

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЛІНГВІСТИКИ ТА СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ
КАФЕДРА ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ
Завідувач випускової кафедри
_____ Ельвіра ЛУЗІК
« ____ » _____ 2022 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ЗДОБУВАЧА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ «МАГІСТР»

Галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові науки»

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Практична психологія»

Тема: «Психологічні особливості прояву психоемоційних станів жінок у період вагітності»

Виконавець: здобувач 206 Мз Нікіфорова Олена Анатоліївна

Керівник: кандидат педагогічних наук, доцент Демченко Наталія Іванівна

Нормоконтролер: _____ Тамара МИХЕСВА

КИЇВ 2022

НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій
Кафедра педагогіки та психології професійної освіти
Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність 053 «Психологія»
ОПП «Практична психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
Ельвіра ЛУЗІК

« ____ » _____

ЗАВДАННЯ

на виконання кваліфікаційної роботи

Нікіфорової Олени Анатоліївни

1. Тема кваліфікаційної роботи « Психологічні особливості психоемоційних станів жінок у період вагітності » затверджена наказом ректора від 29.09.2022 р. № 1745/ст.

2. Термін виконання роботи: з 05.09.2022 до 30.11.2022 р.

3. Вихідні дані до роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до першого та другого розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків загальним обсягом 84 сторінки, з них обсяг основного тексту 69 сторінок, список використаних джерел нараховує 67 позицій.

4. Зміст пояснювальної записки: Вступ; Розділ 1. Теоретичні та прикладні аспекти дослідження психоемоційних станів вагітних жінок; Висновки до першого розділу; Розділ 2. Емпіричне дослідження вираженості негативних психоемоційних станів у жінок в період вагітності; Висновки до другого розділу; Висновки; Список використаних джерел та літератури; Додатки.

5. Перелік обов'язкового графічного (ілюстративного матеріалу): 4 таблиці, 11 рисунків.

6. Календарний план-графік.

№	Завдання	Термін виконання	Відмітка про виконання
1.	Опрацювання та реферування літератури з теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження	05.09.2022	
2.	Формулювання теми, мети, завдання дослідження. Складання попереднього плану роботи. Написання вступу. Узгодження з керівником	10.09.2022	
3.	Написання першого розділу. Подання керівникові на перевірку.	25.09.2022	
4.	Проведення діагностичної частини дослідження. Обробка результатів	03.10.2022	
5.	Написання другого розділу, висновків. Подання керівникові на перевірку	10.10.2022	
6.	Оформлення роботи. Подання керівникові на перевірку	29.10.2022	
7.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	08.11.2022	
8.	Опрацювання зауважень і виправлення недоліків	10.11.2022	
9.	Подання остаточного варіанта роботи на кафедру для перевірки на академічну доброчесність	15.11.2022	
10.	Подання кваліфікаційної роботи на рецензування	16.11.2022	
11.	Захист кваліфікаційної роботи	29.11.2022	

7. Дата видачі завдання: «05» вересня 2022р.

Керівник кваліфікаційної роботи _____
(підпис керівника)

Наталія ДЕМЧЕНКО
(П.І.Б.)

Завдання прийняв до виконання _____
(підпис випускника)

Олена НІКІФОРОВА
(П.І.Б.)

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до кваліфікаційної роботи «Психологічні особливості психоемоційних станів жінок у період вагітності»: 90 сторінок, 67 використаних джерел та літератури, 4 додатки.

Об'єкт дослідження – психологічні особливості психоемоційних станів жінок у період вагітності.

Предмет дослідження – особливості вираженості негативних психоемоційних станів жінок у період вагітності.

Мета дослідження полягає у визначенні, теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні особливостей психоемоційного стану жінок у період вагітності.

У кваліфікаційній роботі розкрито сутність психоемоційних станів особистості, з'ясовано сутність поняття вагітності як фізіологічного і психологічного стану. Описані негативні психоемоційні стани вагітних жінок.

Практичне значення роботи полягає в тому, що матеріали цього дослідження можуть бути застосовані в роботі психологів медичних закладів, практичних психологів в консультативній діяльності, а також для роботи лікарів, які працюють в жіночих консультаціях, центрах матері та дитини.

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН, ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, ВАГІТНІСТЬ, СТРЕСС, НЕГАТИВНІ ПСИХОЕМОЦІЙНІ СТАНИ ВАГІТНИХ ЖІНОК, ВНУТРІШНЬОУТРОБНИЙ РОЗВИТОК ДИТИНИ.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ВАГІТНИХ ЖІНОК.....	10
1.1. Теоретичні аспекти визначення психоемоційних станів особистості.....	10
1.2. Поняття вагітності як фізіологічного і психологічного стану.....	17
1.3. Характеристика негативних психоемоційних станів вагітних жінок.....	29
Висновки до першого розділу.....	31
РОЗДІЛ 2.. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИРАЖЕНОСТІ НЕГАТИВНИХ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ЖІНОК В ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ.....	31
2.1 Організація і методи дослідження.....	31
2.2. Аналіз результатів дослідження психоемоційних станів у жінок уперіод вагітності.....	39
2.3. Рекомендації жінкам щодо психопрофілактики (регуляції) психоемоційних станів під час вагітності.....	51
Висновки до другого розділу.....	57
ВИСНОВКИ.....	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ.....	62
ДОДАТКИ.....	70

ВСТУП

Актуальність дослідження. Психологія материнства являється однією з найбільш складних та недостатньо розроблених галузей сучасної науки. Вчені аналізують стан вагітності як певний період стресу, емоційної кризи, поворотного пункту в житті жінки. Під час вагітності відбувається значна зміна свідомості жінки та її відносин з оточуючим світом. Досить важливою є зміна загального способу життя, входження в материнську роль.

Беззаперечним є той факт, що кожна жінка по-різному переживає, як вагітність в цілому, так і певні її етапи. Від того, як саме жінка відноситься до власної вагітності та до майбутнього народження немовля, залежить її загальний психічний та фізичний стан. Специфіку психічних реакцій вагітних і характер їх емоційних переживань необхідно розглядати, як природний закономірний процес пов'язаний зі зміною соціальної ролі, появою нових відчуттів, відповідальності не тільки за своє здоров'я, але й за самопочуття ще ненародженої дитини. Цей процес може супроводжуватися емоційною нестійкістю, дратівливістю, високим рівнем особистісної тривожності, підвищеною чутливістю, зниженням активності.

Але, якщо у жінок під час всього періоду вагітності зберігається позитивне ставлення до себе, до появи майбутньої дитини, а у родині створюються сприятливі умови до цього, де жінку підтримують, заспокоюють, допомагають долати страхи та невідомість, то, в більшості випадків, вагітність та пологи будуть протікати без ускладнень, післяпологова депресія буде відсутня, і в майбутньому дані жінки стають люблячими, турботливими, розуміючими матерями.

Тому стає зрозумілою необхідність розглядати фізіологію та психологію вагітної жінки не відокремлено, а як єдину цілісну систему. Відомо, що існує тісна взаємодія між матір'ю і ще ненародженою дитиною, психіка якої розвивається задовго до народження. Результати медичних та психологічних досліджень доводять, що досить часто, прояви психічних та нервових порушень у дітей, безпосередньо

пов'язані з відповідними особливостями їхнього знаходження в утробі матері. Це пов'язано, в першу чергу, з інтенсифікацією усіх видів обмінних процесів та доволі складною перебудовою адаптаційних та компенсаторних механізмів організму матері під час вагітності. І по-друге, саме ці нейрогуморальні зміни організму, що відбуваються протягом всього періоду вагітності, досить вагомо впливають на психоемоційний стан вагітної жінки.

Крім того, як нами було вже сформульовано — вагітність це особливий перехідний період, саме, в розвитку ідентичності жінки, коли, крім адаптації фізіологічної, проходить, відповідне пристосовування саме до змін в сімейній, особистій та соціальній сферах. Поєднання психологічних та фізіологічних компонентів призводить не тільки до змін фізіологічних в організмі майбутньої матері, а й сприяє змінні стереотипів поведінки, загального характеру внутрішньосімейних та міжособистісних відносин.

Враховуючи те, що вагітність може породжувати досить глибокі внутрішньоособистісні конфлікти, пов'язаних із кризою жіночої самоідентичності та амбівалентністю її відповідних переживань, можна припустити, що на фоні відповідного ускладнення перебігу процесу вагітності в загальному зростають психоемоційні навантаження на сам організм жінки.

Необхідно також відмітити, що серед головних причин, які призводять до відповідних ускладнень під час вагітності, слід виокремити насамперед, адаптацію до вагітності, зміни в особистісній сфері, невпевненість у собі й партнері, незадоволеність сімейним станом, страх за фінансовий стан та страх майбутнього, відсутність певної підтримки зі сторони рідних, незадоволеність власним життям тощо.

Провівши аналіз літератури переконались, що проблемі материнства, дослідження особливостей психоемоційних станів у жінок під час вагітності, присвячено багато теоретичних і прикладних досліджень, зокрема таких вчених, як В. Брутман, Н. Бондаренко, Т. Наритник, .Г. Філіппова, Е. Агнаева, І. Гранділевская, А. Батуєв, І. Добряков, І. Хамітова, О. Слободяник, А. Бертин, С. Мінюрова, Т. Леус, Н.

Бехтерева, В. Бойко, К. Остін, А. Фогель, А. Валлон, Д. Штерн, Д. Рафаель-Леф, М. Кляйн, С. Гроф, С. Берн та інші.

Метою дослідження є визначення, теоретичне обґрунтування змісту та структури психоемоційного стану жінок у період вагітності.

У відповідності до мети були визначені наступні **завдання дослідження**:

1. Здійснити теоретичний аналіз вивчення психологічних особливостей психоемоційних станів жінок у період вагітності.
2. Охарактеризувати особливості вираженості негативних психоемоційних станів вагітних жінок.
3. Підібрати діагностичний інструментарій та провести емпіричне дослідження вираженості негативних психоемоційних станів у жінок в період вагітності.
4. Надати рекомендації жінкам щодо психопрофілактики психоемоційних станів під час вагітності.

Об'єкт дослідження – психологічні особливості психоемоційних станів жінок у період вагітності.

Предмет дослідження – особливості вираженості негативних психоемоційних станів жінок у період вагітності.

Відповідно до мети і завдань дослідження обрано й використано комплекс *методів*: теоретичні – аналіз, синтез, порівняння, систематизація та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження особливостей психологічного захисту, зокрема, у жінок в стані вагітності; емпіричні – експеримент, спостереження, анкетування, бесіди, тестування.

Для розв'язання поставлених завдань щодо дослідження психологічні особливості психоемоційних станів жінок у період вагітності було використано ряд психодіагностичних методик: авторська анкета «Динаміка розвитку критичного мислення в умовах війни»;

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що було:

- поглиблено уявлення про особливості психоемоційних станів вагітних жінок;

- визначено особливості вираженості негативних психоемоційних станів у жінок в період вагітності;
- розроблено рекомендації жінкам щодо психопрофілактики психоемоційних станів під час вагітності.

Практична значущість отриманих результатів дослідження полягає у тому, що матеріали цього дослідження можуть бути застосовані в роботі психологів медичних закладів, практичних психологів в консультативній діяльності, а також а також для роботи лікарів, які працюють в жіночих консультаціях, центрах матері та дитини.

Апробація отриманих результатів. Основні ідеї та результати дослідження були подані у вигляді тез в збірник Матеріалів XI Міжнародної науково-практичної конференції «Психолого - педагогічний супровід професійної підготовки та підвищення кваліфікації в умовах повоєнного стану» від 20 травня 2022 року .

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 67 найменувань, додатків на 15 сторінках. Основний зміст роботи викладений на 69 сторінках і містить 4 таблиці, 11 рисунків. Загальний обсяг роботи – 84 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ВАГІТНИХ ЖІНОК

1.1. Теоретичні аспекти визначення психоемоційних станів особистості

Науковий інтерес до вивчення психоемоційних станів підтримувався ще за часів античності. Незважаючи на цей факт, сучасна наука не втратила потреби у вивченні такого складного поняття. Актуальність дослідження психоемоційного стану в даний час обумовлена необхідністю для кожної людини пристосовуватися до соціально-економічних умов, що стрімко змінюються, невблаганно зростаючого науково-технічного прогресу, що вимагає від людини великих інтелектуальних витрат, при меншому фізичному навантаженні. Зростання психічної діяльності призводить до збільшення емоційного напруження, а зменшення фізичної активності не дозволяє позбутися цього стану. Тому виникає потреба у пошуку нових методів регуляції психоемоційних станів завдяки яким людині стає значно легше впоратися з інформаційним потоком, що перенасичує психіку та впливає, як на психологічне, так і на фізіологічне самопочуття, що само по собі неможливо без розуміння сутності психоемоційного стану [1, с. 43].

Розкриття сутності психоемоційного стану дозволяє виявити відмінні характеристики даного феномена, визначити його місце і у структурі особистості, яка включена у діяльність. Для цього необхідно розглянути різні визначення більш ширшого поняття, а саме «стану».

У сучасній науці досі немає загальноприйнятого визначення цього поняття. Багато вчених характеризують «стан» як сукупність певних характеристик: властивостей та відносин (Л. А. Симонов), процесів (В. Л. Марищук), функцій та якостей (О. І. Медведєв), компонентів психіки (Ю. Є. Сосновікова) і т.д., що зумовлюють ефективність діяльності, працездатність, рівень активності систем,

поведінку тощо. Дослідники визначають поняття «стан» як фактор, що впливає на працездатність. Відбувається деяка підміна сутності стану описом зрушень, що відбуваються у разі виникнення стану [9, с. 29].

Існує й інша думка щодо визначення цього поняття. На думку П. К. Анохіна та Є. П. Ільїна «стан» - це «реакція функціональних систем на зовнішні та внутрішні впливи, спрямована на отримання корисного для організму результату» [15, с. 38]. Стан, справді, відображає вплив на організм зовнішніх і внутрішніх стимулів, і навіть допомагає системі зберегти власну цілісність чи змінити свою структуру з метою адаптації до нових умов, тобто. отримання корисного результату.

На думку В. В. Юрчука феномен, що вивчається, описується як «характеристика будь-якої системи, яка відображає її різні положення (конфігурації) щодо тих чи інших координатних об'єктів навколишнього середовища (соціуму). «Стан» на думку дослідника встановлюється свідомістю, підсвідомістю суб'єкта, у певних тимчасово-просторових рамках, інтегрально-конкретне відчуття комфорту – дискомфорту, благополуччя – неблагополуччя, задоволеності – незадоволеності в тих чи інших субструктурах організму [19, с. 341].

В даному визначенні «стан» сприймається як описова категорія, яка характеризує суб'єкт (систему, явище) у сукупності його якостей і якостей у певний проміжок часу; визначає суб'єкт щодо інших об'єктів навколишньої дійсності; констатує єдність зовнішнього прояву суб'єкта та його внутрішнього змісту.

Узагальнюючи вищенаведені дефініції, можна визначити стан як явище відображення впливу зовнішніх або внутрішніх стимулів на суб'єкт. Основними характеристиками стану є: відносна стабільність, цілісність, специфічність динаміки протікання. Відштовхуючись від загального визначення поняття «стану», перейдемо до розгляду психоемоційного стану.

Одним із перших, емоційні явища, як психологічний феномен розглядав У. Джемс. Він виділяв такі дві групи феноменів: групу психологічних і фізіологічних феноменів і, котрі він називав станами [22, с. 438]. Такої ж думки притримувався

психолог Н. Д. Левітов, який відмічав, що емоції необхідно розглядати як певні стани. Він стверджував: «Ні в якій сфері психічної діяльності так не застосуємо термін «стан», як в емоційному житті, тому що в емоціях, або почуттях, дуже яскраво проявляється тенденція специфічно розфарбовувати переживання й діяльність людини, даючи їм тимчасову спрямованість і створюючи те, що, образно висловлюючись, можна назвати тембром або якісною своєрідністю психічного життя. Навіть ті автори, які не вважають потрібним виділяти психічні стани в якості особливої психологічної категорії, все-таки користуються цим поняттям, коли мова йде про емоції або почуття» [26, с. 161]. Як зазначав Н. Д. Левітов, емоції передусім є психічними станами». Стани та емоції між собою пов'язані нерозривно. Вони мають певні інтегративні функції та забезпечують відповідне реагування самої людини як цілісності (у її психічній, духовній і тілесній єдності) на певну наявну поточну ситуацію, на всі впливи, направлені на неї. Будь-який стан у собі містить певні емоції як невід'ємну частину [28, с. 149].

На природу психоемоційних станів у сучасній психології є дві точки зору. Першу точку зору поділяють вчені П. К. Анохін, Н. Д. Левітов, Л. В. Куліков, А. О. Прохоров, Ю. Є. Сосновікова, Є. А. Черкевич та інші. Вони вважають, що психоемоційні стани є одним із видів психічних станів. При цьому вся емоційна сфера особистості зводиться до емоційних станів і входить у класифікацію психічних станів.

Вищеназвані дослідники визначають психоемоційний стан як складне поліструктурне явище, що характеризує особистість на даний момент часу, а також як цілісний комплекс у динаміці психічної діяльності людини, що виражається у єдності поведінки та переживання. Тут підкреслюється цілісність та стійкість психічних станів, єдність поведінки та переживання.

Основними характеристиками психоемоційних станів вчені називають: активацію та тонус; двоїстість («амбівалентність»); широту спектру переживань, домінуючу емоцію, інтенсивність, індивідуальну специфіку емоційного відгуку.

Поділяючи дану позицію, можна вважати, що емоційні стани, можуть розглядатися як вид психічних станів, але при цьому відзначаємо, що не вся емоційна сфера зводиться до психічних станів [32, с. 90].

Вчені, які дотримуються другої точки зору на психологічну сутність феномену, що вивчається, В. К. Вілюнас, Б. І. Додонов, Є. П. Ільїн, А. Н. Леонтьєв, Г. Х. Шингаров відносять психоемоційні стани до емоційної сфери особистості, ототожнюючи емоційні стани з емоціями, а емоції – з емоційною сферою особистості. Тому виникає потреба у розмежуванні даних понять.

Складність розуміння емоцій полягає в тому, що, визначаючи даний феномен, автори відносять їх або до будь-якого класу емоційних явищ (емоційного тону, настрою афекту тощо), або тільки до одного явища, що називається власними емоціями і є відокремлені від інших класів емоційних явищ. Так, наприклад, перша група вчених, зокрема, Л. С. Виготський визначає емоцію: «внутрішній психологічний механізм зв'язку мислення з чуттєво-предметною діяльністю»; В. К. Вілюнас вважає емоцію, як «механізм, що порушує рівновагу в образі середовища»; Г. Х. Шингаров використовує для визначення емоції словосполучення «психофізіологічний механізм», а А. С. Шаров говорить про «психологічний механізм зміни значущості» [35, с. 170].

Представники другої групи описують емоції як процес: «процес внутрішнього регулювання діяльності» (А. Н. Леонтьєв); «складний процес, що має нейрофізіологічний, нервово-м'язовий та феноменологічний аспекти» (К. Ізард); «процес, що відображає у формі переживань особисту значимість» (Р. М. Грановська).

Можна виділити третю групу вчених, які розглядають емоції як «фізіологічний стан організму» (П. К. Анохін); «емоційні стани, включені до складу психічних станів» (Н. Д. Левітов).

При більш детальному аналізі дефініцій виявляється, що багато авторів пов'язують опис емоцій з мотивами та потребами особистості (А. Н. Леонтьєв, С. Л. Рубінштейн). Частина визначень містить у собі розуміння оцінної природи емоцій (В.

К. Вілюнас, Р. М. Грановська, Б. І. Додонов, А. С. Шаров). Вчені П. К. Анохін та Г. Х. Шингаров при описі емоцій вказують на пристосовний характер феномена, що вивчається [40, с. 203].

Таким чином, емоція це одиниця емоційної сфери особистості, тобто, цілісна, неподільна структура, що є ядром, властивості якого притаманні будь-якому феномену емоційної сфери. Однією з основних особливостей емоції як психічного явища є її здатність відображення, тобто кодування інформації, що надходить з навколишньої дійсності в суб'єктивний атрибут суб'єкта емоцій, причому емоції відображають не предмети і явища як такі, а їх значущість (особистісний зміст) для людини. Відображення значущості предметів та явищ виступає тією характеристикою емоційної сфери, яка відрізняє її від інших психічних явищ.

Погоджуючись із більшістю вчених слід вважати, що основною формою відображення емоцій є переживання. Поділяючи погляди представників діяльнісного підходу, слід вважати, що переживання є «одиницею вивчення особистості» (Л. С. Виготський) та «виступає у кожному акті діяльності людини» (А .Н. Леонтьєв) [46, с. 188].

Основною метою виникнення та функціонування емоцій є збереження цілісності особистості та організму як єдиної системи. Інакше кажучи, емоція виникає у той час, коли всередині системи «організм – особистість» відбуваються структурні зміни, зумовлені впливом зовнішніх і внутрішніх стимулів, як у соціальному, і на біологічному рівнях.

Таким чином, можна вважати, що емоція це психічне явище відображення у формі переживання значимості впливу зовнішніх та внутрішніх стимулів, спрямоване на збереження цілісності особистості та організму як єдиної системи.

Будь-яку емоцію можна уявити як процес, тобто. послідовна зміна стадій розвитку емоції, що починається з оцінювання у формі переживання інформації, що надходить у мозок, і закінчується реакцією у відповідь організму у вигляді психофізіологічних змін або поведінкового акту [48, с. 96].

Більш детально цей процес виглядає так. На першому етапі відбувається сприйняття організмом інформації, що надходить від зовнішнього чи внутрішнього стимулу (на цьому етапі важливу роль відіграють психофізіологічні особливості організму). Далі, на другому етапі, на підставі сигналу формується потреба в чому-небудь, і виникає момент оцінювання даної потреби у вигляді переживання, на оцінку впливають психофізіологічні особливості організму і ціннісно-смілова сфера особистості. Якщо дана потреба значуща для організму та особистості в цілому, то відбувається емоційне збудження, що визначає мобілізаційні зрушення в організмі: відбувається наростання збудливості, швидкості та інтенсивності перебігу психічних, моторних та вегетативних процесів або, навпаки, їх зменшення. Потім, на третьому етапі, підключається емоційна пам'ять (життєвий досвід), що визначає ставлення організму та особистості до отриманої інформації, що закінчується (четвертий етап) виникненням певного психофізіологічного стану чи поведінковим актом, відбувається розрядка і виникає емоційна стабільність. Інакше кажучи, психоемоційний процес – це завжди реакція- відповідь на вплив значного зовнішнього чи внутрішнього стимулу [48, с. 97].

Таким чином, психоемоційний стан це складніше психічне явище, яке включає одну і більше емоцій. Але, на відміну емоції, основна мета виникнення психоемоційного стану є пошук необхідних внутрішніх ресурсів чи зовнішніх можливостей задоволення значимої потреби. Він виникає в результаті неможливості відреагувати на значний вплив або в результаті неефективності даного способу реагування.

Іншими словами, психоемоційний стан виникає на стадії оцінки значущості актуальної потреби та закінчується виникненням психофізіологічного стану, який підтримує необхідність пошуку можливостей емоційної розрядки та задоволення потреби.

З усього вищесказаного можна відзначити характерологічні особливості чи ознаки психоемоційних станів: складність, фоновий характер (слабка інтенсивність),

значна тривалість (тривалість у часі), безпредметність (прихований характер причини виникнення), оцінний характер самого суб'єкта, специфічність динаміки протікання [48, с. 98].

Зупинимося докладніше кожній ознаці. Складність психоемоційного стану полягає в тому, що один психоемоційний стан може включати дві і більше емоцій, при цьому домінуючою може бути якась одна емоція.

Фоновий характер (слабка інтенсивність). У більшості випадків емоційні стани є тлом, який протягом певного часу забарвлює переживання та діяльність людини. Деякі автори використовують термін «психоемоційний фон», який відображає загальне глобальне ставлення людини до навколишньої ситуації та до себе.

Значна тривалість (тривалість у часі). Психоемоційні стани можуть мати різну тривалість у часі: від кількох хвилин до кількох годин, днів, місяців. Але в основі своєї вони відрізняються тривалим характером перебігу [45, с. 202].

Безпредметність (прихований характер причини виникнення). Причина виникнення психоемоційного стану який завжди усвідомлюється. Психоемоційний стан відображає узагальнену оцінку того, як складаються на даний момент обставини. Неясність причини виникнення психоемоційного стану може бути пов'язана з швидкоплинною емоцією або комплексом емоцій, що породили емоційний стан, а також з небажанням самого суб'єкта згадувати і утримувати в пам'яті причини появи того чи іншого стану, що травмують психіку [45, с. 203].

Оцінний характер самого суб'єкта. На відміну від емоційного реагування, яке характеризує «що» і «як» є значущим для суб'єкта, психоемоційний стан розкриває те, яким чином суб'єкт реагує на значний стимул чи подію. Інакше кажучи, при емоційній реакції важливі показники стимулу впливу та її значимість для індивіда; при психоемоційному стані важливі психофізіологічні зміни, що виникають, які інформують про наявність або відсутність необхідних внутрішніх ресурсів (можливостей або здібностей) для задоволення актуальної потреби [40, с. 204].

Специфіка динаміки протікання. Основна відмінність динаміки психоемоційного стану від перебігу емоційного реагування полягає в його циклічності та підтримці емоційної напруги на певному рівні.

Таким чином, психоемоційний стан - це складний психічний стан відображення у формі переживання значущості впливу зовнішніх та внутрішніх стимулів. Сутнісними характеристиками даного поняття є його складність, слабка інтенсивність, тривалість у часі, безпредметність та, головне, оцінний характер самого суб'єкта, а також циклічність та підтримка внутрішньої емоційної напруги.

1.2. Поняття вагітності як фізіологічного і психологічного стану

У психологічній науці вагітність визначають, передусім, як певний етап загального розвитку нової ролі жінки, яка реалізує функцію материнства в постнатальному періоді, тобто, ми говоримо про певний етап психологічного становлення та підготовки жінки, як матері [1, с. 44]. Даний процес безпосереднього переходу до материнства відбувається на усіх рівнях: ментальному, фізичному, перетворюючому тіло та душу жінки, емоційному. Гормональний фон вагітності може спричинити доволі часті підвищення тривожності, зміни лібідо, зміни настрою, сльозливості та стомлюваності, а також до других емоційним змін, які важко передбачити [3, с. 32].

На думку дослідника В.І. Брутмана, з медичної точки зору – вагітність є певним фізіологічним процесом розвитку в організмі жінки заплідненої яйцеклітини, під час якого утворюється плід, що може в майбутньому існувати позаутробно [5, с. 35].

Д. Пайнз писав: «стан вагітності – це, зазвичай, амбівалентний стан. Це водночас і спільність, і диференціація власного я та «об'єкта всередині жінки». Проходження процесів диференціації необхідних для готовності жінки до материнства та встановлення раннього контакту з дитиною. Якщо цього не станеться, то соматичний стан вагітності заміщатиме усвідомлення себе матір'ю» [8, с. 60].

Як ми вже неодноразово згадували, вагітність викликає глибоку перебудову організму жінки, що стосується як фізіологічної, так і психологічної сфери. На тлі цієї перебудови у жінок дуже часто виникає емоційна нестійкість, дратівливість, високий рівень особистісної тривожності, недовірливість, що знижує активність особистості та позначається на самооцінці. [8, с. 60].

Психолог Г.Г. Філіппова виділила стилі переживання вагітності, що характеризуються рядом фізичних та психічних особливостей:

- адекватний (ідентифікація вагітності без яскравих, негативних емоцій, у першому триместрі ймовірно загальне зниження настрою без депресивних випадків, у другому триместрі – благополучний емоційний стан, у третьому – зростання тривожності зі зниженням до останнього тижня);

- тривожний (ідентифікація вагітності тривожна, зі страхом, хвилюванням, що періодично відновлюються, емоційний стан у перший та другий триместри – збільшено тривожний чи депресивний, у третьому – зростає);

- ейфоричний стиль (неадекватне ейфоричне забарвлення емоцій, некритичне ставлення до ймовірних питань вагітності та материнства);

- ігноруючий стиль (ідентифікація вагітності пізня, супроводжується відчуттям досади або неприємного подиву, динаміки емоційного стану по триместрах не зустрічається, або зростає енергійність та загальний емоційний тонус);

- амбівалентний (симптоматика подібна до тривожного типу);

- відкидаючий (ідентифікація вагітності супроводжується гострими негативними емоціями, до кінця вагітності допустимі сплески депресивних чи афективних станів) [46, с. 188].

Дослідженнями багатьох авторів показало, що негативні психоемоційні стани несприятливо позначаються на перебігу вагітності та розвиток плоду, а це, в свою чергу, призводить до порушення механізмів подолання стресових та взагалі кризових ситуацій як самої вагітної, так і ще ненародженої дитини. Як відмічають лікарі

акушери та гінекологи, несформованість адаптаційних механізмів веде до невротичних чи психосоматичних форм реагування, що може проявитися у порушенні репродуктивної функції жінки. Підвищена тривожність, психічна виснаженість, стомлюваність і емоційний стрес у вагітних, особливо при патологічному перебігу вагітності, сприяють формуванню недостатнього вегетативного забезпечення, тому в стресових переживаннях жінки схильні до прояву надмірних пристрастей і поривів, до неадекватних реакцій, а також меншою мірою терпимі до нового, неконтрольованого та незвичного досвіду [14, с. 236].

Жінки, що зіткнулися з патологічним перебігом вагітності, проявляють сильне занепокоєння та стрес, в них формується установка на невдачу, що відображається на виношуванні дитини. На їхню думку, стан впевненості в собі можна досягти тільки після народження дитини, на відміну від вагітних з нормальним перебігом вагітності. У разі переживання хронічного стресу, викликаного психотравмуючою ситуацією, у цих жінок формуються різні невротичні розлади, виражена астенизація організму, реакція «догляду», заперечення проблем, соматизація [11, с. 105].

Аналізуючи стан вагітності як певну стадію розвитку, можна виокремити головні відмінні характеристики даного проміжку час. В загальному зміни безпосередньо торкаються трьох рівнів життя людини: психофізіологічного, психологічного та фізіологічного [33, с. 68].

У самі перші місяці вагітності жінки найбільш помітними є зміни, які торкаються сенсорного сприйняття жінки. Фактично кожна вагітна жінка, без винятку, сповіщає про зміну у відчутті смаків та запаху, що власне може спостерігатися доволі рано, а саме з другого тижня вагітності. Разом з тим, у вагітних досить часто спостерігається змінене сприйняття кольорів, звуків, образів зорового характеру. Досить часто вагітним жінкам не до вподоби досить гучна музика, вони, переважно, люблять медитативну або класичну музику. Великій кількості вагітним жінкам не до вподоби певні напої та їжа. Досить активно посилюються

нюхові відчуття. В даний період вагітні жінки розпочинають більш детальніше відчувати гармонію та красу. Також вони досить чутливі до сполучень кольорів.

Зміни в психологічній сфері жінки під час вагітності проявляються в так званому синдромі вагітності, який являє собою відповідний стан психогенного характеру, що є обмеженим певним часовим періодом, що бере свій початок не в день зачаття, а під час розуміння жінкою власного нового становища та закінчується не народженням дитини, а в результаті так званої «пігмаліонізації» власного немовля. Власне синдром вагітності жінка переживає на рівні несвідомому та має деякі межі, обмеженні часом та характеризується деякими симптоматичними проявами [29, с. 155].

На найпершому етапі досить часто випробовується афект розуміння себе вагітною жінкою. В межах даного симптому чим більший у вагітної жінки інтелектуальний та соціальний рівень, чим більше вона професійна, успішна та незалежна, тим важче їй буде зважитися стати матір'ю, тим більше питань про сенс дітонародження буде визначено нею перед собою.

Слідуючою стадією розвитку синдрому вагітності являється рефлексивне розуміння власного нового образу – «Я є в вагітна». Для даного етапу характерним є визнанням змін фізіологічного характеру у власному організмі. Дійсні нейроендокринні та біологічні зміни, що супроводжують вагітність, мають здатність мати досить глибокий вплив психологічного характеру на жінок, які в положенні. Враховуючи те, що дані зміни мають досить активний характер на самому початку вагітності, необхідний певний проміжок часу для звикання до них. Переживання жінки емоційного характеру впродовж самого першого стресу визначається такими проявами, як блювота, нудота, головний біль, запаморочення та порушення апетиту [37, с. 108].

На досить велику заслуговує так званий симптом емоційної лабільності, що є характерний для всього періоду вагітності жінки. Даний симптомом являє собою певну дезадаптивність емоційного характеру, що проявляється у відповідних змінах

настрою. У певної множини жінок з'являється відчуття вищої насолоди та задоволеності, а також збільшується пасивність. В других в даний момент часу підвищується фізична активність та з'являється певна легка форма депресії, можливо, через те, що вагітна робить спроби заперечити нове відчуття власної пасивності, що з'явилося в неї. Загальні настроєві коливання здатні виражатися в різноманітного ступеня напрузі внутрішнього характеру, а саме в повільності, відчуттях нудьги, в наростаючому невдоволенні власне собою, у певному вербалізованому почутті деякої пригніченості [37, с. 109].

З часу внутрішнього сприйняття та розуміння себе як вагітної у жінки може проявлятися симптом певного суперечливого відношення до вагітності. На думку дослідників М.С. Радіонова та В.І. Брутман, навіть найбажаніша вагітність є забарвленою певним афектом суперечливості, в котрому разом є присутніми оптимізм, радість, насторожене очікування та надія, печаль, страх. В даному випадку виникають страхи та і побоювання, які безпосередньо пов'язані з пологами. У вагітної розпочинається невпевненість та паніка у власних можливостях стати хорошою матір'ю та народити; з'являється побоювання за здоров'я дитини, певна стурбованість за можливе погіршенням матеріального становища власної сім'ї, перед можливим обмеженням власної свободи і в кінці кінців, переживання власної тілесної метаморфози та пов'язаної з цим сексуальної непривабливості [46, с. 188].

В подальшому з'являється досить характерна для стану вагітності перебудова психічної самосвідомості особистості вагітної з подальшим включенням в нього дитячого образу. В даний момент майбутньою матір'ю відбувається переживання зародження нового життя в ній. Даний етап досить розпочинається у той момент, коли вагітна розпочинає відчувати самі перші ворухіння немовляти. Плід власними рухами як би примушує визнати себе певною окремою людською істотою з власним життям, котрим майбутня мати керувати не здатна. У міру збільшення плоду, чуттєвий компонент даних відчуттів набуває яскравішої форми та отримує певний відтінок предметності. Вагітна в даний період досить часто починає розуміти поведінку

майбутньої дитини таким чином: «турбується», «веселиться», «прокинувся» тощо. Вагітність, що наділена певним змістом стає натхненником майбутньої матері, утворює певний афективний фон, котрим вона одухотворяє власне майбутнє дитини, його існування викликає певне почуття ніжності, забарвлюється в певні емоційний теплі тони. Певна група жінок бувають настільки занурені в дані переживання, що в їхній поведінці також з'являються певні риси дитячості. вагітні стають великою безпорадними, сензитивними та розм'якшеними. На думку науковців, в даний період вагітності досить часто з'являється внутрішній діалог дитиною з матері. Особливий стан емоційного піднесення забезпечує утворення образу дитини, що активно вмикається в жіночій самосвідомості. Для даного образу характерним є наповнення незвичайним чуттєво-сутнісним змістом, що можна описати як «спорідненість» та «єдність». Симптом прийняття нового життя в собі являються вершиною синдрому вагітності, будучи певним індикатором переробки, сприйняття, а також оцінки жінкою досвіду даного стану психофізіологічного характеру. Для даного стану характерним є певна відповідальність за долю дитини, сни, фантазії та мрії про неї [46, с. 189].

Наступним і одним з найбільш емоційно насичених та яскравих симптомів являється власне симптом страху перед майбутніми пологами. З великою вірогідністю, кожна вагітна жінка в певній мірі відчуває конфлікт внутрішнього характеру, що виражається, з однієї сторони, в певному бажанні, врешті решт, народити дитини, а з іншої сторони все ж таки, якимось чином уникнути пологів. З однієї сторони, вона очікує успішного закінчення вагітності, з іншої, пологи викликають занепокоєння та страх. Кінцевим симптомом синдрому вагітності являється пігмаліонізація народженої дитини, тобто певний перехід в сприйнятті матері від його фантастичного образу до реального. Визначений синдром, являється досить типовим для періоду вагітності у жінок. Незважаючи на це, його симптоми в певних визначених випадках можуть бути визначенні з різним ступенем вираженості в кожному окремому випадку. Досить яскраво вище визначенні симптоми, підсиленні

страхом перед невідомим, мають місце на протязі першої збереженої вагітності [51, с. 34].

Отже, можна вважати вагітність якісно новим станом психіки та організму вагітної жінки. Досить суб'єктне ставлення до дитини є головним чинником у відповідній структурі психологічної готовності до того щоб стати матір'ю, саме тому головним показником вдалого перебігу вагітності, на нашу думку, являється процес поступальних конструктивних змін в жіночій психології та набуття нею нової якості – материнства. Вагітність – це складний фізіологічний процес, що відбувається в організмі жінки. Під час вагітності відбувається перебудова організму, функціональні системи та органи починають працювати інакше. Такі важливі зміни можуть призводити до поганого самопочуття майбутньої мами, а, відповідно, і до порушення емоційного стану в цілому.

1.3. Характеристика негативних психоемоційних станів вагітних жінок

Проблема вивчення психоемоційних станів жінок у період вагітності, їх діагностика та корекція є областю дослідження загальної, вікової, педагогічної, соціальної психології, психофізіології тощо.

Широке коло теоретичних досліджень даної проблематики, включають окремі розробки стосовно певних послідовних психологічних змін у жінок в різні періоди вагітності, патогенні впливи на перебіг вагітності, психологічну готовність жінки до вагітності.

Дуже часто розглядаються такі проблеми:

- розвиток батьківських почуттів стосовно дитини у процесі вагітності чи зв'язку між матір'ю та дитиною, образу майбутньої дитини, готовність до материнства;
- зміна особистісних характеристик жінки у процесі вагітності – формування у неї «базових якостей матері», зміни в мотиваційно-потребнісній сфері, особливості емоційно-вольової сфери, інших психологічні особливості;

- психологічні проблеми вагітних – їх внутрішньоособистісні конфлікти, психосоматичні проблеми, конфлікти у материнській сфері;
- ставлення вагітних до різних аспектів дійсності – себе, вагітності, дитини, мотивів вагітності [5, с. 36].

Є й фундаментальні розробки – такі, як теорія та практика перинатальної психології, питання психіки та екстремальної ситуації – пологів.

Досить тривалий період психічні стани вагітних жінок розглядалися в аспекті їх патологічних проявів, порушень діяльності ЦНС, неврологічних розладів. В даний час виникли окремі розробки питання негативних емоційних станів – наприклад, вивчення ступеня тривоги у жінок у період вагітності, рівні емоційного напруження у вагітних з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом тощо. Наявність стресів, депресій, нервових зривів може призвести до передчасних пологів, з'являється ризик загрози викидня, формування аномалій у нервовій системі плоду тощо.

Це знаходить підтвердження у роботах Г.В. Скобло, який вказує на те, що «найнебезпечнішими для розвитку дитини вважаються стреси, депресії, які виникають у другому та третьому триместрах вагітності. Посилення до кінця вагітності депресивних станів може прогнозувати виникнення як післяпологових депресій у матері, і психічних порушень в дитини (переважно у сфері спілкування), і навіть пов'язані з наявністю психологічних проблем у підлітковому віці» [49, с. 578].

На думку М.А. Кочневої та В.В. Абрамченко, емоційні порушення під час вагітності, можуть бути пояснені змінами функціонального стану нервової системи, які виявляються у підвищеній чутливості та вразливості. Також М.А. Кочнева стверджує, що під час вагітності знижується рівень розумової працездатності у першому триместрі на 35,8%, у другому на 24,4%, у третьому на 26,1%.

Безліч вчених мають різні думки щодо поширення емоційних проблем серед вагітних. Наприклад, деякі стверджують, що 57% жінок з вагітністю, що нормально протікає, не мають змін в емоційному реагуванні. Інші вважають, що у 68% вагітних жінок відзначається яскраво виражений емоційний стрес та невротичний стан. Також

існує твердження, що невротичні процеси у вагітних жінок відзначаються в 82% випадків. Виходячи з цього проблема поширення емоційних порушень серед вагітних жінок залишається дискусійною.

Значна кількість авторів також відзначають негативний характер зміни емоційного стану вагітних. Найважливішим акцентом є рівень тривожності, що значно збільшується. Доведено, за допомогою експериментів, що рівень страху, побоювання та тривоги у вагітних жінок вищий, ніж у не вагітних. Виникають певні страхи, побоювання ускладнень, втрати дитини, смерті, пологів, болю, невпевненість у своїх материнських якостях [62, с. 104].

Розвитку тривоги сприяє певна відірваність майбутньої мами від активного життя, особливо у тому випадку коли вона не працює та знаходиться вдома. Повна відсутність позитивних емоцій та нових вражень, а також негативний чужий досвід, який бачила жінка, сприяють тому, що поява тривоги в даний період часу стає досить передбачуваною.

Тривога являє собою певний невизначений страх, який спроектований в майбутнє. Начебто все добре, але людина перебуває в постійному очікуванні, що має статися щось погане з її близькими або з нею. Дане важке переживання наближення лиха, у тому випадку коли не знаєш коли та де трапиться нещастя, але впевнена, що воно дійсно буде.

Існують певні фактори, що детермінують тривожність у майбутніх мам, а саме:

1. Можливі ускладнення під час вагітності, що можуть безпосередньо вплинути на здоров'я новонародженого. Загальний спектр хвилювань в даному випадку достатньо об'ємний: від досить шкідливої для здоров'я жінки роботи за комп'ютером до незроблених колись щеплень та боязні захворіти на краснуху або грип.

2. Незапланована спонтанна вагітність: побачивши позитивні результати тесту на вагітність, жінка розпочинає судорожно згадувати, які саме алкогольні напої

вона пила, скільки викурювала сигарет і які саме ліки приймала. У тому випадку коли результати підрахунків досить невтішні відповідно починається паніка.

3. Генетичні страхи: народження дитини, яка буде неповноцінною внаслідок безповоротних причин природного характеру.

4. Боязнь пологів: певне відчуття безпорадності, очікування болю, відсутність влади над своїм тілом.

5. Естетичні страхи: деяка боязнь тих змін, що проходять з жінкою та її фігурою.

6. Один з найбільш розповсюджених страхів – страх про здоров'я майбутньої дитини.

7. Боязнь відповідальності за долю дитини: ніхто в такій мірі не відповідає за життя і здоров'я іншої людини, як мати за дитя.

8. Страх стати поганою матір'ю: сумнів у власній здатності правильно доглядати за дитиною.

9. Страх майбутнього: різноманітних змін в сім'ї, безпосередньо пов'язаних з появою дитини – від житлових та матеріальних труднощів до повної зміни відносин з чоловіком та кінця професійної кар'єри [51, с. 35].

Також до негативних психоемоційних станів вагітних жінок відносять поганий настрій, пригніченість та депресивність. У деяких жінок вагітність супроводжується виникненням підвищеної дратівливості, зменшується стресостійкість. Спостерігається посилена емоційність та навіюваність вагітних жінок напередодні пологів. На думку багатьох авторів зростають захисні реакції – регрес, витіснення, інфатилізм. Виникають також проблеми психологічної адаптації, настає зростання концентрації уваги на емоційному стані, зростає емоційна нестійкість. Емоційні стани вагітних найчастіше бувають амбівалентними. Це характеризується відсутністю впевненості у міцності шлюбу, хвилюванням на початку вагітності, дуже часті стани незадоволеності, порушення сну, висока стомлюваність, погане самопочуття, сильні хвилювання наприкінці вагітності [34, с. 807].

Дослідницею Т.Г Герасимовою, було виявлено характерні особливості емоційного реагування жінок під час вагітності:

- ригідно-імпульсивний тип реагування, нестриманість, несприйнятливність зовнішнього впливу, лабільність настрою, уразливість, вразливість, періодично настаюче почуття ізольованості та самотності, боротьба із заборонами та небажаними обмеженнями;

- у період вагітності зростає домінантність, егоцентризм, що пояснюється боротьбою існування, збільшується здатність до опору стресам;

- у вагітних, на відміну від невагітних, найбільш високий психічний неспокій і нижчим є психічний спокій, відчуття сили та енергії;

- переважає агресивно-оборонна позиція, нестійкість стану, його диспропорційність [34, с. 804].

Вагітні жінки оцінюють свій емоційний стан як відмінний від нормального. Дослідження В.В. Абрамченка показує, що 70% жінок мають різноманітні зміни у психічному стані [1, с. 43].

Посилену плаксивість відзначили у себе 27,4%; дратівливість – 32,1%; апатію – 10,5%; часту зміну настрою – 17,7%. У 23% жінок спостерігається поганий сон та потреба у прийомі снодійних.

При великій кількості неприємних моментів в емоційному стані вагітних, треба згадати про те, що в більшості випадків дослідження показують загальний позитивний настрій на батьківство. Також, виходячи з досліджень В.В. Абрамченка В.В., виявляється факт, що негативне ставлення до вагітності є лише у 1,7% жінок. Крім того, комплекс позначених особливостей емоційного стану не потрібно прирівнювати до порушень.

На думку Коваленка Н.П. всі вищезгадані ознаки є адекватним емоційним реагуванням на навантаження при вагітності. Не можна не погодитись, що в процесі вагітності у жінки змінюється психіка, її погляд на оточуючих, вона по-іншому сприймає зовнішні та внутрішні подразники. Психіка вагітної жінки наповнена своїми

особистими відчуттями, вона впливає на нейрогуморальну систему, нейротрофічний метаболізм, а також на синтез ферментів та інше [10, с. 85].

Дослідженнями проведеними благодійним фондом «280 днів» було встановлено, що до питань, які викликають найбільше занепокоєння у вагітних є:

- власне здоров'я;
- здоров'я дитини (в тому числі, у випадках попереднього негативного досвіду вагітності);
- взаємодія з дитиною після пологів;
- страх пологів, зокрема, страх кесарського розтину;
- матеріальні проблеми;
- проблеми в родині;
- сумніви у компетентності лікарів, страх хабарництва у пологовому;
- залякування з боку лікарів;
- нестабільність в країні, війна, проблеми екології [5, с. 36].

Дуже показовими є встановлені дослідженнями БФ «280 днів» причини, через які вагітні не звертаються за психологічною допомогою: 72,6% не усвідомлюють проблеми та необхідності звернутися до фахівця; 27,4% відлякує вартість консультації · 10,4% зупиняє осуд родини чи суспільства

Результати досліджень БФ «280 днів», довели, що переважно в Україні відсутня практика опитування лікарями вагітних щодо їхнього емоційного і психологічного стану, при тому, що більшість вагітних жінок стикаються з психоемоційними проблемами та потребують допомоги.

Вочевидь, для підтримки адекватного психоемоційного стану вагітних необхідне налагодження ефективного діалогу між майбутніми мамами та лікарями. Крім того, послуги перинатальних психологів є затребуваними та мають стати доступнішими як у фінансовому плані, так і за наявністю у закладах спостереження вагітності.

Висновки до першого розділу

Як нами було з'ясовано, під час вагітності відбувається зміна всіх сторін життя жінки, а саме: зміни у самосвідомості, зміни у ставленні до інших та до світу, трансформація ціннісно-смыслових установок власної ідентичності у нових умовах.

Практично для кожної жінки вагітність і материнство є невід'ємними складовими життя. Багато вагітних відчують щастя та радість, хвилювання, приємне очікування протягом усього періоду вагітності, незважаючи на нестабільний стан, погане самопочуття та зміни у власному житті.

Дуже велику роль в підтриманні хорошого психологічного стану жінки під час вагітності відіграє грає підтримка від близьких людей. Такими людьми найчастіше є чоловік вагітної, батьки, родичі та друзі. Підтримка, турбота та увага сприяють позитивному емоційному стану жінки на даному періоді.

Вагітність жінки можна вважати якісно новим станом психіки та організму вагітної жінки. Досить суб'єктне ставлення до дитини є головним чинником у відповідній структурі психологічної готовності до того щоб стати матір'ю, саме тому головним показником вдалого перебігу вагітності, на нашу думку, являється процес поступальних конструктивних змін в жіночій психології та набуття нею нової якості – материнства. Вагітність – це складний фізіологічний процес, що відбувається в організмі жінки. Під час вагітності відбувається перебудова організму, функціональні системи та органи починають працювати інакше. Такі важливі зміни можуть призводити до нездужання майбутньої мами, а, відповідно, і до порушення емоційного стану.

Але, психоемоційний стан – це відображення у формі переживання дії впливу зовнішніх та внутрішніх стимулів.

До основних негативних психоемоційних станів в період вагітності належать: тривожність, емоційний стрес, невротичний стан, дратівливість, зменшена

стресостійкість, посилена емоційність, навіюваність, плаксивість, зміна настрою, пригніченість, депресивність та інші.

Багато з цих та інших негативних психоемоційних станів у жінок в період вагітності походять від незнання деяких аспектів, пов'язаних із вагітністю, пологами, розвитком дитини. Ще однією причиною виникнення, наприклад, тривоги, може бути почуття самотності вагітної, несхожості у відчуттях та перебігу вагітності в порівнянні з іншими жінками, суб'єктивна відсутність розуміння того, що відбувається.

Таким чином, можемо зробити висновок, що практично для кожної жінки вагітність і материнство є невід'ємними складовими життя. Багато вагітних відчують щастя та радість, хвилювання, приємне очікування протягом усього періоду вагітності, незважаючи на нестабільний стан, погане самопочуття та зміни у власному житті. Але, так само, вагітність може викликати і негативні почуття – тривожність, депресію, переживання, страх перед пологами, виникнення психосоматичних та психопатологічних розладів.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИРАЖЕНОСТІ НЕГАТИВНИХ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ЖІНОК В ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ

2.1. Організація і методи дослідження

Для досягнення поставленої мети та вирішення завдань дослідження нами було розроблено експериментальне дослідження, яке проводилося на базі жіночої консультації в Київському міському пологовому будинку №4 (проспект Героїв Сталінграда, 16) та лікарні для вчених НАН України (Вознесенський узвіз, 22) . Вибірку склали 40 осіб.

Для визначення особливостей вибірки нами було розроблено авторську анкету «Дослідження емоційних станів вагітних жінок» (Додаток А). Питання анкети були спрямовані на з'ясування психологічних та емоційних проблем під час вагітності. За допомогою анкети нами було з'ясовано, що такими проблемами під час вагітності респонденти вважають наявні страхи, депресію, тривожність, невротичний стан, дратівливість, посилену емоційність, навіюваність, плаксивість, зміну настрою. Також, проведене опитування дозволило визначити наявність або відсутність послуг перинатального психолога у закладі, де спостерігалася вагітність, та розуміння самих жінок необхідності супроводу їхньої вагітності такими фахівцями та чи задавали медичні спеціалісти.

Крім цього, також було важливим дізнатися чи супроводжувався лікарняний огляд зацікавленістю з боку акушерів-гінекологів, перебігом психоемоційних станів вагітної жінки (запитання про емоційне самопочуття під час контрольних оглядів в консультації), а також встановити використання, або його відсутність, психодіагностичного інструментарію під час контрольних візитів до консультації для оцінки емоційного стану. В кінці анкети пропонувалося обрати з переліку ті психічні

стани, які з'явилися під час вагітності в жінки, а також визначитись що відчуває жінка під час вагітності.

Також були використані наступні методики для дослідження негативних психоемоційних станів у жінок в період вагітності:

1. Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (STAI) (Додаток Б);
2. Методика «Диференціальна діагностика депресивних станів» В. А. Жмурова (Додаток В).
3. Методика «Самооцінки психічних станів» Г. Айзенка (Додаток Г);

Більш детальніше розглянемо кожен із визначених методик.

Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) являється інформативним способом визначення самооцінки загального рівня тривожності в даний момент (тривожність реактивна як певний стан) та особистісної тривожності (як досить стійкою характеристика людини). Через власну відносну ефективність та простоту шкала Спілбергера широко використовується в клінічній практиці з метою встановлення вираженості тривожних переживань, загальної оцінки стану пацієнта у динаміці, тощо. Дана методика була адаптована дослідником Ю. Л. Ханіним, тому ця методика проведення діагностики станів тривожності ще має назву «Шкала Спілбергера – Ханіна».

Переважає більшість із широко відомих методів проведення оцінювання рівня тривожності дають змогу оцінити лише або особистісну тривожність, чи поточний стан тривожності, чи більш специфічні реакції. Одним єдиним способом, який дозволяє диференціювати тривожність і як певну особистісну властивість, та як стан, являється методика, що була запропонована Спілбергером.

Вимірювання тривожності як відповідної властивості особистості має досить вагомий значення, оскільки дана властивість багато у чому зумовлює відповідну поведінку людини. Деякий рівень тривожності – обов'язкова і природна особливість діяльній активній особистості. В певного індивідуума існує власний оптимальний (чи бажаний) тривожнісний рівень, так звана тривожність корисна. Оцінка людиною

власного стану в даному аспекті для неї є певним істотним компонентом відповідного самоконтролю.

Проведемо опис шкала тривоги Спілбергера-Ханіна.

У межах даного тесту були створені дві підшкали. Сама перша, шкала стану тривоги (тривожності ситуативної), оцінює відповідний поточний стан тривоги, вимірюючи, як саме респонденти відчують себе «прямо в даний момент часу», застосовуючи суб'єктивні відчуття напруження, страху, неспокою, нервозності та збудження нервової вегетативної системи.

Реактивна, чи ситуативна тривожність як певний стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: занепокоєнням, напруженням, нервозністю, заклопотаністю. Даний стан з'являється як певна емоційна реакція на ситуацію стресу і може бути зовсім різним за динамічністю та інтенсивністю у часі.

Наступна друга, шкала особистої тривожності, здійснює оцінювання відносно стабільних аспектів особистості людини, її відповідної схильності саме до занепокоєння, оцінює відчуття чи стан спокою, безпеки та впевненості.

Під тривожністю особистісною розуміють певну досить стійку індивідуальну характеристику, що відтворює схильність певного суб'єкта до тривоги та передбачає існування в нього відповідної тенденції сприймати досить широку кількість ситуацій як загрозливих, відповідаючи на кожен із них деякою реакцією.

Тривожність особистісна собою являє конституційну межу, що зумовлює схильність певним чином сприймати загрозу у більш ширшому діапазоні ситуацій. При більш високій особистісній тривожності кожна із даних ситуацій являється стресом для особистості та викликає в неї досить виражену тривогу.

Як певна властивість саме особистісна тривожність переважно активізується під час сприйняття деяких стимулів, що безпосередньо розцінюються самою людиною як досить небезпечні (у тому рахунку для самоповаги, самооцінки). Особистості, які відносяться до категорії високотривожних, є досить схильними безпосередньо

сприймати загрозу власній життєдіяльності і самооцінці у значному діапазоні ситуацій та здійснювати реагування доволі вираженим станом самої тривожності.

Якщо шкала тривоги Спілбергера-Ханіна показує в певного респондента досить високий показник власної особистісної тривожності, це дає відповідні основи припускати у нього виникнення тривожного стану в різноманітних пересічних ситуаціях. Досить значна особистісна тривожність на пряму корелює із невротичними і емоційними зривами та захворюваннями психосоматичного змісту.

Шкала ситуативної тривожності так само як і особистісної складається із 20 тверджень. (ДОДАТОК Б). Респондентам необхідно прочитати уважно кожне з представлених питань та закреслити цифру у певній графі справа, в залежності від того, як саме вони себе почувають в цей момент часу. Обробка наявних результатів включає такі етапи:

Встановлення показників особистісної та ситуативної тривожності проводиться з використанням ключа. За рахунок відповідної оцінки загального рівня тривожності – складаються рекомендації для здійснення корекції поведінки самого респондента. Обчислення середньогрупового показника особистісної тривожності (ОТ) та ситуативної тривожності (СТ) та їх відповідний порівняльний аналіз відбувається залежно, наприклад, від статевої приналежності самих респондентів або віку.

При проведенні аналізу результатів самооцінки необхідно на увазі мати те, що в загальному остаточний підсумковий показник по кожній із відповідних підшкал може знаходитися у діапазоні від 20 до 80 балів. Таким чином, чим вищим буде підсумковий остаточний показник, тим більш вищим є загальний рівень тривожності (особистісної чи ситуативної).

При загальній інтерпретації показників можна застосовувати наступні орієнтовні оцінки саме тривожності:

- до 30 балів – низька тривожність;
- 31- 44 бали – помірна тривожність;
- 45 і більше – висока тривожність.

Зіставлення відповідних результатів за двома відповідними підшкалами дає можливість провести оцінку індивідуальної значимості певної стресової ситуації для респондента.

Особам із досить високою оцінкою тривожності необхідно формувати певне відчуття успіху й впевненості. Їм потрібно зміщувати акцент із вимогливості зовнішньої, категоричності, високої значимості у відповідній постановці завдань на певне змістовне осмислення діяльності та конкретно визначене планування за деякими підзавданнями.

Особистостям з низькою тривожністю, навпаки, необхідне певне пробудження активності, підкреслення відповідних мотиваційних компонентів самої діяльності, збудження певної зацікавленості, висвітлення почуття відповідальності у розв'язанні одних або других завдань.

Стан реактивної (ситуативної) тривоги з'являється при певному потраплянні в ситуацію стресу та характеризується певним суб'єктивним дискомфортом, занепокоєнням, напруженістю та вегетативним збудженням. Природним є те, що даний стан являється досить мінливим та значною мірою відрізняється зовсім різною інтенсивністю. Отже, значення кінцевого показника за цими підшкалами дає змогу провести оцінювання не лише рівня актуальної тривоги особистості, а й встановити, чи перебуває вона/він під відповідним стресовим впливом, а також якою саме є інтенсивність даного впливу.

Методика «Диференціальна діагностика депресивних станів» В. А. Жмурова дозволяє виявити такі форми психічних станів, як апатія, гіпотимія, дисфорія, розгубленість, тривога, страх.

Сутність методики полягає в тому, що потрібно вибрати найбільш прийнятний варіант відповіді (0, 1, 2 або 3) в кожній з 44 груп суджень про психічний стан. Обраний варіант відповіді обведіть кружечком у реєстраційному бланку напроти номера відповідної групи (ДОДАТОК В).

Якісний аналіз результатів обстеження дозволяє виявляти такі форми психічних станів.

1. Апатія. Стан байдужості, повної індиферентності до того, що відбувається, до оточуючих, свого положення, минулого життя, перспектив на майбутнє. Це стійке або швидкоплинне тотальне випадіння як вищих і соціальних почуттів, так і уроджених емоційних програм.

2. Гіпотимія (знижений настрій). Афективна пригніченість у вигляді засмученості, тужливості з переживанням втрати, безвиході, розчарування, приреченості, ослаблення прив'язаності до життя. Позитивні емоції при цьому поверхневі, виснажені, можуть бути повністю відсутні.

3. Дисфорія ("погано переносу", "несу погане, недобре"). Похмурість, озлобленість, ворожість, понурий настрій з буркотливістю, невдоволенням, неприязним ставленням до оточуючих, спалахами роздратовування, гніву, люті з агресією та руйнівними діями.

4. Розгубленість. Гостре відчуття невміння, безпорадності, нерозуміння самих простих ситуацій та змін свого психічного стану. Типові надзміненість, нестійкість уваги, запитливий вираз обличчя, пози й жести спантеличеної і вкрай невпевненої людини.

5. Тривога. Неясне, незрозуміле самій людині відчуття зростаючої небезпеки, передчуття катастрофи, напружене очікування трагічного результату. Емоційна енергія діє настільки потужно, що виникають своєрідні фізичні відчуття: "всередині все стислося в клубок, напружилосся, натягнулося як струна, ось-ось порветься, лусне...". Тривога супроводжується руховим збудженням, тривожними вигуками, відтінками інтонацій, перебільшеними виразними актами.

6. Страх. Розлитий стан, який переноситься на всі обставини й проєкціюється на все в оточуючому. Страх також може бути пов'язаний з певними ситуаціями, об'єктами, особами та виражається переживанням небезпеки, безпосередньої загрози життю, здоров'ю, благополуччю, престижу. Може

супроводжуватися своєрідними фізичними відчуттями, що свідчать про внутрішню концентрацію енергій: "усередині похолело, обірвалося", "ворушиться волосся", "скувало груди" і т. п.

Обробка та інтерпретація результатів. Визначається сума всіх зазначених варіантів (балів) відповідей. Відповідно до цієї суми проводиться оцінка ступеня виразності депресії.

1-9 балів - депресія відсутня або дуже незначна;

10–24 бали – депресія мінімальна;

25–44 бали – легка депресія;

45-67 балів - помірна депресія;

68-87 балів - виражена депресія;

88 і більше балів – глибока депресія.

Однією з причин виникнення депресивних станів є виснаження нервово-психічного потенціалу внаслідок тривалого стресу чи психотравми. Депресія – специфічний афективний стан індивіда, що характеризується негативними емоціями, а також трансформацією мотиваційної, когнітивної та поведінкової сфер. У стані депресії індивід відчуває болісно-тяжкі переживання, такі як туга, розпач, страхи, пригніченість, почуття провини за минулі події, безпорадність-інфантильність перед обличчям життєвих труднощів. Депресивні стани, як правило, характеризуються зниженою самооцінкою, скептицизмом, схильністю нікому не довіряти, безініціативністю, стомлюваністю, падінням активності та ін.

Таким чином дана методика дозволяє диференціювати шість станів – рівнів депресії: апатія, гіпотимія, дисфорія, розгубленість, тривога та страх.

За допомогою методики «Самооцінка психічних станів», розробленої і запропонованої Г. Айзенком, можна визначити як оцінюють у собі психічні стани. А саме такі, як: тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність. Ці стани є важливими елементами для визначення загальних адаптативних можливостей людини. Тест може застосовуватись як в якості самостійної клініко-психологічної

методики, так і у складі послідовних процедур у комплексі з іншими методиками такого ж спрямування.

Методика налічує 40 тверджень, які включають опис різних психічних станів. Якщо жінкам цей стан часто притаманний, ставиться 2 бала, якщо цей стан буває рідко, то ставиться 1 бал, якщо ж зовсім не підходить - 0 балів. Анкета складається із 4 блоків, кожен з яких відповідає певним станам: тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності (див. Додаток В). Судження відібрані за результатами оцінки надійності та валідності. Тест належить до типу «олівець-папір» і допускає як групове, так і індивідуальне використання. Для оцінки результатів необхідно підрахувати суму балів за кожен з чотирьох груп запитань. Час заповнення бланку не фіксується.

Обробка результатів здійснюється шляхом підрахування суми балів за кожен групу питань:

I 1 -10 питання - тривожність;

II 11 - 20 питання - фрустрація;

III 21 - 30 питання - агресивність;

IV 31 - 40 питання - ригідність.

Оцінка та інтерпретація балів здійснюється наступним чином:

I тривожність: 0...7 балів - не тривожний; 8...14 балів - тривожність середнього, допустимого рівня; 15...20 балів - дуже тривожний.

II фрустрація: 0...7 балів - не має високої самооцінки, стійкий до невдач, не боїться труднощів; 8...14 балів - середній рівень, фрустрація має місце; 15...20 балів - низька самооцінка, уникає труднощів, боїться невдач, фрустрований.

III агресивність: 0...7 балів - спокійний, стриманий; 8...14 балів - середній рівень агресивності; 15...20 балів - агресивний, не стриманий, є труднощі у спілкуванні і роботі з людьми.

IV ригідність: 0...7 балів - ригідності немає, легка переключеність; 8...14 балів - середній рівень; 15...20 балів - сильно виражена ригідність, незмінність поведінки,

переконань, поглядів, навіть якщо вони розходяться, не відповідають реальній обстановці життя, протипоказані зміни роботи, родинні зміни.

Дана методика є досить розповсюдженою у роботі практичних психологів, а саме при корекційній роботі, дослідивши самооцінку психічних станів можна зробити досить детальні висновки щодо тієї чи іншої особистості, що допоможе у подальшій профілактичній роботі.

2.2. Аналіз результатів дослідження психоемоційних станів жінок у період вагітності

На першому етапі дослідження серед вагітних жінок було проведено опитування за допомогою розробленої авторської анкети «Дослідження емоційних станів вагітних жінок». В анкетуванні взяли участь 20 вагітних жінок у віці від 18 до 25 років та 20 вагітних жінок у віці від 35 до 40 років.

На питання «Чи маєте психологічні або емоційні проблеми під час вагітності (страх, тривогу, депресію тощо)?» 85 % жінок у віці від 18 до 25 років відповіли, що мають, а 15 % жінок, що не мають. 60% респонденток у віці від 35 – до 40 років стверджують про наявність в них страху, тривоги та депресії, натомість 40 % навпаки не відчують таких станів. Можна резюмувати, що переважна більшість всіх вагітних жінок все ж дуже хвилюються, оскільки досить важко виношувати дитину в умовах військового стану в державі.

Для кращої наглядності отримані результати по даному питанню представимо на рисунку 2.2.1.

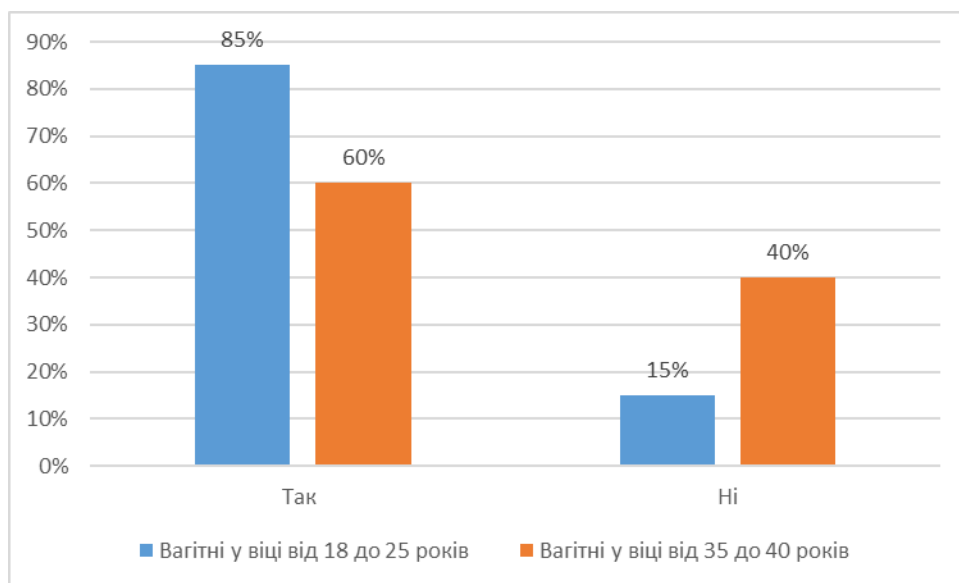


Рис. 2.2.1. Відповіді на запитання анкети «Чи маєте психологічні або емоційні проблеми під час вагітності (страх, тривогу, депресію тощо)?»

На запитання «Чи пропонувалися у закладі, де спостерігаєте вагітність, послуги перинатального психолога?» вагітні всі відповіли, що такі послуги не пропонувалися.

На запитання «Чи задавали медичні спеціалісти запитання про емоційне самопочуття під час контрольних оглядів в консультації?» 75 % жінок у віці від 18 до 25 років відповіли що ні, 10 % сказали що іноді, і 15 % надали відповідь так. Натомість 90 % вагітних жінок у віці від 35 до 40 років відповіли, що їм таке запитання не ставилося взагалі і лише 10 % відповіли так.

Для кращої наглядності отримані результати по даному питанню представимо на рисунку 2.2.2

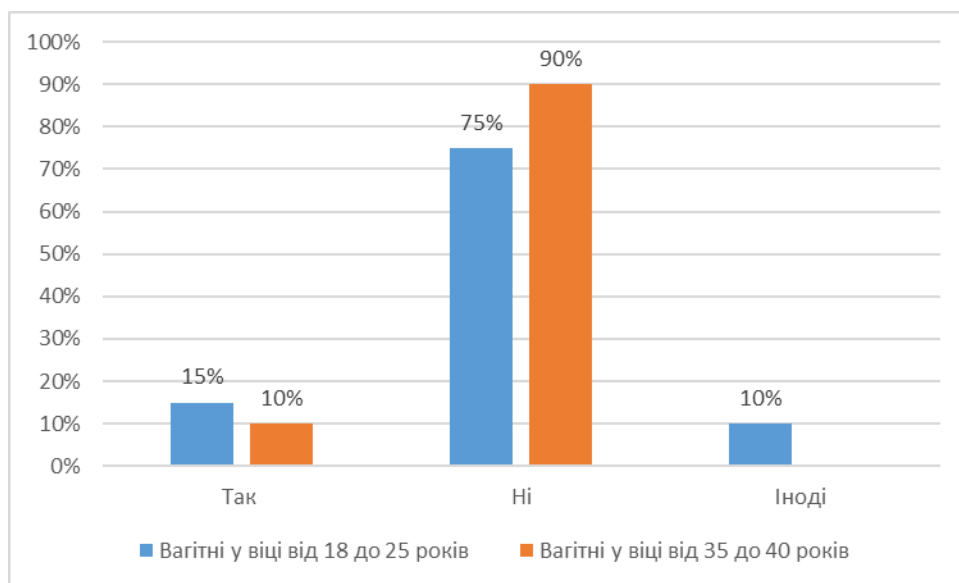


Рис. 2.2.2. Відповідь на запитання анкети «Чи задавали медичні спеціалісти запитання про емоційне самопочуття під час контрольних оглядів в консультації?»

На запитання «Чи пропонували пройти психологічні тести під час контрольних візитів до консультації для оцінки емоційного стану?» вагітні жінки обох вікових груп відповіли, що ні.

На запитання «Оберіть психічні стани, які з'явилися під час вагітності» 20 % жінок у віці від 18 – 25 років відповіли, що відчувають депресію, 85% тривожність, 7 % – агресію, 4% – розгубленість, 10% – нестійкість уваги, 45 % похмурість; 55% озлобленість; 40% – ворожість; 80% – поганий настрій; 75% роздратування; 30% – гнів та 80 % невпевненість.

Натомість відповіді на це ж запитання серед вагітних у віці від 35 до 40 років було розподілено наступним чином: 40 % жінок відповіли, що відчувають депресію, 65% тривожність, 45% – агресію, 20% – розгубленість, 20% – нестійкість уваги, 65 % похмурість; 75 % озлобленість; 60 % – ворожість; 90 % – поганий настрій; 55% роздратування; 60% – гнів та 70 % невпевненість.

Наглядно отримані результати по даному питанню представимо на рисунку 2.2.3.

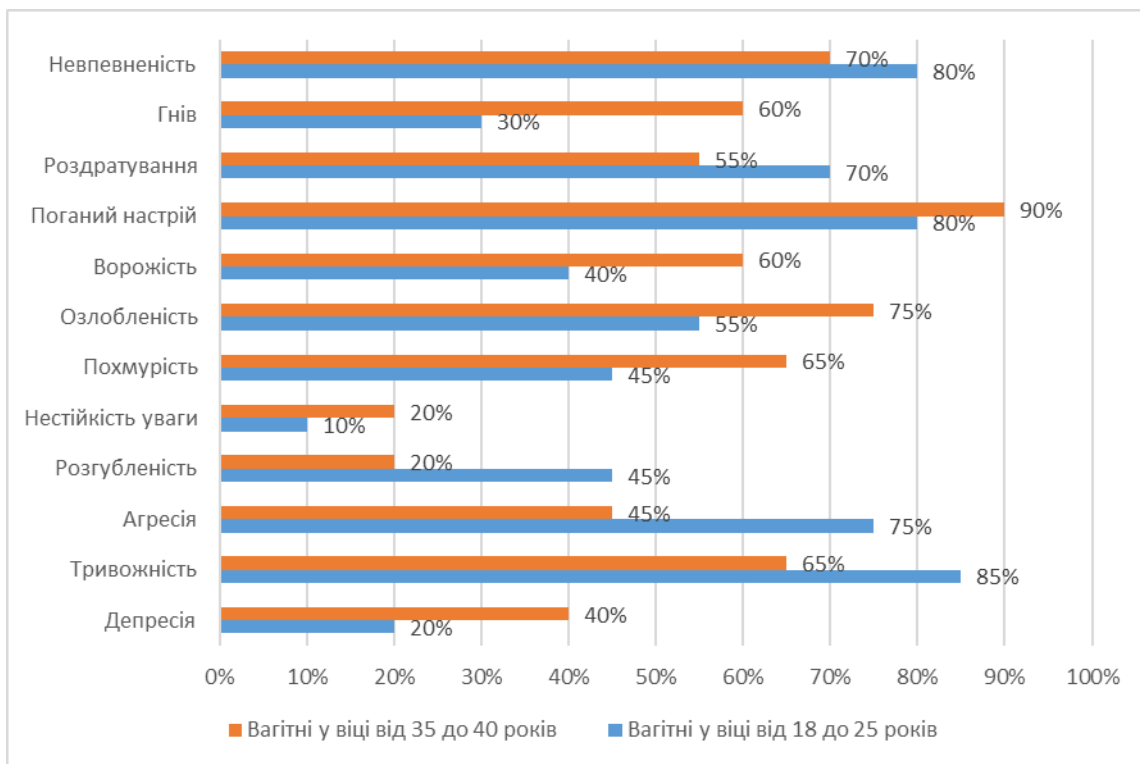


Рис. 2.2.3. Відповідь на запитання анкети: «Оберіть психічні стани, які з'явилися під час вагітності»

На запитання «Чи відчуваєте, що під час вагітності не вистачає психологічної підтримки?» 55 % жінок у віці від 18 до 25 років відповіли що так, не вистачає підтримки від родини та близьких, а решті 45 % не вистачає підтримки від лікарів. Разом із тим відповіді на це ж запитання серед вагітних у віці від 35 до 40 років було розподілено наступним чином: 75 % жінок відповіли що так, їм не вистачає підтримки від родини та близьких, а решті 25 % не вистачає підтримки від лікарів. Наглядно отримані результати по даному питанню представимо на рисунку 2.2.4.

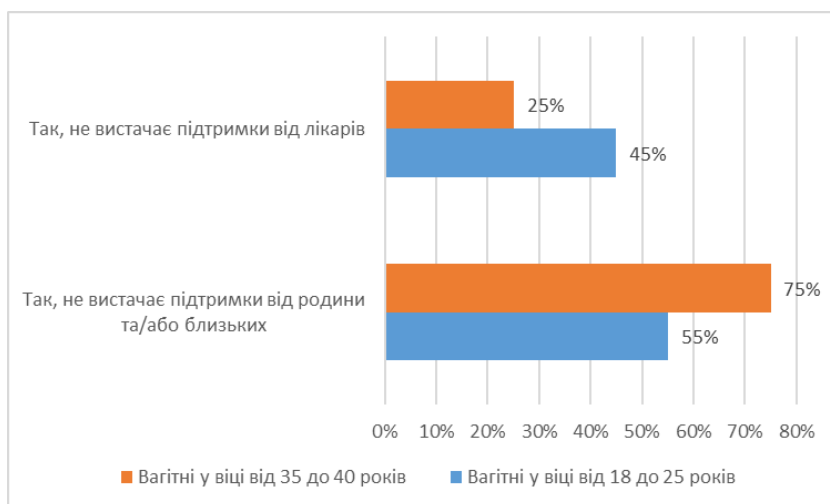


Рис. 2.2.4. Відповідь на запитання анкети: «Чи відчуваєте, що під час вагітності не вистачає психологічної підтримки?»

За результатами опитування бачимо, що вагітним жінкам обох груп не вистачає психологічної підтримки. Результати анкетування довели необхідність подальшого поглибленого дослідження психоемоційних станів жінок у період вагітності та засвідчили необхідність розробки та впровадження ефективних заходів психологічної підтримки.

На наступному етапі нашого дослідження для визначення рівня тривожності вагітних жінок в даний момент часу та взагалі, було використано методіку визначення шкали тривожності Спілбергера-Ханіна. Отримані узагальнені результати за шкалою ситуативної (реактивної) тривожності представлені в таблиці 2.2.1 та на рис. 2.2.5.

Таблиця 2.2.1

Результати дослідження за шкалою ситуативної (реактивної) тривожності Спілбергера-Ханіна.

№	Рівні ситуативної тривожності	Абстрактні величини (вагітні жінки від 18-25 років)	Відносні величини %	Абстрактні величини (вагітні жінки від 35-40 років)	Відносні величини %

1	Низький рівень тривожності	2	10 %	3	15 %
2	Помірний рівень тривожності	8	40 %	10	50 %
3.	Високий рівень тривожності.	10	50%	7	35 %

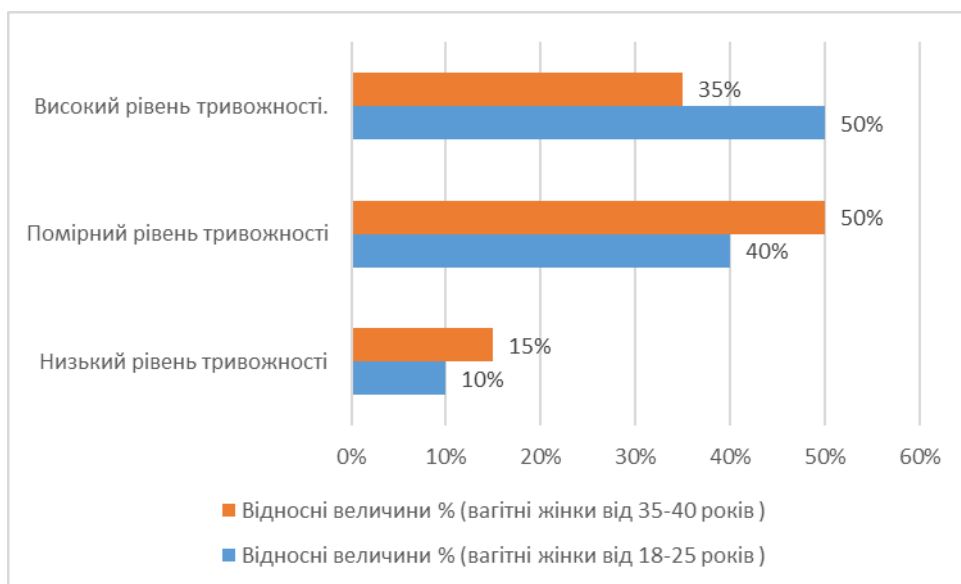


Рис. 2.2.5. Динаміка рівнів тривожності вагітних жінок за шкалою ситуативної (реактивної) тривожності Спілбергера-Ханіна

Отримані результати показали, що лише у 2 (10 %) вагітних жінок у віці від 18-25 років був зафіксований низький рівень ситуативної тривожності, натомість в жінок у віці 35 – 40 років даний показник був трохи вищим і склав 3 (15 %) жінок.

Високі показники помірного рівня тривожності були зафіксовані в 10 (50 %) вагітних жінок у віці від 35 до 40 років та в 8 (40 %) вагітних жінок у віці від 18 до 25 років.

В 10 (50 %) вагітних жінок у віці від 18 до 25 років було діагностовано високий рівень тривожності, а в старшій групі таких жінок було 7 (35 %).

Отримані результати засвідчили, що в даний момент часу переважна більшість жінок молодшого і старшого віку відчувають середню та високу тривожність. Ці жінки є досить занепокоєними, напруженими та нервозними. Тобто можна сказати,

що переважна більшість жінок перебуває в стресовому стані. Лише невелика частина всіх жінок має низький рівень ситуативної тривожності та відсутність стресу.

Отримані узагальнені результати за шкалою самооцінки особистісної тривожності представимо в таблиці 2.2.2 та на рис. 2.2.6.

Таблиця 2.2.2

Результати дослідження за шкалою самооцінки особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна.

№	Рівні особистісної тривожності	Абстрактні величини (вагітні жінки від 18-25 років)	Відносні величини %	Абстрактні величини (вагітні жінки від 35-40 років)	Відносні величини %
1	Низький рівень тривожності	7	35 %	6	30 %
2	Помірний рівень тривожності	12	60 %	13	65 %
3.	Високий рівень тривожності.	1	5%	1	5 %

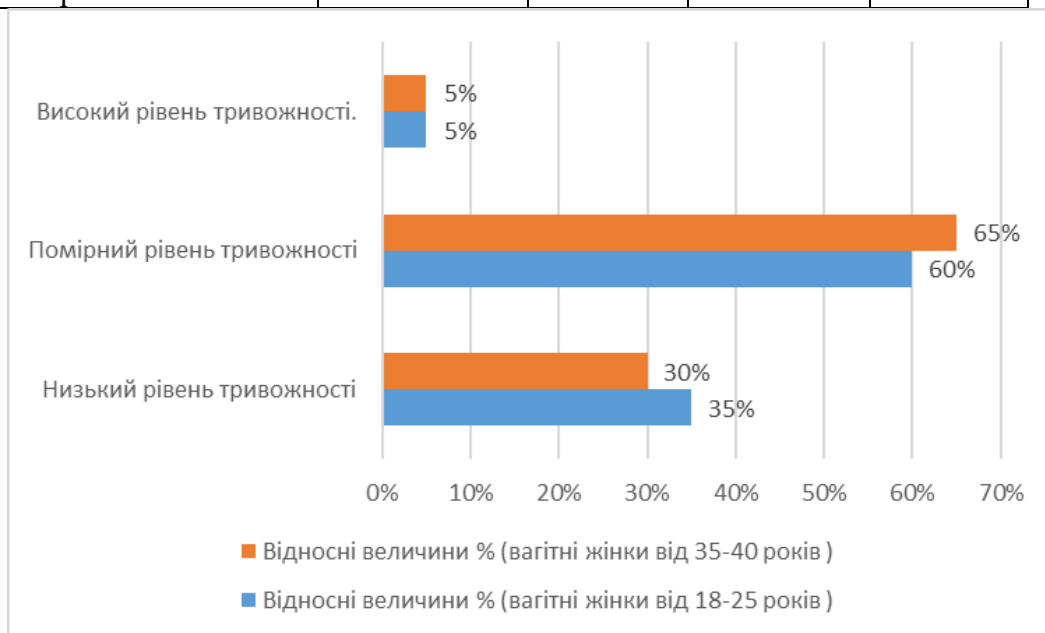


Рис. 2.2.6. Динаміка рівнів тривожності вагітних жінок за шкалою особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна

Можемо зробити висновок, що в 7 (35%) вагітних жінок у віці від 18 до 25 років низький рівень особистісної тривожності, у віці 35 – 40 років у 6 (30 %).

Помірний рівень особистісної тривожності був зафіксований в 12 (60 %) вагітних жінок у віці від 18 до 25 років та у 13 (65 %) вагітних жінок у віці 35 – 40 років.

Високий рівень особистісної тривожності був зафіксований у 1 (5%) вагітної жінки молодшого віку і у 1 (5%) жінки старшого віку.

Таким чином отримані результати свідчать, що низький і помірний рівень тривожності є характерними для всієї вибірки жінок різного віку. Переважна більшість жінок є менш схильними до стану тривоги в звичайному положенні ніж в стані вагітності.

Отримані нами результати за методикою «Диференціальна діагностика депресивних станів» В. А. Жмурова представимо в таблиці 2.2.3 та на рис. 2.2.7.

Таблиця 2.2.3

**Кількісні результати за методикою
«Диференціальна діагностика депресивних станів» В. А. Жмурова**

№	Депресивні стани	Абстрактні величини (вагітні жінки від 18-25 років)	Відносні величини %	Абстрактні величини (вагітні жінки від 35-40 років)	Відносні величини %
1	Депресія відсутня, або незначна	1	5 %	2	10 %
2	Депресія мінімальна	2	10 %	3	15 %
3.	Легка депресія	2	10%	8	40%
4	Помірна депресія	6	30 %	5	25%
5	Виражена депресія	8	40%	1	5 %
6	Глибока депресія	1	5%	1	5%

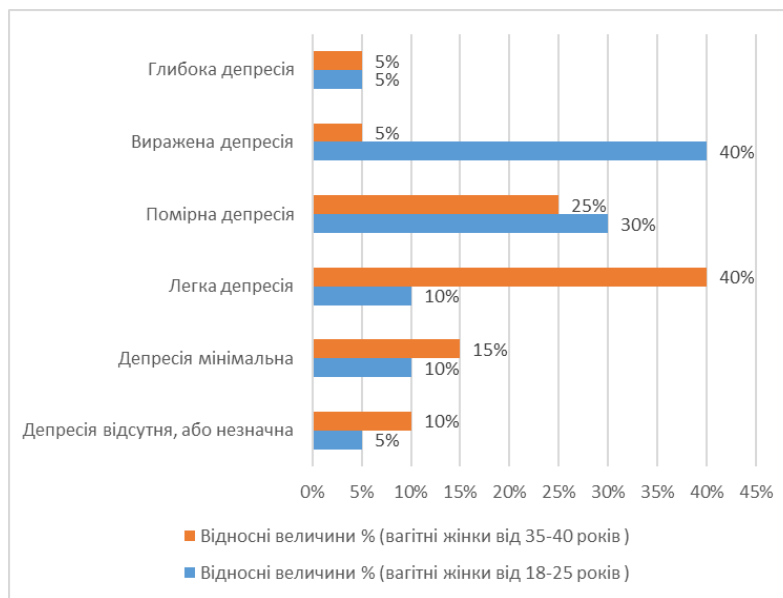


Рис. 2.2.7. Результати диференціальної діагностики депресивних станів вагітних жінок

Отже, проводячи порівняльний аналіз результатів дослідження представлених у таблиці 2.2 та рис. 2.5 можна зробити певні висновки. У вагітних жінок віком від 18 до 25 років спостерігається відсутність депресії лише у 1 (5%), натомість у жінок старшої групи депресії немає в 2 (10%). У 2 (10%) жінок віком від 18 до 25 років була зафіксована мінімальна депресія, відповідно у вагітних від 35-40 років у 3 (15%).

Легка депресія була встановлена у 2 (10%) вагітних від 18 – 25 років та у 3 (15%) жінок старшого віку. Помірна депресія була характерною майже для однакової кількості жінок обох груп. Так у 6 (30%) вагітних жінок було виявлено таку депресію відповідно у жінок віком 35-40 років у 5 (25%).

Виражена депресія була досить характерною для 8 (40%) жінок віком від 18 до 25 років та лише 1 (5%) жінки віком від 35-40 років. Глибока депресія була діагностовано в 1 (5%) жінки молодшого віку та в 1 (5%) вагітної старшого віку. Отже можна зробити висновок що жінки віком від 18 до 25 років мають прояви депресії вищі ніж жінки старшого віку.

Отже, для молодих вагітних жінок характерними є виражена та помірна депресія. Для даних жінок притаманний такий негативний стан як розгубленість, тобто гостре відчуття невміння, безпорадності, нерозуміння самих простих ситуацій та змін свого психічного стану. Типовою є нестійкість уваги, здивований вираз обличчя, пози й жести спантеличеної і вкрай невпевненої людини.

Для обох груп жінок характерним є такий негативний стан як тривога, тобто неясне, незрозуміле самій собі відчуття зростаючої небезпеки, передчуття катастрофи, напружене очікування трагічного результату. Емоційна енергія діє настільки потужно, що виникають своєрідні фізичні відчуття: "всередині все стислося в клубок, напружилося, натягнулося як струна, ось-ось порветься, лусне...". Тривога супроводжується руховим збудженням, тривожними вигуками, відтінками інтонацій, перебільшеними виразними актами.

Для вагітних жінок у віці від 35 до 40 років здебільшого спостерігається легка депресія, для якої характерним є такий стан, як дисфорія ("погано переносу", "несу погане, недобре"). Похмурість, озлобленість, ворожість, понурий настрій з постійним незадоволенням, неприязним ставленням до оточуючих, спалахами роздратовування, гніву, люті з агресією та руйнівними діями.

Для визначення рівня негативних психічних станів у жінок у стані вагітності була використана методика Г. Айзенка «Діагностика самооцінки психічних станів». Результати дослідження представимо в таблиці 2.2.4

Таблиця 2.2.4

Результати діагностики самооцінки психічних станів

№	Психічний стан	Абстрактні величини (вагітні жінки від 18-25 років)	Відносні величини %	Абстрактні величини (вагітні жінки від 35-40 років)	Відносні величини %
1	Тривожність				
	Низький рівень	0	-	1	5 %
	Середній рівень	14	70 %	15	75 %

	Високий рівень	6	30 %	4	20 %
2	Фрустрація				
	Низький рівень	3	15%	2	10 %
	Середній рівень	6	30%	5	25 %
	Високий рівень	11	55%	13	65 %
3	Агресивність				
	Низький рівень	2	10 %	2	10 %
	Середній рівень	15	75 %	14	70 %
	Високий рівень	3	15 %	4	20 %
4	Ригідність				
	Низький рівень	2	10 %	2	10 %
	Середній рівень	12	60 %	15	75 %
	Високий рівень	6	30 %	3	15 %

Отже, нами були отримані наступні результати: у 70% опитаних жінок віком від 18 до 25 років – високий рівень тривожності, 30 % мають середній рівень. Більшість респондентів тривожні, і лише у небагатьох простежується тривожність допустимого рівня. В жінок віком від 35 до 40 років низький рівень тривожності було виявлено в 1 (5%), середній рівень 14 (75 %) та високий рівень в 2 (20 %). Графічно отримані результати представимо на рис. 2.2.8.

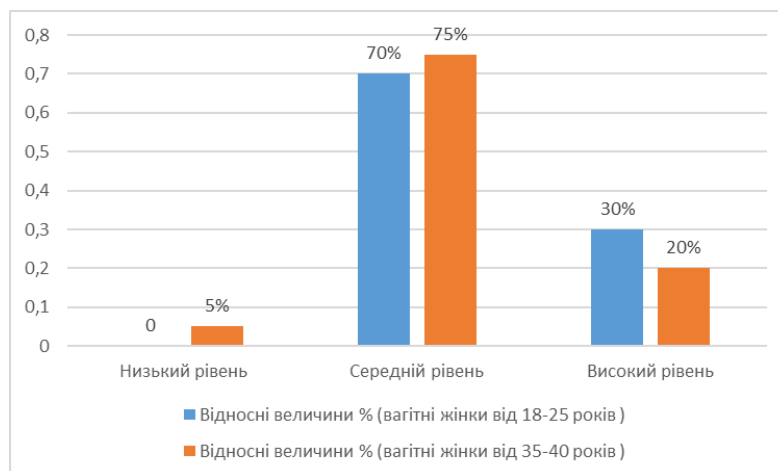


Рис. 2.2.8. Рівень тривожності у вагітних жінок

У вагітних жінок віком від 18-25 років низький рівень фрустрації був виявлений у 3 (15 %), середній рівень у 6 (30 %) та високий рівень у 11 (55 %).

У жінок віком від 35 до 40 років низький рівень фрустрації був виявлений в 2 (10 %), середній рівень у 5 (25 %) та високий рівень у 13 (65 %). Такі результати молодих жінок можуть свідчити про високу агресивність, діяльність за інерцією, депресивні стани, характерними для яких є сум, невпевненість, безсилля, відчай.

Графічно отримані результати рівня фрустрації представимо на рис. 2.2.9.

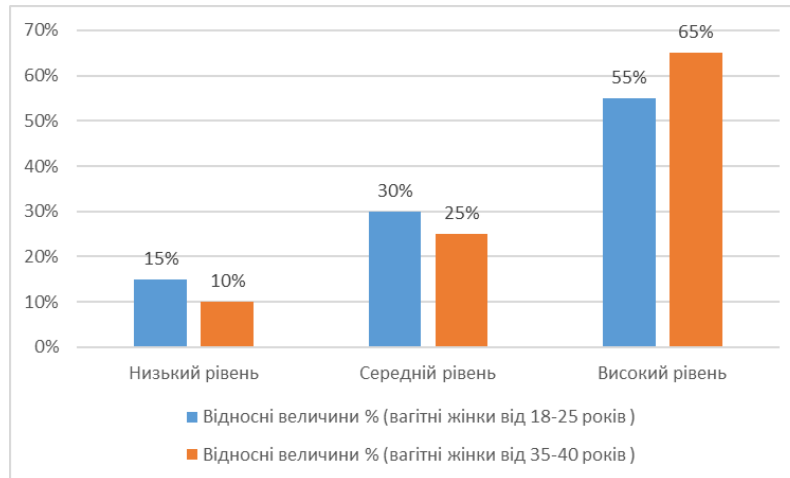


Рис. 2.2.9. Рівень фрустрації у вагітних жінок

Під час дослідження агресивності вагітних жінок віком від 18 до 25 років за методикою Айзенка, було встановлено, що низький рівень агресивності притаманний лише (10 %), середній рівень 15 (75 %), а високий 3 (15 %). У жінок у віці від 35 до 40 років було встановлено, що низький рівень агресивності переважає у 2 (10 %), середній рівень 14 (70 %), а високий 4 (20 %). Можна зробити висновок що жінки переважно мають помірну ворожість по відношенню до інших людей.

Графічно отримані результати рівня агресивності представимо на рис. 2.2.10.

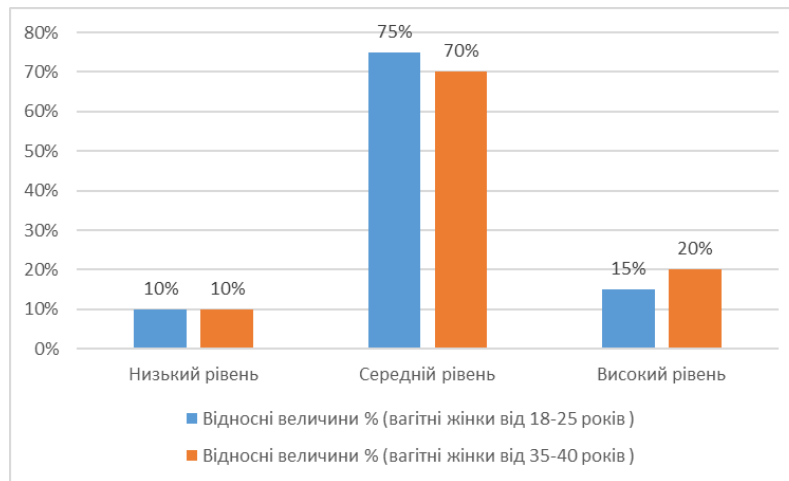


Рис. 2.2.10. Рівень агресивності у вагітних жінок

Результати діагностики рівня ригідності говорять про те, що у жінок від 18–25 років низький рівень ригідності був виявлений у 2 (10 %), середній у 12 (60 %), а високий у 6 (30 %). У жінок від 35 – 40 років низький рівень ригідності було виявлено у 1 (10 %), середній рівень у 15 (75 %), а високий рівень у 3 (15 %).

Це свідчить про високу ступінь млявості, нерухливості почуттів, таким жінкам важко перебудовуватися при виконанні завдань, якщо цього потребують обставини. Графічно отримані результати рівня ригідності представимо на рис. 2.2.11.

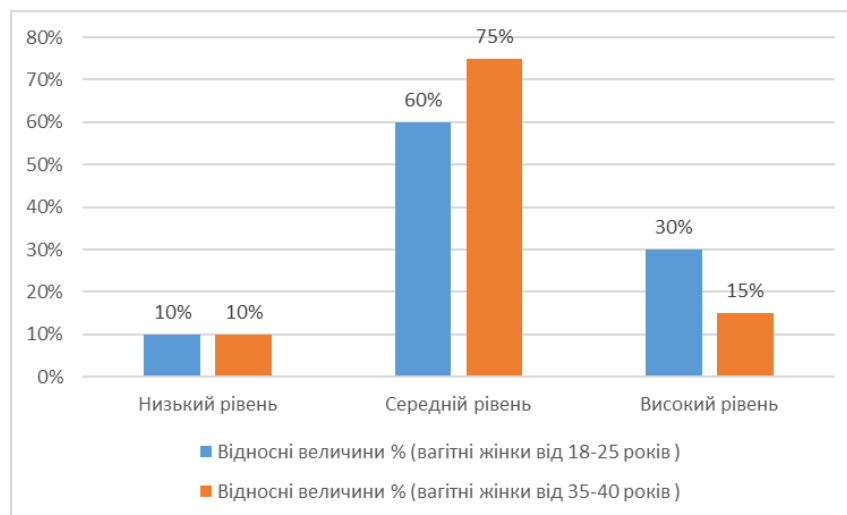


Рис. 2.2.11. Рівень ригідності у вагітних жінок

Таким чином отримані результати свідчать про необхідність проведення корекційних заходів серед жінок обох груп, для зниження рівня тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності.

2.3. Рекомендації жінкам щодо психопрофілактики (регуляції) психоемоційних станів під час вагітності

Зважаючи на різноманітні соціальні, економічні, екологічні та політичні обставини в країні, сьогодні гостро постає питання про супровід жінки під час вагітності, особливо впровадження психопрофілактичної підготовки до пологів, яка повинна включати комплекс психопрофілактичних, психотерапевтичних та фізичних заходів. Основними завданнями психофізичної підготовки вагітних до пологів є: вироблення у жінок свідомого ставлення до вагітності та сприйняття пологів як логічного фізіологічного процесу, створення сприятливого емоційного фону та впевненості у нормальному перебігу вагітності й майбутніх пологів, напрацювання навиків з подолання страху перед пологами й можливим больовим відчуттям.

Для подолання депресії у вагітних психолог має допомогти жінці ідентифікувати свої ірраціональні переконання, що лежать в основі її стану. Ці переконання обговорюють та переглядають в процесі сумісної роботи.

Для втручання в проблемні сфери або «об'єкти» необхідно використовуються спеціальні техніки:

1. Планування діяльності. Складання розпорядку дня з вагітними активно структурує час, дозволяючи їм упевнитися в своїй можливості ефективно справлятися зі справами.

2. Градуїзовані за ступенем складності завдання. Успішне виконання градуїовальних завдань допомагає змінити уявлення вагітних жінок про себе.

3. Терапія майстерності і задоволення. Вагітні записують всі свої справи і позначають успішно виконані буквою М, а ті, що приносять задоволення – буквою З, тим самим краще усвідомлюючи позитивні переживання.

4. Когнітивний перегляд своїх поглядів. Когнітивний перегляд своїх поглядів включає виявлення неадаптивних когніцій і установок.

5. Терапія пошуку альтернатив. Підшуковуючи альтернативні пояснення негативних переживань, вагітні мають навчатися бачити ірраціональність своїх переконань. Розглядаючи альтернативні способи вирішення психологічних і ситуаційних проблем, вагітні мають вміти знаходити виходи з положень, які здавалися раніше безвихідними.

6. Когнітивна репетиція. Представляючи собі той чи інший вид діяльності, вагітні жінки повідомляють про перешкоди та конфлікти, які мають бути обговоренні.

7. Домашні завдання. На кожній сесії даються завдання з метою протидіяти симптомам депресії. Вагітні жінки повинні записувати негативні когніції в одній колонці, а раціональні реакції - в іншій [3, с. 22].

Під час проведення когнітивної терапії для вагітних може бути встановлений той чи інший спеціально підібраний для неї вид діяльності. Терапевт повинен заохотити вагітну висловити наявні у неї заперечення, уважно все вислуховує, а потім пропонує самостійно оцінити обґрунтованість цих заперечень. Психотерапевт має звертати увагу на причини, за якими ці заперечення спрямовані на шкоду вагітній, і заохочує інтерес до пропонованого виду діяльності. Сенс в тому, щоб шляхом експерименту перевірити обґрунтованість властивих вагітній ірраціональних ідей; успішне виконання завдання дозволить спростувати думку про неможливість з ним впоратися.

Майстерне розпитування дозволяє виявити переконання, що лежать в основі безнадійності і суїцидальних тенденцій. Терапія альтернатив дає вагітній

можливість зрозуміти, що існують інші інтерпретації його сьогодення і майбутнього, а також інші варіанти поведінки, відмінні від поточної.

Страждаючі депресією вагітні схильні звинувачувати у всіх своїх труднощах себе. Когнітивна терапія націлена на те, щоб дати пацієнтам зрозуміти надмірність своєї самокритики, об'єктивно оцінити її дисфункціональність і руйнівність. За допомогою розпитування і рольової гри психотерапевт має показати вагітній хибність її переконань. Хороший ефект дає також навчання розпізнаванню і перевірці обґрунтованості автоматичних думок, пов'язаних з самозвинуваченням.

Заохочення емоційної розрядки допомагає знизити інтенсивність неприємних емоцій. Пацієнти можуть відчути симпатію до себе або направити свій гнів на інших. Викликаючи у пацієнта здивування за допомогою іронії або заохочуючи до цікавої діяльності, психотерапевт може понизити поріг для печалі. Крім того, навчаючи пацієнта ігнорувати неприємні почуття, також можна підвищити поріг для психічного болю [3, с. 22].

Терапія майстерності і задоволення допомагає пацієнтам усвідомити, що позитивних і приємних переживань в їх житті набагато більше, ніж вони думали. Рекомендуючи пацієнтам записувати події і пропонуючи згадувати про приємні події, психотерапевт заохочує у жінок почуття задоволеності і компетентності. Це в свою чергу веде до нових спроб з боку вагітних зайнятися вирішенням своїх проблем, а також до поліпшення їх уявлень про себе. Особливо корисною в цьому випадку може виявитися програма градууювальних за ступенем складності завдань. Техніка створення уявних образів також допомагає згадувати і відтворювати ранні приємні події і переживання успіху.

Перебільшення зовнішніх вимог. Страждаючі депресією вагітні іноді відчувають себе настільки обтяженими повсякденними проблемами, що подумують про самогубство. У той же час при обговоренні цих проблем стає ясно, що їх вираженість і значимість сильно перебільшені жінками. За допомогою раціонального дослідження вагітна може по-новому, більш об'єктивно поглянути

на свої труднощі, намітити шляхи виходу із ситуації. Як правило, психотерапевт допомагає вагітній жінці окреслити коло своїх обов'язків, намітити пріоритети і розробити адекватні стратегії поведінки.

Разом з тим реалізація цих нових стратегій може бути утруднена або навіть блокована внаслідок думок, спрямованих на шкоду собі. Когнітивна репетиція допомагає запобігти виникненню подібних блоків.

Для подолання негативних психічних станів у жінок у стані вагітності також доцільно використовувати раціональну-емотивну терапію (РЕТ) (Ellis, 1988b, 1989, 1993) [3, с. 23].

Одним із завдань терапії є допомога вагітним в усуненні або ослабленні ірраціональних наслідків (ІС), або емоційних порушень. Іншим завданням є зменшення тривоги (самозвинувачення), ворожості і гніву (звинувачення інших або обставин). Ще одне завдання це забезпечення жінок методом розумного аналізу їх власних порушень, за допомогою якого вони зможуть підтримувати стан мінімальної тривожності і ворожості (Ellis & Harper, 1975).

Психотерапія, згідно Елліс, являє собою лікування нерозумності здоровим глуздом. Незважаючи на існування інших способів контролювання емоцій – за рахунок електричних і хімічних процесів, використання сенсомоторних технік або будь-яких дій, продиктованих любов'ю і повагою до іншої людини, – психотерапія робить все це за рахунок використання церебральних процесів. Люди, як істоти мислячі, здатні уникати більшості емоційних порушення або нещастя, навчившись мислити розумно.

Завдання психотерапевта – допомогти вагітним жінкам позбутися алогічних, ірраціональних ідей і установок, замінити їх логічними, раціональними ідеями і установками (Ellis, 1989). Перший крок в цьому процесі – показати вагітним, що ці ідеї і установки алогічні, роз'яснити, чому це так, продемонструвати (за допомогою моделі А-В-С) взаємозв'язок між ірраціональними ідеями, з одного боку, і нещастями і емоційними порушеннями, з іншого. Елліс вважає, що це робиться в

більшості психотерапевтичних підходах, однак це робиться пасивно, побічно і далі цього не йде [20, с. 138].

Другим кроком в раціонально-емотивній терапії є допомога вагітним жінкам в усвідомленні того, що їхні емоційні порушення підтримуються за рахунок алогічного мислення; інакше кажучи, їх власне ірраціональне мислення в сьогоднішній день, проте зовсім не зберігається вплив ранніх подій, які обумовлюють їх стан.

Третій крок терапевтичного процесу – допомогти клієнтам змінити їх мислення і відмовитися від ірраціональних ідей. Якщо при деяких підходах передбачається, що клієнти зроблять все це самостійно, прихильники раціонально-емотивної терапії усвідомлюють, що алогічне мислення може бути настільки сильним, що клієнти не можуть досягти змін без допомоги ззовні. Таким чином, терапія переважно складається з оскарження ірраціональних переконань (disputing, D). Передбачається, що в процесі оскарження виникають бажані когнітивні ефекти (cognitive effects, cE), емоційні ефекти (emotional effects, eE) і поведінкові ефекти (behavioral effects, bE).

Четвертий і заключний крок передбачає вихід за обговорення конкретних алогічних ідей клієнтів; розглядаються ірраціональні ідеї в цілому (такі як згадані вище одинадцять) поряд з більш раціональною філософією життя. В результаті цього процесу клієнти засвоюють раціональну філософію життя; ірраціональні установки і переконання замінюються раціональними. Таким чином, вдається позбутися від негативних емоцій, а також саморуйнівної поведінки (Ellis, 1962) [66, с. 205].

Крім того, раціонально-емотивна терапія займається проблемою самообесцінбвання, або низької самооцінки і відчуття власної нікчемності. Проблема людської гідності виникає, коли люди оцінюють себе на підставі своїх вчинків, поведінки або функціонування, які виявляють їх неадекватність, помилки і невдачі. Звичайний підхід до цієї проблеми полягає в тому, щоб допомогти клієнтам повірити в те, що вони гідні люди просто в силу свого існування,

незалежно від своєї поведінки або думки оточуючих. Якщо вагітні жінки засвоюють це переконання, має сенс переконати їх також у відсутності необхідності давати собі яку б то не було оцінку (Ellis, 1988a). Не займаючись самооцінкою, вагітні усвідомлюють себе живуть і можуть за своїм вибором продовжувати жити і насолоджуватися життям. Жінки припиняють задаватися питаннями типу "хто я такий?", "Гідна я людина?". Відтепер їх більше цікавлять інші питання: "які у мене особливості характеру?", "Що мені подобається і не подобається робити?", "Чи можу я поліпшити якісь свої риси, отримати новий досвід, щоб отримувати від життя максимальне задоволення?" Вони можуть оцінювати свої особливості, при цьому не потрібно оцінювати себе як хорошого чи поганого.

Висновки до другого розділу

Для досягнення поставленої мети та вирішення завдань дослідження нами було розроблено експериментальне дослідження, яке проводилося на базі жіночої консультації в Київському міському пологовому будинку №4 (проспект Героїв Сталінграда, 16) та лікарні для вчених НАН України (Вознесенський узвіз, 22) . Вибірку склали 40 осіб. Були використані наступні методи для дослідження негативних психоемоційних станів у жінок в період вагітності: опитування за допомогою розробленої авторської анкети «Дослідження емоційних станів вагітних жінок», методика визначення шкали тривоги Спілбергера-Ханіна (STAI); методика «Диференціальна діагностика депресивних станів» В. А. Жмурова; методика «Самооцінки психічних станів» Г.Айзенка. В дослідженні взяли участь 20 вагітних жінок у віці від 18 до 25 років та 20 вагітних жінок у віці від 35 до 40 років.

Отримані результати проведеного дослідження засвідчили, що для молодих вагітних жінок характерними є виражена та помірна депресія. Для даних жінок притаманний такий негативний стан як розгубленість, тобто гостре відчуття

невміння, безпорадності, нерозуміння самих простих ситуацій та змін свого психічного стану. Типовою є нестійкість уваги, запитливий вираз обличчя, пози й жести спантеличеної і вкрай невпевненої людини.

Для обох груп жінок характерним є такий негативний стан як тривога, тобто неясне, незрозуміле самій собі відчуття зростаючої небезпеки, передчуття катастрофи, напружене очікування трагічного результату. Тривога супроводжується руховим збудженням, тривожними вигуками, відтінками інтонацій, перебільшеними виразними актами.

Для вагітних жінок у віці від 35 до 40 років характерною є легка депресія для якої характерним є такий стан, як дисфорія. Похмурість, озлобленість, ворожість, понурий настрій з буркотливістю, невдоволенням, неприязним ставленням до оточуючих, спалахами роздратовування, гніву, люті з агресією та руйнівними діями.

В 70% опитаних жінок віком від 18 до 25 років був виявлений – високий рівень тривожності, а 30 % мають середній рівень. Більшість респондентів тривожні, і лише у небагатьох простежується тривожність допустимого рівня. В жінок віком від 35 до 40 років низький рівень тривожності було виявлено в 1 (5%), середній рівень 14 (75 %) та високий рівень в 2 (20 %).

Надано рекомендації жінкам щодо психопрофілактики (регуляції) психоемоційних станів під час вагітності. Під час вагітності і народження дитини мають бути активізовані багаторівневі психічні ресурси особистості жінки, укріплені такі психічні функції, як воля, самоконтроль, цільові установки і найважливіші життєві екзистенції. Досвід свідчить, що застосування психокорекційних та психотерапевтичних заходів необхідно для психокорекції психосоматичного стану жінок, а також для формування позитивної мотивації вагітності та формування домінанти пологів.

ВИСНОВКИ

В результаті проведеного дослідження були встановлені наступні важливі висновки:

1. Визначено сутність психоемоційних станів особистості. Встановлено, що психоемоційний стан – це складний психічний стан відображення у формі переживання значущості впливу зовнішніх та внутрішніх стимулів. Сутнісними характеристиками даного поняття є його складність, слабка інтенсивність, тривалість у часі, безпредметність та, головне, оцінний характер самого суб'єкта, а також циклічність та підтримка внутрішньої емоційної напруги.

2. З'ясовано сутність поняття вагітності як фізіологічного і психологічного стану. Вагітність жінки можна вважати якісно новим станом психіки та організму вагітної жінки. Досить суб'єктне ставлення до дитини є головним чинником у відповідній структурі психологічної готовності до того щоб стати матір'ю, саме тому головним показником вдалого перебігу вагітності, на нашу думку, являється процес поступальних конструктивних змін в жіночій психології та набуття нею нової якості – материнства. Вагітність – це складний фізіологічний процес, що відбувається в організмі жінки. Під час вагітності відбувається перебудова організму, функціональні системи та органи починають працювати інакше. Такі важливі зміни можуть призводити до нездужання майбутньої мами, а, відповідно, і до порушення емоційного стану.

3. Охарактеризовано психоемоційні стани вагітних жінок, зокрема, негативні. До основних негативних психоемоційних станів в період вагітності належать: тривожність, емоційний стрес, невротичний стан, дратівливість, зменшена стресостійкість, посилена емоційність, навіюваність, плаксивість, зміна настрою, пригніченість, депресивність та інші.

4. Проведено емпіричне дослідження вираженості негативних психоемоційних станів у жінок в період вагітності. Для досягнення поставленої мети та вирішення

завдань дослідження нами було розроблено експериментальне дослідження, яке проводилося на базі жіночої консультації в Київському міському пологовому будинку №4 (проспект Героїв Сталінграда, 16) та лікарні для вчених НАН України (Вознесенський узвіз, 22). Вибірку склали 40 осіб.

Серед вагітних жінок було проведено анкетування, яке дало можливість визначити, що психологічні або емоційні проблеми під час вагітності мають 85 % жінок у віці від 18 до 25 років. 60% респонденток у віці від 35 – до 40 років стверджують про наявність в них страху, тривоги та депресії, натомість 40 % навпаки не відчують таких станів. Можна резюмувати, що переважна більшість всіх вагітних жінок все ж дуже хвилюються, оскільки досить важко виношувати дитину в умовах військового стану в державі.

Були використані наступні методики для дослідження негативних психоемоційних станів у жінок в період вагітності: методика визначення шкали тривоги Спілбергера-Ханіна (STAI); методика «Диференціальна діагностика депресивних станів» В. А. Жмурова; методика «Самооцінки психічних станів» Г. Айзенка. В дослідженні взяли участь 20 вагітних жінок у віці від 18 до 25 років та 20 вагітних жінок у віці від 35 до 40 років. Отримані результати проведеного дослідження засвідчили, що для молодих вагітних жінок характерними є виражена та помірна депресія. Для даних жінок притаманний такий негативний стан як розгубленість, тобто гостре відчуття невміння, безпорадності, незрозуміння самих простих ситуацій та змін свого психічного стану. Типовими є нестійкість уваги, запитливий вираз обличчя, пози й жести спантеличеної і вкрай невпевненої людини. Для обох груп жінок характерним є такий негативний стан як тривога, тобто неясне, незрозуміле самій собі відчуття зростаючої небезпеки, передчуття катастрофи, напружене очікування трагічного результату. Тривога супроводжується руховим збудженням, тривожними вигуками, відтінками інтонацій, перебільшеними виразними актами. Для вагітних жінок у віці від 35 до 40 років характерною є легка депресія для якої характерним є такий стан, як дисфорія. Похмурість, озлобленість,

ворожість, понурий настрій з буркотливістю, невдоволенням, неприязним ставленням до оточуючих, спалахами роздратовування, гніву, люті з агресією та руйнівними діями. В 70% опитаних жінок віком від 18 до 25 років був виявлений – високий рівень тривожності, а 30 % мають середній рівень. Більшість респондентів тривожні, і лише у небагатьох простежується тривожність допустимого рівня. В жінок віком від 35 до 40 років низький рівень тривожності було виявлено в 1 (5%), середній рівень 14 (75 %) та високий рівень в 2 (20 %).

5. Надано рекомендації жінкам щодо психопрофілактики психоемоційних станів під час вагітності. Основними завданнями психопрофілактики психоемоційних станів вагітних до пологів є: вироблення у жінок свідомого ставлення до вагітності та сприйняття пологів як логічного фізіологічного процесу, створення сприятливого емоційного фону та упевненості у нормальному перебігу вагітності й майбутніх пологів, вироблення навиків з подолання страху перед пологами й можливим больовим відчуттям. Для втручання в проблемні сфери або «об'єкти» необхідно використовуються спеціальні техніки: планування діяльності; градуйовані за ступенем складності завдання; терапія майстерності і задоволення; когнітивний перегляд своїх поглядів; терапія пошуку альтернатив; когнітивна репетиція тощо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. Авраменко Т.В, Шевченко О.А. Особливості психоемоційного стану у вагітних при вродженій патології центральної нервової системи плода. Перинатологія і педіатрія. 2016. С. 42-45.
2. Анчева І. А. Сучасний погляд на психологічну готовність жінки до материнства. Здоров'я жінки. 2017. № 6. С. 50-52.
3. Анчева І. А. Психопрофілактика стресу під час вагітності та пологів. Здоров'я жінки. 2017. № 5. С. 32-34.
4. Бацилева О.В. Вагітність як етап формування материнської сфери жінки. Науковий вісник Миколаївського державного університету ім. В.О. Сухомлинського: Збірник наукових праць. 2010. С. 32 – 37.
5. Бацилева О.В. Особливості психоемоційного стану жінок з переношеною вагітністю. Проблеми сучасної психології. 2015. №27. С. 34–47.
6. Боднар О. В. Літературний огляд досліджень психологічного статусу жінок при нормальному і патологічному перебігу вагітності. Частина перша. Вісник Одеського національного університету. Серія : Психологія. 2015. -Т. 20, Випуск 4. С. 18-28.
7. Боднар ОВ. Деякі індивідуальні ознаки особистості у жінок з патологією вагітності. Вісник ОНУ ім. І.І. Мечнікова. 2016. № 21(3). С. 39-47.
8. Брутман В.І., Філіппова Г.Г., Хамітова І.Ю. Динаміка психічного стану жінки під час вагітності і після пологів. Питання України. 2012. №11. С. 59–69.
9. Вознюк О. Психоаналітичні методи корекції негативних психоемоційних станів. Психолог. 2014. № 5. С. 28-30.
10. Гавриловська К. Порівняльний аналіз емоційних станів молодих матерів із різним соціальним статусом. Прикладні аспекти психології особистісного зростання. Житомир: ЖДУ імені І. Франка, 2015, Випуск 15 С. 83 – 86.

11. Гасюк, М. Використання психомалюнку для психологічної підготовки вагітної жінки до пологів (30-40 тижні вагітності). Психологія і суспільство. 2016. № 3. С. 104-149.

12. Гречко Т. П. Загальна характеристика основних психічних станів особистості. Вісник Національного університету оборони України. 2015. Випуск 4. С. 122-126.

13. Грицук О. В. Когнітивна активність та регуляція емоційних станів особистості. Проектування позитивного життєвого простору особистості : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, 18 – 19 квітня 2019 р. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2019. С. 94 – 97.

14. Дворніченко Л. Л. вагітність як критичний період життя жінки та її родини. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя : збірник наукових праць. Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. С. 235 – 240.

15. Ємець О. Я. Чинники стабілізації психоемоційного стану жінок у пренатальний та постнатальний періоди. Вісник післядипломної освіти. Серія : Соціальні та поведінкові науки. 2019. Випуск 7. С. 34-47.

16. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.

17. Змага А.І. Емоції а їх вплив на сфери особистості. Теорія і практика сучасної психології: реалії й перспективи: збірник матеріалів Міжнародної науково практичної конференції, Київ, 31 жовтня 2019 р. Київ: Міленіум, 2019. С. 118 – 120.

18. Ігумнова О. Б. Програма психокорекції негативних емоційних станів осіб у складних життєвих обставинах. Молодий вчений. 2017. № 11. С. 798-801.

19. Кашаєва А. Емоційні стани як психологічний феномен. Розвиток сучасної освіти і науки: результати, проблеми, перспективи. Аксіологічні аспекти розвитку науки та освіти. Конін –Ужгород – Херсон – Кривий Ріг: Посвіт, 2018. С. 341 – 343.

20. Кириленко Т. С. Емоційні переживання в процесі самореалізації особистості. Наука і освіта. 2016. № 9. С. 71-74.

21. Коkun О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: монографія. Київ: Міленіум, 2014. 265 с.

22. Колос А. Афект як специфічний психоемоційний стан особистості. Матеріали IV Міжнародної студентської наукової конференції «Правова система України в умовах європейської інтеграції: погляд студентської молоді» (15 травня 2020 року). 2020. С. 438 – 440.

23. Коренєва Ю.П. Тривожність і фрустрованість як чинники невротизації вагітних жінок різного віку. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук (доктора філософії) за спеціальністю 19.00.01. Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, м. Луцьк, 2019. 262 с.

24. Коренєва Ю.П. Тривожність як чинник невротизації особистості: теоретичний ракурс проблеми. Теоретичні і прикладні проблеми психології. Випуск 1. 2016. С. 100 – 109.

25. Кравцова О. К. Стресостійкість особистості як психологічний феномен: основні теоретичні підходи. Вісник післядипломної освіти. Серія: Соціальні та поведінкові науки. 2019. Вип. 7. С. 98-117.

26. Краснюк Л. В. Підбір і перевірка ефективного діагностичного інструментарію для дослідження психоемоційного стану особистості. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник тез Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Львів, 21 жовтня 2016 р.). Львів: ЛьвДУВС, 2016. С. 160-164.

27. Крет М. В. Музикотерапія як чинник впливу на психоемоційний стан особистості. Нова педагогічна думка. 2021. № 2. С. 164–168.

28. Крижановська З. Ю. Емоційні особливості жінки в процесі реалізації материнської ролі. Психологічні перспективи. 2014. Випуск 23. С. 148-159.

29. Кузнєцова В.І. Рекомендації щодо організації психологічної допомоги жінкам з ускладненим перебігом вагітності. Вісник ХНУ ім. В.Н. Каразіна. Серія «Психологія». 2010. №902. С. 154–159.

30. Культенко В. П. Когнітивно-поведінкова корекція психоемоційних і вольових станів, спричинених пережитим горем, у жінок. Медична психологія. 2015. Т. 10, № 2. С. 49-52.

31. Лазоренко Б. П. Засоби і технології реінтеграції та реадаптації проблемної молоді, яка пережила наслідки травматичних подій. Ракурси психологічного благополуччя особистості: збірник тез доповіді всеукраїнського науково-практичного семінару, 9 червня 2017 р., м. Ніжин. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2017. С. 90 – 95.

32. Лапа А.Є. Арт-терапія в регуляції емоційних станів особистості. Перспективи розвитку сучасної психології. Збірник наукових праць. Випуск 5. Переяслав. 2019. С. 89 – 93.

33. Літвінова О.В. Емпіричні показники особливостей емоційного стану жінки під час вагітності. Теоретичні і прикладні проблеми психології: збірник наукових праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєверодонецьк : Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2018. № 3(47). Т. 2. С. 67– 70.

34. Літвякова І. А. Дослідження впливу емоцій на стан особистості. Молодий вчений. 2017. № 11. С. 806-809.

35. Макаренко О. М. Специфіка психоемоційних станів дорослої особистості після розлучення. Соціальна робота в Україні: теорія і практика. 2013. № 3-4. С. 168-176.

36. Малина О. Г. Психологічний аналіз негативних психоемоційних станів у професійній діяльності держслужбовців. Проблеми сучасної психології. 2017. № 2. С. 119-126.

37. Мартинюк І.С. Теоретичний аналіз наукових поглядів до вивчення самооцінки вагітних жінок. Психофізіологія та медична психологія. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 32 (71) № 6 2021. С. 107 – 112.

38. Маслюк А. М. Вплив емоційних станів на розвиток особистості. Психологічний часопис. 2017. № 2. С. 57-69.

39. Массанов А. Несприятливі емоційні стани та їх подолання в діяльності особистості. Психологія особистості. 2011. № 1. С. 24-30.

40. Мотрук Т. О. Емоційні стани особистості як психологічний феномен. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Психологія. 2011. № 937, Випуск 45. С. 202-205.

41. Нероба М. В. Материнство як психологічний феномен. Педагогічний процес: теорія і практика. 2015. Випуск 3-4. С. 90-93.

42. Паскаль О. В. Особливості соціально-психологічного супроводу молодих людей на етапі підготовки до вагітності та батьківства. Інноваційна педагогіка. 2020. Випуск 28. С. 255-258.

43. Прокопенко А. В. Психологічна готовність до материнства як психогігієнічна умова усвідомленої вагітності. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Психологія і педагогіка. 2013. Випуск 22. С. 156-159.

44. Прокоф'єва-Акопова С. Вагітність як фактор емоційної нестабільності жінок. Наука і освіта: науково-практичний журнал. 2020. № 3. С. 33-38.

45. Рибін В.П. Негативні емоційні стани як внутрішнє джерело руйнівних думок особистості соціального працівника. Психологія і суспільство, 2016, спецвипуск, том 2, 2016. С. 200-204

46. Родзяк М. М. Психологічний аналіз емоційних переживань вагітних жінок. Психологія: реальність і перспективи. 2013. Випуск 1. С. 187-189.

47. Сергієні О.В. Емоційний стан жінки в різні періоди вагітності. Наукові перспективи. № 7(25) 2022. С. 508 – 521.

48. Сергієнко Н.П. Вплив екстремальних ситуацій на емоційний стан особистості. Бочаровські читання: матеріали науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті проф. С. П. Бочарової (м. Харків, 18 берез. 2016 р.) / МВС України, Харківський національний університет внутрішніх справ. Харків, 2016. С. 95 – 98.

49. Степаненко Л.В. Психологічний аналіз факторів дисгармонійних емоційних станів підлітків. Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць К ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. 2012. Випуск 17. С.577 – 586.

50. Томаржевська І.В. Теоретичні аспекти проблеми психологічної готовності до материнства в молодих жінок. Загальна психологія. Історія психології. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. 2021. С. 141 – 146.

51. Ушакова В. Р. Вплив подружніх відносин на зміни психоемоційної та особистісної сфер вагітних жінок. Медична психологія. 2014. Т. 9, № 3. С. 33-40.

52. Ушакова В.Р. Ефективність впроваджених заходів медико-психологічної підтримки сім'ї в період очікування дитини. Вісник Харківського національного університету №1121. Серія «Психологія», 2014. С. 138 – 144.

53. Фальова О. Є. Напрями та методи психокорекції психічної дезадаптації та порушення розвитку самореалізації особистості жінки в умовах сімейної кризи. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2016. Випуск 6(2). С. 205-209.

54. Фальова О. Є. Взаємозв'язок самоактуалізації та особливостей психоемоційної сфери у жінок при різних станах сімейної кризи. Медична психологія. 2015. Т. 10, № 3. С. 38-42.

55. Ходаківська О. Психологічний вплив стресу на вагітність жінки і на взаємини молодого подружжя. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології», (13). 2019. С. 586 – 596.

56. Христюк В.О. Процес формування особистості дівчини як майбутньої матері. Вісник студентського наукового товариства : збірник наукових праць студентів. Випуск 15. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2016. С. 262 – 264.

57. Чередниченко Т. В. Стиль переживання вагітності як показник психологічної готовності до материнства. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2018. Випуск 1(2). С. 108-113.

58. Швець О. А. Вагітність та пологи як чинники зміни смисложиттєвих орієнтацій жінки : автореферат дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04; Київський національний ун-т імені Тараса Шевченка. Київ: КНУ імені Тараса Шевченка, 2011. 16 с.

59. Шишук О.С. Самосприйняття вагітності як показник психологічного здоров'я жінки. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. Суми: СумДПУ ім. А.С.Макаренка. 2016, №3 (5) С. 142 – 150.

60. Шмілик Н. Особливості взаємозв'язку рівня сформованості готовності до материнства з типом переживання вагітності. Педагогіка і психологія професійної освіти. 2016. № 1. С. 139-148.

61. Шмілик Н. Психологічна готовність до материнства як системний та багатовекторний конструкт. Проблеми гуманітарних наук. Психологія: збірник наук. пр. ДДПУ. Дрогобицький державний педагогічний університет ім. І. Франка. Дрогобич, 2013. Випуск 31. С. 128–141.

62. Шпатаковська Г.В. Дослідження психоемоційного стану жінок у період адаптації до вагітності. Вісник Одеського національного університету. Психологія. Том 14, № 26. 2019. С. 102 – 110.

63. Шрамко І. А. Соціальна підтримка жінок в період вагітності та після пологів. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»: збірник наукових праць. Острог : Вид-во НаУОА, листопад 2018. № 7. С. 108 – 113.

64. Шрамко І.А. Психологічне забезпечення соціальної підтримки жінок під час вагітності та грудного вигодовування: дис. канд. психол. наук: 19.00.05, Сєверодонецьк, 2018. 220 с.

65. Щуревська О. Д. Перебіг вагітності і пологів в умовах соціальних стресів: діагностика та корекція: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.01; Нац. ун-т охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика. Київ, 2021. 32 с.

66. Dunkel-Schetter C. Stress processes in pregnancy and preterm birth. *Current Directions in Psychological Science*. 2009. №18. С. 205–209.

67. Plutchik R. Psychophysiology of individual differences with special reference to emotions. *Annual N. Y Acad. Science*. 1966. V. 134. № 2. P. 776–781.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Авторська анкета дослідження емоційних станів вагітних жінок

1. Ваш вік _____

2. Чи маєте психологічні або емоційні проблеми під час вагітності (страх, тривогу, депресію тощо)?

а) Так;

б) Ні;

3. Пропонувалися у закладі, де спостерігаєте вагітність, послуги перинатального психолога?

а) Так;

б) Ні;

4. Чи задавали медичні спеціалісти запитання про емоційне самоочуття під час контрольних оглядів в консультації?

а) Так;

б) Ні;

в) Іноді;

5. Пропонували пройти психологічні тести під час контрольних візитів до консультації для оцінки емоційного стану?

а) Так;

б) Ні;

в) Іноді;

6. Оберіть психічні стани, які з'явилися під час вагітності:

а) Депресія;

б) Тривожність;

в) Агресія;

г) Розгубленість;

д) Нестійкість уваги;

е) Похмурість;

є) Озлобленість;

ж) Ворожість;

з) Поганий настрій;

и) Роздратування;

і) Гнів;

й) Невпевненість;

к) Ваш варіант _____

7. Відчуваєте, що під час вагітності не вистачає психологічної підтримки?

а) Ні, все добре

б) Так, не вистачає підтримки від родини та/або близьких

в) Так, не вистачає підтримки від лікарів

Дякуємо за відповіді!

Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна

А) Шкала ситуативної тривожності

Інструкція: Уважно прочитайте кожну з наведених нижче пропозицій і закресліть цифру у відповідній графі праворуч залежно від того, як ви почуваетесь в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних та неправильних відповідей немає.

А. Шкала самооцінки реактивної тривожності

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Іабуть, так	Вірно	Цілком вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6.	Я засмучений	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9.	Я собою не вдоволений	1	2	3	4
10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений	1	2	3	4
15.	Я не почуваю скутості, напруженості	1	2	3	4

Продовження додатка Б

16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я занепокоєний	1	2	3	4
18.	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе відчуваєте звичайно. Над твердженнями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
21.	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22.	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23.	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24.	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25.	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26.	Звичайно я відчуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27.	Я спокійний, холоднокровний і зібраний	1	2	3	4
28.	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30.	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31.	Я приймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
32.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4

33.	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35.	У мене буває хандра	1	2	3	4
36.	Я задоволений	1	2	3	4
37.	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38.	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40.	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка результатів

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

$$1. РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50,$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\Sigma 2$ – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$$2. ОТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\Sigma 2$ – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Інтерпретація результатів

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0-30 балів – низький рівень тривожності;

31-45 балів – помірний рівень тривожності;

вище 45 балів – високий рівень тривожності.

Методика «Диференціальна діагностика депресивних станів»

В. А. Жмурова

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

№	Варіанти відповідей			
	0	1	2	3
1	0	1	2	3
2	0	1	2	3
3	0	1	2	3
4	0	1	2	3
5	0	1	2	3
6	0	1	2	3
7	0	1	2	3
8	0	1	2	3
9	0	1	2	3
10	0	1	2	3
11	0	1	2	3
12	0	1	2	3
13	0	1	2	3
14	0	1	2	3
15	0	1	2	3
16	0	1	2	3
17	0	1	2	3
18	0	1	2	3
19	0	1	2	3
20	0	1	2	3
21	0	1	2	3
22	0	1	2	3
23	0	1	2	3
24	0	1	2	3
25	0	1	2	3
26	0	1	2	3
27	0	1	2	3
28	0	1	2	3
29	0	1	2	3
30	0	1	2	3
31	0	1	2	3
32	0	1	2	3
33	0	1	2	3

34	0	1	2	3
35	0	1	2	3
36	0	1	2	3
37	0	1	2	3
38	0	1	2	3
39	0	1	2	3
40	0	1	2	3
41	0	1	2	3
42	0	1	2	3
43	0	1	2	3
44	0	1	2	3

Текст опитувальника

- 1 0 Мій настрій зараз не більше пригнічений (сумний), ніж звичайно.
 - 1 Мабуть, він більш пригнічений (сумний), ніж звичайно.
 - 2 Так, він більш пригнічений (сумний), ніж звичайно.
 - 3 Мій настрій набагато більше пригнічений (сумний), ніж звичайно.
- 2 0 Я відчуваю, що у мене немає тужливого (жалобного) настрою.
 - 1 У мене іноді буває такий настрій.
 - 2 У мене часто буває такий настрій.
 - 3 Такий настрій буває у мене постійно.
- 3 0 Я не почуваю себе так, ніби я залишився(лась) без чогось дуже важливого для мене.
 - 1 У мене іноді буває таке відчуття.
 - 2 У мене часто буває таке відчуття.
 - 3 Я постійно почуваю себе так, ніби я залишився(лась) без чогось дуже важливого для мене.
- 4 0 У мене не буває відчуття, ніби моє життя зайшло в глухий кут.
 - 1 У мене іноді буває таке відчуття.
 - 2 У мене часто буває таке відчуття.
 - 3 Я постійно почуваю себе так, ніби моє життя зайшло в глухий кут.
- 5 0 У мене не буває відчуття, ніби я постарів(ла).
 - 1 У мене іноді буває таке відчуття.
 - 2 У мене часто буває таке відчуття.
 - 3 Я постійно відчуваю, ніби я постарів(ла).
- 6 0 У мене не буває станів, коли на душі дуже важко.

- 1 У мене іноді буває такий стан.
 2 У мене часто буває такий стан.
 3 Я постійно перебуваю в такому стані.
- 7 0 Я почуваю себе спокійним за своє майбутнє, як звичайно.
 1 Мабуть, майбутнє турбує мене дещо більше, ніж зазвичай.
 2 Майбутнє турбує мене значно більше, ніж зазвичай.
 3 Майбутнє турбує мене набагато більше, ніж зазвичай.
- 8 0 У своєму минулому я бачу поганого не більше, ніж зазвичай.
 1 У своєму минулому я бачу поганого дещо більше, ніж зазвичай.
 2 У своєму минулому я бачу поганого значно більше, ніж зазвичай.
 3 У своєму минулому я бачу набагато більше поганого, ніж зазвичай.
- 9 0 Надій на краще в мене не менше, ніж зазвичай.
 1 Таких надій у мене трохи менше, ніж зазвичай.
 2 Таких надій у мене значно менше, ніж зазвичай.
 3 Надій на краще в мене набагато менше, ніж зазвичай.
- 10 0 Я боязкий(ка) не більше, ніж звичайно.
 1 Я боязкий(ка) дещо більше, ніж звичайно.
 2 Я боязкий(ка) значно більше, ніж звичайно.
 3 Я боязкий(ка) набагато більше, ніж звичайно.
- 11 0 Хороше мене радує, як і раніше.
 1 Я відчуваю, що воно радує мене дещо менше, чим раніше.
 2 Воно радує мене значно менше, чим раніше.
 3 Я відчуваю, що воно радує мене набагато менше, чим раніше.
- 12 0 У мене немає відчуття, що моє життя не має сенсу.
 1 У мене іноді буває таке відчуття.
 2 У мене часто буває таке відчуття.
 3 Я постійно відчуваю себе так, ніби моє життя не має сенсу.
- 13 0 Я образливий(а) не більше, ніж зазвичай.
 1 Мабуть, я трохи більш образливий(а), ніж звичайно.
 2 Я образливий(а) значно більше, ніж зазвичай.
 3 Я образливий(а) набагато більше, ніж зазвичай.
- 14 0 Я отримую задоволення від приємного, як і раніше.

- 1 Я отримую такого задоволення дещо менше, ніж раніше.
 2 Я отримую такого задоволення значно менше, ніж раніше.
 3 Я не отримую тепер задоволення від приємного.
- 15 0 Зазвичай я не відчуваю провини, якщо немає на це причини.
 1 Іноді я почуваю себе так, ніби в чомусь я винен(на)
 2 Я часто почуваю себе так, ніби в чомусь я винен(на).
 3 Я постійно почуваю себе так, ніби в чомусь я винен(на).
- 16 0 Якщо щось у мене не так, я звинувачую себе не більше, ніж звичайно.
 1 Я звинувачую себе за це дещо більше, ніж звичайно.
 2 Я звинувачую себе за це значно більше, ніж звичайно.
 3 Якщо щось у мене не так, я звинувачую себе набагато більше, ніж звичайно.
- 17 0 Зазвичай у мене не буває ненависті до себе.
 1 Іноді буває, що я ненавиджу себе.
 2 Часто буває так, що я себе ненавиджу.
 3 Я постійно відчуваю, що я ненавиджу себе.
- 18 0 У мене не буває почуття, ніби я загруз(ла) в гріхах.
 1 У мене іноді тепер буває це почуття.
 2 У мене часто буває тепер це почуття.
 3 Це почуття в мене тепер не проходить.
- 19 0 Я звинувачую себе за проступки інших не більше, ніж звичайно.
 1 Я звинувачую себе за них дещо більше, ніж звичайно.
 2 Я звинувачую себе за них значно більше, ніж звичайно.
 3 За проступки інших я звинувачую себе набагато більше, ніж звичайно.
- 20 0 Стану, коли все здається безглуздим, у мене зазвичай не буває.
 1 Іноді в мене буває такий стан.
 2 У мене часто буває тепер такий стан.
 3 Цей стан у мене тепер не проходить.
- 21 0 Почуття, що я заслужив(ла) на кару, в мене не буває.
 1 Тепер іноді буває.
 2 Воно часто буває в мене.

- 3 Це почуття в мене тепер практично не проходить.
- 22 0 Я бачу в собі не менше хорошого, ніж раніше.
- 1 Я бачу в собі дещо менше хорошого, ніж раніше.
- 2 Я бачу в собі значно менше хорошого, ніж раніше.
- 3 Я бачу в собі набагато менше хорошого, ніж раніше.
- 23 0 Зазвичай я думаю, що в мені поганого не більше, ніж у інших.
- 1 Іноді я думаю, що в мені поганого більше, ніж у інших.
- 2 Я часто так думаю.
- 3 Я постійно думаю, що поганого в мені більше, ніж у інших.
- 24 0 Бажання померти в мене не буває.
- 1 Це бажання в мене іноді буває.
- 2 Це бажання в мене буває тепер часто.
- 3 Це тепер постійне моє бажання.
- 25 0 Я не плачу.
- 1 Я іноді плачу.
- 2 Я плачу часто.
- 3 Я хочу плакати, але сліз у мене вже немає.
- 26 0 Я не відчуваю, що я дратівливий(ва).
- 1 Я дратівливий(ва) дещо більше, ніж звичайно.
- 2 Я дратівливий(ва) значно більше, ніж звичайно.
- 3 Я дратівливий(ва) набагато більше, ніж звичайно.
- 27 0 У мене не буває станів, коли я не відчуваю своїх емоцій.
- 1 Іноді в мене буває такий стан.
- 2 У мене часто буває такий стан.
- 3 Цей стан у мене тепер не проходить.
- 28 0 Моя розумова активність ніяк не змінилася.
- 1 Я відчуваю тепер якусь "неясність" у своїх думках.
- 2 Я відчуваю тепер, що я сильно "отупів (ла)", ("у голові мало думок").
- 3 Я зовсім ні про що тепер не думаю ("голова пуста").
- 29 0 Я не втратив(ла) інтерес до інших людей.
- 1 Я відчуваю, що колишній інтерес до людей дещо зменшився.
- 2 Я відчуваю, що мій інтерес до людей набагато зменшився.
- 3 У мене зовсім пропав інтерес до людей ("я нікого не хочу бачити").
- 30 0 Я приймаю рішення, як і зазвичай.

- 1 Мені важче приймати рішення, ніж зазвичай.
 2 Мені набагато важче приймати рішення, ніж зазвичай.
 3 Я вже не можу сам(а) ухвалити ніяких рішень.
- 31 0 Я не менш привабливий(а), ніж звичайно.
 1 Мабуть, я дещо менш привабливий(а), ніж зазвичай.
 2 Я значно менш привабливий(а), ніж зазвичай.
 3 Я відчуваю, що я виглядаю тепер просто потворно.
- 32 0 Я можу працювати, як звичайно.
 1 Мені дещо важче працювати, ніж зазвичай
 2 Мені значно важче працювати, ніж зазвичай.
 3 Я зовсім не можу тепер працювати ("все валиться з рук").
- 33 0 Я сплю не гірше, ніж зазвичай.
 1 Я сплю дещо гірше, ніж зазвичай.
 2 Я сплю значно гірше, ніж зазвичай.
 3 Тепер я майже зовсім не сплю.
- 34 0 Я втомлююся не більше, ніж зазвичай.
 1 Я втомлююся дещо більше, ніж зазвичай.
 2 Я втомлююся значно більше, ніж зазвичай.
 3 У мене вже немає ніяких сил щось робити.
- 35 0 Мій апетит не гірше, ніж звичайно.
 1 Мій апетит дещо гірше, ніж звичайно.
 2 Мій апетит значно гірше, ніж звичайно.
 3 Апетиту в мене тепер зовсім немає.
- 36 0 Моя вага залишається незмінною.
 1 Я трохи схуд(ла) останнім часом.
 2 Я помітно схуд(ла) останнім часом.
 3 Останнім часом я дуже схуд(ла).
- 37 0 Я дорожу своїм здоров'ям, як і зазвичай.
 1 Я дорожу своїм здоров'ям менше, ніж зазвичай
 2 Я дорожу своїм здоров'ям значно менше, ніж зазвичай.
 3 Я зовсім не дорожу тепер своїм здоров'ям.
- 38 0 Я цікавлюся сексом, як і раніше.
 1 Я дещо менше цікавлюся сексом, ніж раніше.
 2 Я цікавлюся сексом значно менше, ніж раніше.

- 3 Я повністю втратив(ла) інтерес до сексу.
- 39 0Я не відчуваю, що моє "Я" якимось змінилося.
- 1 Тепер я відчуваю, що моє "Я" дещо змінилося.
 - 2 Тепер я відчуваю, що моє "Я" значно змінилося.
 - 3 Моє "Я" так змінилося, що тепер я не впізнаю себе сам(а).
- 40 0Я відчуваю біль, як і зазвичай.
- 1 Я відчуваю біль сильніше, ніж зазвичай.
 - 2 Я відчуваю біль слабше, ніж зазвичай.
 - 3 Я майже не відчуваю тепер болю.
- 41 0Деякі розлади (сухість у роті, серцебиття, запори, задуха) в мене бувають не частіше, ніж зазвичай.
- 1 Ці розлади бувають у мене дещо частіше, ніж звичайно.
 - 2 Деякі з цих розладів бувають у мене значно частіше, ніж звичайно.
 - 3 Ці розлади бувають у мене набагато частіше, ніж звичайно.
- 42 0Вранці мій настрій зазвичай не гірше, ніж ближче до ночі.
- 1 Вранці він у мене трохи гірший, ніж ближче до ночі.
 - 2 Вранці він у мене значно гірший, ніж ближче до ночі.
 - 3 Вранці мій настрій набагато гірший, ніж ближче до ночі.
- 43 0У мене не буває спадів настрою навесні (восени).
- 1 Таке якимось зі мною було.
 - 2 Зі мною таке було два або три рази.
 - 3 Зі мною було таке багато разів.
- 44 0 Поганий настрій у мене буває, але це триває недовго.
- 1 Пригнічений настрій у мене може тривати по тижню, до місяця
 - 2 Пригнічений настрій у мене може тривати місяцями.
 - 3 Пригнічений настрій у мене може тривати до року й більше.

Обробка результатів. Визначається сума відзначених номерів відповідей (вони одночасно є балами). Інтерпретація результатів: 1-9 - депресія відсутня, або незначна; 10-24 - депресія мінімальна; 25-44 - легка депресія; 45-67 - помірна депресія; 68-87 - виражена депресія; 88 і більше - глибока депресія.

Методика Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів»

Мета: Тест дозволяє оцінити деякі не адаптивні стани (тривога, фрустрація, агресія) і властивості особистості (тривожність, фрустрованість, агресивність, ригідність).

Інструкція: Уважно прочитайте опис різних психічних станів. Якщо цей опис збігається з вашим станом і стан виникає часто, то необхідно оцінити його в 2 бали. Якщо цей стан виникає зрідка, то ставиться 1 бал. Якщо не збігається з вашим станом - 0 балів.

Методика "Самооцінка психічних станів" (за Г. Айзенком)

№ з/п	Психічні стани	Підходить	Не дуже підходить	Не підходить
		2	1	0
1	Не відчуваю у собі впевненості			
2	Часто червонію без причини			
3	Мій сон мене непокоїть			
4	Легко починаю нудьгувати			
5	Непокоюся через неприємності, які є тільки в уяві			
6	Мене лякають труднощі			
7	Люблю аналізувати свої недоліки			
8	Мене легко переконати			
9	Я підозрілива			
10	Важко перенешу час очікування			
11	Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, із яких можна знайти вихід			
12	Неприємності мене сильно засмучують, я падаю духом			
13	У неприємних ситуаціях я схильна без поважних причин звинувачувати себе			
14	Нешастя та невдачі нічому мене не вчать			
15	Я часто відмовляюся від боротьби, вважаю її даремною			
16	Я часто почуваю себе беззахисною			

17	Іноді у мене буває стан відчаю			
18	Відчуваю розгубленість перед труднощами			
19	У важкі хвилини життя іноді поведжуся як дитина, хочу, щоб мене пожаліли			
20	Вважаю недоліки свого характеру невиправними			
21	Залишаю за собою право вирішального голосу			
22	Часто при розмові перебиваю співрозмовника			
23	Мене легко розсердити			
24	Люблю робити зауваження іншим			
25	Хочу бути авторитетом для оточуючих			
26	Не задовольняюсь малим, хочу більшого			
27	Коли розгніваюсь, погано себе стримую			
28	Більше люблю керувати, ніж підкорятися			
29	У мене різка, грубувата жестикуляція			
30	Я злопам'ятна			
31	Мені важко змінювати звички			
32	Нелегко переключати увагу			
33	З обережністю ставлюся до всього нового			
34	Мене важко переконати			
35	Нерідко у мене з голови не виходять думки, яких потрібно позбутися			
36	Нелегко зближуюся з людьми			
37	Мене розчаровує навіть незначні зміни плану			
38	Я проявляю впертість			
39	Неохоче йду на ризик			
40	Різко реауюю на відхилення від прийнятого мною режиму			

Методика оцінювання

Підраховується кількість балів за кожен з чотирьох груп питань:

I - 1-10-те питання - *тривожність*;

II - 11-20-те питання - *фрустрація* (психологічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що виникає в конфліктній ситуації);

III - 21-30-те питання - *агресивність*;

IV - 31-40-ве питання - *ригідність* (тенденція до збереження своїх стереотипів, способів мислення, нездатність змінити власну точку зору).

Інтерпретація результатів

Тривожність:

0-7 балів - низька тривожність;

8-14 балів - тривожність середня, допустимого рівня;

15-20 балів - висока тривожність.

Фрустрація:

0-7 балів - висока самооцінка, стійкість до невдач, ви не боїтеся труднощів;

8-14 балів - середній рівень самооцінки, має місце фрустрація;

15-20 балів - низька самооцінка, ви уникаєте труднощів, боїтеся невдач.

Агресивність:

0-7 балів - ви спокійні, стримані;

8-14 балів - середній рівень агресії;

15-20 балів - ви агресивні, нестримані, маєте труднощі в стосунках з людьми.

Ригідність:

0-7 балів - ригідності нема;

8-14 балів - середній рівень;

15-20 балів - сильно виражена ригідність, вам протипоказані зміна місця роботи, зміни в сім'ї.