

## ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНОСТІ ЖІНОК У ПЕРІОД ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ

## PECULIARITIES OF WOMEN'S ANXIETY DURING IN VITRO FERTILIZATION

*У статті розглядається тема сім'ї як основного осередку суспільства, поєднання подружніх та родинних зв'язків, стосунків, процесів. Також порушено питання важливої проблеми існування повноцінних родин, які хочуть, але не в змозі мати дитину; такі родини вибирають стати повноцінною родиною за допомогою екстракорпорального запліднення. Цей процес є достатньо вивченим із медичного погляду, але його психологічний аспект мало досліджений і потребує нашої уваги, оскільки досить великий відсоток жінок через нестабільний емоційний стан має негативний результат спроби ЕКЗ.*

*У дослідженні розкрито питання впливу емоційного стану жінки та стосунків у родині на результат екстракорпорального запліднення. Важливе місце в роботі відведено медико-психологічним аспектам, психоемоційним проблемам та психологічним підходам у роботі з жінками, які вибрали вищевказаний спосіб запліднення.*

*Проаналізовано вплив тривоги на результат запліднення та запропоновано експрес-підходи до виведення жінки з такого стану та психологічної підтримки сімей до готовності народження дитини, у тому числі за допомогою екстракорпорального запліднення.*

**Ключові слова:** сім'я, екстракорпоральне запліднення, тривожність, психологічна підтримка.

*The paper discusses the topic of the family as the basic unit of society, as a combination of marital and family ties, relationships, and processes. The article also highlights a topic that is relevant in the modern world – the concept of a «full-fledged family» where there are both parents and children, and also raises the issue of families that want but are unable to have a child. Such families choose to become a full-fledged family through in vitro fertilization. This process is sufficiently studied from a medical point of view, but from a psychological point of view it raises many questions. After all, a fairly large percentage of women have a negative result of an IVF attempt due to an unstable emotional state.*

*The article raises the issue of the influence of a woman's emotional state and family relationships on the outcome of in vitro fertilization. An important place in the work is given to medical and psychological aspects, psycho-emotional problems and psychological approaches in working with women who have chosen the above method of fertilization.*

*The paper also discusses the impact of anxiety on the outcome of fertilization and proposes express approaches to bring women out of this state and psychological support for families to be ready to have a child, including through in vitro fertilization.*

**Key words:** family, in vitro fertilization, anxiety, psychological support.

УДК 159.944.4-057.875  
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.64.15>

### Астремська І.В.

д.психол.н.,  
в.о. професора кафедри психології  
Чорноморський національний  
університет імені Петра Могили

### Смельянова Т.В.

магістрантка за спеціальністю  
053 – Психологія  
Чорноморський національний  
університет імені Петра Могили,

**Вступ із розкриттям актуальності проблеми дослідження.** За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, проблема безпліддя у сучасному суспільстві в умовах депопуляції є однією з найактуальніших медико-соціальних та психолого-демографічних проблем, яка зумовлена поєднанням соціального, психічного неблагополуччя та майже завжди поганого фізичного здоров'я та психологічного стресу сім'ї.

Тривале неефективне лікування безплідності супроводжується низкою психоемоційних реакцій – від невротичних до тяжких депресивних розладів.

Найчастіше на психологічну безплідність страждають пацієнти старше тридцяти років. Це пояснюється тим, що у цьому віці пари вже досягли певного кар'єрного та матеріального рівня та готові задуматися про дітей. Однак внутрішня тривога, недосипання та трудовий напруження можуть трансформувати переживання у соматичні проблеми [7].

Перфекціонізм і прагнення тотального контролю також не сприяють зачаттю. Люди, схильні до перфекціонізму, зазнають стресу, коли щось йде «не за планом». Коли мети не досягається, вони відчувають безсилля та психологічну напругу, що негативно впливає на репродуктивну систему.

**Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням здобутих наукових результатів.** За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, проблема безпліддя в сучасному суспільстві в умовах депопуляції є однією з найактуальніших медико-соціальних та психолого-демографічних проблем, яка зумовлена поєднанням соціального, психічного неблагополуччя та майже завжди поганого фізичного здоров'я та психологічного стресу сім'ї.

Шлюб, у якому під час регулярного статевого життя протягом одного року без застосування методів контрацепції вагітність не настає за умови досягнення подружжям дітородного віку, вважається безплідним. Частота безплідних шлюбів варіюється дуже широко і, на жаль, у всіх країнах світу не виявляє тенденції до зниження [3].

Поширеність безпліддя в країнах Європи становить приблизно 14% [9]. В Україні ефективність лікування безпліддя явно недостатня: кожна п'ята жінка з 15 млн пар не може завагітніти природним шляхом [2].

Психологи вважають, що жіночий організм здатний «блокувати» процес зачаття, якщо жінка не впевнена в тому, що дитина потрібна чоловікові, комплексує з приводу її поведінки

або не отримує бажаного відношення. Чоловік також може блокувати зачаття, якщо існують розбіжності з дружиною [8].

Велике значення мають стосунки у рідній сім'ї. Жінка орієнтується на материнський образ, сформований у дитинстві, а чоловік – на батьківський. Подружжя приміряє на себе соціальні ролі, з якими їм доведеться зіткнутися після народження дитини. Гіперопіка з боку батьків, які вважають, що їхнім дітям ще рано ставати батьками, також може призвести до репродуктивних психосоматичних порушень. Молода сім'я не може виявити самостійність та висловити усвідомлене бажання мати дитину.

Пара, яка зіткнулася з психологічним безпліддям, повинна нормалізувати свій психоемоційний стан, щоб створити гармонійні умови для зачаття та народження дитини. Фахівці можуть допомогти у цьому, і основою лікування у разі є психотерапія, тривалість якої залежить від індивідуальних особливостей пацієнта. Чим раніше буде виявлено корінь проблеми, тим легше її усунути.

Це ще раз доводить, що материнство слід розглядати не лише з фізіологічного погляду, а й із психологічного та соціального як унікальну ситуацію розвитку особистості жінки, що природно необхідна для її самореалізації, яка забезпечує реалізацію найважливіших соціальних ролей, формування ідентичності загалом.

Негативний вплив психоемоційних розладів на лікування жінок із проблемами реалізації репродуктивного потенціалу відзначає також А. Іванова [4]. На основі проведеного дослідження, яке включало оцінку психоемоційного стану та поточної соціальної ситуації, вона виділяє чинники, від яких залежать вираженість і частота психоемоційних розладів: соціальний статус, тривалість лікування, особистісні характеристики.

Загалом жінок, які страждають на психогенну безплідність, можна класифікувати так:

1) жінки незрілого, чутливого і по-дитячому примхливого, схильного до невротичних реакцій типу;

2) агресивно-домінантні жінки, які не згодні визнавати свою жіночність;

3) гіперматеринські жінки, які спрямовують свій материнський інстинкт на чоловіка;

4) фанатичні жінки, що присвятили себе служінню певним ідеям, поглядам, віруванням.

Важливо зазначити, що підвищена тривожність та депресія – поширені, але часто нерозпізнані стани, що ведуть до негативних наслідків для здоров'я жінки та плоду. Основні причини тривожності включають страх перед пологами, занепокоєння за здоров'я майбутньої дитини та побоювання щодо забезпечення її гідного утримання. Ці стани можуть досягати рівня психопатологічних розладів та

призводити до ускладнень вагітності, включаючи можливе її переривання.

Дослідження психологічних особливостей жінок з ускладненим перебігом вагітності та ЕГП показують, що для них характерні емоційна нестійкість, невпевненість у собі, дратівливість, високий рівень СТ і ВІД, залежність від оточуючих, недовірливість, стомлюваність, вразливість, схильність до гострого переживання.

Комплексний підхід до оцінки стану вагітних, включаючи вивчення психосоматичних взаємозв'язків у жінок з екстрагенітальною патологією, має велике значення. Важливо використовувати допоміжні діагностичні методи, які потребують клінічної кваліфікації лікарів, виявлення групи жінок із психоемоційної дезадаптацією. Психодіагностичні методики допоможуть лікарям-акушерам, сімейним лікарям та психотерапевтам отримати повне уявлення про психосоматичний стан жінки, її стиль переживання і ставлення до вагітності та материнства, що дасть змогу своєчасно надати кваліфіковану психологічну допомогу.

Однією зі складових частин підготовки до ЕКЗ є взаємодія психологів і жінок репродуктивного віку в системі подолання психологічних труднощів і негативних емоційних наслідків, викликаних наявністю встановленого діагнозу безпліддя, тривалого лікування безпліддя або безуспішного проходження процедури ЕКЗ [5].

Цільові програми психологічної допомоги та корекції досить часто реалізуються у сфері підтримки жінок із невдалими спробами завагітніти або перед процедурою ЕКЗ. Як правило, подібній групі осіб надається медична допомога, рідше психологічна, яка здебільшого має ситуаційний характер, доступ до якого здійснюється найчастіше за запитом, який виходить з ініціативи самої жінки [6].

Процедура ЕКЗ є емоційним і фізичним навантаженням, стресом не тільки для жінки, а й для її партнера. Найбільше на жінку можуть впливати такі аспекти, як гормональне лікування, багаторазове обстеження, пункції, очікування дозрівання статевих клітин, чи відбудеться запліднення, перенесення ембріонів, очікування настання клінічної вагітності.

*Доведено, що порушення репродуктивної функції та тривале лікування безплідності супроводжуються низкою психоемоційних реакцій* – від невротичних до тяжких депресивних розладів, розвитком почуття провини та низької самооцінки. Партнерські відносини руйнуються, що призводить до особистих та сімейних криз, загрози життєдіяльності сім'ї. Таким чином, безпліддя набуває не лише медичного, психологічного, а й соціального значення.

Сьогодні не можна недооцінювати роль стресу у порушенні репродуктивної системи

та виникненні проблем із зачаттям, а також його негативний вплив на динаміку лікування безпліддя методом ЕКЗ. У жінок часто спостерігаються прихована тривога та напруга, посилені соматичними фіксаціями, а також помірно підвищені показники ситуативної та загальної тривожності. У них найчастіше виявляються ознаки депресивних, іпохондричних та астеничних рис. Легка ступінь депресії притаманна всім пацієнткам із безпліддям в анамнезі, а в разі переривання вагітності психоемоційний стан також характеризується високим рівнем тривоги. Не тільки безпліддя впливає на емоційний стан жінки, а й процес лікування методом ЕКЗ вносить елемент стресу у відносини між партнерами та викликає психоемоційні порушення у жінок.

У даній роботі проаналізовано та узагальнено підходи сучасної практичної психологічної науки до роботи з психоемоційними порушеннями жінок, які проходять процедуру ЕКО: стандартний протокол ОПД (оперативна психодинамічна діагностика), психодрама, когнітивно-поведінкова терапія, гіпнотерапія (у т.ч. Еріксоновський гіпноз), тілесно-орієнтовна терапія, арттерапія (прективний малюнок у тому числі), техніки психосинтезу та мотиви символдрами, програма А.В. Картушинської «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» та такі терапевтичні підходи до покращення психічного здоров'я жінок репродуктивного віку: терапія прийняття та зобов'язань; терапія когнітивної обробки; консультування; діалектична поведінкова терапія; терапія, орієнтована на емоції; екзистенціальна терапія; експресивна терапія; внутрішні сімейні системи; міжособистісна психотерапія; підходи, що ґрунтуються на усвідомленості; психодинамічна терапія; терапія, орієнтована на рішення; перевернута терапія.

Так, на основі теоретичного аналізу літератури встановлено, що проблема емоцій та емоційних проявів особистості є однією з найскладніших та найактуальніших у психології. У сучасних наукових дослідженнях спостерігається диференціальний підхід до вивчення емоційної сфери особистості, що виявляється у розробленні різних напрямів. Це призводить до термінологічної різноманітності та концептуальних відмінностей, а також до збільшення кількості різнопланових теоретичних та експериментальних досліджень, особливо в Україні.

Для вирішення поставлених завдань та забезпечення об'єктивності дослідження було застосовано *теоретичні* методи: метод теоретичного аналізу й узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження; метод порівняльного аналізу та систематизації теоретичних та експериментальних даних; метод структурування для уточнення сутності базових понять та визначення психологічних засад

розвитку тривожності жінок у період ЕКЗ; *емпіричні*: констатувальний експеримент (спостереження, опитування, інтерв'ю, бесіда, комплекс тестових психодіагностичних методик для вивчення особливостей тривожності жінок, які знаходяться у процесі ЕКЗ; формувальний експеримент для апробації програми корекції тривожності жінок, що проходять ЕКЗ; метод математичної статистики (метод варіаційного аналізу, вірогідність визначалася за t-критерієм Стьюдента).

Метою експериментального дослідження було визначення рівня та особливостей тривожності жінок, які почали процедуру ЕКЗ. Для досягнення цілей дослідження застосовувався комплекс тестових психодіагностичних методик: для діагностики загального рівня тривожності – методика вимірювання рівня тривожності Тейлора (адаптація Т.А. Немчинова), ситуативної тривожності (СТ) та особистісної тривожності (ОТ) – тест «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера – Ханіна (ШРОТ), рівня невротизації – методика діагностики рівня невротизації Л.І. Вассермана (модифікація В. Бойко), депресивних станів – методика діагностики депресивних станів Зунге (адаптація Т.І. Балашової).

У констатувальному дослідженні брали участь 50 осіб жіночої статі, які почали проходити програму екстракорпорального запліднення. Жінки проживають у різних регіонах України, віковий ценз – від 29 до 46 років. Залежно від згоди на участь у корекційній програмі досліджувани були розподілені на дві вибірки – експериментальну групу (складається з жінок, які дали згоду на участь у програмі) та контрольну (не бажають брати участь у програмі, але згодні пройти два етапи тестування).

Для досягнення мети нашого дослідження – визначення особливостей тривожності жінок у період екстракорпорального запліднення – було розроблено психодіагностичний комплекс, який використано у констатувальному експерименті, у ході якого отримано результати, подані у табл. 1. Отримані результати констатувального експерименту свідчать про необхідність розроблення корекційної програми подолання високого рівня тривожності та загального психоемоційного напруження, яке виявляється через тривожність, невротизм, субдепресивний стан або масковану депресію та інші негативні емоційні прояви.

**Актуальність корекційної програми** подолання високого рівня тривожності жінок у період екстракорпорального запліднення є одним із чергових завдань даної роботи, адже в Україні кожна п'ята з 15 млн пар не може завагітніти природним шляхом, і ефективність лікування залишається низькою. Тривале безрезультатне лікування безплідності викликає широкий спектр психоемоційних реакцій – від

невротичних до важких депресивних розладів. Це порушує партнерські відносини, призводчи до особистісних та сімейних криз. Таким чином, безпліддя стає не лише медичною та психологічною, а й соціальною проблемою, яка потребує комплексного медико-психологічного вирішення. Найбільш безсилою медицина є перед ідіопатичним безпліддям (безпліддям неясного генезу, психогенним, психосоматичним, психологічним безпліддям). Як проблема безпліддя, так і процес ЕКЗ несуть сильні психоемоційні навантаження на психіку жінки і потребують психологічного супроводу.

*Розроблена Програма передбачає* комплексний підхід до проведення корекційної роботи з жінками, які проходять процедуру ЕКО, та базується на комплексному підході, який широко застосовується в роботі з вибраною цільовою групою.

*Мета Програми* – корекція тривожності жінок, які проходять процедуру ЕКО, формування емоційної зрілості, внутрішнього стану, який допомагає гідно долати труднощі та при цьому отримувати максимальне задоволення від кожного дня.

*Завдання Програми* – формування стану, у якому людина може повністю покласти на себе, залишаючись спокійною і розважливою; відповідальності за свою поведінку та її наслідки для себе та інших членів сім'ї.

Програма заснована на активних методах навчання, що підкреслюють важливість активного пізнання, де учні беруть відповідальність за здобуття знань.

Після проведення корекційної програми було проведено повторне дослідження тривожності жінок експериментальної групи

з використанням розробленого комплексу тестових психодіагностичних методик.

У формувальному дослідженні брали участь 25 осіб жіночої статі, які почали проходити програму екстракорпорального запліднення, дали згоду на участь в експерименті та становили експериментальну групу. Жінки проживають у різних регіонах України, віковий ценз – від 29 до 46 років.

Статистично значущі відмінності виявлено між показниками психоемоційних станів експериментальної групи до та після проведення корекційної програми (табл. 1).

Як видно з результатів табл. 1, статистично значуща різниця виявлена на різному рівні значущості між усіма показниками: загальна тривожність знизилася з високого рівня до рівня вище середнього (38,8 → 24,4;  $p < 0,001$ ); особистісна тривожність – із високого до середнього рівня (56,6 → 42,8;  $p < 0,001$ ), тоді як реактивна (ситуаційна) тривожність залишилася на високому рівні, але кількісний аналіз свідчить про суттєве зниження, яке підтверджується статистичним аналізом, відповідно до якого зафіксовано зниження на статистично значущому рівні (65,4 → 50,3;  $p < 0,01$ ); невротизація знизилася з високого до середнього рівня (24,5 → 19,4;  $p < 0,05$ ); депресивність теж знизилася на один рівень: перед проведенням корекційної програми у жінок ЕГ діагностовано субдепресивний стан або маскована депресія, після програми – легка депресія ситуативного або невротичного генезу (65,2 → 52,4;  $p < 0,01$ ), що свідчить про успішну апробацію корекційної програми, ефективність якої доведена.

**Висновки з проведеного дослідження.** Розроблено корекційну програму, спрямо-

Таблиця 1

**Статистичні показники тривожності експериментальної групи**

Показники тривожності	Експериментальна група		t- критерій Стьюдента	
	До експерименту (n=25)	Після експерименту (n=25)	показник критерію	рівні значущості розбіжностей
	Mean			
Тривожність («Шкала проявів тривоги Ж. Тейлор»)	38,8	24,4	5,67	значущі ( $p < 0,001$ )
Особистісна тривожність («Шкала тривоги Спілбергера – Ханіна»)	56,6	42,8	4,54	значущі ( $p < 0,001$ )
Реактивна тривожність («Шкала тривоги Спілбергера – Ханіна»)	65,4	50,3	3,97	значущі ( $p < 0,01$ )
Невротизація («Методика невротизації Вассермана»)	24,5	19,4	2,04	значущі ( $p < 0,05$ )
Депресивність («Методика депресивних станів Зунге»)	65,2	52,4	3,89	значущі ( $p < 0,01$ )

вану на подолання тривожності, яка містить техніки когнітивно-поведінкової, тілесно-орієнтованої та арттерапевтичних методів для роботи з негативним мисленням, диханням, сновидіннями, внутрішніми ресурсами, техніки нейрографіки, релаксації та медитації тощо. Проведено формуючий експеримент, у результаті якого було апробовано корекційну програму та констатовано статистично значущу різницю різного рівня значущості між усіма показниками тривожності ЕГ жінок. Запропоновані рекомендації та експрес-вправи (активації поведінка, аутогенного тренування, перемикання емоцій та позитивного досвіду тощо), використані в корекційній програмі, допоможуть краще зрозуміти та контролювати тривожні стани без звернення до фахівців, роблячи життя жінок у період ЕКЗ більш комфортним та усвідомленим.

**ЛІТЕРАТУРА:**

1. Астахов В.М., Пузь І.В. Дослідження репродуктивних установок як елемента репродуктивної поведінки сучасної молоді. *Психолого-педагогічні координати розвитку особистості* : матеріали II міжнар. наук.-практ. конф., м. Полтава, 3–4 червня 2021 р. Полтава : НУ «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», 2021. С. 175–179.
2. Державна служба статистики України. <https://www.ukrstat.gov.ua/>
3. Екстракорпоральне запліднення. <https://bogolybu.com.ua/ua/article/vitro/>
4. Іванова А.Р. Медико-психологічні особливості жінок та психокорекція у комплексному лікуванні безпліддя. *Медичні науки*. 2010. № 3. С. 13–17.
5. Кулакова Є.В. Корекція психоемоційних порушень у пацієнок із безпліддям у програмі допоміжних репродуктивних технологій : автореф. ... дис. канд. мед. наук : 14.01.01. Київ, 2008. 27 с.
6. Психологічна підтримка в процесі лікування безпліддя методом ЕКЗ. <http://surl.li/shnnk>
7. Сафонова М.В. Соціально-психологічні особливості жінок, успішних у кар'єрі : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Київ, 1999. 214 с.
8. Mahlstedt P.P. The psychological components of infertility. *FertilityandSterility*, 43. P. 335–346.
9. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. World Health Organization. 2022. 31 p. <http://surl.li/sludm>