОД-2, TAS-20 та

HADS) за допомогою розрахунку коефіцієнта α -Кронбаха. Було розраховано показники якості даних для кожної методики окремо, оскільки кожна шкала є самостійним інструментом вимірювання зі своєю специфікою розподілу та внутрішньої структури (Табл. 2.1).

Табл. 2.1.

Показники надійності та узгодженості методик

Методики	Cronbach's α
Методика вивчення батьківських установок PARI	0.877
Рольовий опитувальник дітородіння РОД-2	0,871
Торонтська шкала алекситимії TAS-20	0.842
Госпітальної шкали тривоги та депресії HADS – субшкала тривоги	0.812
Госпітальної шкали тривоги та депресії HADS – субшкала депресії	0.765

Аналіз надійності та узгодженості шкал методики PARI показав високий результат (Cronbach's $\alpha = 0.877$), що свідчить про хорошу надійність тесту, тож отримані результати мають високу надійність. Всі твердження, які входять до шкал методики PARI, працюють синхронно, вимірюють один і той самий психологічний конструкт, а сама шкала є надійною для використання у дослідженні.

Також слід зазначити, що в нашому дослідженні шкали опитувальника РОД показали високу внутрішню узгодженість, надійність та однорідність (Cronbach's $\alpha = 0,871$). Дані, зібрані за цією шкалою, можна впевнено використовувати для подальшого аналізу.

Для інтегральної шкали алекситимії (TAS-20) отримано показник (Cronbach's $\alpha = 0.842$) відображає інтегральну надійність та узгодженість. Отриманий результат свідчить про високий ступінь внутрішньої однорідності тесту, взаємозв'язаність усіх його пунктів та відсутність значних системних помилок вимірювання. Стійкість інтегрального індексу доводить, що методика TAS-20 є надійним та валідним діагностичним інструментом для оцінювання алекситимічних проявів у досліджуваній вибірці жінок, а отримані на її основі емпіричні результати мають високу наукову достовірність.

Точності вимірювання та внутрішню однорідність Госпітальної шкали тривоги та депресії HADS перевіряли окремо по кожній з субшкал. Результат для шкали тривоги (Cronbach's $\alpha = 0.812$) беззаперечно доводить, що всі 7 тверджень, які формують дану субшкалу, виявляють високу інтеркореляцію між собою та спрямовані на діагностику єдиного конструкту – психоемоційного напруження тривожного спектру. Отримане значення підтверджує методологічну спроможність субшкали тривоги на досліджуваній вибірці жінок та гарантує високу наукову достовірність проведення порівняльних розрахунків. Для субшкали депресії отриманий емпіричний показник (Cronbach's $\alpha = 0.765$) розцінюється як добре, стабільне та цілком достатнє значення для фіксації надійності вимірювальної ознаки. Такий результат свідчить про те, що твердження, які входять до блоку опитувальника в частині депресії, є внутрішньо узгодженими і надійно вимірюють єдину ознаку. Отриманий індекс мінімізує вплив випадкових похибок вимірювання, що верифікує методологічну спроможність субшкали депресії на цій вибірці жінок.

Отже, отримані результати Альфа Кронбаха по усім чотирьом методикам мають високу надійність та свідчить про відсутність значних випадкових похибок вимірювання, та є надійними для використання в дослідженні.

Наступним етапом з метою обґрунтування вибору методів подальшого статистичного аналізу було проведено комплексну оцінку характеру розподілу отриманих експериментальних даних для контрольної та експериментальної груп. Перевірка на відповідність закону нормального розподілу здійснювалася шляхом розрахунку коефіцієнтів асиметрії *Skewness* (*Skew*) та ексцесу *Kurtosis* (*Kurt*), які дозволяють оцінити симетричність та форму розподілу, а також за допомогою формального критерію *Shapiro-Wilk test* (*W*), що є найбільш потужним статистичним тестом для вибірок малого та середнього обсягу (Табл. 2.2). Оцінка цих параметрів є критично важливою, оскільки вона визначає коректність застосування класичних параметричних методів порівняння та моделювання або вказує на необхідність використання альтернативних непараметричних критеріїв.

Табл. 2.2.

Розподіл даних вибірки в розрізі шкал методик

	діти	Mean	SD	Skew	Kurt	W	p
PARI Ставлення до сімейної ролі	ні	92.35	11.93	-0.144	-0.625	0.977	0.516
	так	93.70	12.49	0.371	-0.308	0.978	0.580
PARI Оптимальний емоційний контакт	ні	13.99	1.45	0.546	0.201	0.974	0.417
	так	14.19	1.53	-0.147	0.865	0.960	0.142
PARI Зайва емоційна дистанція	ні	10.50	1.85	0.026	1.014	0.948	0.053
	так	10.39	1.75	0.051	0.044	0.985	0.829
PARI Зайва концентрація на дитині	ні	10.61	1.69	0.371	-0.109	0.973	0.393
	так	10.98	1.73	0.573	0.861	0.974	0.423
РОД-2 Генофілія	ні	11.67	7.06	0.776	1.215	0.957	0.104
	так	20.93	7.27	-0.605	0.229	0.965	0.208
РОД-2 Генофобія	ні	-9.12	6.41	-1.055	1.040	0.919	0.005
	так	-3.33	3.16	0.713	2.672	0.927	0.009
РОД-2 Репродуктивна активність	ні	8.21	6.23	0.746	0.170	0.935	0.017
	так	15.16	6.86	-0.217	-0.029	0.983	0.760
РОД-2 Репродуктивна пасивність	ні	-11.91	7.77	-1.069	0.624	0.901	0.001
	так	-6.81	3.97	-0.680	1.542	0.952	0.068
TAS-20 Труднощі з ідентифікацією почуттів	ні	13.58	5.12	0.465	-0.931	0.929	0.011
	так	14.72	6.28	0.977	0.473	0.909	0.002
TAS-20 Труднощі з описом почуттів	ні	8.33	2.62	0.387	-0.821	0.929	0.011
	так	10.21	4.53	0.750	-0.366	0.904	0.002
TAS-20 зовнішньо-орієнтоване мислення	ні	13.93	3.28	0.289	-0.779	0.963	0.176
	так	16.02	6.21	1.094	0.828	0.902	0.001
HADS тривога	ні	8.05	3.82	0.662	0.276	0.952	0.070
	так	9.00	3.66	0.618	0.345	0.964	0.201
HADS депресія	ні	4.51	3.28	0.918	0.725	0.928	0.010
	так	5.86	3.48	0.229	-0.505	0.960	0.135

Для показників асиметрії визначена стандартна помилка ($SE = 0.361$), для показників ексцесу – стандартна помилка ($SE = 0.709$), допустимий діапазон $[-1.96 - 1.96]$. Аналіз параметрів розподілу ознак для кожної методики здійснювався окремо для двох дослідних груп: жінок, які мають дітей ($n = 43$), та жінок, які не мають дітей ($n = 43$).

Було встановлено, що для більшості шкал методики РОД-2 в обох групах значення стандартизованої асиметрії перебувають у межах критичного діапазону, що свідчить про наближеність розподілу до нормального виду. Проте для групи жінок, які не мають дітей, виявлено статистично значущу лівобічну

асиметрію за шкалами Генофобія ($\text{Skew} = -1.055$, $Z = -2.92$) та Репродуктивна пасивність ($\text{Skew} = -1.069$, $Z = -2.96$). Додаткова верифікація розподілу ознак за даною методикою через показник ексцесу засвідчила, що для більшості аналізованих параметрів в обох групах жінок гостровершинність розподілу перебуває в межах статистичної норми, не перевищуючи критичного порогу ($Z_{\text{Kurt}} < 1,96$). Водночас у групі матерів виявлено статистично значущий позитивний ексцес за шкалами Генофобія ($\text{Kurt} = 2,6720$, $Z = 3,77$) та Репродуктивна пасивність ($\text{Kurt} = 1,5419$, $Z = 2,17$). Шкала Генофобія у групі матерів є математично аномальною. Вона має високу щільність відповідей довкола середнього значення ($\text{Mean} = -3,33$) з дуже вузьким розкидом ($\text{SD} = 3,16$) та високим піком графіка. Це відображає високу однорідність та згуртованість відповідей у даній групі, зокрема, стійке та концентроване вираження незначних побоювань щодо труднощів дітородіння, майже всі опитані матері думають однаково, а крайніх, нестандартних думок майже немає.

Для остаточної верифікації гіпотези про нормальність розподілу ознак за методикою РОД-2 було застосовано критерій Шапіро-Вілка. Математичний аналіз засвідчив, що для інтегрального показника Репродуктивні установки в обох групах жінок емпіричний розподіл повністю відповідає теоретичній кривій Гауса ($W = 0.971$, $p = 0.351$ та $W = 0.967$, $p = 0.240$ відповідно). Аналогічний результат нормативності зафіксовано для шкали Генофілії ($p > 0.05$ в обох групах). Водночас критерій Шапіро-Вілка виявив статистично значущі відхилення від параметричної норми ($p < 0.05$) для шкали Генофобія в обох групах (група жінок, які не мають дітей: $W = 0.919$, $p = 0.005$; група матерів: $W = 0.927$, $p = 0.009$), а також для шкал Репродуктивна активність ($p = 0.017$) та Репродуктивна пасивність ($p = 0.001$) у групі жінок, які не мають дітей. Таким чином ми спостерігаємо порушені та суттєві деформації розподілу в сукупності даних, що підтверджує необхідність порівняння експериментальної та контрольної груп за шкалами Генофобії, Репродуктивної активності та Репродуктивної пасивності за допомогою непараметричного U-критерію Манна-

Вітні, оскільки не виконані вимоги щодо симетричності та нормальності розподілу для застосування параметричного t-критерію.

При аналізі параметрів розподілу за Госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS встановлено, що показники шкали Тривоги в обох групах наближаються до параметричної норми, оскільки значення стандартизованої асиметрії не перевищують критичного порогу ($Z = 1.83$) для жінок без дітей та ($Z = 1.71$) для матерів. Натомість за шкалою Депресії у групі жінок, які не мають дітей, виявлено статистично значущу правобічну асиметрію ($\text{Skew} = 0.918$, $Z = 2.54$), тобто більшість жінок без дітей мають низькі показники депресії, але є невелика кількість осіб із дуже високим рівнем. У групі матерів розподіл депресивних проявів є симетричним ($\text{Skew} = 0.229$, $Z = 0.63$). Математична верифікація гостровершинності розподілу за Госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS продемонструвала повну відповідність параметричним критеріям нормальності. Розраховані значення стандартизованого ексцесу для шкали Тривоги ($Z = 0,39$) для групи без дітей та ($Z = 0,49$) для групи матерів та шкали Депресії ($Z = 1,02$) та ($Z = -0,71$) відповідно перебувають в межах нормативного інтервалу. Отримані результати підтверджують відсутність аномальних концентрацій індивідуальних відповідей респонденток або надмірного розпорошення оцінок. Така психометрична архітектура шкал тривоги та депресії вказує на збалансовану варіативність ознак усередині вибірки, що забезпечує високу надійність подальших процедур статистичного висновку. За результатами перевірки емпіричного розподілу ознак за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) за допомогою критерію Шапіро-Вілка було встановлено, що показники шкали Тривоги в обох групах відповідають параметричній нормі Гауса, оскільки рівень значущості критерію перевищує критичну межу: $W = 0.052$, $p = 0.070$ для бездітних жінок та $W = 0.964$, $p = 0.201$ для матерів. Стосовно шкали Депресії, у групі жінок, які мають дітей, розподіл також наближається до нормального виду ($W = 0.960$, $p = 0.135$). Проте у групі жінок без дітей зафіксовано статистично значуще відхилення від нормального розподілу ($W = 0.928$, $p = 0.010$), що узгоджується з раніше виявленою

правобічною асиметрією клінічного спектра. З огляду на це, порівняльний аналіз груп за параметром тривоги здійснюватиметься за допомогою параметричного *t*-критерію Стюдента, тоді як міжгрупове зіставлення показників депресії вимагає застосування непараметричного *U*-критерію Манна-Вітні.

Оцінка параметрів розподілу інтегральних шкал за методикою вивчення батьківських та сімейних установок PARI Шефера і Белла продемонструвала високу ступінь відповідності емпіричних даних закону нормального розподілу. Для всіх чотирьох інтегральних шкал, а саме Ставлення до сімейної ролі, Оптимальний емоційний контакт, Зайва емоційна дистанція з дитиною та Зайва концентрація на дитині значення стандартизованої асиметрії (*Z skew*) в обох групах жінок, як тих, хто мають дітей, так і тих, хто не мають, зафіксовані в межах суворого діапазону [-1.59; 1.51]. Застосування критерію Шапіро-Вілکا засвідчило, що абсолютно всі інтегральні показники опитувальника в обох порівнюваних групах жінок мають нормальний розподіл, оскільки рівні статистичної значущості суттєво перевищують критичний поріг ($p > 0.05$). Проте у досліджуваних групах додатково було проведено перевірку характеру розподілу емпіричних даних окремо за 23 субшкалами методики PARI. Статистичний аналіз засвідчив, що досліджувана вибірка демонструє неоднорідний характер розподілу залежно від конкретної шкали методики.

У більшості діагностованих параметрів закон нормального розподілу не порушується. Відсутні статистично значущі відхилення за критерієм Шапіро-Вілка для обох груп за такими шкалами: Побоювання образи, Сімейні конфлікти, Вплив сім'ї, Надвавторитет батьків, Пригнічення агресії, Незадоволеність роллю господині, Партнерські відносини, Підтримка активності дитини, Невключеність чоловіка та Пригнічення лібідо. Значення асиметрії та ексцесу для цих шкал перебувають у межах інтервалу, що свідчить про симетричність розподілу та відповідність критеріям параметричної статистики.

Однак у низці шкал виявлено статистично значущі відхилення від нормального розподілу, зумовлені ексцесивністю або асиметричністю відповідей респондентів.

Спільні девіації для обох груп виявлено за шкалами Вербалізація ($p = 0.015$ / $p = 0.012$), Дратівливість ($p = 0.005$ / $p = 0.016$); у групі бездітних спостерігається виражений позитивний ексцес ($E_x = 3.29$) та Залежність від матері ($p = 0.004$ / $p = 0.011$); негативна асиметрія свідчить про зміщення відповідей у бік високих значень. За шкалою Пригнічення волі зафіксовано різноспрямовану ексцесивність: гостровершинний розподіл у бездітних ($E_x = 2.33$, $p = 0.006$) та плосковершинний розподіл у матерів ($E_x = -0.99$, $p < 0.001$).

Специфічні девіації у групі бездітних жінок зафіксували порушення норми за шкалами Залежність ($p < 0.001$, виражена права асиметрія $A_s = 0.97$), Уникнення конфліктів ($p = 0.011$), Домінування матері ($p = 0.020$), Втручання у світ дитини ($p = 0.001$) та Прискорення розвитку дитини ($p = 0.014$).

Специфічні відхилення у групі матерів виявлено за шкалами Гіперопіка ($p = 0.018$), позитивний ексцес ($E_x = 2.30$) вказує на високу концентрацію відповідей навколо моди, Самопожертва ($p = 0.041$), Суворість ($p = 0.014$) та Рівні відносини ($p = 0.008$).

Оскільки емпіричні дані за 23 судшколами методики PARI демонструють як нормальний, так і відмінний від нормального розподіл, подальше порівняння середніх показників між групою матерів та бездітних жінок потребує диференційованого підходу. Для шкал із підтвердженим нормальним розподілом обґрунтованим є застосування параметричного t-критерію Стюдента для незалежних вибірок. Для шкал, де закон нормального розподілу статистично значущо порушено, з метою уникнення помилок першого роду доцільно застосувати непараметричний аналіз із використанням U-критерію Манна-Уїтні.

Дослідження параметрів розподілу за Торонтською шкалою алекситимії TAS-20 виявило специфічні відмінності у формі розподілу експериментальної та контрольної груп. У групі жінок, які не мають дітей, усі шкали Труднощі з ідентифікацією почуттів, Труднощі з описом почуттів, Зовнішньоорієнтоване мислення та загальний інтегральний показник алекситимії продемонстрували відповідність закону нормального розподілу ($Z_skew \leq 1.29$). Натомість у групі жінок, які мають дітей, зафіксовано статистично значущу правобічну асиметрію

як за загальним рівнем алекситимії ($Skew = 0.810$, $Z = 2.24$), так і за її окремими компонентами: труднощами ідентифікації почуттів ($Z = 2.71$), труднощами опису почуттів ($Z = 2.08$) та зовнішньоорієнтованим мисленням ($Skew = 1.094$, $Z = 3.03$). Отримане зміщення відображає неоднорідність групи матерів, де за загального низького та помірного рівня алекситимії присутня підгрупа жінок із вираженими труднощами вербалізації та диференціації емоційних станів. Математичний аналіз показників ексцесу (*Kurt*) за методикою TAS-20 засвідчив відсутність критичних деформацій гостровершинності розподілу в обох групах респонденток. Значення стандартизованого ексцесу (Z_kurt) для всіх шкальних параметрів та інтегрального балу методики зафіксовані в межах допустимого діапазону $[-1,31; 1,17]$. У групі жінок, які не мають дітей, спостерігається стійка тенденція до згладженого ефекту, тобто відсутності гострого піку, значення *Kurt* $[-0,931$ до $-0,436]$ вказує на рівномірне розпорошення індивідуальних оцінок емоційного дефіциту всередині групи, тобто серед жінок без дітей не спостерігається однаковість стану. Погляди та оцінки у цій групі дуже різноманітні та розмиті. У групі матерів розподіл відповідей є класичним, природнім і нормальним. Попри нормативні показники ексцесу, наявність раніше зафіксованої значущої асиметрії в групі матерів вказує на загальну непараметричну природу розподілу ознак алекситимії, що визначає вибір рангових методів для подальшого аналізу. Фінальна верифікація гіпотези про нормальність розподілу за Торонтською шкалою алекситимії (TAS-20) за допомогою критерію Шапіро-Вілка продемонструвала значні відхилення від параметричної норми Гауса, особливо у групі жінок, які мають дітей. Математичний аналіз засвідчив, що у групі матерів розподіл усіх без винятку субшкал та загального інтегрального показника алекситимії є статистично значуще відмінним від нормального виду: Труднощі з ідентифікацією почуттів ($W = 0.909$, $p = 0.002$), Труднощі з описом почуттів ($W = 0.904$, $p = 0.002$), Зовнішньоорієнтоване мислення ($W = 0.902$, $p = 0.001$) та загальний рівень алекситимії ($W = 0.906$, $p = 0.002$). У групі жінок, які не мають дітей, закон нормального розподілу виконується лише для параметрів

Зовнішньоорієнтованого мислення ($W = 0.963$, $p = 0.176$) та загального балу алекситимії ($W = 0.961$, $p = 0.149$), тоді як шкали ідентифікації та опису почуттів також демонструють статистично значуще відхилення ($p = 0.011$). Таке системне порушення вимог параметричної лінійності вказує на внутрішню неоднорідність ознак емоційного дефіциту у вибірці, що робить використання t-критерію Стюдента некоректним і повністю обґрунтовує застосування непараметричного U-критерію Манна-Вітні для міжгрупового аналізу.

Наявність вираженого зміщення розподілу за параметрами Генофобія, Репродуктивна пасивність, депресії, всіх субшкал методики TAS-20 та частини субшкал методики PARI зумовлює необхідність застосування методів непараметричної статистики, зокрема, U-критерію Манна-Вітні та рангової кореляції Спірмена для подальшої математичної обробки та забезпечення валідності висновків. За параметрами Репродуктивні установки, Генофілія, тривоги та частини субшкал методики PARI спостерігаємо нормальний розподіл даних, тому можемо застосовувати методи параметричних статистичних критеріїв – t-Стюдента та кореляційний аналіз Пірсона.

Висновки до розділу II

У другому розділі наукової роботи здійснено комплексне проектування, обґрунтування та розгортання методологічного інструментарію емпіричного дослідження психологічної готовності жінок до материнства. Процедура збору, первинної підготовки та математико-статистичної обробки емпіричних даних інтегрує в собі декілька послідовних етапів.

По-перше, системно обґрунтовано вибір діагностичного інструментарію, покликаного всебічно відобразити феноменологію психологічної готовності до материнства через її когнітивний, емоційний, мотиваційний та поведінковий компоненти. Поєднання методик РОД-2, PARI, HADS та TAS-20 забезпечує багатовимірне вимірювання досліджуваного конструкту. Методики дозволяють диференціювати ієрархію сімейних цінностей жінок, зафіксувати

неусвідомлювані установки щодо розподілу батьківських ролей та виявити узгодженість чи суперечливість між рольовими домаганнями та очікуваннями в майбутньому сімейному просторі, дослідити базові батьківські установки, стилі виховання та специфіку ставлення до них, виявити потенційні деструктивні тенденції. Також проведено скринінг латентних проявів афективного спектру – клінічної та субклінічної тривоги і депресії, оцінено рівень алекситимії як здатності до рефлексії, розпізнавання та вербалізації власних емоційних станів.

По-друге, сформовано та репрезентовано емпіричну вибірку дослідження. Загальний обсяг сформованої сукупності піддослідних склав ($n = 87$) жінок. Демографічні, вікові та соціально-психологічні характеристики учасниць ретельно контролювалися задля забезпечення гомогенності вибірки відповідно до мети дослідження. Обґрунтування обсягу вибірки базувалося на критеріях статистичної потужності, дозволяючи екстраполювати результати на ширшу генеральну сукупність із високим рівнем статистичної достовірності.

По-третє, у межах процедури первинного аналізу даних проведено ретельну перевірку емпіричного масиву на наявність аномальних викидів. Для подальшої математичної обробки було виключено один кейс, що демонстрував ізольований викид по шкалі РОД-2. Таким чином загальний розмір вибірки для подальшого аналізу склав ($n=86$) жінок.

По-четверте, здійснено математичну верифікацію внутрішньої узгодженості та психометричної надійності використовуваних методик. Коефіцієнт альфа Кронбаха окремо для кожної шкали та субшкали діагностичного інструментарію коливалися в діапазоні від 0.765 до 0.877, що свідчить про високу надійність усіх застосованих вимірювальних шкал. Шкали демонструють високий рівень внутрішньої консистентності та узгодженості, є вільними від випадкових похибок вимірювання, що гарантує відтворюваність та точність наступних розрахунків.

По-п'яте, реалізовано процедуру тестування сукупності даних на відповідність закону нормального розподілу. Емпіричний аналіз виявив гетерогенну картину розподілу ознак для більшості шкал та для низки субшал

зафіксовано статистично значуще відхилення від норми. На основі отриманих результатів перевірки розподілу було прийнято методологічно виправдане рішення щодо застосування диференційованого підходу, що поєднує як параметричні, так і непараметричні методи, для того, щоб нівелювати ризики отримання хибних результатів, забезпечити високу наукову достовірність емпіричних висновків на наступному етапі дослідження.

РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ЖІНОК ДО МАТЕРИНСТВА

3.1. Порівняльний аналіз та описова статистика

Третій розділ дослідження присвячено презентації, інтерпретації та змістовному обговоренню результатів емпіричного вивчення психологічної готовності жінок до материнства. Логіка викладу отриманих даних розгортається від первинного аналізу до глибинного моделювання та практичного впровадження: на першому етапі за допомогою методів описової статистики та порівняльного аналізу зафіксовано загальні тенденції, виокремлено рівні прояву досліджуваних ознак та встановлено статистично достовірні відмінності між групами жінок. Наступний крок передбачає застосування процедури факторного та регресійного аналізу для виявлення прихованих латентних чинників готовності до материнства, а також проведення кореляційного аналізу для встановлення інтеркореляційних зв'язків між емоційними, рольовими та поведінковими компонентами майбутніх матерів. У завершальній частині розділу на основі виявлених емпіричних закономірностей запропоновано комплекс науково обґрунтованих рекомендацій, спрямованих на оптимізацію психологічного супроводу жінок та подружніх пар на етапі планування та очікування дитини.

Результати методики РОД-2 привернули нашу увагу через нерівномірність розподілу та через невизначеність із відповідями. Твердження із нерівномірним розподілом (Табл. 3.1) наочно показують особливості ціннісних переконань жінок у поточній ситуації. Як ми можемо побачити з наведених даних сучасна українська жінка обирає материнство не тому, що вважає його вершиною своєї самореалізації та необхідною передумовою до щасливого життя. Також спостерігаємо дещо амбівалентні погляди жінок, коли бажання мати дітей є основною цінністю та коли жінка є самодостатньою без дітей і народження має бути раціональним вибором.

Табл. 3.1.

Ціннісно-мотиваційні показники

Твердження РОД-2	схвалюють
5. Дітей слід народжувати, коли цього хочеш, коли є умови	64,4%
10. Я хочу мати дітей	56,3%
11. Збережу дитини і при незапланованій вагітності	47,1%
14. Я хотіла б мати більше 1 дитини	50,6%
17. Я прагну до материнства	44,8%
21. Дітям потрібна любляча сім'я	52,9%
26. Жінка може не мати дітей і бути щасливою	59,8%
31. Навіть в злиднях жінка не повинна кидати своїх дітей	55,2%
32. Життя жінки може бути повноцінним і без дітей	62,1%
37. Важливо, щоб мій чоловік був хорошим батьком моїм дітям	49,4%
38. Наважуючись на народження дитини, не думаю про матеріальний бік справи	48,3%

Проаналізувавши отримані дані ми можемо припустити, що психологічна готовність до материнства зараз значною мірою визначається актуалізованими сенсами про цінність жінки, як особистості, про турботу про себе та майбутнє, факт народження дітей відбувається не заради дітей чи через обмеження репродуктивного віку, очікування оточення, а на перший план виходять особистісні бажання та готовність, любляча атмосфера в родині, відповідальність за свій вибір, надійні стосунки із партнером.

Другим цікавим фактом аналізу отриманих відповідей ми вбачаємо переважання нейтральної позиції по кільком із протилежних тверджень, які наведені в таблиці 3.2. Значний відсоток нейтральної оцінки може вказувати на те, що респонденткам важко визначитися із вибором. І це може бути структурною зміною в уявленнях щодо готовності до материнства. Тобто формулювання тверджень опитувальника можуть бути застарілими та не відповідати потребам сучасних жінок для оцінки їх репродуктивних переконань. Переважання нейтральних відповідей (від 40% до майже 67%) щодо таких гострих та полярних тем може свідчити про глибоку внутрішню кризу цінностей,

розгубленість або захисну реакцію у групі опитаних жінок. Дане припущення не можна залишати не висвітленим, така статистика говорить про ймовірність сенсових змін в баченнях жінок і має бути додатково вивчене.

Табл. 3.2.

Нейтральні позиції жінок щодо амбівалентних тверджень

твердження	нейтрально	твердження
1. Діти – це сенс життя	47,1%	Діти – це тягар
13. Материнство важливіше кар'єри	57,5%	Кар'єра важливіше материнства
27. Материнство розвиває	40,2%	Материнство гальмує жінку, розвиток жінки.
28. Злочинно відмовлятися від хворих дітей	44,8%	Хворих дітей краще залишати в спеціальних установах.
35. Мати багато дітей престижно завжди	64,4%	Мати багато дітей в наш час не престижно
39. Народження дитини – це вершина успіху жінки	66,7%	Народження дитини – це перешкода успіху жінки

За допомогою діаграм розсіювання було проведено візуальний аналіз даних та виявлені кілька тенденцій, де вік та рівень доходу має зв'язок із досліджуваними явищами щодо репродуктивних установок та рівня тривоги. Діаграми наведені в Додатку 1. На основі отриманих спостережень можемо припустити наступні гіпотези:

- В процесі дорослішання знижується пріоритет реалізації материнської функції. За даними дослідження ми бачимо негативну кореляцію: чим більший вік респондентів експериментальної групи, тим менше вони демонструють рівень генофілії – бажання мати дітей.

- Репродуктивна активність значно знижуються у жінок, які не мають дітей, після 34 років. Для обох досліджуваних груп показники шкали репродуктивної активності мають паралельні значення із невеликою різницею у віці 20-33 роки та після цього періоду показники значно розходяться, при чому респонденти в контрольній групі мають невеликий розкид даних, а жінки, які не мають дітей, демонструють значне зниження показників репродуктивної активності;

– Недостатньо даних дослідження, щоб підтвердити чинники, які впливають на рівень тривоги у жінок обох груп. Співвідношення віку із ступенем тривоги у експериментальній групі має обернену залежність, чим старший вік, тим нижчий рівень тривоги. А в контрольній групі отриманий зв'язок поводить себе навпаки – чим старше учасниці, тим вищий рівень тривоги. Можуть бути розглянуті дві гіпотези, що в молодому віці підвищений рівень тривоги активізує репродуктивну пасивність жінок, які не мають дітей, а матері мають вищий рівень тривоги в старшому віці через материнську відповідальність. Дані припущення мають бути ще додатково досліджені.

– Рівень доходу має вплив на репродуктивні установки – при чому при доході нижче середнього показники по репродуктивним установкам майже збігаються для обох груп, далі ми спостерігаємо для експериментальної групи обернену залежність – чим вище дохід, тим менше прагнення жінок мати дітей.

В результаті порівняльного аналізу показників шкал методики PARI була перевірена гіпотеза про наявність розбіжностей у рівнях емоційного контакту, емоційної дистанції, зайвої концентрації на дитині та загальному показнику ставлення до сімейної ролі між експериментальною та контрольною групами, було застосовано критерій t-Ст'юдента для незалежних вибірок ($N = 86$). В результаті проведеного аналізу встановлена розбіжність за інтегральними показниками методики не досягла рівня статистичної значущості (Табл 3.3). Розрахунок розміру ефекту за коефіцієнтом Коена вказує на незначну практичну потужність виявленого розходження.

Табл. 3.3.

Аналіз відмінностей між групами (методика PARI)

	Student's t	p	Mean diff	SE diff	Cohen's d
Ставлення до сімейної ролі	-0.512	0.610	-1.349	2.634	-0.1104
Емоційний контакт з дитиною	-0.633	0.528	-0.203	0.321	-0.1366
Емоційна дистанція з дитиною	0.280	0.781	0.109	0.388	0.0603
Зайва концентрація на дитині	-0.995	0.323	-0.366	0.368	-0.2146

Для перевірки гіпотези про наявність відмінностей між експериментальною та контрольною групами жінок у структурі батьківських та сімейних установок за субшкалами методики PARI було застосовано t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок. Статистичному аналізу піддано 10 з 23 субшкал, які продемонстрували відповідність закону нормального розподілу на попередньому етапі дослідження (Табл. 3.4).

Табл. 3.4.

**Аналіз відмінностей між групами за субшкалами
методики PARI із нормальним розподілом**

Субшкали	Student's t	p	Mean diff	SE diff	Cohen's d
6.Побоювання скривдити	-1.256	0.212	-0.698	0.555	-0.271
7.Сімейні конфлікти	0.710	0.480	0.372	0.524	0.153
10.Залежність дитини від матері	-1.814	0.073	-1.093	0.603	-0.391
11.Надавторитет батьків	-0.453	0.652	-0.279	0.616	-0.098
12.Придушення агресивності дитини	-1.545	0.126	-0.837	0.542	-0.333
13.Невдоволення роллю господарки	1.273	0.207	0.814	0.639	0.275
14.Рівність батьків і дитини	0.000	1.000	0.000	0.518	0.000
15.Розвиток активності дитини	-1.175	0.243	-0.674	0.574	-0.253
17.Байдужість чоловіка	-0.257	0.798	-0.116	0.452	-0.055
18.Придушення сексуальності	-0.461	0.646	-0.256	0.555	-0.099

Математико-статистична обробка даних засвідчила відсутність статистично значущих відмінностей за всіма аналізованими параметрами, оскільки в усіх випадках показник досягнутого рівня значущості перевищив критичне значення ($p > 0.05$).

Було виокремлено чотири шкали в групу «Сімейні ролі та мікроклімат», які є однаковими у бездітних жінок та матерів (рівень задоволеності роллю господині (шкала 13), сприйняття сімейних конфліктів (шкала 7), оцінка партнерських відносин (шкала 14) та відчуття байдужості з боку чоловіка (шкала 17). Значення для шкали 14 (партнерські стосунки) є абсолютно ідентичними ($t = 0.000$, $p = 1.000$). Тобто шлюбні відносини та особливості мікроклімату в сім'ї демонструють статистичну однорідність в обох групах респонденток.

Батьківські установки та виховні стратегії, до яких можемо віднести побоювання образити дитину (шкала 6), прагнення домінувати або створювати надавторитет (шкала 11), тенденція до пригнічення дитячої агресії (шкала 12) чи лібідо (шкала 18), а також готовність підтримувати активність дитини (шкала 15), сформовані у жінок без дітей на такому ж рівні, як і у матерів, що вже мають реальний досвід материнства. Це вказує на те, що дані виховні установки є частиною загальної соціалізації та внутрішньої репрезентації материнської ролі, яка формується ще до народження дитини. На рівні статистичної тенденції зафіксовано різницю за шкалою «Залежність дитини від матері» ($p = 0.073$, розмір ефекту Коена $d = -0.391$). Негативний знак критерію вказує на потенційно вищий рівень декларування залежності від сімейного впливу у жінок контрольної групи, які мають дітей, проте дана тенденція потребує додаткової перевірки на більших обсягах вибірки.

Таким чином, отримані емпіричні дані дозволяють спростувати гіпотезу про наявність суттєвих розбіжностей у сімейних та батьківських установках бездітних жінок та матерів в частині параметрів методики PARI. Це свідчить про високий ступінь стабільності нормативних уявлень про виховання та шлюб, які формуються у жінок у процесі первинної соціалізації та засвоєння гендерних ролей ще до появи власного досвіду материнства.

Для шкал методики PARI, які на попередньому етапі аналізу продемонстрували відхилення від закону нормального розподілу, порівняння експериментальної групи (жінки без дітей) та контрольної групи (жінки з дітьми) здійснювалося за допомогою непараметричного U-критерію Манна-Уїтні (Табл. 3.5). Математико-статистична обробка дозволила виявити як зони однорідності за 9 шкалами, так і суттєву диференціацію між групами за чотирма виховними установками ($p > 0.05$).

Табл. 3.5.

**Аналіз відмінностей між групами за субшкалами
методики PARI із нерівномірним розподілом**

Субшкали	U-критерій	p	MD	r _{rb}
1.Вербалізація	860	0.571	0.00	0.070
8.Дратівливість батьків	864	0.601	0.00	-0.065
23.Несамостійність матері	808	0.306	0.00	-0.126
3.Залежність від сім'ї	589	0.004	-2.00	0.363
4.Придушення волі дитини	870	0.635	0.00	-0.059
16.Ухиляння від конфліктів	869	0.627	0.00	0.061
19.Домінування матері	634	0.012	-1.00	0.314
20.Втручання в світ дитини	699	0.050	-2.00	0.245
22.Прискорення розвитку дитини	660	0.021	1.00	-0.287
2.Надмірна турбота	894	0.790	0.00	0.034
5.Жертовність	892	0.778	0.00	-0.036
9.Строгість батьків	902	0.845	0.00	-0.025
21.Рівні стосунки з дитиною	857	0.556	0.00	0.074

Статистично значущі відмінності між досліджуваними групами зафіксовано за такими параметрами:

«Залежність від сім'ї» ($U = 589$; $p = 0.004$): коефіцієнт рангово-бісеріальної кореляції ($r_{rb} = 0.363$) свідчить про наявність ефекту середньої величини. Позитивна спрямованість зв'язку вказує на достовірно вищий рівень вираженості установок на залежність у групі бездітних жінок. Жінки, які не мають дітей, статистично значущо більше схильні декларувати потребу в залежності та зовнішній підтримці. Рішення про народження дитини, ймовірно, змушує жінку мобілізувати внутрішні ресурси та стати більш самостійною.

«Домінування матері» ($U = 634$; $p = 0.012$; $r_{rb} = 0.314$): виявлено статистично значуще переважання даного показника у жінок експериментальної групи, що відображає їхню більшу схильність до сприйняття материнської фігури як домінуючої порівняно з жінками, які мають реальний досвід материнства. Жінки без дітей частіше схильні бачити образ матері як домінуючої

фігури або транслювати таку модель. У матерів з дітьми цей показник нижчий, що може свідчити про відмінне ставлення чи сприйняття ролі лідера в сім'ї.

По шкалі «Прискорення розвитку дитини» ($U = 660$; $p = 0.021$; $r_{rb} = -0.287$) негативний знак рангово-бісеріальної кореляції вказує на достовірне переважання цього параметра у контрольній групі. Жінки, які мають дітей, виявляють виражену тенденцію до інтенсифікації та форсування процесів розвитку дитини. Матері статистично значущо більше орієнтовані на форсування та прискорення розвитку дитини порівняно з бездітними. Реальний досвід материнства актуалізує прагнення, щоб дитина швидше опановувала нові навички.

На граничному рівні статистичної значущості зафіксовані відмінності по шкалі «Втручання у світ дитини» ($U = 699$; $p = 0.050$; $r_{rb} = 0.245$). Тенденція відображає вищий рівень готовності до директивного включення у простір дитини у представниць бездітної вибірки. Жінки без дітей на рівні теоретичних установок продемонстрували дещо вищу готовність до щільного інтегрування та втручання у внутрішній світ дитини, тоді як реальні матері демонструють трохи більше поваги до особистих кордонів дитини, хоча ця відмінність є граничною.

За рештою 9 субшкал методики PARI статистично значущих розбіжностей між жінками двох груп виявлено не було. Групи продемонстрували високий ступінь однорідності за такими виховними та рольовими конструктами, як: «Вербалізація» ($p = 0.571$), «Дратівливість» ($p = 0.601$), «Залежність від матері» ($p = 0.306$), «Пригнічення волі» ($p = 0.635$), «Уникнення конфліктів» ($p = 0.627$), «Гіперопіка» ($p = 0.790$), «Самопожертва» ($p = 0.778$), «Суворість» ($p = 0.845$) та «Рівні стосунки з дитиною» ($p = 0.556$).

Таким чином, непараметричний аналіз дозволив конкретизувати психологічні зміни, що супроводжують рішення щодо переходу до реального материнства. Отримані дані свідчать, що експериментальна група демонструє підвищену особистісну залежність, наявність домінантних установок щодо влади матері.

Для виявлення відмінностей у ступені вираженості різних ознак за методикою PARI був застосований дисперсійний аналіз для повторних вимірювань. Результати аналізу (Табл. 3.6) продемонстрували статистично значущі відмінності між показниками шкал ($F(22, 1870) = 101, p < 0.001$). Отримані дані підтверджують неоднорідність вираженості досліджуваних психологічних ознак у вибірці. Між 23 шкалами методики існує високозначуща статистична різниця, досліджувані оцінюють психологічні ознаки не однаково: одні ознаки виражені сильніше, а інші – слабше, і цей поділ не є випадковим.

Табл. 3.6.

Дисперсійний аналіз шкал PARI

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Субшкали PARI	10809	22	491.30	102.60	<.001
Субшкали * наявність дітей	237	22	10.78	2.25	<.001
Residual	8849	1848	4.79		

Результат $p < 0.001$ для взаємодії субшкал методики PARI в розрізі материнства показує, що серед матерів кардинально змінюється структура психологічних ознак. В середньому загальний бал за всіма 23 шкалами у респонденток однаковий, проте всередині цієї суми бали розподіляються абсолютно по-різному. Пріоритети, цінності чи прояви ознак у жінок з дітьми та без дітей мають абсолютно різну конфігурацію. Аналіз внутрішньогрупової взаємодії виявив високозначущий ефект взаємодії між чинником шкал та наявністю дітей ($F(22, 1848) = 102.60; p < 0.001$). Це свідчить про те, що факт наявності дітей чи відсутності материнського досвіду суттєво впливає на профіль вираженості досліджуваних психологічних ознак. Структура та ієрархія показників у групах матерів та жінок, які не народжували, мають якісні статистично значущі відмінності. Це емпірично доводить, що структура та ієрархія показників методики суттєво змінюються залежно від наявності чи відсутності дітей у досліджуваних.

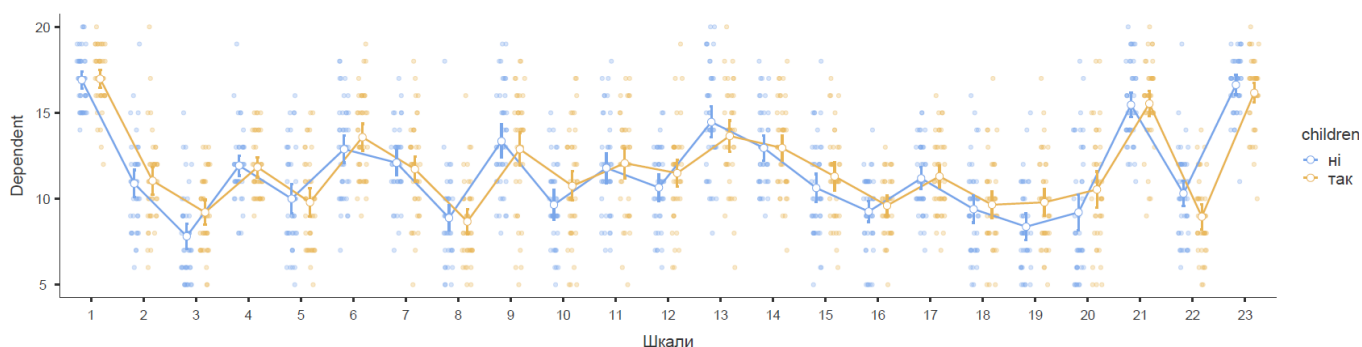


Рис. 3.1. Профіль взаємодії субшкал методики PARI в залежності від наявності дітей (RM-ANOVA)

Було проаналізовано дані та виокремлені шкали, які демонструють найбільший розрив між відповідями респонденток-матерів та респонденток, які не народжували (Рис. 3.1). Різниця понад 0.80-1.00 бали для нашої вибірки є психологічно чутливою. Детальний аналіз середніх значень дозволив конкретизувати характер взаємодії шкал із чинником наявності дітей. Виявлено, що жінки, які мають дітей, демонструють суттєво вищі показники за субшкалами:

- 3. «Залежність від сім'ї» ($\Delta = +1.40$);
- 19. «Домінування матері, влада матері» ($\Delta = +1.42$);
- 20. «Надмірне втручання в світ дитини, нав'язливість батьків» ($\Delta = +1.32$);
- 10. «Виключення позасімейних впливів» ($\Delta = +1.09$);
- 12. «Придушення агресивності дитини» ($\Delta = +0.84$).

Натомість для групи досліджуваних без дітей характерним є виражене переважання балів за субшкалами:

- 22. «Прагнення прискорити розвиток дитини» ($\Delta = -1.35$);
- 13. «Незадоволеність роллю господарки, мучеництво батьків» ($\Delta = -0.82$).

Варто відзначити, що такі базові параметри, як субшкала 14 «Партнерські стосунки, рівність батьків і дитини», субшкала 1 «Вербалізація – надання дитині можливості висловлюватися» та субшкала 21 «Рівні стосунки – товариські стосунки між батьками й дітьми», залишаються абсолютно незмінними, їх значення ідеально збігаються або є практично однаковими незалежно від материнського статусу респонденток. Можемо спостерігати певну

феноменологію щодо ідеалізованих уявлень про материнство у бездітних жінок проти реальних викликів та захисних стратегій матерів. Високі бали за субшкалами 3, 19, 20, 10 та 12 можуть відображати психологічну готовність жінок до материнства та вказувати на їх відмінний особистісний профіль. Наявність дитини об'єктивно обмежує соціальну мобільність матерів. Зростання показника «залежності від сім'ї та ролі господарки» фіксує зіткнення з реальною рутинною доглядом. Прагнення до домінування та влади стає психологічним захисним механізмом, намагаючись упоратися з хаосом і відповідальністю за життя дитини, матері компенсаторно посилюють свій контроль та авторитет. Підвищена нав'язливість, прагнення придушити агресію та виключити позасімейні впливи свідчать про високий рівень материнської тривоги в сучасних реаліях. Батьки намагаються створити для дитини безпечне середовище, захистити її від зовнішнього світу та зробити її поведінку максимально слухняною і прогнозованою через придушення агресії, що є ознакою формування симбіотичного зв'язку.

Переважання балів за субшкалами 22 та 13 у бездітних жінок демонструє їхні теоретичні або тривожні очікування щодо майбутнього батьківства. Прагнення прискорити розвиток дитини у бездітних людей відображає сучасний соціокультурний тренд на успішне життя та ранній розвиток. Не маючи реального досвіду взаємодії з темпами розвитку дитини, респондентки орієнтуються на перфекціоністські стандарти виховання. Вищий бал за незадоволеністю роллю господарки та «мучеництвом» серед бездітних вказує на сильний дошлюбний або добатьківський страх рутини та актуалізує страх втратити себе. Вони заздалегідь бояться, що народження дитини забере їхню свободу, кар'єру та самореалізацію. Коли ж діти з'являються, цей страх трансформується в реальну адаптацію, тому у матерів цей показник нижчий, оскільки вони приймають цю роль як факт або мають інші особистісні риси чи ціннісні переконання на які можуть спиратися.

Оптимістичним є стабільність субшкал 14, 1 та 21. Незалежно від того, є у жінки діти чи ні, базові демократичні цінності залишаються незмінними. Повага

до особистості дитини, надання їй права висловлюватися та прагнення до рівних, товариських і партнерських стосунків є стійкою внутрішньою установкою жінок. Досвід материнства не руйнує ці гуманістичні орієнтири, навіть попри те, що на практиці батькам доводиться частіше вмикати контроль і стикатися з обмеженнями.

На основі математичного моделювання RM-ANOVA доведено, що жінки, які вже стали мамами демонструють відмінні батьківські установки особистості, суттєво змінюючи профіль вираженості ознак за методикою PARI ($p < 0.001$). Встановлено, що в реальному материнстві акцент зміщено у бік захисних та контролюючих стратегій таких як гіперопіка, домінування, придушення агресії та фіксація на сімейній ролі. Виявлено, що для жінок, які ще не народжували, характерний перфекціонізм у вихованні, прагнення прискорити розвиток на тлі вираженого страху побутової рутини та «батьківського мучеництва». Доведено існування стабільного демократичного ядра виховних установок, орієнтація на партнерство та товариські стосунки із дитиною, яке є інваріантним та не залежить від наявності чи відсутності реального досвіду материнства.

Наступним етапом було проведено порівняльний аналіз непараметричних показників рольового опитувальника дітородіння РОД-2 (Табл. 3.7). За показником Манна-Уїтні були отримані статистично значущі відмінності значень за трьома шкалами методики. Показник $p < .001$ та $p = 0.002$ вказує на те, що ці відмінності між жінками з дітьми та без дітей не є випадковими, а коефіцієнти рангово-бісеріальної кореляції фіксують великий та середній розмір ефекту, що є вагомим науковим результатом.

Табл. 3.7.

Порівняльний аналіз шкал РОД-2

	U-критерій	p	MD	r _{rb}
Генофобія	367	<.001	-5.00	0.604
Репродуктивна активність	400	<.001	-8.00	0.567
Репродуктивна пасивність	568	0.002	-4.00	0.386

Аналіз медіан та середніх відхилень за методикою РОД-2 дозволив реконструювати специфіку репродуктивної сфери під впливом реального досвіду материнства (Табл. 3.8).

Табл. 3.8.

Описова статистика даних опитувальника РОД

	Наявність дітей	середнє	медіана	мода	стандартне відхилення
Генофілія	ні	11.67	12	10.00	7.06
	так	20.93	22	18.00	7.27
Генофобія	ні	-9.12	-8	-7.00 ^a	6.41
	так	-3.33	-3	-2.00	3.16
Репродуктивна активність	ні	8.21	7	11.00	6.23
	так	15.16	15	13.00	6.86
Репродуктивна пасивність	ні	-11.91	-11	-6.00	7.77
	так	-6.81	-7	-9.00	3.97
Репродуктивні установки	ні	-1.14	2	17.00 ^a	23.92
	так	25.58	28	20.00 ^a	15.52
^a встановлена більше ніж одна мода, в таблиці наведено одне значення					

На рівні дескриптивного аналізу виявлено кардинальну перебудову рольової структури жінок. Так, за шкалою «генофобія» зафіксовано суттєвий зсув медіанних значень від групи бездітних жінок (Median = -8.00) до групи матерів (Median = -3.00). Даний факт має глибоке психологічне значення – він свідчить про перехід від феномену первинного витіснення та ідеалізації материнства у бездітних респонденток до етапу реалістичної інтеграції та усвідомлення об'єктивних труднощів дітородного процесу у жінок, які вже мають дітей. Максимальний міжгруповий розрив зафіксовано за вектором «репродуктивної активності» (Median = 7.00) проти (Median = 15.00) на користь матерів, що відображає закономірну зміну домінантної діяльності та повну переорієнтацію мотиваційної системи особистості та усвідомлену репродуктивну готовність. Різниця медіан за шкалою «репродуктивної пасивності» у групі матерів (Median = -7.00) порівняно з (Median = -11.00) у групі

жінок, які не народжували, вказує на відмінну ціннісно-мотиваційний чинник, що відображається в реальній репродуктивній поведінці.

Аналіз по шкалі «генофілія» відображає рівень усвідомлення та прийняття негативних аспектів дітородіння, страх болю, втрати привабливості, кар'єри, свободи, тривога за здоров'я дитини. Жінки без дітей демонструють глибокий від'ємний бал, що можна трактувати як «демонізація» материнства або наслідки їх негативного дитячого досвіду, коли страхи та побоювання сильніші за бажання народити дитину. Жінки ж із дітьми мають медіану на 5 балів вище. Матері стикаються з реальністю віч-на-віч, тому їхні побоювання та страхи легалізуються, стають свідомими й прагматичними. Дані по шкалі «Репродуктивна активність» відображає ступінь залученості в безпосередній догляд за дитиною, прагнення реалізувати себе через материнську роль, активне формування материнського середовища. Тут ми бачимо дворазове зростання медіани у матерів (15.00) порівняно з бездітними (7.00). Для жінок із дітьми репродуктивна активність стає одною з провідних життєвих діяльностей. Їхній психологічний простір реструктуризується, коли увага, час і ресурси спрямовуються на дитину. У бездітних жінок ця енергія сублімується в кар'єру, навчання чи творчість, тому репродуктивний вектор залишається в пасивному стані очікування. Також показники шкали «Репродуктивна пасивність» відображають неусвідомлене, «механічне» прийняття біологічної ролі матері під тиском соціуму чи обставин, підкорення рутині догляду без глибокої рефлексії. У жінок без дітей цей показник вищий (медіана -11.00), оскільки вони перерозподіляють свою життєву енергію на самореалізацію. У матерів цей показник менший нуля (медіана -7.00). Психологічно це вказує на ефект «рутинізації материнства». Коли дитина вже є, щоденні побутові завдання як от годування, прання, режим стають автоматичними обов'язками.

За шкалою «Генофілія» зафіксовано критично значущу розбіжність (Табл. 3.9). Негативне значення різниці середніх свідчить, що жінки, які мають дітей, демонструють суттєво вищий рівень генофілії, любові до дітей, прагнення до материнства як ключової цінності. Показник розміру ефекту Коена ($d = -1.291$)

вважається надзвичайно великим, що підкреслює фундаментальну роль реального досвіду батьківства у зміцненні та стабілізації позитивного ставлення до народження та виховання дітей. Довірчий інтервал не містить нуля, що підтверджує абсолютну надійність тенденції в генеральній сукупності.

Табл. 3.9.

Параметричний аналіз шкал РОД-2

	Student's t	p	MD	SE diff	CI Lower	CI Upper	Cohen's d
Генофілія	-5.99	<.001	-9.26	1.55	-12.3	-6.18	-1.29
Репродуктивні установки	-6.15	<.001	-26.72	4.35	-35.4	-18.07	-1.33

За інтегральною шкалою «Репродуктивні установки» математико-статистичний аналіз виявив критично значущу розбіжність між досліджуваними групами: ($t = -6.15$, $p < 0.001$). Оскільки отримане значення p є меншим за критичний поріг ($\alpha = 0.001$), нульова гіпотеза про рівність середніх відхиляється з максимальним рівнем статистичної надійності. Оцінка критерію Левене ($p < 0.05$) вказує на неоднорідність дисперсій між групами, проте екстремально низьке значення p -value повністю нівелює ризик помилки першого роду та підтверджує стійкість виявленого ефекту. Абсолютна різниця середніх значень (MD) між категоріями респонденток становить MD = -26.7 при стандартній помилці SE = 4.35. Від'ємний знак показника свідчить, що жінки, які вже мають дітей, володіють кардинально вищим, більш насиченим та сформованим рівнем загальних репродуктивних установок, ніж жінки без дітей. Довірчий інтервал [CI: -35.4; -18.1] повністю зміщений у негативну область і характеризується значним відривом від нульової позначки. Це доводить, що зафіксована закономірність є фундаментальною для генеральної сукупності. Величина розміру ефекту за коефіцієнтом Коена становить $d = -1.33$, що згідно з психометричними стандартами кваліфікується як надзвичайно великий ефект.

Загальний показник по репродуктивним переконанням контрольної та експериментальної груп розходиться значущо, навіть можна сказати, що

поведінка типової представниці вибірки знаходиться у віддалених вимірах для порівнюваних груп. Це чітко видно на діаграмі, що наведена на рисунку 3.2.

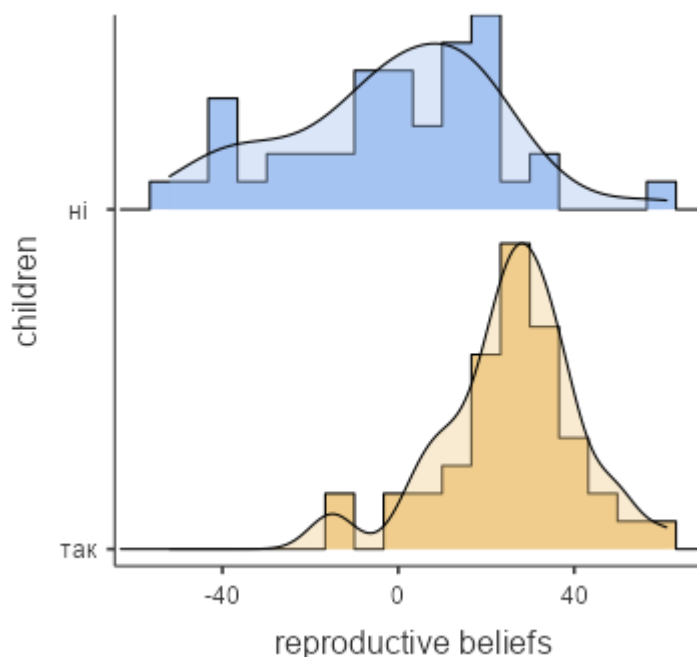


Рис. 3.2.Репродуктивні установки в залежності від наявності дітей

Отримані дані дозволяють сформулювати важливий теоретико-методологічний висновок для нашого дослідження:

- На відміну від першої методики PARI, де материнство викликало лише локальні точкові адаптаційні зрушення, узагальнений показник репродуктивних установок за методикою Родштейн демонструє тотальну відмінність смислової сфери жінки. У матерів реструктуризовані внутрішні переконання, що визначають репродуктивну поведінку як життєву стратегію.
- Високий загальний бал у матерів обумовлений синергетичним ефектом усіх шкал методики. Народження дитини викликає одночасну мобілізацію позитивних смислових векторів – любов до дитини, проактивну позицію. Як наслідок, загальна система репродуктивних установок стає значно складнішою, глибокою та стійкою до зовнішніх чинників порівняно з жінками, чий досвід материнства залишається на етапі теоретичних репрезентацій.

Для перевірки наявності відмінностей у рівнях алекситимії та її компонентів між жінками з дітьми та бездітними жінками було застосовано непараметричний U-критерій Манна-Вітні (Табл 3.10).

Табл. 3.10.

**Порівняльний аналіз рівнів алекситимії та її компонентів
у досліджуваних групах**

	U-критерій	p	Mean diff	r_{rb}
Труднощі з ідентифікацією почуттів	844	0.488	-1.000	0.087
Труднощі з описом почуттів	735	0.100	-1.000	0.206
Зовнішньоорієнтоване мислення	784	0.223	-1.000	0.153
Алекситимія	799	0.280	-3.000	0.136

Як міру розміру ефекту використано коефіцієнт ранго-бісеріальної кореляції (r_{rb}). Статистичний аналіз показав, що за жодною з досліджуваних шкал не було виявлено статистично значущих відмінностей між двома групами жінок ($p > 0.05$). За шкалами труднощів ідентифікації почуттів ($U = 844$, $p = 0.488$, $r_{rb} = 0.087$) та зовнішньо-орієнтованого мислення значущих відмінностей не зафіксовано ($U = 784$, $p = 0.223$, $r_{rb} = 0.153$) різниця є статистично незначущою, а розмір ефекту є мізерним. За шкалою труднощів опису почуттів відмінності також не досягли рівня статистичної значущості ($U = 735$, $p = 0.100$), хоча розмір ефекту тут є дещо вищим, але залишається слабким ($r_{rb} = 0.206$). За загальним показником алекситимії групи жінок з дітьми та бездітних жінок також продемонстрували статистично однорідні результати ($U = 799$, $p = 0.280$, $r_{rb} = 0.136$). Таким чином, наявність або відсутність дітей у жінок не пов'язана зі рівнем алекситимії чи її окремих проявів.

Відповідно до клінічних стандартів Госпітальної шкали тривоги та депресії HADS, сумарні бали від 0 до 7 інтерпретуються як нормативні, 8–10 балів свідчать про субклінічно виражений рівень, а 11 балів і вище фіксують клінічно виражену симптоматику. З огляду на раніше верифіковану відповідність шкали тривоги закону нормального розподілу Гауса, цей тренд є однорідним та

репрезентативним для всієї генеральної сукупності досліджуваних жінок, незалежно від їхнього репродуктивного статусу (Табл. 3.11).

Табл. 3.11.

Статистичний аналіз рівня тривоги

	Student's t	df	p	Mean diff	SE diff	Cohen's d
Тривога	-1.18	84.0	0.241	-0.953	0.808	-0.255

За результатами математичного аналізу було встановлено відсутність статистично значущих відмінностей між досліджуваними групами жінок за шкалою тривоги: ($t = -1.18$, $p = 0.241$). Отриманий показник розміру ефекту Коена ($d = -0.255$) додатково верифікує слабку силу міжгрупових розбіжностей. Це вказує на стабільний фоновий характер тривожності, зумовлений скоріше військовим станом, загальними віковими чи соціально-екологічними чинниками респонденток. Емпіричні дані продемонстрували, що загальний рівень тривоги по всій вибірці жінок становить 8.52 бали, що засвідчує наявність помірного субклінічного психоемоційного напруження. Жінки, які мають дітей, та жінки без дітей демонструють приблизно еквівалентний рівень емоційного напруження, що фіксується в межах субклінічної вираженості. Це доводить, що перманентний тривожний фон є масовим. Можна припустити диференціацію джерел тривоги. Відсутність статистичних розбіжностей вказує на те, що хоча природа та вектори тривоги у жінок є радикально різними, їхній підсумковий психоемоційний еквівалент збігається. Якщо у матерів тривога має переважно об'єктивно-рольовий характер і фокусується на безпеці нащадків, гіпервідповідальності та щоденних побутових ризиках, то у бездітних жінок аналогічний рівень напруження генерується екзистенційними, кар'єрними чи соціалізаційними стресорами, як от кризи самореалізації, невизначеність майбутнього, тиск соціальних очікувань щодо шлюбу та материнства. Таким чином, репродуктивний статус можливо змінює фабулу та зміст тривожних переживань, що необхідно додатково дослідити.

Натомість загальний показник депресії по вибірці становить 5.19 балів, що надійно інтегрується в межі середньостатистичної норми. Проте, оскільки розподіл депресивних проявів є асиметричним, для диференційованого аналізу жінок із різним репродуктивним досвідом було застосовано непараметричний U-критерій Манна-Вітні (Табл. 3.12).

Табл. 3.12.

Статистичний аналіз рівня депресії

	U-критерій	p	Mean diff	r _{rb}
Депресія	697	0.048	-2.00	0.247

За результатами міжгрупового порівняння виявлено статистично значущі відмінності за субшкалою депресії ($U = 697$, $p = 0.048$) за помірної величини розміру ефекту ($r_{rb} = 0.247$). Зіставлення дескриптивних параметрів демонструє, що жінки, які мають дітей, виявляють вищий рівень депресивного фону ($Mean = 5.86$, $Median = 6.00$), ніж респондентки без дітей ($Mean = 4.51$, $Median = 4.00$). Попри наявність статистичної розбіжності, усереднені бали обох груп не перетинають критичну межу субклінічного спектра (7 балів), що свідчить про психопатологічну збереженість вибірки. З психологічної точки зору отримані дані можуть вказувати на наявність феномену материнської втомлюваності. Вищий емоційний зсув у групі матерів є психологічно детермінованим. Досвід тривалого виховання дітей пов'язаний із забезпеченням безпеки, організацією побуту, високим рівнем перманентної відповідальності, дефіцитом часу на самовідновлення та зниженням соціальної мобільності. Зазначені чинники спричиняють накопичення кумулятивної психоемоційної втоми, що фіксується методикою як помірне зниження загального емоційного тону. Нижчі показники депресії у жінок без дітей відображають ширші можливості для автономного розподілу особистісних ресурсів, тобто певною мірою ресурсність бездітного способу життя. Наявність простору для гнучкої самореалізації, повноцінного відпочинку та швидкої ліквідації стресових чинників мінімізує ризики довготривалого зниження настрою.

Презентація та узагальнення результатів емпіричного дослідження передбачає системне поєднання математико-статистичного апарату з концептуальним психологічним аналізом виявлених феноменів. Метою цього підрозділу є послідовне розкриття, верифікація та змістовне тлумачення структури сімейних установок, репродуктивних переконань, а також особливостей емоційної сфери та психоемоційних станів жінок у межах сформованої вибірки. Використання багатовекторного діагностичного інструментарію (методик PARI, РОД-2, TAS-20 та HADS) дозволило зафіксувати складну архітектуру особистісних конструктів респонденток, а перехід від точкового аналізу окремих симптомів до інтегральних макрохарактеристик забезпечив можливість експлікації стійких психологічних закономірностей. Методологічну основу математичної обробки даних склало поєднання двох стратегій аналізу: порівняльного оцінювання автономних вибірок для диференціації жінок залежно від наявності чи відсутності дітей та аналізу загальної вираженості ознак для всієї сукупності респонденток. Наступний рівень аналізу передбачає застосування кореляційного аналізу для виявлення щільності взаємозв'язків між емоційними, сімейними та репродуктивними компонентами особистості жінок, а також регресійного аналізу для виявлення форми взаємозв'язку між змінними та обґрунтування поведінкових прогнозів.

3.2. Аналіз взаємозв'язків чинників психологічної готовності жінок до материнства

Для проведення кореляційного аналізу у дослідженні важливим було враховувати форму розподілу шкал, оскільки частина шкал, зокрема, шкали генофобії, репродуктивної активності, репродуктивної пасивності, рівня депресії та абсолютно всі шкали алекситимії TAS-20 мають порушений, непараметричний розподіл. Тому для кореляційного аналізу було обрано матрицю непараметричної кореляції Спірмена (ρ). Вона є стійкою до аномалій розподілу і дає змогу інтегрувати методики РОД-2, HADS, PARI та TAS-20 у

спільну багатовимірну архітектуру. Оскільки в попередньому розділі ми з'ясували, що пряме порівняння експериментальної та контрольної груп за допомогою U-критерію Манна-Вітні не показало значущих відмінностей, саме кореляційна матриця всередині загальної вибірки пояснює внутрішні психологічні механізми. Вона демонструє, як саме пов'язані між собою дитячий досвід, емоційні проблеми та репродуктивні установки. Отримані результати дозволили емпірично перевірити та структурувати первинні гіпотези.

Первинне припущення про те, що труднощі в емоційній саморегуляції пов'язані з деструктивними репродуктивними установками, повністю підтвердилося, проте виявило системний характер цієї залежності. Матриця інтеркореляцій (Додаток 2) демонструє наявність потужного, статистично високозначущого симптомокомплексу емоційного неблагополуччя. Субшкала труднощів ідентифікації почуттів методики TAS-20 виявляє помірні та сильні прямі зв'язки з рівнем тривоги ($\rho = 0.527$, $p < .001$) та депресії ($\rho = 0.415$, $p < .001$). Труднощі опису почуттів та загальний рівень алекситимії також тісно переплетені з депресивними та тривожними станами (коефіцієнти від 0.306 до 0.496 при $p < 0.01$). Важливим для гіпотези є той факт, що алекситимічні прояви безпосередньо виходять на деформацію батьківських та репродуктивних паттернів: загальний рівень алекситимії корелює з репродуктивною пасивністю ($\rho = 0.286$, $p = 0.008$), яка, своєю чергою, пов'язана з хронічним депресивним фоном ($\rho = 0.273$, $p = 0.011$). Таким чином, емоційна незрілість діє не ізольовано, а в єдиному зв'язку з тривогою та депресією, формуючи життєву пасивність, що безпосередньо блокує мотивацію до материнства.

Гіпотеза щодо зв'язку когнітивно-емоційного дефіциту зі специфікою репродуктивних орієнтацій (шкали генофілії та генофобії) знайшла своє повне емпіричне підтвердження. Аналіз даних показує, що прояви генофобії або страху та неприйняття ідеї народження дітей виявляють прямі статистично значущі зв'язки з труднощами опису почуттів ($\rho = 0.277$, $p = 0.010$) та зовнішньоорієнтованим мисленням ($\rho = 0.257$, $p = 0.017$). Водночас, позитивне ставлення до дітей закономірно виявляє негативні взаємозв'язки із жорсткими

практиками виховання, зокрема з намаганням прискорити дорослішання дитини ($\rho = -0.271$, $p = 0.012$). Показник генофобії має зворотний зв'язок із невдоволеністю роллю господарки ($\rho = -0.271$, $p = 0.012$) та прямий зв'язок із залежністю від сім'ї ($\rho = 0.343$, $p = 0.001$). Зв'язок між алекситимією та зміною ціннісних репродуктивних орієнтацій є очевидним. Жінки, які мають вищий рівень генофобії (страху народження дітей), мають вищі показники когнітивної здатності розпізнавати та описувати власні емоційні стани, мають більш розвинений емоційний інтелект.

Наше припущення про те, що емоційні порушення (алекситимія, тривога, депресія) мають взаємозв'язок з деструктивними установками підтверджене. Проте аналіз також показує, що вони діють не ізольовано, а як єдиний симптомокомплекс. Спроможність розпізнавати емоції формує чітке бачення та бажання жінок стосовно їх життєвого вибору, підживлює тривогу або депресію через усвідомлення реальних можливостей, що призводить до репродуктивної пасивності. Ці дані дозволяють зробити висновок, що зміна репродуктивних орієнтацій у бік небажання мати дітей має чітке психологічне підґрунтя. Жінки із емоційною обізнаністю, психологічною усвідомленістю та особистісною орієнтацією, які легко диференціюють власні емоційні стани, значно частіше демонструють негативні репродуктивні установки.

Припущення про те, що деструктивний досвід взаємодії з батьками у дитинстві деформує майбутню репродуктивну поведінку жінки, отримало вагоме статистичне підтвердження та дозволило описати механізм трансляції травматичного досвіду. У кореляційній матриці виокремлюється блок міжгенераційної залежності, де показники «домінуючої матері» та «залежності від матері» виступають базовими деструктивними факторами. Сприйняття власної матері як домінуючої у дитинстві безпосередньо пов'язане з наявністю депресивної симптоматики у жінки в дорослому віці ($\rho = 0.255$, $p = 0.018$). Дитячий досвід наявності емоційного контакту та залежності від матері виявляє стійкі прямі зв'язки з поточними репродуктивними переконаннями ($\rho = 0.299$, $p = 0.005$ та $\rho = 0.337$, $p = 0.001$ відповідно). Окрім цього, дитяча залежність та

материнське домінування прямо корелюють із генофобією (коефіцієнти від 0.284 до 0.343 при $p < 0.01$). Емоційне відчуження між подружжям, байдужість чоловіка ($\rho = 0.288$, $p = 0.007$) посилює алекситимічні прояви жінки. Не маючи змоги конструктивно прожити цей конфлікт у парі, вона проектує його на дитину через полярні прояви: від жертвності ($\rho = 0.300$, $p = 0.005$) до спалахів роздратування ($\rho = 0.266$, $p = 0.013$) та холодного дистанціювання ($\rho = 0.255$, $p = 0.018$). Негативний дитячий досвід, а саме материнське домінування та тиск деформує особистість жінки, викликаючи у неї депресивні стани та закладає специфічні, часто тривожні або деструктивні репродуктивні вірування. Це підтверджує гіпотезу про вплив дитячого досвіду на вибір щодо майбутнього материнства.

Кореляційний аналіз дозволив об'єднати всі чотири первинні гіпотези у цілісну психологічну модель. Негативний власний дитячий досвід, материнське домінування та гіперзалежність виступає базовим деструктивним чинником, який запускає емоційні порушення в дорослому віці, а саме алекситимію, тривогу та депресію. Наслідком цієї емоційної деформації стає викривлення ціннісних орієнтацій щодо дітонародження, яке виявляється у формі генофобії, репродуктивної пасивності та страху перед прийняттям материнської ролі. Таким чином, рішення не народжувати дітей є складним захисним механізмом особистості, сформованим під впливом міжгенераційної психологічної травми. Негативний дитячий досвід виступає першопричиною, яка запускає емоційні деформації в дорослому віці – депресію, тривогу та алекситимію. Своєю чергою, диференціювання власних емоцій, усвідомлення наслідків дитячого досвіду та хронічний тривожний фон спотворюють репродуктивні установки жінки, підсилюючи прояви страху дітонародження та репродуктивної пасивності.

Проведений кореляційний аналіз дозволив вийти за межі ізольованого розгляду окремих психологічних феноменів та виявив цілісну систему міжгенераційної деформації репродуктивної мотивації жінок.

Виявлено латентний психологічний механізм відмови від материнства: Доведено, що небажання народжувати дітей (генофобія) може бути не просто

свідомим світоглядним вибором, а мати захисний ефект, який запускається ще у дитинстві через досвід взаємодії з домінуючою матір'ю.

Розкрито посередницьку роль емоційного дефіциту. Кореляційна матриця доводить, що містком між негативним дитячим досвідом та генофобією виступає алекситимічний синдром, який хронізує тривожно-депресивні стани жінки в дорослому віці. Цей зв'язок потребує більш глибокого вивчення.

Описано феномен «репродуктивної пасивності». У дослідженні зафіксовано, що пасивна життєва позиція жінки діє як «буфер», який захищає її від відкритих сімейних конфліктів та побутового вигорання.

Доведено автономність ставлення до дітей. Важливим новим фактором є виявлена ізольованість шкали «підтримки активності дитини». Доведено, що цей конструктор є глибоко автономною ціннісною установкою жінки, яка не руйнується навіть під впливом тривоги, депресії чи сімейних конфліктів.

Отримані нові дані дозволяють підкреслити важливість та адаптувати підходи до психотерапевтичної допомоги жінкам із репродуктивними кризами. Робота має бути спрямована не на перегляд твердження «відмови від дітей», а на опрацювання дитячих травм залежності від матері та на пропрацювання страхів та укорінених фантазій щодо народження дітей.

Наступним етапом була спроба провести експлораторний факторний аналіз. Факторний аналіз згрупував питання навколо самих методик PARI, TAS-20, РОД-2 та HADS, тобто ми отримали так званий «ефект методики». Математично модель не дала нових наскрізних психологічних сенсів, оскільки продублювала структуру самих опитувальників. Оскільки отримані дані не мали наукової новизни, було прийнято рішення провести множинний регресійний аналіз, для того, щоб виявити, які саме батьківські установки, особливості емоційної сфери та психічні стани є головними предикторами репродуктивних бажань та поведінки.

Для визначення прогностичного потенціалу батьківських установок та життєвого контексту жінок щодо їхнього прагнення до дітонародження було побудовано модель множинної лінійної регресії. Для початку як залежну змінну

було обрано показник «генофілії», а як предиктори – 23 субшкали методики PARI та соціодемографічний фактор «наявність дітей. Побудована модель демонструє високу прогностичну спроможність та якість, описуючи 59% дисперсії досліджуваного феномену ($R^2 = 0.59$). Аналіз індивідуального внеску змінних (Табл. 3.13) дозволив виокремити п'ять статистично значущих чинників, які безпосередньо фіксують контур репродуктивної мотивації сучасних жінок.

Табл. 3.13.

Предиктори генофілії

Predictor	Estimate	SE	t	p	β	95% CI [Lower; Upper]
Intercept ^a	8.075	13.81	0.585	0.561		
Дратівливість	-1.116	0.47	-2.37	0.021	-0.313	-0.576; -0.049
Невдоволення роллю господарки	-0.963	0.41	-2.365	0.021	-0.337	-0.622; -0.052
Партнерські стосунки з дитиною	1.017	0.37	2.724	0.008	0.285	0.076; 0.495
Байдужість чоловіка	-1.159	0.58	-2.004	0.050	-0.284	-0.568; -0.001
Прискорення розвитку дитини	-0.783	0.36	-2.201	0.032	-0.231	-0.441; -0.021
Наявність дітей: так – ні	6.175	1.69	3.654	<.001	0.726	0.329; 1.123

Серед усього спектра батьківських установок методики PARI єдиним значущим позитивним предиктором виявилася шкала «Партнерські стосунки з дитиною» ($\beta = 0.285$, $t = 2.724$, $p = 0.008$). Цей результат підкреслює фундаментальну роль рівності у стосунках батьків та дитини, партнерський підхід виступає головним психологічним ресурсом та підвищує готовність жінки до материнства.

Інші чотири значущі психологічні предиктори мають негативну спрямованість, що вказує на їхній гальмівний, деструктивний вплив на бажання мати дітей.

1. «Незадоволеність роллю господині» ($\beta = -0.337$, $t = -2.365$, $p = 0.021$). Дана ознака має найбільшу силу негативного впливу серед психологічних шкал. Фрустрація через побутову рутину, відчуття обмеженості особистісного

простору домашнім господарством виступає потужним бар'єром, який блокує бажання народжувати наступних дітей.

2. «Роздратування» ($\beta = -0.312$, $t = -2.370$, $p = 0.021$). Спалахи емоційної нестабільності, внутрішнє напруження та роздратування у взаємодії з близькими виснажують психологічний ресурс жінки. Материнство починає сприйматися як тягар, що логічно знижує рівень генофілії.

3. «Байдужість чоловіка» ($\beta = -0.284$, $t = -2.004$, $p = 0.050$). Емоційна депривація, відчуття самотності та браку психологічної підтримки з боку чоловіка нівелюють базове почуття безпеки жінки. У такій ситуації репродуктивні установки блокуються через страх залишитися сам на сам із труднощами виховання.

4. «Бажання прискорити розвиток дитини» ($\beta = -0.231$, $t = -2.201$, $p = 0.032$). Прагнення штучно форсувати розвиток дитини, завищені вимоги до її досягнень відображають перфекціоністську, невротизовану позицію матері. Оскільки виховання у такому стилі вимагає надмірних емоційних та ментальних зусиль, жінка свідомо чи несвідомо обмежує свої репродуктивні плани, щоб уникнути додаткового навантаження. А у поєднанні із предиктором «Партнерські стосунки із дитиною» може підкреслювати неготовність жінок мати суто функціональні обов'язки по догляду за дитиною та веденням домашнього господарства до моменту її когнітивного дорослішання і можливості мати партнерські стосунки із нею.

Справжнє прагнення до материнства визначається не абстрактними педагогічними ідеологіями такими як гіперпротекція, суворість чи вербалізація, які виявилися незначущими, а якістю емоційного зв'язку. Прагнення до партнерства є головним психологічним стимулом генофілії, тоді як емоційне відсторонення чоловіка виступає прямим репродуктивним стопером. Незадоволеність побутом, хронічне роздратування та невротичний перфекціонізм у вихованні формують єдиний деструктивний комплекс, який блокує генофілію через механізм самозбереження особистості від

психологічного перевантаження. Аналіз цієї моделі виявив надзвичайно глибокий науковий результат.

Для аналізу чинників генофобії, що детермінують репродуктивні страхи та небажання народжувати дітей, було побудовано другу модель множинної лінійної регресії. Модель продемонструвала задовільну прогностичну здатність, описуючи 48.9% дисперсії досліджуваного конструкту ($R^2 = 0.489$). Проте аналіз індивідуального внеску предикторів виявив специфічну архітектуру цього феномену, яка кардинально відрізняється від моделі генофілії. Жодна з 23 субшкал методики PARI не виявила статистично значущого зв'язку з критерієм ($p > 0.05$). Рівень вербалізації, суворості, роздратування чи гіперопіки жодним чином не прогнозує рівень генофобії жінки. Це може свідчити про те, що генофобія є психологічно незалежним конструктом відносно стилю батьківського виховання або предиктори можуть мати непряий зв'язок, який ще варто дослідити. Генофобія лежить у площині глибших, можливо, психосоматичних чи екзистенційних страхів, як от страх за здоров'я, страх втрати контролю, страх перед болем чи незахищеністю, які не охоплюються поведінковими шкалами опитувальника PARI.

Зіставлення двох регресійних моделей дозволяє зробити фундаментальний теоретичний висновок. Побудовані моделі доводять, що генофілія та генофобія – це не дзеркальні відображення одне одного, а два автономні психологічні процеси. Бажання мати дітей має складну, розгалужену психологічну структуру, яка живиться якістю стосунків, емоційним балансом та задоволеністю своєю соціальною роллю. Натомість небажання народжувати майже не залежить від внутрішніх психологічних настанов. Це відкриття має теоретичне значення, оскільки воно розкриває різну природу бажання та небажання мати дітей. У бездітних жінок генофобія є вищою і це підтверджує, що в сучасних соціально-економічних умовах жінки стають більш раціональними та критичними щодо майбутнього досвіду материнства.

Для визначення прогностичних чинників поведінкової готовності жінок діяти заради народження дітей було побудовано третю модель множинної

лінійної регресії, де критерієм виступив показник репродуктивної активності, а предикторами 23 субшкали методики PARI. Модель описує 56.1% дисперсії досліджуваного явища ($R^2 = 0.561$), що свідчить про її високу прогностичну точність. Аналіз індивідуального внеску змінних дозволив визначити три статистично значущі предиктори репродуктивної активності (Табл. 3.14).

Табл. 3.14.

Предиктори репродуктивної активності

Предиктор	Estimate	SE	95% CI [Lower;Upper]	t	p	β
Intercept ^a	18.490	12.36	-6.228; 43.208	1.496	0.140	
Самопожертва	1.308	0.48	0.353; 2.263	2.740	0.008	0.486
Невдоволення роллю господарки	-0.927	0.37	-1.659; -0.196	-2.536	0.014	-0.373
Партнерські стосунки з дитиною	0.913	0.34	0.243; 1.584	2.723	0.008	0.295
Байдужість чоловіка	-1.013	0.52	-2.051; 0.026	-1.949	0.056	-0.286
Наявність дітей: так – ні	-5.558	1.52	-8.592; -2.523	-3.663	<.001	-0.752

1. Статистично значущий позитивний вплив на репродуктивну активність виявила субшкала: «Самопожертва» ($\beta = 0.486$, $t = 2.740$, $p = 0.008$). Ця шкала є найсильнішим психологічним предиктором моделі. Вона демонструє, що проактивна поведінкова готовність до народження дитини живиться ідеологією жертвності. Жінка готова діяти та долати труднощі лише тоді, коли вона внутрішньо приймає роль матері, яка готова присвятити себе та свої інтереси майбутній дитині.

2. Також позитивний значний вплив показала субшкала «Партнерські стосунки з дитиною» ($\beta = 0.294$, $t = 2.723$, $p = 0.008$). Цей чинник знову підтверджує свою універсальність. Прагнення побудувати партнерські стосунки з дитиною є базисом не лише для емоційного вибору материнства, а й для конкретних проактивних дій жінки у напрямку народження дітей.

3. Значущим негативним предиктором поведінкової активності виявилася субшкала: «Незадоволеність роллю господині» ($\beta = -0.373$, $t = -2.536$, $p = 0.014$).

Відчуття рутини, обмеження життя лише домашнім господарством та побутовими обов'язками безпосередньо блокує репродуктивну активність. Жінка, яка відчуває фрустрацію у побуті, свідомо чи несвідомо гальмує будь-які практичні кроки, що можуть призвести до появи дитина та поглиблення стану.

4. Субшкала «Байдужість чоловіка» перебуває на межі значущості ($p = 0.056$), що вказує на сильну тенденцію до пригнічення репродуктивних дій у разі емоційного відсторонення партнера.

Зіставлення моделей для генофілії та репродуктивної активності дозволяє виявити надзвичайно тонкі психологічні розбіжності між емоціями та діями жінки. В основі обох контурів лежить надійне партнерство з дитиною. Саме воно гарантує, що і бажання, і дії жінки будуть гармонійними та активними. Так само побутова рутина однаково сильно руйнує і емоційну, і практичну готовність до народження дитини. Головна відмінність криється у шкалах «Роздратування» та «Самопожертва». На рівні емоцій жінку зупиняє внутрішній стан – її власне роздратування та емоційне виснаження. Самопожертва тут не є значущою. На рівні дій роздратування відходить на другий план, а головним рушієм стає установка на самопожертву. Тобто, жінка може хотіти дитину просто так, але щоб почати активно діяти у цьому напрямку, їй необхідна ментальна готовність поступитися своїми інтересами.

Для визначення чинників, що зумовлюють поведінкову позицію відкладення та бездіяльності у сфері дітонародження, було побудовано четверту модель множинної лінійної регресії. Модель демонструє достатню прогностичну здатність, пояснюючи 43.6% дисперсії показника ($R^2 = 0.436$). Як і у випадку з генофобією, жодна з 23 субшкал методики PARI не виявила значущого впливу ($p > 0.05$) на репродуктивну пасивність жінки. Це підтверджує наявність двох абсолютно різних, автономних систем регуляції репродуктивної сфери у жінок: психологічної та прагматичної. Рівень подразнення, суворості, партнерства чи егалітарності в сім'ї не здатний спрогнозувати репродуктивну пасивність. Позиція очікування та бездіяльності у питаннях народження дітей не залежить від свідомих педагогічних та сімейних орієнтацій жінки. Вона формується під

впливом прагматичної оцінки власних ресурсів. Субшкала «Подавлення волі дитини» продемонструвала легку тенденцію на рівні натяку ($p = 0.070$), проте вона залишається поза межами наукової значущості.

З метою вивчення впливу емоційного неблагополуччя та когнітивно-емоційного дефіциту на прагнення до дітонародження було побудовано наступну регресійну модель, де критерієм виступив показник генофілії, а предикторами – субшкали методик HADS та TAS-20 у поєднанні з фактором наявності дітей. Модель продемонструвала високу прогностичну спроможність для даного спектра перемінних, описуючи 34.2% дисперсії ($R^2 = 0.342$). Аналіз індивідуального внеску предикторів виявив важливу психологічну закономірність: жоден із параметрів емоційного стану (тривога, $p = 0.180$; депресія, $p = 0.368$) та рівнів алекситимії (Труднощі ідентифікації почуттів, $p = 0.132$; Труднощі опису почуттів, $p = 0.721$; Зовнішньо орієнтоване мислення, $p = 0.139$) не досяг рівня статистичної значущості. Бажання мати дітей є емоційно та когнітивно автономним і стабільним конструктом. Це означає, що наявність у жінки тривоги, депресивного фону чи труднощів у розумінні власних почуттів не пригнічує і не блокує її свідоме прагнення до материнства. Навіть у стані стресу чи емоційного дефіциту жінки продовжують прагнути материнства, оскільки генофілія спирається на базові соціокультурні чи інстинктивні пласти психіки, які сильніші за поточний невротичний стан.

Отримана регресійна модель для показника генофобії демонструє помірний рівень прогностичної спроможності, описуючи 29.5% дисперсії репродуктивних страхів та небажання народжувати дітей ($R^2 = 0.295$). Аналіз індивідуального внеску предикторів дозволив сформулювати наукові висновки, що жоден з параметрів емоційного неблагополуччя (тривога, $p = 0.460$; депресія, $p = 0.904$) та когнітивно-емоційного дефіциту за шкалою TAS-20 (Труднощі ідентифікації почуттів, $p = 0.938$; Труднощі опису почуттів, $p = 0.676$; Зовнішньо орієнтоване мислення, $p = 0.353$) не виявив статистично значущого впливу на критерій. Генофобія є стійким, автономним конструктом, який не є наслідком поточного клінічного стану жінки (невротизації, депресивного тла чи загальної

тривожності) чи її алекситимічних рис. Небажання народжувати не зумовлюється психопатологічними симптомами.

Наступна регресійна модель показника репродуктивної активності демонструє помірний рівень прогностичної спроможності, описуючи 23.8% дисперсії поведінкової готовності жінок діяти заради народження дітей ($R^2 = 0.238$). Результати індивідуального внеску змінних підтверджують стійку закономірність, виявлену в попередніх аналізах клінічного спектру. Жоден із параметрів емоційного неблагополуччя (тривога, $p = 0.792$; депресія, $p = 0.718$) та когнітивно-емоційного дефіциту за методикою TAS-20 (Труднощі ідентифікації почуттів, $p = 0.414$; Труднощі опису почуттів, $p = 0.748$; Зовнішньо орієнтоване мислення $p = 0.404$) не виявив статистично значущого впливу на критерій. Практична проактивність жінки у сфері дітонародження є емоційно та когнітивно автономною. Це означає, що наявність депресивного фону, станів тривоги чи труднощів у вербалізації та усвідомленні почуттів не паралізує і не гальмує реальні дії жінки, спрямовані на народження дитини.

Остання регресійна модель демонструє помірний рівень прогностичної спроможності, описуючи рівно 20% дисперсії поведінкової позиції очікування та бездіяльності у сфері дітонародження ($R^2 = 0.20$). Результати аналізу індивідуального внеску змінних остаточно закріплюють фундаментальну закономірність клініко-емоційного контуру дослідження: жоден із клінічних параметрів емоційної сфери (тривога, $p = 0.451$; депресія, $p = 0.648$) та когнітивно-емоційного дефіциту за методикою TAS-20 (Труднощі ідентифікації почуттів, $p = 0.319$; Труднощі опису почуттів, $p = 0.627$; Зовнішньо орієнтоване мислення $p = 0.162$) не виявив статистично значущого впливу на репродуктивну пасивність. Поведінкова пасивність, вичікування або уникання репродуктивних дій не є наслідком психологічних дефіцитів особистості. Наявність тривожного дистресу, депресивного тла чи алекситимічних рис не паралізує жінку і не виступає першопричиною її репродуктивного гальмування.

В результаті аналізу моделей репродуктивних установок з виховними шкалами (PARI) та з емоційно-клінічними (HADS, TAS-20) предикторами ми

можемо побудувати наукову концепцію дихотомічної регуляції репродуктивної сфери жінки. Репродуктивна сфера сучасної жінки чітко розпадається на два полярні виміри, кожен з яких підкоряється своїм законам регуляції – активний «Пронатальний» та пасивний «Антинатальний».

Активний контур має психосоціальну та інтеграційну архітектуру. Бажання мати дітей та практичні дії щодо реалізації цього плану живляться якістю сімейної системи. Вони стимулюються зрілим партнерством, готовністю до самопожертви, але легко руйнуються через побутову дезадаптацію, роздратування або байдужість партнера. Пасивний контур має прагматичну архітектуру. Небажання народжувати та відкладання материнства є психологічно ізольованими як від стилів виховання, так і від клінічного стану жінки. Репродуктивні страхи не є наслідком невротизації чи алекситимії. Планування вагітності вмикає раціональний механізм оцінки ресурсів. Головний феноменологічний висновок роботи полягає в тому, що репродуктивна система жінки як у прагненні, так і в запереченні має виражену автономію від клінічного дистресу. Тривога, депресія чи алекситимія не здатні самотійно заблокувати бажання мати дітей і не виступають причинами страху народжувати. Жіноча репродуктивність керується життєвим контекстом і якістю партнерства, виявляючи стійкість до невротичного спектра.

3.3. Практичні рекомендації щодо формування психологічної готовності до материнства у жінок репродуктивного віку

На основі отриманих статистичних, кореляційних та регресійних результатів аналізу, а також виявленої нелінійної вікової динаміки можна сформулювати практичні рекомендації. Їх доцільно розділити на два блоки: психопрофілактичні для самих жінок та сімейних пар, та консультативні для практичних психологів, які працюють із цією категорією клієнток.

I. Науково-методичні рекомендації для сімейних психологів, клініцистів та консультантів.

Рекомендації для психологів.

1. Здійснювати комплексну діагностику репродуктивної сфери жінки. У роботі з жінками, які переживають репродуктивні кризи, страх материнства або труднощі прийняття материнської ролі, доцільно проводити комплексне психологічне обстеження, яке включає:

- оцінку репродуктивних установок;
- дослідження дитячо-батьківських взаємин;
- вивчення якості партнерських стосунків.

Особливу увагу слід приділяти латентним формам генофобії та репродуктивної пасивності, які можуть маскуватися під раціональні життєві рішення. Під час консультування бездітних жінок старше 33 років із запитом на втрату сенсів чи депресивні стани, психологу варто досліджувати латентне згасання генофілії та репродуктивної активності методами проєктивної діагностики. В корекційній роботі консультанту необхідно спрямовувати свою увагу на переконання жінок щодо їх стратегій побудови стосунків, поведінку в конфліктних ситуаціях, переконання щодо розподілу ролей в сім'ї та бачення щодо здорових стосунків із дитиною і уявлень щодо впливу матері на дитину та її середовище. Ці основні психологічні конструкти показали найбільшу відмінність серед матерів та жінок, які ще не народжували. Терапевтична робота може бути спрямована на допомогу у свідомому прийнятті та структуруванні обраного життєвого сценарію з дитиною чи без мінімізує ризики глибокої фрустрації після 40 років.

2. Орієнтувати психотерапевтичну роботу на першопричини репродуктивних труднощів. Отримані результати свідчать, що страх материнства часто пов'язаний із:

- домінуючою або гіперконтролюючою материнською фігурою;
- страхом втратити свободу;
- униканням конфліктів;
- підвищеною вимогливістю та тенденцією до жертвності.

Тому психотерапевтична допомога має бути спрямована не лише на зміну репродуктивних установок, а передусім на:

- опрацювання дитячих травм;
- формування автономії;
- зниження внутрішньої залежності.

Наше дослідження зафіксувало стрімке лінійне зростання депресивного фону та екзистенційної тривоги у матерів після 40–45 років, тому психологи мають проводити випереджувальний супровід рольової реструктуризації. Коли діти входять у пубертат, терапія має бути спрямована на підготовку матері до майбутньої сепарації нащадків. Жінку орієнтують на пошук нових сенсів життя за межами материнської функції, стимулюючи відновлення її соціальної, кар'єрної або творчої активності для запобігання виникненню «рольового вакууму».

3. Працювати з образом материнства та перфекціоністськими очікуваннями. У бездітних жінок часто спостерігаються ідеалізовані або тривожні уявлення про материнство, страх втрати свободи, кар'єри та самореалізації. Психологічна робота має бути спрямована на:

- деконструкцію нереалістичних очікувань;
- формування реалістичного образу материнства;
- нормалізацію переживань щодо амбівалентних почуттів;
- зниження перфекціонізму у сфері материнства та виховання дітей.

У жінок із вираженим рольовим тиском та високою самопожертвою необхідно проводити деконструкцію міфу про «ідеальну матір». Консультанту важливо працювати з деструктивними переконаннями особистості, демонструючи, що гіпертрофоване самозречення веде до накопичення внутрішньої дратівливості та руйнації партнерства. Рекомендується впровадження тренінгів з асертивності та делегування, спрямованих на повернення жінці її еґо-автономії, права на особисті кордони, відпочинок і професійну самореалізацію.

Деактивація синдрому «когнітивного оніміння». На піку побутового навантаження у матерів віком 35–40 років суттєво зростає зовнішньоорієнтоване мислення, що виступає захисною раціоналізацією. Для запобігання повному

психосоматичному виснаженню спеціалістам рекомендується застосовувати в консультуванні техніки перебудови досвіду: практики mindfulness, усвідомленості, заземлення та тілесно-орієнтовану терапію. Це допомагає жінці вийти з режиму суто механічного управління сімейним розкладом і повернутися до життєво необхідного проживання власних автентичних емоцій.

4. Включати партнерський компонент у психологічний супровід.

Оскільки якість партнерських стосунків виявилася одним із ключових предикторів репродуктивної активності, доцільно:

- залучати партнерів до консультативної роботи;
- розвивати навички емоційної підтримки у парі;
- працювати над подоланням емоційної дистанції та байдужості;
- формувати культуру спільної відповідальності за батьківство.

У жінок, які не мають дітей, після 38-40 років спостерігається інтенсивне накопичення дратівливості, жертвовності та схильності до замовчування конфліктів у шлюбі. У консультуванні таких клієнток зрілого віку психологам варто досліджувати феномен латентного репродуктивного розчарування. Рекомендовано застосовувати техніки екзистенційного аналізу та когнітивної реструктуризації для допомоги в остаточній інтеграції та свідомому прийнятті обраного життєвого шляху, зниження соціально-нормативного тиску та гармонізації стосунків із партнером без перенесення на нього гіперконтролю.

Рекомендації для жінок, які планують материнство.

1. Усвідомлювати власні емоційні переживання та репродуктивні установки. Жінкам важливо досліджувати:

- власне ставлення до материнства;
- страхи, пов'язані з народженням дитини;
- вплив дитячого досвіду на сучасні рішення;
- рівень внутрішньої готовності до батьківства;
- впевненість у своєму партнері та свої патерни побудови довірливих стосунків.

Усвідомлення власних переживань допомагає відокремити реальні бажання від соціального тиску чи внутрішніх страхів.

2. Не ігнорувати емоційне виснаження та материнську втому. Жінкам, які вже мають дітей, важливо:

- приділяти увагу власному психоемоційному стану;
- визнавати право на втому та потребу у відпочинку;
- уникати надмірної самопожертви;
- підтримувати баланс між материнською роллю та особистими потребами.

3. Формувати реалістичні очікування щодо материнства. Материнство не повинно сприйматися виключно як абсолютна жертвність, постійний контроль та обов'язок бути «ідеальною матір'ю». Важливо приймати природну складність батьківства та дозволяти собі достатньо гнучкі моделі виховання. Високі показники за шкалою залежності від сім'ї вимагають від матерів свідомої реструктуризації щоденного розкладу. Вводити в розпорядок «гарантований особистий час», який жінка витрачає виключно на себе поза побутом та дитиною. Це дозволяє знизити кумулятивну втому, яка зафіксована у матерів за шкалою депресії.

4. Розвивати емоційну відкритість. Доцільно:

- навчатися відкрито говорити про власні почуття;
- звертатися по психологічну допомогу у разі емоційного виснаження;
- підтримувати навички саморефлексії;
- не пригнічувати тривогу чи страхи, а опрацьовувати їх у безпечному середовищі.

З огляду на те, що досвід материнства об'єктивно актуалізує репродуктивні страхи, жінкам необхідно відмовитися від деструктивних спроб ідеалізувати свій статус. Важливо усвідомити, що тривога за безпеку дитини, втома чи роздратування є природними адаптаційними реакціями психіки. Рекомендується створення або відвідування груп взаємопідтримки матерів, де жінки можуть

відкрито ділитися негативними переживаннями без ризику отримати соціальний осуд.

Рекомендації для сімейних пар.

1. Формувати партнерські стосунки як основу психологічної безпеки. Результати дослідження показали, що підтримка партнера є одним із найважливіших чинників репродуктивної готовності. Для цього важливо:

- підтримувати емоційну близькість;
- розвивати навички відкритого діалогу;
- розподіляти відповідальність у сім'ї;
- створювати атмосферу взаємної підтримки.

Для подолання піку відчуття «байдужості чоловіка» у 39–40 років жінкам рекомендується відмовитися від надії на те, що партнер інтуїтивно зрозуміє рівень її навантаження. Необхідно впроваджувати практику формалізованих сімейних контрактів: чіткого, детального розподілу зон відповідальності за виховання й побут між дружиною та чоловіком, а також активне залучення батька до виконання щоденної батьківської рутини.

2. Обговорювати репродуктивні очікування та страхи. Партнерам рекомендується відкрито обговорювати:

- готовність до батьківства;
- страхи щодо змін у житті;
- побутові та фінансові труднощі;
- очікування щодо ролей у сім'ї.

Такі розмови знижують рівень тривоги та допомагають уникнути прихованих конфліктів.

3. Запобігати емоційному вигоранню у батьківстві. Сімейним парам доцільно:

- підтримувати баланс між батьківськими та особистими ролями;
- залишати простір для відпочинку та самореалізації;
- не концентрувати все життя виключно навколо дитини;
- уникати гіперопіки та надконтролю.

З огляду на виявлену тенденцію бездітних жінок після 40 років замовчувати проблеми й уникати конфліктів у шлюбі, їм рекомендується свідомо розвивати культуру відкритих сімейних діалогів. Використання технік «Я-повідомлень» для вербалізації незадоволення на ранніх етапах запобігає хронічному емоційному віддаленню та накопиченню вікової дратівливості у парі.

4. Формувати здорові межі у взаємодії з дитиною. Результати дослідження показали тенденцію до надмірного контролю та втручання у світ дитини у частини матерів. Тому важливо:

- підтримувати автономію дитини;
- поважати її особисті кордони;
- уникати нав'язливого контролю;
- створювати безпечний, але не симбіотичний стиль взаємодії.

Отримані результати підтверджують, що репродуктивна поведінка жінки формується під впливом комплексної взаємодії між дитячим досвідом, емоційною зрілістю, рівнем психологічної автономії та якістю партнерських стосунків. Тому психологічна допомога у сфері репродуктивних криз має бути комплексною, міждисциплінарною та спрямованою не лише на репродуктивні установки, а й на глибинні емоційні та сімейні механізми особистості.

Висновки до розділу III

У третьому розділі магістерської роботи представлено результати емпіричного дослідження психологічної готовності жінок до материнства з урахуванням репродуктивних переконань, батьківських установок, емоційного стану та соціально-демографічних чинників. Аналіз даних, отриманих за допомогою методик PARI, РОД-2, TAS-20 та HADS, дозволив виявити особливості психоемоційного функціонування, сімейних і репродуктивних установок сучасних жінок та визначити вплив материнства на їхню особистісну сферу.

Отримані результати засвідчили наявність суттєвих психологічних відмінностей між жінками, які мають дітей, та жінками без досвіду материнства. Встановлено, що материнство супроводжується трансформацією ціннісно-сміслової сфери, підвищенням репродуктивної активності, посиленням відповідальності за дитину та орієнтації на сімейну систему. Для матерів характерними є вищі показники контролю, гіперопіки та самопожертви, що можна розглядати як прояв адаптації до високої відповідальності та постійного навантаження. Жінки без дітей частіше демонструють залежність від значущих інших, схильність до уникнення конфліктів, ідеалізовані або тривожні уявлення про материнство та страх втрати автономії. Водночас у матерів частіше виявляються труднощі емоційної ідентифікації та вербалізації почуттів, хоча ці прояви не мають систематичного характеру.

Дослідження підтвердило значущий вплив дитячо-батьківських взаємин на формування репродуктивних установок. Домінування матері, надмірний контроль і залежність у батьківській сім'ї пов'язані з підвищеним рівнем тривожно-депресивних переживань та небажанням народження дітей у дорослому віці. Водночас встановлено, що генофілія та генофобія є відносно самостійними психологічними конструктами, які мають різні механізми формування. Ключовим позитивним предиктором готовності до материнства виявилася якість партнерських стосунків. Емоційна підтримка, довіра та відчуття надійності партнера сприяють формуванню позитивних репродуктивних установок, тоді як емоційна дистанція, внутрішня напруга та страх втрати особистої свободи виступають важливими психологічними бар'єрами репродуктивної реалізації.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів у роботі сімейних психологів та психотерапевтів. Доцільним є проведення комплексної діагностики репродуктивної сфери жінки, що включає оцінку репродуктивних установок, аналіз дитячо-батьківських взаємин та партнерських стосунків. У консультативній роботі особливу увагу слід приділяти опрацюванню міжгенераційного досвіду, розвитку емоційної

компетентності, дослідженню уявлень про сімейні ролі та підтримці усвідомленості репродуктивного вибору.

Таким чином, психологічна готовність до материнства є складним багатофакторним утворенням, що формується під впливом особистісних, сімейних та соціально-психологічних чинників. Отримані результати поглиблюють наукові уявлення про психологічні механізми становлення материнства та можуть бути використані при розробці програм психологічного супроводу жінок на різних етапах репродуктивного життєвого циклу.

ВИСНОВКИ

Проведене теоретико-емпіричне дослідження психологічної готовності жінок до материнства дозволило комплексно осмислити даний феномен як багатовимірне інтегративне утворення, що формується на перетині особистісних, емоційних, соціальних, культурних і ціннісно-смыслових чинників. Актуальність досліджуваної проблематики зумовлена глибокими соціальними трансформаціями сучасного суспільства, зміною гендерних ролей, зростанням значущості професійної та особистісної самореалізації жінок, а також впливом умов воєнної нестабільності на репродуктивні рішення та життєві стратегії жінок.

Теоретичний аналіз наукових підходів до проблеми материнства засвідчив еволюцію поглядів на психологічну готовність жінки до материнства – від біологічно детермінованих і нормативних моделей до сучасних інтегративних концепцій. Українські наукові дослідження психологічної готовності до материнства демонструють інтегративний підхід до даного феномена. Особливу актуальність у сучасних умовах набувають чинники безпеки, соціальної стабільності, партнерської підтримки та впливу війни на репродуктивні рішення жінок.

В якості діагностичного інструментарію було обрано чотири методики: Рольовий опитувальник дітородіння М.М. Родштейн, методику вивчення батьківських установок PARI E.C. Шефера, Р.К. Белла, Торонтську шкалу алекситимії TAS-20 та Госпітальну шкалу тривоги та депресії HADS, які покликані дослідити феноменологію психологічної готовності жінок до материнства через їх когнітивний, емоційний, мотиваційний та поведінковий компоненти. Поєднання методик дозволило всебічно дослідити та диференціювати ієрархію сімейних цінностей жінок, наявні батьківські установки та специфіку ставлення до них, виявити потенційні деструктивні тенденції.

У листопаді 2025 – квітні 2026 року було проведено емпіричне дослідження серед жінок репродуктивного віку від 20 до 50 років шляхом

отримання анонімних відповідей. Був застосований порівняльний експеримент між експериментальною групою – жінки, які не мають дітей, та контрольною групою жінок-матерів. Загальна вибірка становила 86 жінок із рівним розподілом. Емпірична частина дослідження підтвердила теоретичні положення про складну та неоднорідну природу психологічної готовності до материнства. Передусім, результати дослідження показали, що психологічна готовність до материнства є багатовимірним утворенням, яке не зводиться виключно до біологічного віку, рівня тривоги чи депресії, а визначається складною системою переконань, цінностей, життєвих сенсів та соціального контексту. Сучасна українська жінка дедалі частіше розглядає материнство не як обов'язковий або нормативно заданий етап життєвого шляху, а як усвідомлений вибір, що має відповідати її внутрішній готовності, стабільності стосунків, відчуттю безпеки та можливості зберігати власну суб'єктність.

Аналіз соціально-демографічних характеристик вибірки показав, що вік та рівень доходу жінок корелює зі репродуктивними переконаннями, що може зумовлювати відкладення материнства. Отримані результати засвідчили, що основними причинами відтермінування народження дитини є соціально-психологічні чинники, зокрема якість партнерських стосунків, особистісні переконання, життєві смисли та контекст воєнної нестабільності, тоді як медичні фактори відіграють другорядну роль.

Дослідження репродуктивних установок виявило суттєві відмінності між жінками, які мають дітей, та жінками без досвіду материнства. Жінки без дітей продемонстрували нижчий рівень генофілії та репродуктивної активності, що підтверджує припущення про психологічну неготовність до материнства, зумовлену не клінічними порушеннями, а ціннісно-смысловими орієнтаціями та життєвими пріоритетами. Водночас встановлено, що генофобія не є прямим антиподом генофілії, а може співіснувати з бажанням материнства, утворюючи внутрішню амбівалентність.

На основі комплексного аналізу репродуктивних установок жінок у взаємозв'язку з виховними та емоційно-клінічними предикторами обґрунтовано

авторську наукову концепцію дихотомічної регуляції репродуктивної сфери, яка диференціюється на два полярні виміри: активний «Пронатальний» та пасивний «Антинатальний». Встановлено, що пронатальний контур має психосоціальну архітектуру, де прагнення до материнства детермінується якістю сімейної системи, зрілим партнерством, готовністю до самопожертви та суттєво інтенсифікується з набуттям реального батьківського досвіду, тоді як антинатальний контур підпорядкований прагматичним механізмам раціональної оцінки ресурсів. Головним феноменологічним висновком дослідження є доведення високої автономії жіночої репродуктивної системи від клінічного дистресу: параметри невротичного спектру, такі як тривога, депресія чи алекситимія, не виступають самостійними деструкторами пронатальних інтенцій і не є першопричинами репродуктивних страхів, що засвідчує визначальну роль реального життєвого контексту та міжособистісної взаємодії у регуляції репродуктивної поведінки сучасних жінок.

Загалом результати дослідження підтверджують, що психологічна готовність жінки до материнства є динамічним процесом, який не зводиться до віку, біологічної зрілості чи відсутності тривоги. Вона формується у взаємодії особистісної зрілості, усвідомленої мотивації, емоційної регуляції, соціальної підтримки та здатності інтегрувати материнство у власний життєвий проєкт. Материнство дедалі більше постає як свідомий вибір, що потребує внутрішньої готовності та сприятливих умов, а не як нормативний соціальний обов'язок.

Практична значущість отриманих результатів полягає у можливості їх використання в психологічному консультуванні жінок репродуктивного віку, розробці програм психоедукації та просвітництва, підтримки майбутніх матерів і профілактики емоційного вигорання. Перспективи подальших досліджень пов'язані з удосконаленням діагностичних інструментів оцінки репродуктивних установок, вивченням впливу соціальних криз на психологічну готовність до материнства та розробкою міждисциплінарних програм підтримки жінок на різних етапах репродуктивного вибору.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ainsworth M. (1978). Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation.
2. Ainsworth M. (1970). Attachment, Exploration, and Separation.
3. Alizadeh-Dibazari, Z., Abbasalizadeh, F., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Jahanfar, S., & Mirghafourvand, M. (2024). Childbirth preparation and its facilitating and inhibiting factors from the perspectives of pregnant and postpartum women: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), Article 482.
4. Bjelica, A., & Kapor-Stanulovic, N. (2022). Psychological readiness for motherhood: The interaction of personality traits and reproductive attitudes. *European Journal of Psychology*, 18(2), 145–159.
5. Bodin, M., Holmstro, Ch., Plantin, L., Schmidt, L., Ziebe, S., & Elmerstig, E. (2021). Preconditions to parenthood: changes over time and generations. *Reproductive BioMedicine and Society Online*, 03. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2021.03.003>.
6. Bornstein, M. H. (2021). Handbook of parenting: Volume 3: Being and becoming a parent (3rd ed.). Routledge.
7. Clarke, M. R., McKee, K., & Sakala, C. (2025). Therapist readiness to address perinatal mental health conditions: Cognitive and emotional factors. *Clinical Social Work Journal*, 53(3), 211–224.
8. Datta, J., Maxwell, K.J., Mitchell, K.R., Lewis, R., & Wellings, K. (2023). Factors shaping the timing of later entry into parenthood: Narratives of choice and constraint. *Social Sciences & Humanities Open* 8 (2023). <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2023.100700>.
9. Dere, S. S., Varotariya, J. K., Ghildiyal, R. P., Sharma, S. A., & Kaur, D. M. S. (2020). Antenatal preparedness for motherhood and its association with antenatal anxiety and depression in first time pregnant women. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(9), 4822–4828.

10. Harper, J.C., & Botero-Meneses, J.S. (2022). An online survey of UK women's attitudes to having children, the age they want children and the effect of the COVID-19 pandemic. *Hum Reprod.* 2022 Oct 31;37(11):2611-2622. doi: 10.1093/humrep/deac209.
11. Howard, L. M., Wilson, C. A., Reilly, T. J., Moss, K. M., Mishra, G. D., Coupland-Smith, E., Riecher-Rössler, A., Seedat, S., Smith, S., Steinberg, J. R., van Ditzhuijzen, J., & Oram, S. (2025). Women's reproductive mental health: Currently available evidence and future directions for research, clinical practice and health policy. *World Psychiatry*, 24(2), 198–214.
12. Jones, C. E., & Smith, A. L. (2022). Delaying motherhood: Fertility-related psychological health, social pressures, and maternal identity among nulliparous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 43(4), 389–398.
13. Loke, A. Y., & Poon, C. H. (2021). The impact of motherhood on the course of women's psychological wellbeing: A longitudinal comparative study of mothers and childless women. *Women's Health Inventions*, 4(2), Article 100062.
14. Miller, W. B. (2023). *The psychology of reproductive intentions: Motivation, choices, and behavior*. Cambridge University Press.
15. Morotti, E., & Villa, S. (2023). Psychoeducation for psychological issues and birth preparedness in primigravid women: A systematic review. *Midwifery*, (119), Article 103612.
16. Smith, J. A., & Braun, V. (2021). Ambivalence in reproductive attitudes: Why young women transition towards or away from motherhood. *Feminism & Psychology*, 31(3), 341–360.
17. Thomson, G., & Balaam, M. C. (Eds.). (2022). *Psychological and social aspects of transition to motherhood*. Routledge.
18. Vance, A. J., & Brandon, D. H. (2023). Maternal sensitivity, parenting interventions, and early child development outcomes: A multi-country analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 27(5), 844–856.

19. Walsh, J., & Taylor, E. (2024). Psychological readiness for motherhood in young women during stressful life events. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 42(2), 156–171.
20. Welshman, H., Dombrowski, S., Grant, A., Swanson, V., Goudreau, A., & Currie, S. (2023). Preconception knowledge, beliefs and behaviours among people of reproductive age: A systematic review of qualitative studies. *Preventive Medicine*, Volume 175. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107707>.
21. Андерсон, Дж. Р. (2012). Клинические лекции по Кляйн и Биону. Когито-Центр.
22. Астахов В.М., Бацилєва О.В., & Пузь І.В. (2023). Психологічний супровід у репродуктивній медицині: монографія. Київ, Інститут психології імені Г.С. Костюка.
23. Бион, У.Р. (2008). Научение через опыт переживания. Когито-Центр.
24. Бион У.Р. (2009). Элементы психоанализа. Когито-Центр
25. Бион У.Р. (2010). Внимание и интерпретация. ВЕИП.
26. Боулби, Дж. (2015). Создание и разрушение эмоциональных связей. Канон-плюс.
27. Боулбі, Дж. (2018). Прив'язаність. Львів, Астролябія.
28. Бохонкова, Ю.О., & Ткачук, О.В. (2022). Мотиваційні чинники формування репродуктивних установок сучасної молоді. *Психологічний часопис*, 8(3), 45–56.
29. Ващенко, І.В. (2021). Психологічні детермінанти усвідомленого батьківства та готовності до материнства. *Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка. Психологія*, 18(1), 112–120.
30. Власенко, К.О. (2023). Вплив партнерських стосунків на трансформацію репродуктивних намірів жінок під час кризових станів. *Психологічні перспективи*, (41), 89–101.
31. Віннікот, Д.В. (2021). Сім'я та розвиток особистості. Мати та дитина. Київ, Сварог.

32. Віннікот, Д.В. (2021). Розмова з батьками. Нестрашний психоаналіз Віннікота. Київ, Видавничий дім «ЦУЛ».
33. Віннікот, Д.В. (2020). Дитина, сім'я та зовнішній світ. Київ, Видавничий дім «ЦУЛ».
34. Віннікот, Д.В. (2023). Игра и реальность. Київ, Сварог.
35. Віннікот, Д.В. (2017). Процессы созревания и облегчающая среда: Исследования по теории эмоционального развития. Институт общегуманитарных исследований.
36. Гаврилюк, Л.А., & Мілютіна К.Л. (2025). Психологічна готовність до материнства. Психічне здоров'я та резильєнтність особистості: колективна монографія. Київ, Академія праці, соціальних відносин і туризму.
37. Гайворонська, Т. О. (2022). Психологія материнства: формування репродуктивної культури жінки. Монографія. Видавництво ХНУ.
38. Галицька, М. (2019). Особливості материнства як частини особистісної сфери жінки [Кандидатська дисертація]. uacademic.info
39. Галицька, М. (2019). Аналіз соціально-психологічних детермінант психоемоційної сфери жінки у післяпологовому періоді. Психологія та соціальна робота, (1), 118–127.
40. Гейко, Є. В. (2021). Теоретичні аспекти проблеми психологічної готовності до материнства. Вчені записки Таврійського національного університету імені В. і. Вернадського. Серія: Психологія, 32(1), 141–146.
41. Горні, К. (2025). Психологія жінки. Київ, Сварог.
42. Грибова, М., & Ковчина, І. М. (2025). Взаємозв'язок ціннісних орієнтацій особистості та психологічної готовності до материнства. The X International scientific and practical conference «Society and personality in modern communication discourse: problems and ways of solving them», March 10-12, 2025, Krakow, Poland.
43. Данилишина, К.О. (2025). Психологічна готовність до материнства і батьківства студентської молоді в умовах військової агресії. Вінниця, Донецький національний університет ім. В. Стуса.

44. Діагностика та корекція репродуктивної поведінки особистості: навчально-методичне видання. (2012). Під ред. О.М. Васильченко. Київ.

45. Дорошенко А., Дробот, О. (2024). Психологічна готовність жінок до материнства в умовах війни: соціокультурні фактори впливу. ВЧЕНІ ЗАПИСКИ, 13. DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.5/03>.

46. Завгородня, О. В. (2023). Ціннісно-мотиваційні бар'єри формування репродуктивних установок у молодих жінок. Актуальні проблеми психології, 11(24), 104–115.

47. Канюка, С. І. (2017). Вплив толерантності жінок на формування їх психологічної готовності до майбутнього материнства. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології», (35).

48. Канюка, С. І. (2018). Формування толерантності жінок як умови їх психологічної готовності до майбутнього материнства. Дисертація кандидата психологічних наук. Київ.

49. Кляйн, М. (2024). Кохання, вина та репарація та інші роботи 1929–1942 рр. (Т. 2). Профібукс.

50. Кляйн, М. (2024). Заздрість та подяка та інші роботи 1955–1963 років (Т. 6). Профібукс.

51. Когут, О. О. (2022). Психологічна готовність до материнства як чинник гармонізації внутрішньосімейних взаємин за методикою PARI. Психологія і суспільство, 89(3), 132–145.

52. Кочарян, О.С., & Свинаренко, Ю.В. (2014). Психологічні аспекти поняття репродуктивної установки та його розуміння у зарубіжних дослідженнях. Вісник Харківського національного університету імені ВН Каразіна. Серія: Психологія, (56).

53. Кравченко, О. М. (2023). Соціально-психологічні чинники формування репродуктивної поведінки жінок: тенденції та виклики. Габітус, (47), 167–173.

54. Литвиненко, і. С. (2021). Трансформація батьківських установок та репродуктивних намірів жінок під впливом соціально-економічних змін.

Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія, (2), 58–63.

55. Мартинова, М. В. (2022). Психологічна готовність до батьківства: діагностика та супровід. Навчальний посібник. Каравела.

56. Мей, Р. (2025). Любов і воля. Львів, Априорі.

57. Мітіна, О.Л. (2024). Мотиваційний аспект психологічної готовності сучасних жінок до реалізації репродуктивної функції. Наукові записки. Серія: Психологія, 1(3).

58. Мілютіна К.Л., Гаврилюк Л.А. (2025). Психологічна готовність до материнства. Психічне здоров'я та резильєнтність особистості: колективна монографія. За заг. ред. : Г. А. Пріба, Л. Є. Бегези – Київ.

59. Мотиваційний аспект психологічної готовності сучасних жінок до реалізації репродуктивної функції. Наукові записки. Серія: Психологія, (2).

60. Населення України (2023): Нариси про демографічний стан країни у перше тридцятиріччя незалежності. Київ, Наукова думка.

61. Никоненко, О., & Самохвалова, І. (2025). Психологічні особливості готовності до материнства в залежності від віку. Київ, Вчені записки Університету «КРОК», 2 (78), 460-466.

62. Осадько, Ю. В. (2023). Психологічні особливості готовності до материнства у жінок з різним типом гестаційної домінанти. Вчені записки Університету «КРОК», 4, 188–197.

63. Особливості особистісних стратегій життєдіяльності в умовах невизначеності середовища: монографія. (2024). Під ред. Ю.М. Швалба. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

64. Шпортун, О., Браніцька, Т., Чопик, Л., Кунденко, І. (2025). Особливості репродуктивного здоров'я населення України під час воєнного стану. Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія», Вип. 8. <https://doi.org/10.32782/academ-ped.psyh-2025-2.35>.

65. Платаш, Л.Б., Реймер, Д.В. (2025). Психологічна готовність жінок до материнства в умовах сучасного суспільства. The 8th International scientific and

practical conference “Current trends in scientific research development”(March 13-15, 2025) BoScience Publisher, Boston, USA.

66. Поліщук, С.А. (2021). Особистісні чинники відтермінування народження першої дитини у сучасних жінок. Психологічні науки: проблеми та здобутки, 14(1), 102–118.

67. Практична психосоматика: депресія. Навчальний посібник. (2020). О.С. Чабана, О.О. Хаустової (Ред). Київ, Медкнига.

68. Практична психосоматика: тривога. Навчальний посібник. (2022). О.С. Чабана, О.О. Хаустової (Ред). Київ, Медкнига.

69. Психічне здоров'я та резильєнтність особистості: колективна монографія. (2025). Під ред. Пріба Г.А., Бегези Л.Є. Київ.

70. Роджерс, К. (2015). Становление личности. Взгляд на психотерапию. Институт общегуманитарных исследований.

71. Савельєва, Н. В. (2024). Репродуктивні установки жінок як психологічний маркер готовності до усвідомленого материнства. Часопис психологічного здоров'я, 5(1), 34–46.

72. Склярєва, Г. (2024). Чинники ухвалення рішення про материнство в ситуації невизначеності. Вчені записки Університету «КРОК», (2(74). doi: 10.31732/2663-2209-2024-74-311-316.

73. Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Ісаков Р.І. (2017). Перинатальна психологія. Київ, Медкнига.

74. Спіріна, І. Д. (2023). Особливості впливу життєвої спрямованості сучасної дівчини на її психологічну готовність до материнства. In The 1st International scientific and practical conference «Modern research in science and education» (September 14-16, 2023). BoScience Publisher, Chicago, USA. 397 p.

75. Сторчак, І., Смалиус, Н.Л. (2025). Особливості розвитку психологічної готовності жінок до реалізації репродуктивної функції. Проблеми психології діяльності в особливих умовах: матеріали III Всеукр. наук.-практ. конф. Черкаси.

76. Суходольский Г.В. (2008). Математические методы в психологии. Харьков, Гуманитарный центр.

77. Теории объектных отношений. От Мелани Кляйн к практике 21 века. (2019). Аверс.

78. Ткаченко, О. і. (2023). Психологічна адаптація жінок до ролі матері: взаємозв'язок з батьківськими установками (за опитувальником PARI). Вісник ХНУ. Серія Психологія, (45), 23–31.

79. Тодорцева, Ю.В., Арнаут, О.О. (2023). Психологічні механізми усвідомленої відмови від материнства. SWorldJournal, 2(17-02). <https://doi.org/10.30888/2663-5712.2023-17-02-015>

80. Томаржевська, І.В. (2021). Теоретичні аспекти проблеми психологічної готовності до материнства в молодих жінок. ВЧЕНІ ЗАПИСКИ, 1.

81. Федоренко, А. П. (2022). Психологічні бар'єри реалізації репродуктивної функції у жінок раннього дорослого віку. Психологічні студії, 12(2), 115–124.

82. Франкл, В. (2020). Людина в пошуках справжнього сенсу» або «Скажи життю «Так!». Харків, Книжковий клуб «Клуб Сімейного Дозвілля».

83. Франкл, В. (2023). Лікар та душа: Основи логотерапії та екзистенційного аналізу. Харків, Книжковий клуб «Клуб Сімейного Дозвілля».

84. Франкл, В. (2025). Воля до сенсу. Основи та застосування логотерапії. Київ, Видавництво Ростислава Бурлаки.

85. Франкл, В. (2017). Теория и терапия неврозов. Института общегуманитарных исследований.

86. Фрейд, З. (1990). Очерки по психологии сексуальности. Киев, Здоровье.

87. Фрейд З. (2008). Три нариси з теорії сексуальності. Психологія і суспільство, 4. с. 45-91.

88. Фрейд, З. (1996). Некоторые психические последствия анатомического различия полов. Психоанализ и женская сексуальность : сборник. ВЕИП.

89. Фрейд З. (1996). Женственность. Психоанализ и женская сексуальность : сборник. ВЕИП.

90. Фрейд, З. (1996). О женской сексуальности. Психоанализ и женская сексуальность: сборник. ВЕИП.

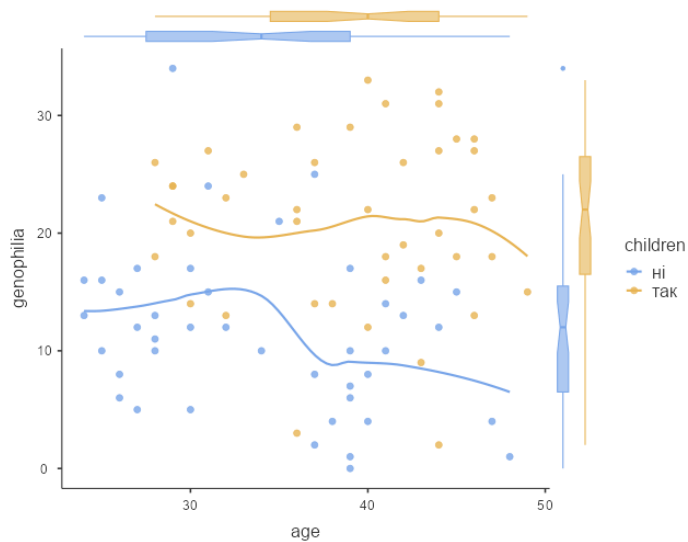
91. Хьелл Л., Зиглер Д. (2020). Теории личности. Питер.
92. Хорни, К. (1999). Невротическая личность нашего времени. Когіто-Центр.
93. Худяков А.И. (2016). Экспериментальная психология. Харьков, Гуманитарний центр.
94. Чепелева, Н. (2021). Дискурсивне конструювання досвіду в ситуаціях інформаційної невизначеності [Аналітичний звіт]. НАПН Ліб.
95. Шевчук, Г. С. (2010). Материнська ідентичність у структурі Я-концепції жінки. Проблеми сучасної психології, (9), 834–843.
96. Шейко, О. В. (2023). Психологічна готовність жінок до материнства під час суспільних криз та невизначеності. Наукові записки НаУКМА. Соціологічні науки, (6), 72–81.
97. Шматко, Н. (2025). Багатовимірна модель структури готовності до материнства в умовах кризових ситуацій. Вчені записки Університету «КРОК», (1 (77)). doi: 10.31732/2663-2209-2025-77-587-594.
98. Шматко, Н. (2024). Готовність до материнства в умовах війни: психологічні та соціокультурні аспекти. Вчені записки Університету «КРОК», (4 (76)), 409-415.
99. Юнг, К.Г. (2018). Архетипи і колективне несвідоме. Львів, Астролябія.
100. Юнг, К.Г. (2024). Динаміка несвідомого. Київ, Видавничий дім «ЦУЛ».
101. Юнг, К.Г. (2024). Проблема душі нашого часу. Київ, Видавничий дім «ЦУЛ».
102. Юнг, К.Г. (2024). Архетип і символ. Київ, Видавничий дім «ЦУЛ».
103. Юнг, К.Г. (2024). Символи та метаморфози. Лібідо. Київ, Видавничий дім «ЦУЛ».
104. Юнг, К.Г. (2022). Структура і динаміка психічного. Київ, Видавничий дім «ЦУЛ».
105. Юнг, К.Г. Сонді, Л. (2025). Патологія сексуальних потягів. (Посібник з профайлінгу). Київ, Видавничий дім «ЦУЛ».

106. Ялом, І. (2025). Матуся та сенс життя. Харків, Книжковий клуб "Клуб Сімейного Дозвілля".
107. Ялом, І. (2026). Екзистенційна психотерапія. Київ, Видавництво Ростислава Бурлаки.
108. Ялом, І. (2017). Ліки від кохання та інші оповіді психотерапевта. Харків, Книжковий клуб "Клуб Сімейного Дозвілля".
109. Яремчук, Н. (2008). Психологічні особливості готовності молоді жінки до майбутнього материнства. Вісник післядипломної освіти, (7), 210–218.
110. Центр економічної стратегії. (2026). *CNBC: Через війну народжуваність в Україні досягла рекордно низького рівня*. Джерело: <https://ces.org.ua/birth-rate-ukraine/>.
111. Суспільне Новини. (2026). Дослідження Групи Рейтинг. *Гендер, ролі, стереотипи: як змінилися погляди українців за 10 років*. Джерело: <https://suspilne.media/1258600-60-ukrainsiv-vvazaut-gendernu-nerivnist-ridkisnim-avisem-v-ukraini-doslidzenna-grupi-rejting/>.

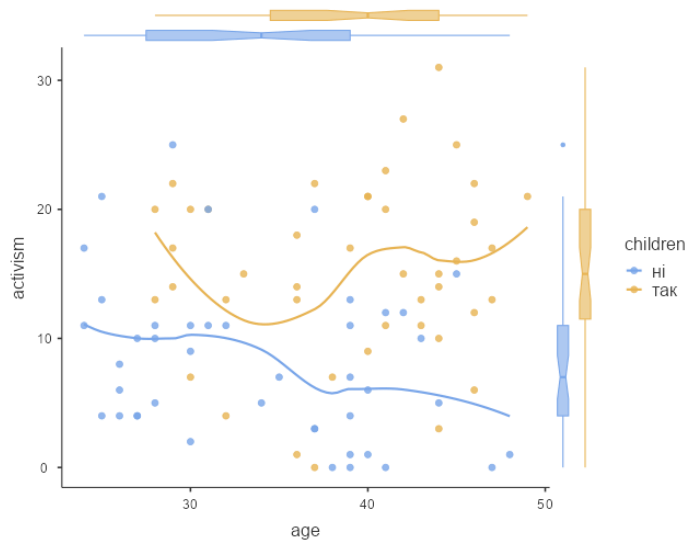
ДОДАТКИ

Додаток 1. Діаграми розсіювання

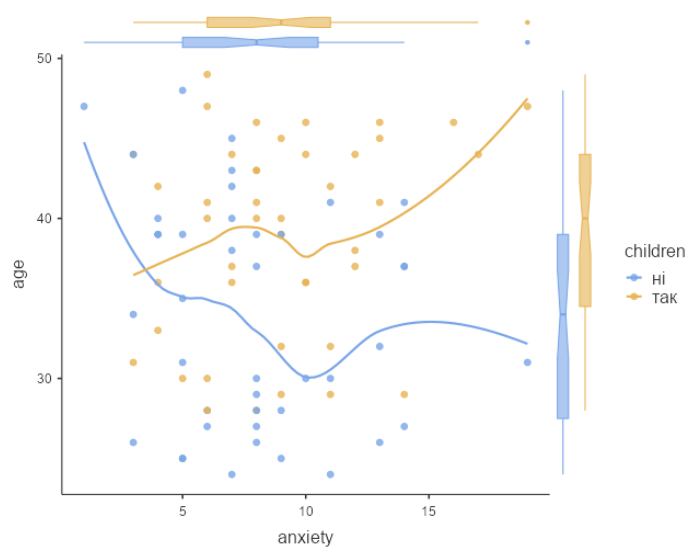
а) Співвідношення віку та бажання мати дітей у матерів та жінок, які не народжували:



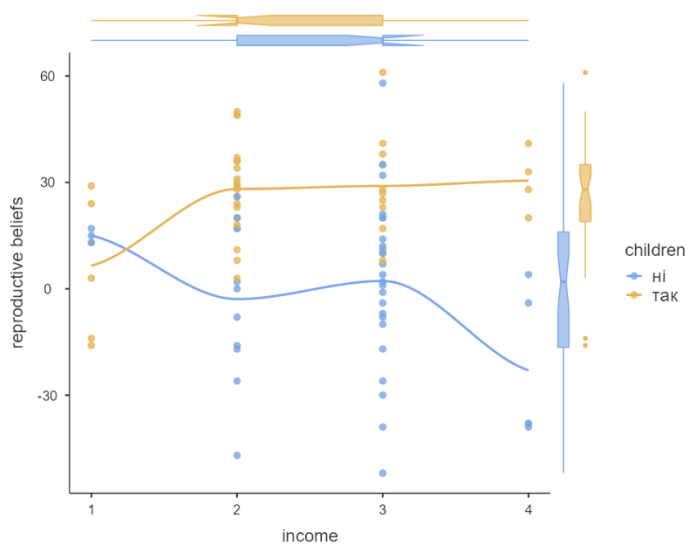
б) Співвідношення віку та репродуктивної активності у матерів та жінок, які не народжували:



в) Співвідношення віку та рівня тривоги у матерів та жінок, які не народжували:



г) Співвідношення рівня доходу та репродуктивних переконань у матерів та жінок, які не народжували:



Додаток 2. Матриці інтеркореляцій

а) Взаємозв'язок рівня тривоги та депресії із шкалами алекситимії TAS-20

		тривога	депресія
Труднощі ідентифікації почуттів	Spearman's rho	0.527	0.415
	p-value	<.001	<.001
Труднощі опису почуттів	Spearman's rho	0.367	0.407
	p-value	<.001	<.001
Зовнішньоорієнтоване мислення	Spearman's rho	0.262	0.306
	p-value	0.015	0.004
Рівень алекситимії	Spearman's rho	0.496	0.463
	p-value	<.001	<.001

б) Взаємозв'язок шкал РОД-2 із шкалами алекситимії TAS-20

		Труднощі ідентифікації почуттів	Труднощі опису почуттів	Зовнішньо- орієнтоване мислення	Рівень алекситимії
Генофобія	Spearman's rho	0.133	0.277	0.257	0.212
	p-value	0.222	0.010	0.017	0.050
Репродуктивна активність	Spearman's rho	-0.027	0.046	0.045	-0.005
	p-value	0.804	0.675	0.678	0.966
Репродуктивна пасивність	Spearman's rho	0.273	0.250	0.267	0.286
	p-value	0.011	0.020	0.013	0.008

в) Взаємозв'язок тривоги та депресії із шкалами методики PARI.

		тривога	депресія
2.Надмірна турбота	Spearman's rho	0.351	0.239
	p-value	<.001	0.027
12.Придушення агресії	Spearman's rho	0.339	0.222
	p-value	0.001	0.040
19.Домінування матері	Spearman's rho	0.246	0.255
	p-value	0.022	0.018
20. Втручання в світ дитини	Spearman's rho	0.264	0.002
	p-value	0.014	0.985
Зайва концентрація на дитині	Spearman's rho	0.287	0.175
	p-value	0.007	0.108

г) Взаємозв'язок шкал алекситимії TAS-20 із шкалами методики PARI.

		Труднощі ідентифікації почуттів	Зовнішньо- орієнтоване мислення	алекситимія
Ставлення до сімейної ролі	Spearman's rho	0.232	0.264	0.285
	p-value	0.031	0.014	0.008
Емоційна дистанція з дитиною	Spearman's rho	0.239	0.232	0.255
	p-value	0.027	0.032	0.018
5.Самопожертва	Spearman's rho	0.297	0.206	0.300
	p-value	0.005	0.058	0.005
8.Роздратування	Spearman's rho	0.266	0.180	0.248
	p-value	0.013	0.097	0.021
10.Вплив сім'ї	Spearman's rho	0.293	0.258	0.305
	p-value	0.006	0.016	0.004
17.Байдужість чоловіка	Spearman's rho	0.273	0.256	0.288
	p-value	0.011	0.017	0.007

д) Взаємозв'язок шкал методики РОД-2 із шкалами методики PARI.

		генофілія	генофобія	Репрод-на активність	Репрод-на пасивність	Репрод-ні переконання
Емоційний контакт	rho	0.283	0.168	0.295	0.153	0.299
	p- value	0.008	0.122	0.006	0.160	0.005
3.Залежність	rho	0.348	0.343	0.219	0.153	0.337
	p- value	0.001	0.001	0.043	0.161	0.001
9.Надмірна строгість	rho	-0.101	-0.199	-0.246	-0.279	-0.210
	p- value	0.357	0.066	0.022	0.009	0.053
13.Невдоволен- ня роллю домогосподарки	rho	-0.115	-0.271	-0.207	-0.299	-0.206
	p- value	0.291	0.012	0.056	0.005	0.057
15.Розвиток активності дитини	rho	0.225	0.191	0.274	0.228	0.273
	p- value	0.037	0.079	0.011	0.035	0.011
19.Домінування матері	rho	0.349	0.284	0.219	0.134	0.299
	p- value	<.001	0.008	0.043	0.217	0.005
20.Втручання в світ дитини	rho	0.265	0.180	0.189	0.100	0.252
	p- value	0.014	0.097	0.081	0.361	0.019