

УДК 159.953.34:159.954.4-027.21 [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2019.8\(53\).12](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2019.8(53).12)

**ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ
УСКЛАДНЕНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ
В СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ**

Людмила Ширяєва

**кандидат психологічних наук, професор,
професор кафедри психології**

Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова,
01601, Україна, м. Київ, вул. Пирогова, 9
shln_2010@ukr.net, <http://orcid.org/0000-0002-4797-7340>

Юлія Капустіна

аспірантка кафедри психології

Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова,
01601, Україна, м. Київ, вул. Пирогова, 9
kpstnyu2019@ukr.net, <http://orcid.org/0000-0002-9683-5488>

Анотація

Статтю присвячено аналізу теоретичних підходів до проблеми реалізації репродуктивного потенціалу жінок дітородного віку. Акцентується увага на соціальних проблемах, соціально-психологічних особливостях репродуктивної установки безплідних чоловіків і жінок, особливостях самосприйняття і самооцінки жінок у безплідному шлюбі, гендерній ідентичності жінок, які страждають на безпліддя, причинах психологічної неготовності до материнства та ін. Розглядається модель репродуктивного здоров'я жінки, яка охоплює медико-біологічні (генотип, особливості фізичного розвитку та стан соматичного здоров'я, особливості розвитку репродуктивної сфери та захворювання репродуктивної системи, сексуальний дебют, перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду), психосоціальні (умови існування та особливості взаємодії з близьким та далеким оточенням, економічні можливості та професійна приналежність, соціально-побутові умови, психотравмуючі події та фактори, доступність медичної допомоги, екологічний та кліматичний стан середовища життєзабезпечення, вимоги та традиції) та індивідуально-психологічні складові (когнітивні, емоційно-мотиваційні та поведінкові компоненти). Звертається увага на те, що безпліддя можна розглядати в трьох аспектах: як наслідок порушення репродуктивної функції, як клінічний діагноз та як психосоціальне явище. Процес адаптації до безпліддя складний та охоплює такі етапи: латентний (психологічна адаптація до діагнозу), терапевтичний (проходження діагностичних та лікувальних процедур), етап відносної стабільності (зниження мотивації до лікування, зневіра в успішний результат) та кризовий етап (посилення психологічної дезадаптації).

Безпліддя призводить до негативних змін у структурі психоемоційного стану, самооцінки жінки і соціального самопочуття подружжя та може викликати порушення у сімейних відносинах. Саме тому наголошується на необхідності комплексного обстеження жінки, що, насамперед, охоплює психодіагностику психоемоційної сфери особистості.

Ключові слова: безпліддя, психодіагностика, психоемоційна сфера, репродуктивний потенціал, репродуктивна установка, допоміжні репродуктивні технології.

Вступ

Потреба вивчення психологічних особливостей жінок з проблемами реалізації репродуктивного потенціалу є необхідною та своєчасною. Ця проблема є однією з найбільш актуальних медичних, соціально-демографічних, психологічних проблем, яка зумовлена поєднанням соціального-психологічного неблагополуччя, та майже завжди фізичного нездоров'я і психологічної напруги в сім'ї. Згідно з даними Міністерства охорони здоров'я України, у 2016 році було зареєстровано 38 998 випадків жіночого безпліддя (77,67% серед усіх випадків жіночого і чоловічого безпліддя) та 11 210 випадків чоловічого безпліддя (22,32% відповідно). Отже, майже 20% населення країни мають та визнають наявність проблеми з реалізації батьківства (Лесовська, 2017).

Жінки з проблемами реалізації репродуктивного потенціалу, які наважуються на проходження програм ДРТ (допоміжних репродуктивних технологій), страждають не тільки фізично, але й психологічно. Усвідомлення змісту інтимних переживань, що із самого початку визначаються неусвідомлюваними механізмами, вимагає серйозних наукових роздумів щодо самих переживань, так і глибинних проблем, їх діагностування, корекції та профілактики. Особливо це актуально для нашої країни, де соціальний запит на такі психологічні послуги стикається з майже цілковитою відсутністю теоретичного, методичного та організаційного забезпечення, на відмінну від зарубіжної психологічної науки.

Практично всі дослідники визнають, що безпліддя є серйозним стресором. Стан хронічної фрустрації і, як наслідок цього, дистрес, призводять до розвитку у безплідних жінок психологічних розладів неспсихотичного рівня, передусім тривожно-депресивного кола. Наслідком цього стресу є депресивні реакції, ізоляція, невпевненість у собі, дратівливість та сором. На жаль, на сьогодні немає достатніх даних про психологічний стан жінок з проблемами реалізації репродуктивного потенціалу, що проходять лікування методом ЕКЗ (екстракорпорального запліднення).

Мета дослідження полягає в аналізі теоретичних підходів до проблем жінок з порушеннями репродуктивного здоров'я у науковій психолого-педагогічній та медичній літературі. **Завдання** дослідження: визначити теоретичні підходи до вивчення проблеми ускладненої реалізації репродуктивного потенціалу в сучасній науці.

Методи дослідження

В статті використано теоретичні методи дослідження: аналіз наукової психолого-педагогічної та медичної літератури, систематизація та узагальнення теоретичних даних.

Результати та дискусії

Сучасні зарубіжні та вітчизняні психологи, досліджуючи психологічні проблеми безплідності у разі запліднення *in vitro*, розглядали порушену проблему в різних контекстах: як соціальну проблему (Карымова, 2010); соціально-психологічні особливості репродуктивної установки безплідних чоловіків і жінок (Крутова, 2006); особливості самосприйняття і самооцінки жінок у безплідному шлюбі (Свяцкевич, 2002); гендерну ідентичність жінок, які страждають на безпліддя (Себелева, 2014); причини психологічної неготовності до материнства (Филиппова, 2002).

З позиції сімейної психології О. Дьячкова (Дьячкова, 2013) стверджує, що дистрес, який викликаний порушенням репродуктивної функції та лікуванням, впливає на різні

сторони життя подружньої пари та веде до обмежень у подружніх стосунках, підвищує почуття провини, тривожності та депресії, а діагностичні процедури й лікувальні заходи призводять до посилення психоемоційного напруження. Е. Ейдемиллер, І. Добряков, І. Нікольська говорять про безпліддя в шлюбі як про хронічні труднощі, які виникають у сім'ї, загрожуючи її життєдіяльності (Эйдемиллер & Добряков & Никольская, 2006).

Е. Айзятупова (Айзятупова, 2013), Н. Дементьева (Дементьева, 2011), А. Іванова (Іванова, 2010), Є. Кришталь та М. Маркова (Кришталь & Маркова, 2008), В. Менделевич (Менделевич, 1996) розглядають дану проблему з позиції медичної психології. Вони вказують, що психоемоційні порушення пацієнток, що проходять лікування методом ЕКЗ, є наслідком ускладнення даної процедури.

Більшість досліджень психологічних проблем безплідності у разі запліднення *in vitro* стосуються лише окремих аспектів проблеми: тривожності (Петрова, 2006); динаміки та механізмів трансформації ціннісно-сислової сфери (ЦСС) жінок (Мурашко, 2007). Не враховуються особливості психологічного статусу жінки, мотиваційна складова материнства.

Умови сьогодення диктують жінці намагання поєднати професійну діяльність та сімейні обов'язки, що зі свого боку призвело до ускладнення реалізації її репродуктивних орієнтацій. Тому часто буває, що жінка в гонитві за кар'єрою та матеріальними благами, відкладає плани на вагітність до «кращих часів». Так, Я. Скрябіна вказує, що «активна участь жінок у політиці, економіці та житті суспільства відволікає їх від сімейних обов'язків, не дозволяє їм повноцінно присвятити себе домашньому затишку, народженню і вихованню дітей» (Скрябіна, 2011: 15).

У репродукції біологічного виду існує поняття «генетичної рулетки» – це, так званий, природній відбір, який піклується про збереження виду та продовження роду. Репродуктивна функція не може бути реалізована без чоловічої або жіночої особини. На основі цього можна сказати, що реалізація репродуктивної функції залежить від стану репродуктивного здоров'я як жінки, так і чоловіка.

О. Бацилева зі співавторами розробили модель репродуктивного здоров'я жінки, яка охоплює *медико-біологічні, психосоціальні та індивідуально-психологічні складові* (Бацилева, 2014).

До *медико-біологічних* належить: генотип, особливості фізичного розвитку та стан соматичного здоров'я, особливості розвитку репродуктивної сфери та перебіг пубертатного періоду, адаптаційні можливості організму та рівень стресостійкості, захворювання репродуктивної системи, у тому числі і ЗПСШ, сексуальний дебют, перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду.

До *психосоціальних* складових входять: умови існування та особливості взаємодії (у пренатальному періоді, з близьким та далеким оточенням, економічні можливості та професійна приналежність, соціально-побутові умови, психотравмуючі події та фактори, доступність медичної допомоги, екологічний та кліматичний стан середовища життєзабезпечення), вимоги та традиції (історичні, культурні, релігійні, етичні, соціальні).

Індивідуально-психологічна складова зі свого боку містить: когнітивні, емоційно-мотиваційні та поведінкові компоненти (Бацилева, 2014).

Когнітивний компонент охоплює знання про: здоровий спосіб життя, морфофункціональні особливості та розвиток репродуктивної сфери на різних етапах онтогенезу, статеворольове функціонування, ефективну репродуктивну поведінку.

Емоційно-мотиваційний компонент відповідає за: формування мотивації на здоровий спосіб життя, цінність репродуктивного здоров'я та ефективну репродуктивну поведінку; адекватне реагування на зміни, що відбуваються у репродуктивній сфері; психологічну готовність до материнства; формування ефективних взаємовідносин та внутрішньо-особистісної гармонії на різних етапах функціонування репродуктивної сфери.

Поведінковий компонент відповідає за: виконання ролей, пов'язаних з репродуктивною функцією; формування та реалізацію репродуктивних установок на – здоровий спосіб життя, підтримку психосексуального здоров'я, планування вагітності, народження та виховання здорової дитини, адекватні взаємовідносини у сім'ї; формування ефективних паттернів репродуктивної поведінки. Така модель пропонує комплексний підхід до вивчення стану репродуктивного здоров'я жінок, а також зосереджує увагу на сукупності чинників, які детермінують стан репродуктивної функції жінки: медико-біологічні, фізіологічні, психологічні, соціально-економічні та соціокультурні (Бацилева, 2014)

Л. Гудзевич та Л. Дубовик вказують, що стан репродуктивного здоров'я людини тісно пов'язаний із різнобічними аспектами планування сім'ї. Адже основи здоров'я людини, зокрема, репродуктивного, закладаються під час запліднення (Гудзевич & Дубовик, 2014). Зі свого боку Л. Волинець зазначає, що низький рівень репродуктивного здоров'я жінок ще до настання вагітності проявляється і під час вагітності та пологів (Волинець & Січкара, 2005).

Безпліддя призводить до негативних наслідків для самооцінки і соціального самопочуття подружжя, викликає серйозні порушення сімейних відносин, є причиною розлучення, а в тому випадку, коли безплідний шлюб зберігається – причиною соціальної ізоляції безплідної сім'ї. Наявні в суспільстві стійкі соціальні установки і цінності звеличують роль материнства і дитинства, затверджують як норму загальне обов'язкове батьківство. В зарубіжній літературі це явище отримало назву «пронаталізм». Рольові очікування стосовно жінок міцно пов'язані з необхідністю успішної реалізації репродуктивної функції, а уявлення про жіночність інтуїтивно пов'язується з наявністю нормативних материнських якостей, таких, як ніжність, м'якість, доброта, турбота про близьких, любов до дітей. Засвоєні у процесі соціалізації пренатальні цінності, специфічні рольові приписи спричиняють те, що у безплідному шлюбі жінка буде гостро відчувати свою обділеність, ущербність, соціальну неповноцінність, навіть в тому випадку, коли причина сімейного безпліддя – стан здоров'я чоловіка.

Для всіх жінок особливості соціального контексту ситуації безплідного шлюбу є подібними. Одна зі складових – це ставлення найближчого оточення. Розглядаючи соціально-психологічні аспекти безплідного шлюбу І. Свяцкевич показала, що абсолютно всі вимушено бездітні жінки, які мають батьків, повідомляють про те, що батьки тією чи іншою мірою чекають онуків. І, з одного боку, очікування батьків може оцінюватися жінками як підтримка їхнього прагнення стати матір'ю, а, з іншого, відігравати негативну роль, створюючи відчуття «тиску», «пресингу» (Свяцкевич, 2002).

Важливо зазначити, що очікування з боку власних батьків і батьків чоловіка посилюються зі збільшенням стажу офіційного шлюбу і зі збільшенням тривалості періоду медичного обстеження та лікування щодо безпліддя. Чим більший стаж офіційного шлюбу і чим довший період обстеження та лікування, тим сильнішими, з точки зору досліджуваних, стають очікування батьків. Крім того, значно більшу силу батьківських очікувань зауважують жінки, що перебувають в офіційному шлюбі, у порівнянні з тими, хто у цивільному шлюбі (Свяцкевич, 2002).

Жінки, які проживають у сільській місцевості, також підкреслюють велику силу батьківських очікувань, на відміну від міських. На меншу силу очікувань з боку батьків чоловіка звертають увагу ті жінки, у кого чоловіки у другому шлюбі, а також ті, у кого чоловіки мають дітей поза цим шлюбом (Свяцкевич, 2002).

О. Бацилева вказує, що до вагомих факторів, які впливають на стан репродуктивного здоров'я молоді, потрібно віднести й такі психосоціальні чинники, як: вільне ставлення до шлюбу; недостатній рівень загальної та репродуктивної культури населення; високий рівень штучного переривання вагітності, що (особливо, в ранньому репродуктивному віці) ставить під загрозу репродуктивні можливості жінки у майбутньому; трансформацію репродуктивної поведінки (що призводить до збільшення частоти захворювань, які передаються статевим шляхом, та непланованої вагітності, яка супроводжується великою кількістю ускладнень і недостатньою психологічною й соціально-економічною підготовленістю молодих жінок до материнства й створення сім'ї) (Бацилева, 2014).

Депресивний чинник може призводити до серйозних медико-соціальних наслідків: порушення психосоціального функціонування; зниження продуктивності праці; підвищення ризику захворюваності; інвалідизації та смертності; погіршення клінічного перебігу соматичних захворювань; зниження якості життя хворих; зниження прихильності пацієнтів лікуванню (Benyamini, Gozlan & Kokia, 2005; Cox, 1975; Frederiksen, Farver-Vestergaard & Skovgård, 2015).

О. Кутявіна, О. Курамшев, А. Міфтахова наголошують, що на реалізацію сформованих репродуктивних установок впливає низка соціально-гігієнічних, медичних, соціально-психологічних та інших факторів, серед яких можна назвати рівень освіти та соціальне становище членів сім'ї, і, перш за все, жінки, рівень матеріального благополуччя, національний склад населення, урбанізацію, професійну діяльність членів сім'ї, задоволення шлюбом (Кутявіна, Курамшев & Мифтахова, 2014).

На реалізацію репродуктивної функції значно впливає місце проживання подружжя (село, місто). Жінки, які проживають у сільській місцевості, мали більшу кількість вагітностей, ніж міські, у них великі показники народжуваності. У містах, різних за своєю величиною, народжуваність також неоднакова. Результати епідеміологічних досліджень, як вказує Н. Онул, свідчать про більш високі показники жіночого безпліддя у промислових містах, що підтверджує позицію екологічної репродуктології щодо негативного впливу техногенної контамінації довкілля на генеративну систему людини, зокрема, на показники фертильності (Онул, 2014). Частота та поширеність жіночого безпліддя у промислових містах в 3-6 разів переважає ті самі показники у непромислових містах.

У медичній галузі на сьогоднішній день є невідповідність пріоритетів щодо проблеми реалізації репродуктивного потенціалу. Науковці наголошують, що

психологічний клімат для жінки відіграє не останню роль в реалізації репродуктивної функції, проте з практичної точки зору психоемоційний стан не враховується та відходить на другий план.

А. Каграманян говорить про те, що порушення репродуктивної функції супроводжуються змінами у структурі психоемоційного стану, які проявляються високим рівнем стресу та дезадаптацією. Вона зазначає, що жінки з порушенням репродуктивного здоров'я, мають комплексно обстежуватися, окрім того, крім медичних засобів діагностики, потрібно застосовувати і психодіагностику, а саме визначення рівня психоемоційного стресу, наприклад, за шкалою Л. Рідера та рівнів психологічної адаптації за тестом Люшера (Каграманян, 2015).

Дослідники і практики медицини (Бацилева, 2014; Дейнека, 2001; Иванова, 2010; Крутова, 2006; Менделевич, 1996; Петрова, 2006; Фоменко, 2008) визначають психогенне безпліддя та говорять про те, що жінкам з таким діагнозом, притаманний опір до зачаття, який ними не усвідомлюється, а порушення репродуктивної функції може бути пов'язаним із особливостями сімейних і статевих відносин. Так, Н. Демент'єва визначає, що психогенне безпліддя для жінок – це хронічна ситуація невизначеності репродуктивного статусу, тому вони потребують спеціалізованої психопрофілактичної та психокорекційної роботи, спрямованої, перш за все, на зниження нервово-психологічної напруги, розвиток толерантності до впливу стигматизації, розширення кола інтересів, скорочення дефіциту здатності до відкритих контактів у подружніх відносинах, корекцію відповідальності за сімейну ситуацію, підвищення комунікативної подружньої компетентності тощо (Демент'єва, 2011).

Л. Кокс пов'язує безпліддя нез'ясованого генезу з конфліктним дитинством, різними соціальними факторами, невдалими взаємовідносинами у сім'ї, страхами вагітності, материнства, пологами і післяпологовими психозами, протиріччям між прагненням до професійної діяльності і материнством (Сох, 1975).

Н. Дейнека (Дейнека, 2001) розглядає безпліддя в трьох аспектах, а саме: як наслідок соматичного неблагополуччя (порушення репродуктивної функції), як клінічний діагноз (підтвердження захворювання) та як психосоціальне явище (зміна соціальної активності та поведінки). Нею було констатовано, що процес адаптації до безпліддя має декілька етапів:

- латентний (від 1,5 до 3-х років, від моменту усвідомлення безпліддя до першого звернення за медичною допомогою). Його суть полягає у психологічній адаптації жінки до свого діагнозу. Формується внутрішній конфлікт щодо хвороби: з одного боку, підтвердження найгірших побоювань, з іншого – надія на допомогу лікаря та одужання. Розв'язання даного протиріччя визначає подальшу мотивацію до лікування та поведінку в хворобі;

- терапевтичний (від 6 місяців до 3-х років). Для цього етапу характерне проходження достатньо інтимних й болючих діагностичних та лікувальних процедур, а також стан постійної напруги в очікуванні вагітності й розчарування у разі початку менструації;

- етап відносної стабільності (тривалість безпліддя 4-6 років). Характерним для цього етапу є: тимчасове зниження мотивації до лікування, зневіра в успішний результат

лікування. З'являється компенсаторний компонент, який проявляється у переорієнтації на професійну та інші форми соціальної активності;

- кризовий етап (тривалість безпліддя 7-9 років). На цьому етапі спостерігається посилення психологічної дезадаптації, що виражається неадекватною оцінкою безплідності (Дейнека, 2001).

На підставі описаних дослідницею динамічних особливостей психологічного реагування на хворобу розкриваються закономірності формування внутрішньої картини хвороби та ставлення до безпліддя, а також показується значення психологічної допомоги на кожному визначеному етапі, що дозволяє реалізувати диференційований підхід залежно від тривалості, клінічного перебігу захворювання та індивідуально-психологічних реакцій пацієнток (Дейнека, 2001).

Негативний вплив психоемоційних порушень на лікування жінок з проблемами реалізації репродуктивного потенціалу зауважує також А. Іванова (Іванова, 2010). На підставі проведеного дослідження, яке охопило оцінку психоемоційного стану та актуальної соціальної ситуації, вона виокремлює чинники, від яких залежить ступінь вираженості та частота психоемоційних порушень: соціальний статус, тривалість лікування, особистісні особливості (Іванова, 2010).

Вченою було розроблено та успішно впроваджено корекційну програму подолання безпліддя різного генезу з урахуванням його етіології, глибини психоемоційних порушень, особливостей етапів і видів лікування. Ця програма в комплексному лікуванні безпліддя різного генезу дозволила знизити частоту та вираженість психоемоційних порушень і досягти істотного підвищення ефективності лікування безпліддя. Спираючись на результати дослідження, дослідниця говорить про доцільність обстеження інфертильних жінок за допомогою проведення психологічного тестування, а також виявлення психогенних факторів немедичного та медичного характеру, що чинять негативний вплив на психологічний стан пацієнтки і, як наслідок, на результат лікування; необхідність включення психокорекції у комплексну терапію безпліддя різного генезу (Іванова, 2010).

Сьогодні одним із ефективних методів лікування непліддя є застосування програм допоміжних репродуктивних технологій. Із впровадженням новітніх технологій щодо лікування безпліддя виникають питання психологічного стану жінок, які користуються цим методом лікування. Так, Ж. Гарданова, В. Зибайло, А. Копитов, О. Кулакова, В. Філімоненкова говорять про стресогенність ситуації проходження програми допоміжних репродуктивних технологій та підвищення рівня тривожності в цей період. Ці стани розглядаються як фактор, який впливає на ефективність протоколу екстракорпорального запліднення (Гарданова, 2008; Зибайло, Філімоненкова & Копитов, 2015; Кулакова, 2008).

Е. Айзятюлова говорить, що «розвинені методи лікування, як-от запліднення *in vitro* (запліднення в пробірці) може привести до депресії і симптомів тривоги у 5–10 % жінок» (Айзятюлова, 2013: 59). Отримані автором дані говорять про більш високий рівень психоемоційного напруження, підвищення рівня тривожності і депресії в основній групі респондентів у порівнянні з контрольною групою. Також прослідковується зв'язок із попередніми вагітностями пацієнток (якщо вони мали місце в анамнезі) та рівнем тривоги і депресії (Айзятюлова, 2013).

Д. Ниаури, Н. Петрова, Є. Подольхов говорять, що наявність вагітностей у минулому, які закінчилися самовільним або штучним перериванням, зменшує негативні психоемоційні стани, а позаматкова вагітність, яка закінчилася тубектомією, навпаки, підвищує їхній рівень. Це пояснюється тим, що для жінки єдиним шансом стати матір'ю є тільки процедура екстракорпорального запліднення. Тобто дослідники припускають, що психоемоційні розлади є наслідком тривалого безпліддя, діагностичних процедур та лікування (Подольхов, Ниаури & Петрова, 2009). Вони наголошують на тому, що вивчення психоемоційного стану жінок з діагнозом безпліддя повинно бути комплексним та охоплювати: клініко-анамнестичні, лабораторні методи дослідження; інструментальні методи діагностики; експериментально-психологічне обстеження та психологічне консультування (Подольхов, Ниаури & Петрова, 2009).

Отже, науковці надають чималого значення психологічній стороні під час розв'язання проблеми реалізації репродуктивного потенціалу жінок. Проте емпіричні дослідження зводяться лише до вивчення стресу, тривожно-депресивних станів та психоемоційної напруги – це говорить про однобічний підхід до вивчення психологічних особливостей жінок з проблемами реалізації репродуктивного потенціалу. Позитивним зрушенням є те, що всі автори вказують на позитивну динаміку в лікуванні саме за допомогою введення в комплексне лікування інфертильних жінок психодіагностики та психокорекції. І, відтак, наголошують на необхідності впровадження у комплексну терапію програм психологічної допомоги.

Висновки

Жінка, яка має проблему реалізації репродуктивного потенціалу, переживає спектр негативних станів, які нашаровуються у процесі лікування безпліддя, та зі свого боку породжують внутрішню нерівновагу. Глибина переживань є динамічною і може змінюватися протягом різних етапів безплідності (знайомство з хворобою, адаптація до «нового» стану, лікування консервативне/оперативне, лікування за допомогою ДРТ та отримання результату).

Аналіз проблемних питань щодо реалізації репродуктивного потенціалу у жінок з неплідністю широко освітлено в сучасній науковій літературі лише в контексті відповіді на питання «чому немає дітей». Коли є необхідність звернення за допомогою до фахівців-репродуктологів і, до того ж, потреба використання програми екстракорпорального запліднення, у жінки формується додаткове психоемоційне навантаження. У цьому стані проявляється дуалізм у вигляді визнання проблеми непліддя та невизнання потреби у лікуванні.

Використання ЕКЗ поглиблює психоемоційний розлад, бо звернення по допомогу – це визнання власної неспроможності та слабкості у розв'язанні питання, що супроводжується руйнацією деяких власних поглядів та самоставлення. Соціально-психологічна дезадаптація поглиблюється, подекуди відбувається руйнація образу Я, зростає нервово-психічна напруга, формується внутрішньо-особистісний конфлікт, а діагностичні та лікувальні маніпуляції ведуть до підсилення психоемоційної напруги.

Порушення репродуктивного здоров'я, визнання неспроможності стати мамою є потужним стресором для жінки, який на додачу ще й формує безліч проблем та впливає на всі сфери життя, починаючи від власних стосунків у сім'ї до суспільної поведінки.

Перспективи подальших наукових досліджень будуть полягати в емпіричному дослідженні психологічних особливостей жінок раннього дорослого віку з проблемами реалізації репродуктивного потенціалу.

Література

1. Айзятупова, Э.М. (2013). Личностные особенности, отношение к болезни, уровень тревожности у женщин в бесплодном браке. *Медицина психология*, 3, 29-33.
2. Бацилева, О.В. (2014). Індивідуально-психологічні особливості жінок із порушенням репродуктивного здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету*, 2 (2), 90-94. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2014_2\(2\)_19](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2014_2(2)_19).
3. Волинець, Л.С., & Січкарь, О.О. (2005). *Реабілітаційна робота з «дітьми вулиць» у притулках для неповнолітніх*. Київ : Калита.
4. Гарданова, Ж.Р. (2008). *Пограничные психические расстройства у женщин с бесплодием в программе экстракорпорального оплодотворения и их психотерапевтическая коррекция*. (Автореф. дис. д-ра мед. наук). Москва.
5. Гончаров, Г.В. (2011). *Психофизиологическая коррекция стресса бесплодия у женщин в программе экстракорпорального оплодотворения*. (Автореф. дис. канд. мед. наук). Волгоград.
6. Гудзевич, Л.С., & Дубовик, Л.О. (2014). Вплив психосоціальних чинників на стан репродуктивного здоров'я студентської молоді. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету. Серія: Педагогіка і психологія*, 42, 125-128. Режим доступу : http://library.vspu.net/bitstream/handle/123456789/102/ilovepdf_com-127-130.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Дейнека, Н.В. (2001). *Психологические проблемы женского бесплодия: диагностика и пути коррекции*. (Автореф. дис. канд. мед. наук). Самара.
8. Дементьева, Н. О. (2011). *Психологическое значение фактора неопределенности репродуктивного статуса для психосоциального функционирования женщин с бесплодием*. (Дис. канд. психол. наук). Санкт-Петербург.
9. Дьячкова, Е.С. (2013). Психологические особенности семей с нарушением репродуктивного здоровья. *Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки*, 9 (125), 199-207. Режим доступа : <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-semey-s-narusheniyami-reproduktivnogo-zdorovya-1-elena-stanislovovna-dyachkova>
10. Зыбайло, В.С., Филимонова, В.Ю., & Копытов, А.В. (2015). Исследование индивидуально-психологических особенностей женщин, страдающих бесплодием. *Медицинский журнал*, 1, 82-87. Режим доступа : <http://rep.bsmu.by/handle/BSMU/3781>
11. Иванов, В.П., & Чурносков, М.И. (1996). Урбанизация и репродуктивное здоровье населения. *Бюллетень НИИ СГЭ и УЗ им. Н.А. Семашко*, 4, 31-33.
12. Иванова, А.Р. (2010). Медико-психологические особенности женщин и психокоррекция в комплексном лечении бесплодия. *Мать и дитя в Кузбассе*, 3, 13-17. Режим доступа : <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-psihologicheskie-osobennosti-zhenschin-i-psihokorreksiya-v-kompleksnom-lechenii-besplodiya>
13. Каграманян, А.Л. (2015). *Стан репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку, мешканок сільсько-господарського регіону України*. (Автореф. дис. канд. мед. наук). Київ.
14. Карымова, О.С. (2010). *Социально-психологические особенности репродуктивной установки бесплодных мужчин и женщин*. (Автореф. дис. канд. психол. наук). Оренбург.

15. Кришталь, Э.В., & Маркова, М.В. (2008). Бесплодие супружеской пары в аспекте медицинской психологии. *Медицинская психология*, 3, 17-22. Режим доступа : <http://www.mps.kh.ua/archive/2008/3/3>
16. Крутова, В.А. (2006). *Социально-психологические и медицинские аспекты лечения женского бесплодия*. (Автореф. дис. канд. мед. наук). Архангельск.
17. Кулакова, Е.В. (2008). *Коррекция психоэмоциональных нарушений у пациенток с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий*. (Автореф. дис. канд. мед. наук). Москва.
18. Кутявина, Е.Е., Курамшев, А.В., & Мифтахова, А.Г. (2014). Ответственное деторождение в репродуктивных установках современных женщин. *Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия Социальные науки*, 2(34), 81-87. Режим доступа : <https://elibrary.ru/item.asp?id=22612445>
19. Лесовська, С.Г. (2017). Стан упровадження допоміжних репродуктивних технологій в Україні. *Слово о здоровье*, 2, 12-14. Режим доступа : <https://ozdorovie.com.ua/stan-vprovadzhennya-dopomizhnih-reproduktivnih-tehnologiy-v-ukrayini/#acceptLicense>
20. Менделевич, В.Д. (1996). *Гинекологическая психиатрия*. Казань.
21. Мурашко, О.О. (2007). *Динаміка ціннісно-сислової сфери жінок, які послуговуються допоміжними репродуктивними технологіями*. (Автореф. дис. канд. психол. наук). Київ.
22. Онул, Н.М. (2014). Проблема чоловічого та жіночого безпліддя в умовах техногенного забруднення довкілля. *Вісник проблем біології і медицини*, 3(3), 54-56. Режим доступа : <https://vpbm.com.ua/ua/vpbm-2014-03-3/6944>
23. Петрова, Н.Н. (2006). *Психология для медицинских специальностей* : учебник (4-е изд.). Москва : Academia.
24. Подольхов, Е.Н., Ниаури, Д.А., & Петрова, Н.Н. (2009). Влияние особенностей психоэмоционального состояния женщин с трубно-перитонеальным бесплодием на результат лечения методом экстракорпорального оплодотворения. *Медицина и здравоохранение*, 4, 124–135. Режим доступа : <https://elibrary.ru/item.asp?id=14341677>
25. Свяцкевич, И.Ю. (2002). *Социально-психологические аспекты самовосприятия и самооценки женщин в бесплодном браке*. (Автореф. дис. канд. психол. наук). Ярославль.
26. Себелева, Ю.Г. (2014). *Гендерная идентичность у женщин, страдающих бесплодием: в программе экстракорпорального оплодотворения*. (Автореф. дис. канд. психол. наук). Москва.
27. Скрыбина, Я.А. (2011). *Особенности репродуктивного поведения населения в условиях трансформационной российской экономики*. (Дис. канд. экономич. наук). Екатеринбург.
28. Филиппова, Г.Г. (2002). *Психология материнства*. Москва : Изд-во Ин-та психотерапии.
29. Фоменко, Г.Ю. (2008). Психологические проблемы женского бесплодия в контексте личностных противоречий (экзистенциальные аспекты). *Человек. Сообщество. Управление*, 4, 17–29. Режим доступа : http://chsu.kubsu.ru/arhiv/2008_4/2008_4_Fomenko.pdf
30. Эйдемиллер, Э.Г., Добряков, И.В., & Никольская, И.М. (2006). *Семейный диагноз и семейная психотерапия*. Санкт-Петербург : Речь.
31. Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility*, 83(2), 257-283. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.10.014>
32. Cox, L. W. (1975). Infertility: a comprehensive programme. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 82(1), 2-6. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1975.tb00554.x>
33. Frederiksen, Y. & Farver-Vestergaard, I. & Skovgård, N. G. (2015). Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a

systematic review and metaanalysis. *British Medical Journal Open*, 5. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006592>

References

1. Aiziatulova, E.M. (2013). Lichnostnye osobennosti, otnosheniye k bolezni, uroven trevozhnosti u zhenshchin v besplodnom brake [Personal characteristics, attitude to the disease, the level of anxiety in women in a barren marriage]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, 3, 29–33 [in Russian].
2. Batsylieva, O.V. (2014). Indyvidualno-psykholohichni osoblyvosti zhink iz porushenniam reproduktyvnoho zdorovia [Individual and psychological characteristics of women with reproductive health disorders]. *Naukovyi visnyk Khersonskoho derzhavnoho universytetu – Kherson State University Scientific Bulletin*, 2(2), 90–94. Retrieved from [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2014_2\(2\)_19](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2014_2(2)_19). [in Ukrainian].
3. Volynets, L. S. & Sichkar, O. O. (2005). *Reabilitatsiina robota z «ditmy vulyts» u prytlukakh dlia nepovnotitnykh [Rehabilitation work with «street children» in juvenile shelters]*. Kiyv : Kalyta [in Ukrainian].
4. Hardanova, Zh. R. (2008). *Pohranichnyye psikhicheskiye rasstroistva u zhenshchin s besplodiyem v prohramme ekstrakorporal'noho oplodotvoreniya i ikh psykhoterapevticheskaya korrektsiya [Borderline mental disorders in women with infertility in the in vitro fertilization program and their psychotherapeutic correction]*. Extended abstract of Candidate's thesis. Moscow [in Russian].
5. Honcharov, H.V. (2011). *Psikhofiziologhycheskaya korrektsiya stressa besplodiya u zhenshchiyn v prohramme ekstrakorporal'noho oplodotvoreniya [Psychophysiological correction of infertility stress in women in the program of in vitro fertilization]*. Extended abstract of Candidate's thesis. Volhohrad [in Russian].
6. Hudzevych, L.S., & Dubovyk, L.O. (2014). Vplyv psykhosotsialnykh chynnykiv na stan reproduktyvnoho zdorovia studentskoi molodi [The influence of psychosocial factors on the reproductive health of student youth]. *Naukovi zapysky Vinnytskoho derzhavnoho pedahohichnoho universytetu. Seriya: Pedahohika i psykholohiia – Scientific notes of Vinnytsia State Pedagogical University. Series: Pedagogy and Psychology*, 42, 125–128. Retrieved from http://library.vspu.net/bitstream/handle/123456789/102/ilovepdf_com-127-130.pdf?sequence=1&isAllowed=y [in Ukrainian].
7. Deineka, N.V. (2001). *Psikhologhycheskiye problemy zhenskoho besplodiya: diahnostika i puti korrektsii [Psychological problems of female infertility: diagnosis and correction]*. Extended abstract of Candidate's thesis. Samara [in Russian].
8. Dementeva, N.O. (2011). *Psikhologhycheskoye znacheneye faktora neopredelennosti reproductivnoho statusa dlya psikhosotsial'noho funktsionirovaniya zhenshchin s besplodiyem [The psychological significance of the factor of uncertainty of reproductive status for the psychosocial functioning of women with infertility]*. Candidate's thesis. Sankt-Peterburh [in Russian].
9. Diachkova, E.S. (2013). *Psikhologhycheskiye osobennosty semei s narushenyem reproduktyvnoho zdorovia [Psychological characteristics of families with impaired reproductive health.]*. *Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya: Gumanitarnyye nauki – Bulletin of the Tambov University. Series: Humanities*, 9(125), 199–207. Retrieved from <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-semey-s-narusheniyami-reproduktivnogo-zdorovya-1-elena-stanislavovna-dyachkova> [in Russian].
10. Zybailo, V.S., Filimonenkova, V.Yu., & Kopytov, A.V. (2015). Issledovaniye individual'no-psykholohicheskikh osobennostey zhenshchin, stradayushchikh besplodiyem [Study of the individual psychological characteristics of women suffering from infertility]. *Meditsinskiy zhurnal – Medical Journal*, 1, 82–87. Retrieved from <http://rep.bsmu.by/handle/BSMU/3781> [in Russian]

11. Ivanov, V.P., & Churnosov, M.Y. (1996). Urbanyzatsiya i reproduktivnoye zdorov'ye naseleniya [Urbanization and reproductive health]. *Byulleten' NII SGE i UZ im. N.A. Semashko – Bulletin of the Research Institute of SSE and UZ named after ON THE. Semashko*, 4, 31–33 [in Russian].
12. Ivanova, A.R. (2010). Mediko-psikhologicheskiye osobennosti zhenshchin i psikhokorreksiya v kompleksnom lechenii besplodiya [Medical and psychological characteristics of women and psychocorrection in the complex treatment of infertility]. *Mat' i ditya v Kuzbasse – Mother and child in Kuzbass*, 2, 42–46. Retrieved from <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-psihologicheskie-osobennosti-zhenschin-i-psihokorreksiya-v-kompleksnom-lechenii-besplodiya> [in Russian]
13. Kahramanian, A. L. (2015). *Stan reproduktyvnoho zdorovia zhinkov fertylnoho viku, meshkanok silsko-hospodarskoho rehionu Ukrainy [The reproductive health of women of fertile age, living in the agricultural region of Ukraine]*. Extended abstract of Candidate's thesis. Kyiv [in Ukrainian].
14. Karymova, O.S. (2010). *Sotsialno-psikhologicheskiye osobennosti reproduktivnoyi ustanovki besplodnykh muzhchin i zhenshchin [Socio-psychological characteristics of the reproductive system of infertile men and women]*. Extended abstract of Candidate's thesis. Orenburh. [in Russian]
15. Kryshchal', E.V., & Markova, M.V. Besplodye supruzheskoi pary v aspekte medytsynskoi psikhologii [Infertility of a married couple in the aspect of medical psychology]. *Medytsynskaia psikhologiya – Medical Psychology*, 3, 17–22. Retrieved from <http://www.mps.kh.ua/archive/2008/3/3> [in Russian]
16. Krutova, V.A. (2006). *Sotsialno-psikhologicheskiye i meditsynskyye aspekty lecheniya zhenskoho besplodiya [Socio-psychological and medical aspects of the treatment of female infertility]*. Extended abstract of Candidate's thesis. Arkhanhelsk [in Russian].
17. Kulakova, E.V. (2008). *Korreksiya psikhooemotsionalnykh narusheniya u patsiyentok s besplodiyem v programme vspomogatelnykh reproduktivnykh tekhnologiy [Correction of psycho-emotional disorders in patients with infertility in the program of assisted reproductive technologies]*. Extended abstract of Candidate's thesis. Moscow [in Russian].
18. Kutiavina, E.E., Kuramshev, A.V., & Miftakhova, A.H. (2014). Otvetstvennoye detorozhdeniye v reproduktivnykh ustanovkakh sovremennykh zhenshchin [Responsible childbearing in the reproductive settings of modern women]. *Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. N.I. Lobachevskogo. Seriya Sotsial'nyye nauki – Bulletin of the Nizhny Novgorod University. N.I. Lobachevsky. Series Social Sciences*, 2 (34), 81–87. Retrieved from <https://elibrary.ru/item.asp?id=22612445> [in Russian]
19. Lesovs'ka, S.H. (2017). Stan uprovdzhennya dopomizhnykh reproduktivnykh tekhnologiy v Ukraini [State of implementation of assisted reproductive technologies in Ukraine]. *Slovo o zdorov'e – A word about health*, 2, 12-14. Retrieved from <https://ozdorovie.com.ua/stan-vprovadzheniya-dopomizhnykh-reproduktivnykh-tehnologiy-v-ukraini/#acceptLicense> [in Ukrainian]
20. Mendelevich, V.D. (1996). *Hinekologicheskaia psikhiatriya [Gynecological psychiatry]*. Kazan' [in Russian].
21. Murashko, O. O. (2007). *Dynamika tsinnisno-smyslovoi sfery zhinkov, yaki posluhovuiutsia dopomizhnymi reproduktivnymi tekhnologiyami [Dynamics of the semantic sphere of women using assisted reproductive technologies]*. Extended abstract of Candidate's thesis. Kyiv [in Ukrainian].
22. Onul, N.M. (2014). Problema cholovichoho ta zhinochoho bezpliddia v umovakh tekhnogennoho zabrudnennia dovkillia [The problem of male and female infertility in conditions of man-made pollution]. *Visnyk problem biologii i medytsyny – Bulletin of problems of biology and medicine*, 3(3), 54–56. Retrieved from <https://vpbm.com.ua/ua/vpbm-2014-03-3/6944> [in Ukrainian].

23. Petrova, N.N. (2006). *Psykholohiya dlia meditsinskikh spetsyalnostey : uchebnyk [Psychology for medical specialties : a textbook]*. (4th ed.). Moscow [in Russian].
24. Podol'khov, E.N., Niauri, D.A., & Petrova, N.N. (2009). Vliyaniye osobennosti psikhoemotsional'nogo sostoyaniya zhenshchin s trubno-peritonealnym besplodiyem na rezul'tat lecheniya metodom ekstrakorporal'nogo oplodotvoreniya [Influence of the characteristics of the psychoemotional state of women with tubal-peritoneal infertility on the result of in vitro fertilization treatment]. *Medytsyna y zdavoookhraneniye – Medicine and Health*, 4, 124–135, Retrieved from <https://elibrary.ru/item.asp?id=14341677> [in Russian].
25. Sviatskevich, I.Yu. (2002). *Sotsialno-psikholohicheskiye aspekty samovospriyatiya y samootsenki zhenshchin v besplodnom brake [Socio-psychological aspects of self-perception and self-esteem of women in barren marriage]*. Extended abstract of Candidate's thesis. Yaroslavl' [in Russian].
26. Sebeleva, Yu. G. (2014). *Hendernaya identichnost u zhenshchin, stradayushchikh besplodiyem: v prohamme ekstrakorporal'nogo oplodotvoreniya [Gender identity in women with infertility: in the in vitro fertilization program]*. Candidate's thesis. Moscow [in Russian].
27. Skriabina, Ya.A. (2011). *Osobennosti reproduktivnoho povedeniya naseleniya v usloviyakh transformatsionnoy rossiyskoy ekonomiki [Features of the reproductive behavior of the population in a transformational Russian economy]*. Ekaterinburh [in Russian].
28. Filippova, G.G. (2002). *Psikhohohiya materinstva [The psychology of motherhood]*. Moscow : Izd-vo In-ta psikhoterapii [in Russian].
29. Fomenko, G.Yu. (2008). Psikhohohicheskiye problemy zhenskoho besplodiya v kontekste lichnostnykh protivorechiy (ekzistentsialnyye aspekty) [Psychological problems of female infertility in the context of personality contradictions (existential aspects)]. *Chelovek. Soobshchestvo. Upravleniye – Human. Community. Management*, 4, 17–29. Retrieved from http://chsu.kubsu.ru/arhiv/2008_4/2008_4_Fomenko.pdf [in Russian]
30. Eydemiller, E.G., Dobryakov, I.V., & Nikol'skaya, I.M. (2006). *Semeynyy diahnoz i semeynaya psikhoterapiya [Family diagnosis and family psychotherapy]*. St. Petersburg : Rech [in Russian].
31. Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility*, 83(2), 257-283. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.10.014>
32. Cox, L. W. (1975). Infertiliti: a comprehensive programme. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 82(1), 2-6. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1975.tb00554.x>
33. Frederiksen, Y. & Farver-Vestergaard, I. & Skovgård, N. G. (2015). Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and metaanalysis. *British Medical Journal Open*, 5. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006592>

**THEORETICAL APPROACHES TO THE RESEARCH OF THE PROBLEM OF
COMPLICATED REPRODUCTIVE POTENTIAL REALIZATION IN MODERN
PSYCHOLOGICAL SCIENCE**

Liudmyla Shyriaieva

**PhD in Psychology, Professor,
Professor of the Department of Psychology
National Pedagogical Dragomanov University
9, Pyrohov Str., Kyiv, Ukraine, 01601**

shln_2010@ukr.net, <http://orcid.org/0000-0002-4797-7340>

Yuliia Kapustina

**Postgraduate student of the Department of Psychology
National Pedagogical Dragomanov University
9, Pyrohov Str., Kyiv, Ukraine, 01601**

kpstnyu2019@ukr.net, <http://orcid.org/0000-0002-9683-5488>

Abstract

This article is devoted to the analysis of the theoretical approaches to the problem of realization of woman reproductive potential of childbearing age. Main attention is focused on the social problems, socio-psychological features of reproductive setting of infertile man and woman, peculiarities of self-perception and female self esteem in infertile marriage, gender identity of women who suffer from infertility, reasons of psychological unreadiness to maternity and so on. The research includes the model of women reproductive health, which include medico-biological (genotype, features of physical development and level of health, peculiarities of reproductive growth sphere and reproductive system diseases, sexual opening, passing of pregnancy and childbirth, post delivery period) psychosocial (conditions of existence, way of communication with close and distant surroundings, economical possibilities and professional belonging, social-housing conditions, psycho traumatic events and factors, availability of medical help, economic and climate situation of environment, demands and traditions) and individual and psychological components (cognitive, emotion, motivational and behavior components). Attention was focused on three aspects of infertility – as a result in disorder in reproductive function, as clinical diagnose and as psychosocial phenomenon. The process of the infertility adaptation is difficult and includes such stages: latent (psychological adaptation to diagnose), therapeutic (passing of diagnostic and treatment procedures), and stage of relative stability (motivation decline towards treatment, doubts in successful result) and crisis stage (gain of psychological disadaptation).

Infertility leads to the negative changes in the structure of woman's psycho emotional state, self esteem and social well-being of couple and can cause breach in family relationship. That is why it is recommended to pass complex examination, which includes first of all psycho diagnostic of psycho emotional sphere of individual.

Keywords: infertility, psycho diagnostic, psycho emotional sphere, reproductive potential, reproductive setting, additional reproductive technologies.

Подано 09.12.2019

Рекомендовано до друку 13.12.2019