МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Інститут управління, психології та безпеки

Кафедра практичної психології

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ЖІНОК З ГІНЕКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

кваліфікаційна робота
здобувача вищої освіти
освітнього ступеня «бакалавр»
Софії ІВАНЕЦЬ
4 курсу денної форми навчання
спеціальність 053 «Психологія»
ОПП «Психологія»

Науковий керівник
доктор психологічних наук, доцент
Галина КАТОЛИК

Рецензент
кандидат психологічних наук, доцент
Олександр КУЦИЙ

Кваліфікаційна робота допущена до захисту
«24» травня 2022 р., протокол №15
завідувач кафедри практичної психології
кандидат психологічних наук
_____ **Галина ОДИНЦОВА**

Львів
2022

ЗМІСТ

ВСТУП……3

РОЗДІЛ 1 Теоретичні аспекти вивчення емоційної сфери жінок з гінекологічними захворюваннями……...6

1.1. Психологічні особливості пацієнтів, що схильні до розвитку гінекологічних захворювань……13

1.2. Особливості емоцій та почуттів жінок з гінекологічними захворюваннями

1.3. Емоційна сфера жінок у яких діагностовано безпліддя……20

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1……25

РОЗДІЛ 2 Емпіричне дослідження емоційної сфери жінок – пацієнтів гінекологічного профілю……..27

2.1. Опис методичного інструментарію……..27

2.2. Процедура проведення дослідження жінок з гінекологічними захворюваннями……31

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів……..33

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2……41

ВИСНОВКИ ……42

СПИСОКВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……...43

ДОДАТКИ……..46

Іванець Софія Ярославівна
Львівський державний університет внутрішніх справ
Психологія

Особливості емоційної сфери жінок з гінекологічним захворюванням

Анотація

У роботі теоретично обґрунтувано та досліджено емоції жінок з гінекологічними захворюваннями. Охарактеризовано особливості психосоматичних захворювань, проаналізовано особливості прояву емоцій у жінок з гінекологічними захворюваннями. Розглянуто проблему безпліддя, причини її виникнення та особливості її подолання. Також діагностовано емоційну сферу жінок у яких виявлено гінекологічне захворювання. Проаналізовано чи впливає наявність гінекологічного захворювання на збільшення стресу та тривожності жінки.

Автор роботи стверджує, що психосоматичні захворювання відрізняються важкістю та триваліcтю перебігу. Так, під впливом стресогенних чинників у жінки можуть трапитись розлади менструального циклу. Часто негативні переживання призводять до тривалої відсутності менструацій. Проте, як свідчать дослідники, сильні негативні емоції можуть призвести до утворення доброякісних і навіть злоякісних пухлин. Тому потрібно звертати увагу на емоційний стан жінки, а якщо вона сама не може справитись з проблемою – допомогти їй у комплексному лікуванні, включаючи допомогу психотерапевта.

У роботі було розкрито як гінекологічні захворювання впливають на особистість жінки та її емоційну сферу. Виявлено, що часто жінка переживає комплекс негативних емоцій, таких як злість, страх, може проявляти невмотивовану агресію, або навпаки замикається, стає безініціативною, пасивною. Можливі й переживання сильних почуттів, що змушують жінку постійно здійснювати самоконтроль чи займатись самозвинуваченнями.

Особлива увага присвячена проблемі безпліддя, адже, як відомо дане захворювання не лише негативно впливає на самопочуття жінки, призводить до деструктивних емоцій, але й може призвести до розпаду сім'ї та зміни всієї

ситеми цінностей. Дана проблема впливає не лише на жінку, але й на усю родину. Цікаво, що емоційний стан жінки у якої діагностовано безпліддя змінюється постійно – під час проведення ЕКЗ і навіть після декількох невдалих спроб штучного запліднення. За результатами трьох проведених методик та використання методу бесіди, зроблене таке узагальнення – жінки у яких гінекологічне захворювання часто використовують власні енергетичні ресурси, щоб справитись з негативними емоціями, та тілесними змінами які виникають у них. Для того, щоб поповнити енергетичний потенціал жінці необхідно знайти джерело натхнення. Це можуть бути матеріальні, моральні, сімейні блага та цінності, творчість, соціальні контакти. Часто в погоні за здоров'ям, прагненням зменшити больові відчуття, жінка приходить до тієї стадії, коли організм вичерпує власні ресурси та та знаходиться в постійному стресі. Це підтверджують результати першої методики. У всіх жінок, незважаючи на різні гінекологічні захворювання, підвищений рівень стресі, а деякі навіть потребують не просто відпочинку, для зменшення рівня стресу в організмі, але й допомоги психотерапевтів та психіатрів, які можуть призначити медикаментозне лікування. Відповідно до другої методики та дослідження тривожності (особистісної та ситуативної) то не можемо відслідкувати зв'язок між тривожністю та гінекологічним захворюванням жінки. Результати третьої методики показують, що у 30% жінок присутня радість, як переважаюча емоція, скільки ж відсотків відчувають страх, менше печаль і гнів. У відсотковому співвідношенні у 30% жінок переважають позитивні емоції, у 70% - негативні.

Ключові слова: гінекологічне захворювання, емоційна сфера, особистість жінки, психосоматичні захворювання.

Ivanets Sofia Yaroslavivna

Lviv State University of Internal Affairs

Psychology

Features of the emotional sphere of women with gynecological diseases

Annotation

The emotions of women with gynecological diseases are theoretically substantiated and investigated in the work. The peculiarities of psychosomatic diseases are characterized, the peculiarities of the manifestation of emotions in women with gynecological diseases are analyzed. The problem of infertility, the reasons of its occurrence and features of its overcoming are considered. The emotional sphere of women diagnosed with gynecological diseases was also diagnosed. The presence of gynecological disease affects the increase of stress and anxiety in women.

The author claims that psychosomatic diseases differ in severity and duration. Thus, under the influence of stressors in women, menstrual disorders can occur. Often, negative experiences lead to a prolonged absence of menstruation. However, according to researchers, strong negative emotions can lead to the formation of benign and even malignant tumors. Therefore, it is necessary to pay attention to the emotional state of the woman, and if she herself can not cope with the problem – to help her in a comprehensive treatment, including the help of a psychotherapist. The paper revealed how gynecological diseases affect a woman's personality and her emotional sphere. It was found that often a woman experiences a complex of negative emotions, such as anger, fear, may show unmotivated aggression, or, conversely, closes, becomes uninitiated, passive. It is also possible to experience strong feelings that force a woman to constantly exercise self-control or engage in self-blame.

Particular attention is paid to the problem of infertility, because, as we know, this disease not only negatively affects a woman's well-being, leads to destructive emotions, but can also lead to family breakdown and change the entire value system. This problem affects not only women but the whole family. Interestingly, the emotional state of a woman diagnosed with infertility is constantly changing – during IVF and even after several unsuccessful attempts at artificial insemination. Based on the

results of three methods and the use of the interview method, the following generalization is made – women with gynecological diseases often use their own energy resources to cope with negative emotions and bodily changes that occur in them. In order to replenish the energy potential of a woman needs to find a source of inspiration. These can be material, moral, family goods and values, creativity, social contacts. Often in the pursuit of health, the desire to reduce pain, a woman comes to the stage when the body is depleted of its own resources and is under constant stress. This is confirmed by the results of the first method. All women, despite various gynecological diseases, have high levels of stress, and some even need not just rest to reduce stress in the body, but also the help of psychotherapists and psychiatrists who can prescribe medication. According to the second method and the study of anxiety (personal and situational), we can not trace the relationship between anxiety and gynecological diseases of women.

The results of the third method show that 30% of women have joy as the predominant emotion, while the same percentage feel fear, less sadness and anger. As a percentage, 30% of women are dominated by positive emotions, 70% - negative.

Key words: gynecological disease, emotional sphere, woman's personality, psychosomatic diseases.

ВСТУП

Актуальність дослідження.

Здоров'я – одна з найважливіших цінностей людини. Здоров'я жінки – це здоров'я нації, адже саме з неї починається сім'я, від її репродуктивної функції залежить народження дитини, її емоційний стан впливає на настрій в родині. Останнім часом велике значення в суспільстві приділяється проблемам гінекологічних захворювань, адже, за статистичними даними, 60% жінок у репродуктивному віці мають такі проблеми. Найчастіше у жінок діагностують проблеми з менструальним циклом, ерозії шийки матки, вагінальний кандидоз, кісти яєчника, інфекційні захворювання. У віці до 35 років часто діагностують безпліддя, інфекції які передаються статевим шляхом, порушення менструального циклу, запальні процеси. Частіше молоді жінки стали хворіти на міоми матки, тобто це захворювання «омолодилося». В останнє десятиліття суттєво зросла кількість діагностованих гінекологічних захворювань. Так, на 12 % зросла захворюваність на рак шийки матки, кількість безплідних шлюбів в країні складає 8-12%, при цьому тенденція до їх зниження не прослідковується.

Гінекологічні захворювання, як і соматичні захворювання негативно впливають на самопочуття жінки, її емоційний стан, самооцінку та риси характеру. Жінка може стати дратівливою, або, навпаки, замкнутись в собі, емоційно виснажується, чи провокує конфлікти в сім'ї, стає тривожною, чи займається жорстким самоконтролем. Кожне гінекологічне захворювання впливає на жінку по-різному, тому важливо досліджувати дані питання.

Крім того, що стан здоров'я впливає на особистість та вираження її емоцій буває й так, що емоції жінки, її психічний стан та переживання впливають на виникнення того чи іншого захворювання. Вивченням даних питань займається наука психосоматика, ми ж розмежовуємо психосоматичні та соматопсихічні захворювання. Наприклад, безпліддя може бути викликане негативними переживаннями жінки які стосуються її минулого, теперішнього або майбутнього. В таких випадках здорова жінка з регулярним статевим життям не може завагітніти.

Здійснений нами аналіз наукової літератури дозволяє стверджувати, що проблема впливу гінекологічний захворювань на емоції та почуття жінки розглядається багатьма вітчизняними та зарубіжними науковцями. Проблеми

психосоматики розглядають І. Грицюк, Ю. Фролова, Ю. Єлісєєв, Н. Віторська вивчає причини виникнення раку у жінок. У роботах докторів В. Синельникова, О. Торсунова, С. Коновалова розглядають питання про психоемоційні передумови розвитку жіночих захворювань. А.С. Кочарян, А.А. Макаренко, Дин Шао Цзе вивчають психологічні особливості жінок з гінекологічними патологіями.

Зважаючи на актуальність проблеми, посилений інтерес дослідників до гінекологічних проблем жінок, ми обрали для дипломної роботи тему **«Особливості емоційної сфери жінок з гінекологічним захворюванням».**

Об'єкт дослідження – емоційна сфера жінок у яких діагностовано соматичні захворювання.

Предмет дослідження – емоційна сфера жінок, які мають гінекологічні захворювання.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та дослідити емоції жінок з гінекологічними захворюваннями.

Відповідно до мети дослідження було визначено такі **завдання:**

1. Охарактеризувати особливості психосоматичних захворювань.
2. Проаналізувати особливості прояву емоцій у жінок з гінекологічними захворюваннями.
3. Розглянути проблему безпліддя, причини її виникнення та особливості її подолання.
4. Діагностувати емоційну сферу жінок у яких виявлено гінекологічне захворювання.
5. Проаналізувати чи впливає наявність гінекологічного захворювання на збільшення стресу та тривожності жінки.

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що наявність у жінки гінекологічного захворювання збільшує її тривожність та є чинником, що впливає на виникнення стресу, а також провокує збільшення негативних станів таких як страх, гнів, печаль.

Для вирішення поставлених завдань та перевірки гіпотези були використані наступні **методи наукового дослідження**: 1) теоретичні – аналіз,

синтез, класифікація, порівняння, індукція, дедукція, узагальнення наукових матеріалів; 2) емпіричні – бесіда та опитувальники.

Наукова новизна і теоретичне значення дослідження полягає у тому, що: досліджено емоційний стан жінки з гінекологічним захворюванням, визначено настрій який вона переживає.

Структура дослідження: робота складається з вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, висновків, списку використаних джерел, додатків.

РОЗДІЛ 1 Теоретичні аспекти вивчення емоційної сфери жінок з гінекологічними захворюваннями

1.1. Психологічні особливості пацієнтів, що схильні до розвитку гінекологічних захворювань.

Вирізняють ряд пацієнтів, які схильні до тілесних захворювань, через психічний стан. Такими порушеннями займається спеціальна медична галузь - психосоматика, яка вивчає розвиток хворобливих станів в результаті впливу різних психоемоційних чинників.

Під психосоматикою розуміють цілісний підхід до розуміння здоров'я і хвороб людини. Психосоматика — це напрям у медицині (психосоматична медицина) та психології, що займається вивченням впливу психологічних (переважно психогенних) факторів на виникнення і подальшу динаміку соматичних (тілесних) захворювань. Згідно основному постулату цієї науки, в основі лежить реакція на емоційне переживання, що супроводжується функціональними змінами і патологічними порушеннями в органах. Відповідна схильність може впливати на вибір органу або системи, що вражаються. У рамках психосоматики досліджувалися і досліджуються зв'язки між характеристиками особистості (конституціональні особливості, риси характеру і особистості, стилі поведінки, типи емоційних конфліктів) і тим чи іншим соматичним захворюванням. Популярна думка (у тому числі в альтернативній медицині), що всі хвороби людини виникають унаслідок психологічних невідповідностей і розладів, які виникають в душі, в підсвідомості, в думках людини [6, с.4].

В міжнародній класифікації хвороб - 10 представлена діагностична категорія «Соматоформний розлад» (F45), що включає такі варіанти, як соматизація, соматоформна вегетативна дисфункція, соматоформний больовий розлад, іпохондричний розлад. Головною ознакою соматоформного розладу є постійне виникнення фізичних симптомів, поряд із постійною вимогою медичних обстежень (всупереч їх негативним результатам). Якщо навіть пацієнт має

реальний тілесний розлад, але не може пояснити специфіки і виразності симптомів.

Хворі противляться спробам психологічного пояснення своїх страждань, вони можуть відзначатися і демонстративною поведінкою, причому є переконливі підстави вважати, що така поведінка обумовлена недостатньо коректним і уважним ставленням лікарів (Sanders, 1996). Розглянемо соматоформні синдроми докладніше. «Соматизований розлад» (F45.0) – характеризується множинними, постійно виникаючими і водночас мінливими соматичними симптомами, що тривають щонайменше два роки. Скарги можуть належати до різних органів та систем організму:

В гінекологічній сфері це, наприклад, болючі чи нерегулярні менструації, рвота під час вагітності та інші.

Незважаючи на те, що у багатьох випадках у хворих відзначається високий рівень тривоги та депресії, вони не схильні обговорювати психологічні причини своїх тілесних симптомів та не скаржаться на емоційні проблеми. Найчастіше занепокоєння та знижений настрій хворі пов'язують із поганим фізичним самопочуттям та розпачом через неможливість отримати ефективну медичну допомогу [24, с.16-17].

Проте вчені вважають, що поруч з соматичними причинами є ще метафізичні-ментальні, емоційні, ті, які живуть в підсвідомості особи та впливають на захворювання, в тому числі гінекологічні.

До хвороб жіночої статевої сфери, які виникають на тлі психосоматичної природи, відносяться:

- безпліддя,
- порушення менструального циклу,
- кісти яєчників,
- передменструальний синдром,
- фіброміоми і міоми матки,
- сексуальні дисфункції (фригідність, аноргазмія і ін.),
- ерозія шийки матки,
- проблеми із зачаттям.

Опишемо що відомі експерти в цій області та автори книг по психосоматиці говорять про захворювання матки. У роботах докторів В. Синельникова, О. Торсунова, С. Коновалова розглядаються питання про психоемоційні передумови розвитку жіночих захворювань. Дослідники вважають, що стан матки («храму жіночого творчості») відображає думки жінки про самореалізацію. Щоб здоров'я жінки нормалізувався, їй необхідно забути накопичені роками образи і образи, нанесені чоловіками. Крім цього, слід позбутися власних докорів сумління і переглянути своє ставлення до людей і навколишнього світу.

Л. Бурбо вважає, що захворювання матки можуть виникати у тих жінок, які переживають почуття провини. Такі жінки можуть вважати що не змогли створити домашнє вогнище для тих, кого люблять. В. Синельников вважає що матка є уособленням жінки, того, як вона змогла проявити себе у суспільстві, яку соціальну роль вона обрала та як справляється з нею. Не можна жінці всередині себе виношувати образи, адже це може привести до гінекологічних захворювань, аж до доброякісних чи злоякісних пухлин. Пухлина матки – це накопичена образа на чоловіка, постійне прокручування в голові власних образ. Є ще інша причина розвитку пухлини – неприязнь та неприйняття себе, світу, оточуючих людей, чи постійні докори совісті. Доктор Н. Волкова в своїй книзі описує виникнення доброякісних пухлин – фіброміом. За її спостереженнями, пацієнтки з міомами вирізняються схильністю до образ на своїх близьких, у них часто поганий настрій та депресії. Такий стан психіки провокує пригнічення обміну речовин в організмі людини та призводить до стійких змін ендокринного фону на фізичному рівні. А. Астрогор вважає, що пухлини виникають внаслідок постійних образ. Доброякісна пухлина свідчить про невміння пробачити того, хто образив, а злоякісна – прагнення помститись, знищити та розтерзати кривдника.

Деякі автори вважають, що міому матки можна розглядати як психосоматичне захворювання: у таких пацієнток частіше зустрічаються тривожні розлади особистості, неврастенії і депресії [27].

Психологічні причини (підсвідомі, емоційні, глибинні) та передумови може мати й виникнення ерозії шийки матки.

Часто такими психологічними причинами стають ті, які свідчать про неприйняття жінкою власного тіла (зовнішності) чи особливостей поведінки. В таких випадках жінка може сама (підсвідомо чи свідомо) пригнічувати власну сексуальність, жіночність. Вона з певних причин не може відчувати себе по-справжньому бажаною, коханою, красивою, саме тому у неї можуть виникати різні хвороби жіночих статевих органів серед яких і ерозія шийки матки. Вони стають можуть виникати внаслідок сумнівів в власній привабливості, які виникають на фоні незадовільних відносин з чоловіками.

Дана хвороба є ніби символом враженого жіночого самолюбства, неможливості її реалізувати власну соціальну роль – коханої жінки, мами, подруги. Часто проблеми зі здоров’ям є проявом підсвідомої агресії жінки на чоловіків через приховані образи, розчарування, претензії до них, презирство, почуття ненависті та злості .

Щоб ефективно лікувати ерозію шийки матки потрібно прибрати психоемоційний фактор який травмує жінку, таким чином сприяючи розвитку її захворювання. Наприклад, таким може виступати негативне ставлення до протилежної статі, образи, питання про часті зміни сексуальних партнерів та інші. Крім цього, щоб зміцнити жіноче здоров'я необхідно знизити рівень стресу, проаналізувати власний спосіб життя, особливості харчування, працювати над емоційним станом та позитивним настроєм, відмовитись від шкідливих звичок. Серед соматичних змін, які можуть повпливати на ерозію шийки матки є покращення кровопостачання органів малого таза. З цією метою жінка повинна частіше приділяти увагу фізичному стану і підтримувати форму за допомогою бігу, присідань, гінекологічного масажу.

Тільки комплексно жінка може вплинути на дане захворювання. Вона повинна в першу чергу змінити власне ставлення до хвороби і зрозуміти, що це не окреме захворювання, а радше симптом, тривожний сигнал який потрібно вчасно почути та розпізнати. За допомогою медикаментозного втручання вона,

швидше за все, не зможе справитись з ним, потрібно усунути психологічні чинники даного захворювання [16].

Причини порушень менструального циклу (менструальної функції)

• Причиною порушення менструального циклу є гостре та хронічне психоемоційне та фізичне перенавантаження.

• Порушення менструального циклу за будь-яким типом може бути першою та ранньою ознакою синдрому хронічної втоми.

• Причиною порушення менструального циклу є особливості характеру:

- аменореї (затримка менструації на 3 місяці та більше) сприяють пригніченню, пригніченості.

Цікаво, що деякі порушення менструальних функцій та їх зв'язок з психічним станом жінок описувалися різними авторами ще під час війни. Так, дослідники помітили що не завжди порушення менструацій пов’язане з недостатністю харчування. C. Whitacker і B. Barrera у 1944 р. досліджували 60 санітарок, які нормально харчувались, проте зазнавали інформаційного впливу, який був пов'язаний з небезпекою для життя. Тоді у 30 з них, тобто в 50% випадків виявили порушення в менструальному циклі, у 14, тобто 50% було діагностовано аменорею. T. Marwill описав аменорею у жінок у перший період проходження навчання для служби у флоті США під час Другої світової війни. Жінки постійно отримували нормальне харчування, проте у них також виникали аменореї. Дослідникквважає, що це пов’язано з станом тривоги від тих подій, які вони переживали. Схожі проблеми зустрічались у деяких жінок, які не хотіли вагітніти та боялись цього [19].

Ще одним фактором, що є причиною виникнення даного захворювання є «позбавлення коріння». Розлука з рідними людьми, преїзд в іншу країну, зміна місцеперебування та вилучення з комфортного середовища, як це часто бувало з біженцями до війни та після неї часто призводило до збоїв менструаційного циклу. Статистичні дані свідчать про те, що розлука з близькими людьми може спричиняти нерегулярні менструації або аменорею у 20% жінок.

- поліменорея (збільшення тривалості менструації більше 7 днів), як правило, спостерігається у емоційних, вразливих дівчат, здатних миттєво «накрутити себе» та трагізм ситуації;
- імпульсивність, зовнішня агресивність із частими змінами настрою та почуттів характерні для дівчат і молодих жінок, які страждають на дисменорею — хворобливу менструацію із загальним нездужанням аж до постільного режиму;
- жінкам з гіпоменореєю (мізерною регулярною менструацією) часто притаманні внутрішня агресивність, що виявляється схильністю до самоаналізу, самозвинувачення, самобичування та самопригнічення, власна недооцінка.

Ювенільні маткові кровотечі найчастіше виявляються в епізодах емоційної напруженості та при розладах невротичного рівня – астенічних, депресивних, фобічних, депресивно-іпохондричних, істеричних. У дівчаток-підлітків у зв'язку з появою менструацій може виникнути страх, інколи ж і невротизація.

Негативні переживання у зв'язку із менструацією, виникнення дисфункціональних маткових кровотеч можливе у дівчаток з істеричною акцентуацією на висоті афекту (синдром де Фержаль-Ластені). Отже, необхідна психотерапевтична підготовка дівчаток до факту менструацій як матір'ю, і лікарем-психотерапевтом [19].

Причинами порушення менструального циклу можуть бути нервові захворювання (деякі форми епілепсії) та психічні (шизофренія, травматичний, алкогольний психози) захворювання

Одним з найнебезпечніших захворювань є рак. Розглянемо, що говорять дослідники про психологічні причини його виникнення. Термін «рак» означає збільшення числа клітин, які є злоякісними, тобто призводять до деструктивних змін в організмі людини. На сьогодні сфера альтернативної онкології пропонує такі концепції виникнення ракових клітин:

- психосоматична та схожа з нею мікропсихоаналітична вважають, що рак виникає через емоційну незбалансованість. Це матеріалізація на тілесному рівні

негативних емоцій людини – злості, гордості, провини, гордині, образи, заздрості, які пожирають людину зсередини.

- психологічна та близька до неї концепція онкогенної програми полягають в тому, що рак – це деструктивна психофізіологічна програма , що пов’язана з процесами вторинного біосинтезу.
- біолокаційна або біопольова концепція стверджує що рак проявляється тоді, коли в організмі дизбалансовані енергетичні потоки та переважає негативна енергія.

На думку В. Сінельникова кісти, новоутворення утворюються тоді, коли у людини в душі багато потрясінь та старих образ. Вона їх постійно тримає в собі, прокручує у голові, накопичує у певному визначеному місці власного тіла. Іноді новоутворення виникають через відчуття неприязні, яке посилюється та збільшується по відношенні до себе, інших людей та світу. Також рак може виникнути при муках совісті, розкаянняих, які розростаються та посилюються.

Наприклад, таке утворення як кіста яєчників виникає в результаті накопичення рідини в жовтому тілі або зріючому фолікулі. Психічним еквівалентом накопичення цієї рідини є переповнення жінки відчуттями, які вона не прожила, не реалізувала. Рідина є символом емоцій. Якщо жінка чинить опір своєму покликанню, не реалізує власні ролі у неї може виникнути незадоволення життям, що може проявлятись агресією, образою, нетерпимістю до партнера, власницьким ставленням до нього.

Л. Віілма вважає, що психологічними передумовами раку є злоба. Вона є неусвідомленою реакцією на відсутність кохання, боязнь того, що людину не люблять. Такі почуття породжують стреси, а їх накопичення викликає злобу.

Н. М. Віторська вважає, що людина, яка схильна до онкологічних захворювань є емоційно нестійка, незріла характером та схильна до самозвинувачень. Такі люди могли пережити психологічну травму в дитинстві, а тому проявляють ненависть до себе, прагнуть до самопокарання та самозаперечення [5, с.155].

Аналіз напрацювань вчених дозволив нам зробити висновки що соматичні гінекологічні захворювання можуть бути пов'язані з психічним станом

особистості. І це не лише відносно легкі розлади, такі як нерегулярна менструація, але й летальні, наприклад, рак. Саме тому вважаємо, що емоції та почуття жінки потрібно детально вивчати не тільки для забезпечення ментального здоров'я, але й покращення фізичного стану особистості.

1.2. Особливості емоцій та почуттів жінок з гінекологічними захворюваннями

Будь-яке захворювання дезорганізує соціальне та психологічне життя особистості, а гінекологічне може, в деяких випадках переживатись навіть гостріше, ніж соматичні порушення. Захворювання що стосуються інтимної сфери є сильним психотравмуючим фактором, при якому роль психологічних особливостей особистості зростає в рази. При гінекологічних захворюваннях можуть виникнути психоемоційні розлади, порушення в системі значимих стосунків, зниження круга значимих людей і взагалі, зменшення кола спілкування, зміни в соціальних ролях, позиції до певних життєвих ситуацій. Маркером гінекологічних захворювань є переживання почуття провини, стида, тривоги, почуття неповноцінності. Біопсихосоціальна модель стверджує що психосоціальні фактори відіграють важливу роль в перебігу любого захворювання, а також в їх лікуванні та реабілітації.

Важкість перебігу гінекологічного захворювання, його хронічність, ставлення до захворювання та його лікування багато в чому залежать від психологічних особливостей пацієнток. Для більш ефективної допомоги гінекологічним хворим необхідно провести психологічну діагностику та дослідити усі аспекти проблеми. Вивчення психологічних особливостей жінок з гінекологічними захворюваннями необхідно для розробки проблеми психокорекції та ефективних методик психологічної допомоги даному контингенту пацієнтів [10, с. 82].

Психологічні особливості жінок з гінекологічною патологією вивчені недостатньо. Існує лише невелика кількість робіт, присвячених даному питанню. За даними Е.А. Потьомкіної [15] близько половини хворих на хронічні

гінекологічні захворювання страждають непсихотичними психічними розладами, більшість з них складають розлади адаптації та специфічні розлади особистості. У структурі специфічних розладів особистості у жінок, хворих на хронічні гінекологічні захворювання, переважають тривожні і залежні розлади. Особистісні особливості, що відрізняють хворих з хронічними гінекологічними захворюваннями від гінекологічно здорового контингенту в рамках гуманоструктуральної моделі особистості включають високі значення за шкалами деструктивної тривоги, зовнішнього Я-відмежування дефіцитарній, інтегральній шкалах дефіцитарності. Хворі хронічними гінекологічними захворюваннями значно рідше здорових жінок використовують адаптивні копінг-механізми у сфері емоцій, зберігаючи при цьому широкий спектр адаптивних когнітивних і поведінкових копінг-стратегій. Поряд з цим вони відрізняються вираженими алекситимічними ознаками. Зі збільшенням тривалості перебігу хронічних гінекологічних захворювань відзначається підвищення значень за шкалами деструктивного і дефіцитарного нарцисизму і значень алекситимічних характеристик. Одночасно спостерігається зниження значень за шкалою дефіцитарного зовнішнього Я-відмежування. У роботі Р.Ф. Насирової [13] за результатами клініко-психопатологічного обстеження показано, що межові психічні розлади найбільш часто виявляються у жінок з гіперпластичними процесами ендометрію, а донозологічні стани психічних порушень - у жінок з міомою матки. Частота і характер психічних розладів у жінок з гінекологічними захворюваннями залежать від виду патології репродуктивної системи.

У пацієнток з патологією репродуктивної системи зміни психологічної сфери пов’язані із специфічними станами адаптивно-захисного комплексу та особливостями внутрішньої картини хвороби. Жінкам з патологією репродуктивної системи характерна напруга психологічних захистів і зменшення спектра копінг-стратегій з домінуванням дезадаптивних варіантів. Р. Ф. Насирова також показала, що гінекологічним хворим характерний високий рівень алекситимії і приховані форми пасивно агресивної поведінки − почуття провини і образи. Характерним компонентом внутрішньої картини хвороби у

гінекологічних хворих є фактори: «стурбованість власним станом» і «прагнення уникнути хвороби». В якості особливих компонентів внутрішньої картини хвороби у жінок із захворюваннями репродуктивної системи запального ґенезу виступають «власна відповідальність за виникнення хвороби» і «потреба в обізнаності про хворобу»; нейроендокринного ґенезу − «звинувачення оточення в хворобі». У структурі специфічних розладів особистості у жінок, хворих на хронічні гінекологічні захворювання, переважають тривожні і залежні розлади. Особистісні особливості, що відрізняють хворих з хронічними гінекологічними захворюваннями від гінекологічно здорових жінок в рамках гуманоструктуральної моделі особистості включають високі значення за шкалами деструктивної тривоги, зовнішнього Я-відмежування дефіцитарній, інтегральній шкалах дефіцитарності. Пацієнтки з гінекологічною патологією мають низькі суб'єктивні показники якості життя; найбільшою мірою уразливими є психічна, фізична та соціальна складові якості життя, меншою мірою погіршується рольове і сексуальне функціонування. Формування психічних розладів при гінекологічній патології має багатофакторний характер: − соматогенний, соціогенний, психогенний і психологічний [21, с. 190-191].

При гінекологічній патології запального ґенезу більшою мірою виражені тривожні і іпохондричні порушення; при захворюваннях репродуктивної системи проліферативного ґенезу - депресивні і іпохондричні прояви; при гінекологічних захворюваннях нейроендокринного ґенезу - тривожні і депресивні порушення. Жінки із запальними та проліферативними гінекологічними захворюваннями мають значимо більш високі показники «сексуально-іпохондричного» чинника; з проліферативною та нейроендокринною патологіями репродуктивної системи - «тривожно-астенічного» чинника. Високі значення «депресивно-диссомнічного» чинника характерні для актуального психічного стану пацієнток, котрі помітили зв'язок виникнення наявного у них гінекологічного захворювання з пережитими стресовими ситуаціями; «тривожно-астенічного» і «сексуально-іпохондричного» чинників - для пацієнток пізнього репродуктивного віку

Охарактеризуємо гінекологічні захворювання та їх вплив на емоційну сферу жінки.

Класифікація гінекологічних захворювань:

• запальні захворювання (аднексит, вагініт, цервіцит, ендометрит тощо), що спричиняються дією патогенних організмів специфічних або неспецифічних форм

• захворювання, що спричиняються гормональними змінами (нерегулярний менструальний цикл, полікістоз яєчників, міома матки та ін.), що характеризуються порушеннями гормонального фону та роботи залоз статевих органів;

Серед хворих міомою матки переважають особи з сильним урівноваженим типом нервової системи. При цьому найбільшу групу складають жінки з високою рухливістю нервових процесів та переважанням першої сигнальної системи.

Аналізуючи характерологічні особливості виходячи з інтерв'ювання та анкетування, психологічний портрет хворих на міому матки можна було б описати так: зазвичай це жінки, які мають відкритим конфліктним характером, з вираженим почуттям обов'язку, відповідальності, схильні до затримання емоційних проявів. Їх відрізняє самодисципліна, скритність, нестійкість настрою. Їх характерні підвищена вразливість, ранимість, тривожна недовірливість, обтяженість невротичними станами.

У них високий ступінь придушення внутрішніх спонукань призводить до постійної емоційної напруги (Кац Г:.І., 1975). Цих хворих слід було б відносити (за П.В. Симоновим) до імпресивного характерологічного типу [4, с. 35].

Жінки у яких виявили полікістоз яєчників відрізняються підвищеною тиривожністю та депресивністю. В них частіше за здорових жінок виникають соціофобії та розлади харчової поведінки. Як відомо, синдром полікістозу яєчників часто поєднується з ожирінням. Жінки з даним захворюванням частіше здійснюють самогубства [26, с. 40].

До видів порушень менструального циклу відносять такі:

- гіперменорея – це рясні менструації або маткові кровотечі, коли за один цикл жінка втрачає понад 150 мл крові;

- гіпоменорея – мізерні менструації зі слабкими світлими виділеннями, тривалістю до 3 днів;
- дисменорея – характеризується сильними больовими відчуттями під час менструацій, особливо – в перші дні;
- нерегулярний менструальний цикл – цикл коротшає або подовжується, що пов'язано не тільки з гормональними проблемами, але і з впливом навколишнього середовища, стресовими ситуаціями;
- аменорея – відсутність менструації більше, ніж 6 місяців.

Жінки з аменореєю демонструють тривожно-конфліктне ставлення до материнства, відносини з матір'ю визначають як напружено-тривожні з вираженою амбівалентністю. Уявлення жінок із міомою матки про материнство тривожні, та їх стосунки з матір'ю тривожно-залежні. Суб'єктивна значущість дитини як життєвої цінності практично у всіх жінок (87,5%) низька та знижена, незважаючи на декларoване бажання стати матір'ю та мати дитину.

Одним із найпоширеніших порушень менструальної функції, що призводить до загального зниження рівня життя та виникнення низки ускладнень з боку репродуктивної функції, є альгодисменорея. Первинна альгодисменорея є одним із набільш частих гінекологічних розладів менструальної функції в період її становлення, дитячому та підлітковому віці. У структурі загальної захворюваності вона виявляється у 12-35 % дівчаток і дівчат-підлітків у віці 13-18 років. Так, у 70-ті роки минулого століття на хворобливі місячні скаржилися 15 - 30 % дівчат, у теперішній час - практично 90 % дівчат; при цьому в 45 % дівчат альгодисменорея зустрічається у важкій формі. Клінічні прояви альгодисменореї характеризуються болем внизу живота, порушенням менструального крововиділення і різноманітними симптомами екстрагенітального походження. Головним, а іноді і єдиним симптомом часто є біль. Характерна нападоподібність болю (з періодом в 2-3 хв) і їх досить висока інтенсивність. Всі симптоми, що супроводжують хворобливі менструації, можна умовно розділити на емоційно-психічні (дратівливість, анорексія, депресія, сонливість, безсоння, блювання, булімія, непереносимість запахів, спотворення смаку), вегетативні (нудота, гикавка, озноб, відчуття жару, пітливість,

гіпертермія, сухість у роті, часте сечовипускання, тенезми, здуття живота), судинні (непритомність, головний біль, запаморочення, тахікардія, брадикардія, екстрасистолія, болі в серці, відчуття оніміння рук і ніг, набряки повік) і ендокринні (відчуття «ватних» ніг, загальна різка слабість, свербіж шкіри, біль у суглобах, набряки, поліурія) [25, с. 185].

- дистрофічні, гіперпластичні і пухлинні захворювання (лейкоплакія, крауроз, ерозія шийки матки, кістоми яєчників і т. д.). — це пухлини та новоутворення в області жіночих статевих органів;

Фіброма матки – це доброякісна пухлина, яка виростає з м'язевої тканини з наступним розростанням у ній фіброзних тканин. У жінок з фібромами матки показники психоемоційних розладів більш виражені ніж у здорових людей. У них відмічено переважання депресивних симптомів різного ступеня вираженості та емоційної лабільності. Такі жінки оцінюють якість власного життя як середню або невисоку [8, с. 186].

- порушення сексуальних функцій жінки тощо.

Якщо розглянути сексуальні дисфункції в контексті когнітивно-поведінкової терапії, то можна виділити три основні компоненти: поведінковий, когнітивний і емоційний. Деструктивна поведінка включає вимагання, фізичну і психологічну агресію, уникнення сексуальної активності, неадекватну сексуальну стимуляцію, конфлікти. Негативний когнітивний компонент включає нереалістичні сексуальні очікування, некоректні припущення, негативні пояснення, самомоніторинг себе і партнера, вибіркову увагу і тенденцію до швидкого відволікання. Негативний емоційний компонент включає в себе тривогу, сором, страх, провину, сум, самотність, фрустрацію, пригнічення, злість [7, с. 15].

- травматичні ураження (синдром Ашермана).

Ендометріоз - захворювання, яке у 21 столітті не має єдиної точки зору щодо його першопричини та етіологічних факторів. Його загальна поширеність серед жіночого населення становить 10 %, а серед жінок репродуктивного віку досягає 70% та все дедалі збільшується. На особливу увагу слід поставити якість життя жінок з даною патологією. Виражена клінічна симптоматика призводить

до погіршення не тільки індивідуальної складової життя, а й до обмеження соціального аспекту в цілому. У жінок хворих на ендометріоз спостерігається зниження самооцінки, порушення самосприйняття, соціальна закритість та скованість, емоціональна лабільність, підвищений рівень тривожності та навіть депресивні стани [14]. Такі жінки мають підвищену схильність до іпохондрії, є дещо емоційно-незрілими, використовують захисний механізм «втечі в хворобу», реагують депресивно в ситуації стресу, відрізняються підвищеною чутливістю. У жінок які мають важкий перебіг даного захворювання може проявлятись особистісна дезадаптація, що супроводжується наростанням депресивних розладів, емоційно-поведінковими реакціями, підвищеною чутливістю до впливу навколишнього світу, погіршенням настрою [3, с. 63].

У них можуть розвиватись тривожні стани, низька соціальна адаптація.

У системі значущих відносин жінки з ендометріозом вважають себе відокремленими, підозрілими, надвідповідальними, з величезним переважанням мотивації уникнення неуспіху; схильні представляти свою матір владною, недовірливою, відчуженою. Відносини жінок з аменореєю характеризуються проявом ворожості, ригідності, уразливості, водночас нав'язливою потребою справляти приємне враження інших, що призводить до труднощів побудови соціальних зв'язків [2].

У всіх жінок з гінекологічними захворюваннями афективно негативно (в основному, тривожно) пофарбовано уявлення про майбутнє материнство та взаємодію з дитиною, етапи онтогенезу материнства якісно відрізняються як від ситуації в контрольній групі, так і між групами. Жінки, які страждають на ендометріоз, сприймають ситуацію материнства як конфліктно-тривожну, оцінюють свої стосунки з матір'ю як конфліктно-холодні та відкидально-засуджуючі [2].

Отже, різні гінекологічні захворювання по-різному впливають на емоційну сферу жінки, проте, якщо ми говоримо про тривалі захворювання, можна стверджувати що вони можуть міняти риси характеру особистості, призводити до агресивної поведінки, чи навпаки, слабкості, пасивності, безініціативності. Вони впливають не лише на теперішнє жінки, але й здійснюють вплив на її

уявлення про майбутнє, тому запорукою стійкої психіки, відсутності психологічних проблем, емоційної стійкості та переважання позитивних емоцій є якнайшвидша діагностика та лікування жінки, в деяких випадках використовуючи допомогу психотерапевта.

1.3. Емоційна сфера жінок у яких діагностовано безпліддя

Безпліддя – це стан коли жінка при регулярному статевому житті без використання контрацептивів не може завагітніти протягом певного часу (зазвичай року). Виділяють первинне, коли жінка ще не вагітніла та вторинне, коли у жінки була хоча б одна вагітність, незалежно чим вона закінчилась.

Проблема безпліддя дуже поширена у сучасному суспільстві. За оцінками дослідників 15% пар матимуть проблеми із зачаттям. (UCLA Health, 2020). У всьому світі 48,5 мільйонів пар відчувають безпліддя. Дана проблема впливає на психічний та емоційний стан кожного члена сім'ї, мікроклімат всередині сім'ї та часто стає причиною розлучень.

Крім причин безпліддя, що пов'язані з гінекологічними проблемами, наприклад, патології матки та її придатків, гормональні порушення, вроджені аномалії, наслідки операцій, генетичні захворювання вирізняють ще й психосоматичні. Так, в літературі описані типи жінок, які страждають на безпліддя:

- жінки які є емоційно-незрілими, примхливі по відношенню до чоловіка та схильні до функціональних розладів;
- жінки у яких роль матері. Вони ніби підсвідомо не хочуть копіювати свого чоловіка у дітях і тому переносять на нього власний материнський інстинкт;
- агресивно-домінучі жінки, які відмовляються визнавати свою жіночність.

Є також такі жінки, які підсвідомо опираються вагітності. Їх можна поділити на три категорії залежно від стійкості їх опору до зачаття:

- з поверховим, ситуативним опором (таких жінок 35%). Їх безпліддя може припинитись мимовільно;

- з більш стійким опором. У таких жінок можуть бути проблеми в сім'ї, погані побутові умови, таким чином жінка сигналізує про свою неготовність до материнства через несприятливі умови. Усунення даних умов може призвести до вагітності;
- жінки у яких безпліддя виникло через глибоку та тривалу психосоматичну напругу, наявні психогенні стреси. Як наслідок такі жінки дуже бояться завагітніти і у них виникає своєрідний психологічний захист – безпліддя [23].

Причини психологічного безпліддя можна поділити на 3 групи: - ті, які походять з минулого; - які супроводжують жінку в теперішньому житті; - які пов'язані з майбутнім. Крім цього виділяють групу факторів, що обумовлені навколишнім середовищем чи залежать від оточення жінки.

Можливими психічними причинами виникнення безпліддя можуть стати:

- нерозв'язаний конфлікт у сім'ї (з батьками, братами та сестрами, бабусею та дідусем), попереднім партнером;
- перебільшені очікування від близьких людей;
- екстремальні навантаження;
- виняткове фокусування на народженні дитини;
- надмірна опіка;
- перфекціонізм;
- не пережитий біль втрати – або від народження мертвої дитини, або від смерті близької людини;
- неусвідомлене почуття провини щодо зробленого аборту;
- підсвідомий страх (наприклад, страх процесу вагітності, пологів, страх батьківської до гніту зобов'язань);
- нездоровий стресовий стан;
- конфлікти з партнером;
- травми тощо [17].

Безпліддя сьогодні розглядається як психологічне, соціальне, соціально-психологічне та біологічне неблагополуччя на яке впливає безліч факторів. Проте, дослідники єдині в думці що воно є сильним стресором, в першу чергу для жінки, адже вона переживає ряд негативних емоцій. Перш за все у жінки

розвивається тривожно-депресивний синдром, який полягає в розвитку у безплідних жінок психічних розладів непсихогенного характеру. Жінки реагують на стан безпліддя значно емоційніше, ніж чоловіки. Наслідком такого стресу можуть стати ізоляція, невпевненість в собі, депресивність, сором, дратівливість [1, с. 124].

Первинна травма від бездітності (особиста трагедія нездатності бути матір'ю або батьком, відчути радість від вагітності та батьківства) може бути доповнена вторинною травмою – від відсутності підтримки з боку чоловіка чи дружини, порушення сімейних стосунків на ґрунті бездітності. Сильні переживання здатні гальмувати роботу репродуктивної системи аж до повної її «зупинки». Сам діагноз безпліддя по стресогенності можна порівняти з такими важкими психологічними травмами, як втрата члена сім'ї, невиліковне захворювання, розлучення тощо; бездітна пара відчуває сильні емоційні реакції, такі як горе/депресія, фрустрація, сором, збентеження, почуття провини, смуток, тривогу.

Тяжкість переживань може викликати зниження самооцінки, самоповаги, зміни у подружніх відносинах та задоволеності шлюбом, зміни у сексуальній сфері, синдром очікування вагітності. У свою чергу, ці стани можуть впливати на репродуктивну здатність. У ряді робіт показано, що безпліддя може призводити до порушення міжособистісних відносин, відчуття нестабільності сімейного стану. Так, повторні шлюби в сім'ях, які страждають на безпліддя, відзначалися в 5 разів частіше, ніж у контрольній групі (17,9 і 3,3% відповідно) [12, с. 120].

Жінкам у яких виявлені порушення репродуктивної сфери мають такі недостатньо конструктивні механізми психологічного захисту як: проекція, компенсація, заперечення, раціоналізація і реактивні утворення. Вони виступають своєрідними адаптивними формами поведінки, що допомагають безплідним жінкам уникнути хвилювань, внутрішньої напруженості та дискомфорту, а за тривалих стресових впливів – здатні переростати у деструкцію, підсилювати внутрішній конфлікт й сприяти соматичним захворюванням репродуктивної сфери.

У жінок з безпліддям обтяжений також і соматичний анамнез. Найчастіше при наявності виражених психоемоційних розладів відмічається патологія шлунково-кишкового тракту (44,3 %) та ожиріння (42,6 %), що відповідає сучасним уявленням про дану патологію як психосоматичну. У чверті жінок 3 групи спостерігалась серцево-судинна патологія (24,5 %). У 3 рази частіше відмічені ендокринні захворювання, переважно патологія щитовидної залози. Майже у третини жінок з вираженими психоемоційними порушеннями відмічена патологія сечовидільної системи (цистити та пієлонефрити) та дихальних шляхів (хронічні тонзиліти, гайморити, бронхіти) (27,9 % та 29,5 % відповідно), що вказує на наявність персистуючої інфекції.

У жінок з безпліддям частота практично всіх симптомів синдрому вегетативної дистонії була достовірно вища відносно такої у фертильних жінок. При безплідді найчастіше відмічались наступні симптоми: головні болі; оніміння або похолодіння пальців; порушення функції шлунково-кишкового тракту; почуття невиспаності, втоми при пробудженні вранці; серцебиття. Частота порушень сну від легких до серйозних проявів при безплідді склала 78,1 % проти 47,8 % у фертильних жінок [9, с. 13].

Безпліддя можна лікувати і одним з найуспішніших методів є допоміжні репродуктивні технології (далі - ДРТ). Це такі методики лікування безпліддя, за яких маніпуляції з репродуктивними клітинами, окремі або всі етапи підго товки репродуктивних клітин, процеси запліднення і розвитку ембріонів до перенесення їх у матку пацієнтки здійснюються в умовах in vitro (у пробірці) [18].

Проте сама процедура є надзвичайно виснажливою для жінки, як емоційно, так і фізично, емоційно вона також впливає на партнера. Так, багаторазові обстеження, гормональне лікування, пункція, стадія очікування коли дозріють статеві клітини, переживання за те буде, чи не буде запліднення, перенос ембріонів, очікування настання вагітності можуть вплинути на подружні взаємовідносини. Такі різні стадії циклів ДРГ, очікування позитивних результатів, іноді невдалі спроби можуть негативно впливати на адаптацію жінки та її чоловіка, їх психосоціальні функції [22].

Отже, у пацієнток програм ДРТ відмічається підвищена підозрілість, боязкість, вразливість і чутливість до тиску навколишнього середовища, песимістичність, мінливість настрою і мотиваційна нестійкість, при нормальному прагненні до самоствердження, самовпевненості і дещо агресивному стилі міжособистісної поведінки. Такі характеристики свідчать про утруднення адаптації, невротичну структуру переживань, приводять до психоемоційних порушень та неефективності програм ДРТ.

У низці досліджень показано, що у жінок, які проходять лікування екстракорпоріальним заплідненням (далі - ЕКЗ), у середньому частіше спостерігаються розлади невротичного характеру, коморбідність тривоги та депресії при переважанні розладів тривожного спектра психогенного характеру. Психологічні фактори можуть робити свій внесок у етіологію виникнення безпліддя та впливати на результат лікування. У дослідженнях показана роль таких факторів, як стрес, емоційні переживання, підсвідомі конфлікти, конфліктне дитинство, стосунки в сім'ї, страх вагітності та материнства, страх перед пологами та післяпологовими психозами, протиріччя між прагненням до професійної діяльності та материнством, конфлікти на робочому місці, нав'язливе бажання мати дитину.

При лікуванні безпліддя часто спостерігається ціла низка психологічних розладів: фобії, нав'язливі думки, істерична симптоматика і навіть у поодиноких випадках – шизоїдна симптоматика. Сам процес лікування, наприклад спроби запліднення, викликає почуття постійної щомісячної тривоги у жінки і може посилювати або викликати усвідомлення власної бездітності, соціальної неповноцінності, що є потужним стресом. У жінок може формуватися негативний образ «Я» та розвиватися почуття неповноцінності, оскільки материнство сприймається ними як необхідний елемент самореалізації та виконання своєї соціальної ролі.

Ріст пограничного психічного стану у жінок з неплідддям відбувається поступово. Згідно досліджень, максимальний рівень тривоги виявляється у жінок після першої невдалої спроби лікування. В той час, як тривожно-депресивні

розлади досягають максимуму під час проведення третьої спроби лікування і наростає до шостої спроби.

Незважаючи на велику кількість спроб, які можуть зробити жінки, найбільший їх відсоток відмовляється від програми ЕКЗ після четвертої невдалої спроби. Причинами припинення лікування є фінансові проблеми, сприйняття процедури ЕКЗ як стресової ситуації, погіршення самопочуття, загострення соматичних захворювань, психосоматичні скарги, сімейні проблеми [12, с. 120].

Важливо, що не лише гінекологічні захворювання впливають на емоційну сферу жінки, але й особливості їх перебігу, тривалість, підтримка з боку рідних, а особливо чоловіка, а також процес лікування. Якщо ми говоримо про безпліддя –то важливе значення має і кількість спроб, які зробила сім'я для запліднення. Емоційна сфера жінки дуже багатогранна, вона пропускає всі емоції через себе. Вони бувають ситуативними, а можуть бути затяжні стани – тривоги, депресії та ще важчих станів, які потрібно лікувати медикаментозно чи за допомогою психокорекції.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

В роботі було проаналізовано психосоматичні гінекологічні захворювання, тобто ті, які виникають під впливом емоційного стану жінки та соматопсихічні – коли під впливом захворювання змінюється емоційна сфера особистості.

Психосоматичні захворювання відрізняються важкістю та тривалістю перебігу. Так, під впливом стресогенних чинників у жінки можуть трапитись розлади менструального циклу. Часто негативні переживання призводять до тривалої відсутності менструацій. Проте, як свідчать дослідники, сильні негативні емоції можуть призвести до утворення доброякісних і навіть злоякісних пухлин. Тому потрібно звертати увагу на емоційний стан жінки, а якщо вона сама не може справитись з проблемою – допомогти їй у комплексному лікуванні, включаючи допомогу психотерапевта.

У другому питанні роботи було розкрито як гінекологічні захворювання впливають на особистість жінки та її емоційну сферу. Виявлено, що часто жінка переживає комплекс негативних емоцій, таких як злість, страх, може проявляти

невмотивовану агресію, або навпаки замикається, стає безініціативною, пасивною. Можливі й переживання сильних почуттів, що змушують жінку постійно здійснювати самоконтроль чи займатись самозвинуваченнями.

Особлива увага присвячена проблемі безпліддя, адже, як відомо дане захворювання не лише негативно впливає на самопочуття жінки, призводить до деструктивних емоцій, але й може призвести до розпаду сім'ї та зміни всієї ситеми цінностей. Дана проблема впливає не лише на жінку, але й на усю родину. Цікаво, що емоційний стан жінки у якої діагностовано безпліддя змінюється постійно - під час проведення ЕКЗ і навіть після декількох невдалих спроб штучного запліднення.

РОЗДІЛ 2 Емпіричне дослідження емоційної сфери жінок – пацієнтів гінекологічного профілю

2.1. Опис методичного інструментарію

Для проведення дослідження жінок з гінекологічними захворюваннями було обрано методики, які досліджують рівень стресу, тривожності та персональні ресурси особистості. Загалом використано три методики, що дозволили проаналізувати емоційний стан жінки. Як відомо, стрес, а особливо довготривалий, негативно впливає на особливості особистості. Ми не говоримо про еустрес, який мобілізує людину та призводить до розвитку, річ про дистрес – негативний та деструктивний. За напрацюваннями дослідників можна стверджувати, що стрес впливає на репродуктивні функції жінки, тобто може призводити до так званого стрес- індукованого, або психогенного безпліддя. Воно складає близько 30% з усіх причин безпліддя, тому важливо вивчати вплив стресу на фізичне здоров'я жінки та вплив гінекологічних захворювань на виникнення хронічного стресу, адже, наприклад, безпліддя є дуже сильним та хронічним стресогенним фактором та негативно впливає на психічний стан жінки. З стресом також пов'язано виникнення таких захворювань як аменорея, дисменорея, функціональні порушення менструального циклу.

Методика визначення рівня особистісної і ситуативної тривожності (автори У. Д. Спілберг, Ю. Л. Ханін). Тривожність, як властивість особистості, є особливістю характеру людини, тому її визначення має неабияке значення. Якщо за допомогою тесту було визначено, що у людини високий рівень особистісної тривожності, то можна говорити, що вона легко тривожиться з різних причин, а особливо ті, які можуть вплинути на значущі для її особистісного та соціально-психологічного статусу ситуації.

Підвищена тривога є одним з механізмів неадаптивної поведінки, проте певний рівень тривожності – обов’язкова й природня особливість особистості, її продуктивної активності. Почуття тривоги виникає у відповідь на невідомий подразник. У кожної людини свій рівень тривожності та тривоги. Для її

зменшення особистість використовує самоконтроль та самооцінку власних станів, адже підвищений рівень тривожності може призвести до дезадаптивних та інших розладів.

Методика Ч. Спілберга – Ю. Ханіна дає змогу диференційовано вимірювати тривожність як особистісну властивість і як ситуативний стан [11, с. 25].

Тривожність визначають як схильність індивіда до переживання стану тривоги. І хоча чіткого поділу між цими термінами немає, адже вони використовуються для позначення психічного стану. Проте, варто розрізняти тривожність як особистісну рису та тривожність як психічний стан. Тривожність як риса особистості проявляється в частоті переживання людиною стану тривоги. Високотривожні люди переживають його частіше та з більшою інтенсивністю, як низькотривожні. Високотривожні особистості реагують вираженим станом тривоги на ситуації, які вони сприймають як загрозливі для самооцінки та життєдіяльності. Якщо результати тесту виявляють високий рівень особистісної тривожності, то це дає підставу прогнозувати виникнення станів тривожного ряду в різноманітних ситуаціях, пов’язаних з оцінкою компетенції і престижу. Особистісна тривожність – це стійке утворення, що проявляється як хронічне переживання психічного та соматичного напруження, почутті внутрішньої нетерплячості, скутості, схильності до дратівливості навіть з незначних приводів.

Отже, особистісна тривожність – це стійка індивідуальна особливість людини, що характеризує її тенденцію сприймати певний діапазон ситуацій як загрозливих, небезпечних для самооцінки і самоповаги.

Ситуативна тривожність, тривога, або тривожність як психічний стан часто пов’язана з конкретними ситуаціями, які відбуваються. Відмінність між ситуативною та особистісною тривожністю полягають в частоті переживання стану тривоги, тому методики діагностики побудовані на одних і тих же принципах. Вони максимально описують перелік симптомів тривоги та страху, або ситуацій, якими вони можуть бути викликані. Опитувальники спрямовані на виявлення рівня тривожності і диференціації особистісної та ситуативної тривоги.

Виділяють також реактивну тривожність, яка є станом, що характеризується суттєво пережитими емоціями: заклопотаність, нервозність, занепокоєння, напруга. Він виникає у відповідь на стресову ситуацію, яку переживає людина, тобто є нетривалим.

Для дослідження було обрано методику Ч. Спілберга – Ю. Ханіна, адже, як ми вважаємо, вона дає можливість найбільш точно описати тривожність і як ситуативний стан, і як особливість характеру. Опитувальник складається з двох етапів. На обидвох досліджувані відповідають на 20 запитань. Вони можуть описати свій емоційний стан за допомогою таких відповідей: ні, це не так; мабуть, так, правильно, зовсім правильно.

Інший опитувальник ми обрали для визначення рівня стресу, адже він впливає на настрій, емоції, поведінку людини, а отже на її психологічний стан, самопочуття та здоров'я. Його називають тихим вбивцею 21 століття. Симптомами хронічного стресу є дратівливість, депресія, тривожність, безсоння. Хронічний стрес впливає на ЦНС, серцево-судинну, респіраторну, м’язову, травну, імунну, репродуктивну. Тому, можна говорити про замкнуте коло – гінекологічні захворювання призводять до стресу, а стрес може провокувати інші гінекологічні проблеми, такі як нерегулярні та болючі менструації, посилення симптомів менопаузи та інші, аж до серйозних проблем, наприклад, безпліддя. Це пов’язано з виробленням кортизолом – «гормоном стресу», який допомагає особистості справитись з проблемами на фізичному та емоційному рівнях. Вироблення кортизолу, в свою чергу, напряму пов’язане з синтезом прогестерону - статевого гормону. Якщо організму необхідно постійно виробляти кортизол у збільшеній кількості через стан короткочасного чи тривалого стресу, то це негативно впливає на гормональний баланс – зменшується синтез прогестерону.

Для дослідження був обраний опитувальник В. Ю. Щербатих, де подані інтелектуальні, поведінкові, емоційні та фізіологічні ознаки стресу. Досліджуваній потрібно відповісти на запитання, чи присутні вони на даний момент у неї, чи ні. Кожна ознака оцінюється по-різному, так, якщо присутні

фізіологічні ознаки, то стрес вважається сильнішим, поведінкові – менш вираженим.

Для того щоб людина успішно боролась з стресом, могла адаптуватись до стресових ситуацій та успішно його подолала у неї повинні бути ресурси – значущі матеріальні засоби (транспорт, будинок, матеріальні блага, одяг та ті цінні речі, які є важливими для особистості); нематеріальні конструкти (цілі, вірування, ідеї, переконання, бажання); зовнішні засоби (друзі, сім'я, робота, соціальний статус та соціальна підтримка); внутрішні до яких належить відношення до себе і світогляд (професійні вміння, самоконтроль, оптимізм, система вірувань, життєві цінності, самоповага та ін.), стан фізичного та душевного благополуччя, емоційні, вольові, енергетичні характеристики, які прямо або опосередковано потрібні для подолання реальних або передбачуваних стресів життя.

Методика опитування Л. А. Рабінович спрямована на виявлення переважаючих у людини емоцій. Цей опитувальник складається з 46 питань; випробовувані можуть дати 4 варіанти відповіді: «Безумовно, так», «Мабуть, так», «Мабуть, ні», «Безумовно, ні».

До кожної емоції (радості, гніву, страху, печалі) відноситься по 12 запитань (2 питання є одночасно прямими для однієї модальності (радості або печалі) і зворотними для іншої).

Перед проведенням анкетування жінкам вручається інструкція, бланк для відповідей, що має 4 графи відповідно до варіантів відповідей та опитувальник. Вони повинні заносити заносити номери питань у ті графи бланка відповідей, які їм найбільш підходять.

Відповіді оцінюються за допомогою 4-бальної шкали. Експериментатор обчислює індивідуальні оцінки по кожній з модальностей та підсумовує кількість відповідей кожного із зазначених варіантів, помноженні їх на ту кількість балів, яким даний варіант відповіді оцінюється, і підсумовує бали всіх варіантів відповідей. Максимально висока індивідуальна оцінка по кожній з модальностей - 48 балів, мінімальна - 0.

За допомогою даної методики можна вичвити настрій особистості, стан, який вона переживає. Таким може бути агресивність, оптимізм або песимізм, та інші характеристики. У цьому полягає мета опитувальника – з його допомогою виявляють стійкі емоційні переживання досліджуваних. Тому дану методику в значній мірі можна розглядати не як виявлення в чистому вигляді пережитих емоцій (радості, гніву, страху і печалі), а як схильність суб'єкта до оптимістичного або песимістичного, до позитивного або негативного емоційного тла.

Для більш повної картини дослідження була проведена бесіда з жінками, таким чином ми отримали змогу оцінити їх емоційний стан та проаналізувати поведінку. На основі даного методу зрозуміли, скільки часу жінка бореться з захворюванням, що дозволило зробити висновок про те чи впливає лише наявність гінекологічного захворювання на тривожність та стан стресу в особистості, чи, можливо, під впливом часу, особистість адаптувалась та навчилась жити з своєю проблемою.

2.2. Процедура проведення дослідження жінок з гінекологічними захворюваннями

Для проведення дослідження було обрано 30 досліджуваних – жінок у яких наявні гінекологічні захворювання. Усі вони знаходяться в вікових межах від 24 до 53 років. Список досліджуваних, їх вік та гінекологічне захворювання подано в таблиці 2.1

Таблиця 2.1.

Основні характеристики досліджуваних

№	Гінекологічні проблеми	Вік
1	Нерегулярна менструація	30
2	Дитяча матка	24
3	Дитяча матка, безпліддя	36
4	Ерозія шийки матки, мастопатія	29
5	Фіброаденома	32

6	Видалена матка в результаті доброякісної пухлини	53
7	Видалена матка через фіброму, видалений яєчник	51
8	Нерегулярна болюча менструація	29
9	Вагінальний кандидоз	30
10	Безпліддя (1 рік)	25
11	Міома матки	41
12	Ерозія шийки матки	27
13	Вагінальний кандидоз	30
14	Ендометріоз	43
15	Безпліддя (4 роки)	29
16	Міома матки	50
17	Безпліддя (7 років)	31
18	Синдром полікістозних яєчників	37
19	Безпліддя (1,5 роки)	25
20	Нерегулярна менструація	24
21	Кіста яєчника	38
22	Бактеріальний вагіноз	32
23	Фіброма матки	45
24	Фіброзно-кістозна мастопатія	47
25	Хронічний кольпіт	32
26	Ерозія шийки матки	29
27	Вагініт	33
28	Аменорея	26
29	Бактеріальний вагіноз	33
30	Гострокінцеві генітальні кондиломи	31

Середній вік досліджуваних – 34 роки, тобто обрано таку категорію людей, які відносяться до зрілого віку. Серед найрозповсюдженіших гінекологічних захворювань вагінальний кандидоз, ерозії шийки матки, порушення менструального циклу, безпліддя, якщо характеризувати дану категорію, то можемо стверджувати, що безпліддя лікарі діагностують якщо подружжя живе повноцінним статевим життям, не використовує контрацептиви, проте протягом

12 місяців не настає вагітність. Безпліддя може бути викликане багатьма причинами: може бути наслідком гормональних порушень, передаватись генетично, може бути викликане патологією або захворюванням матки чи її придатків, або бути психосоматичним захворюванням. Саме тому, таке захворювання як безпліддя ми вказуємо, не називаючи його причин.

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Таблиця 2.2

Результати тесту на визначення рівня стресу (за В. Ю. Щербатих)

№	Отриманий бал	Результат
1	11	Помірний стрес
2	15.5	Досить виражене напруження
3	11.5	Помірний стрес
4	15	Досить виражене напруження
5	12	Помірний стрес
6	23	Досить виражене напруження
7	26	Стан сильного стресу
8	11	Помірний стрес
9	8	Помірний стрес
10	22	Досить виражене напруження
11	18.5	Досить виражене напруження
12	11,5	Помірний стрес
13	10	Помірний стрес
14	29,5	Стан сильного стресу
15	23	Досить виражене напруження
16	25	Стан сильного стресу
17	16	Досить виражене напруження
18	17	Досить виражене напруження
19	11	Помірний стрес
20	16	Досить виражене напруження

21	18	Досить виражене напруження
22	9	Помірний стрес
23	21	Досить виражене напруження
24	17,5	Досить виражене напруження
25	10	Помірний стрес
26	12	Помірний стрес
27	19	Досить виражене напруження
28	8	Помірний стрес
29	13.5	Досить виражене напруження
30	11	Помірний стрес

Отже, ми бачимо, що у 0% досліджуваних на даний момент стрес у їхньому житті відсутній. Отримані результати можуть свідчити про те, що у жінок з гінекологічними захворюваннями є постійна напруга щодо проблем зі здоров'ям, або ж вказує на наявність безлічі стресових факторів у нашому житті, які можуть бути не пов'язані з захворюванням, а спричинені якістю життя, іншими соматичними хворобами, віком жінок тощо.

43, 3% досліджуваних переживають помірний стрес, що є досить хорошим результатом, адже навіть незважаючи на власне захворювання жінки продовжують взаємодіяти з соціумом та можуть побороти стан стресу через відпочинок, оптимальне використання власного вільного часу, підтримку рідних чи коли досліджувані будуть приділяти більше часу власним проблемам та потребам. Релаксація, спорт, пошук занять, які будуть подобатися людині дозволять побороти незначний стрес.

У 46,7 % досліджуваних виявлено досить виражене напруження емоційних та фізіологічних систем організму через певний стресогенний фактор. Цим досліджуваним потрібно використовувати спеціальні методи боротьби зі стресом, наприклад, відпустка на роботі та тривалий відпочинок. До спеціальних методів боротьби зі стресом також відносять заспокійливі препарати, які може призначити лікар, ліки для покращення апетиту, фізіотерапевтичні процедури та відвідування санаторіїв у яких присутні програми щодо подолання стресу. Також важливе значення має усунення чинника, який призвів до стресу. Якщо його

причиною стало гінекологічне захворювання – потрібно знайти гінеколога, якому жінка буде довіряти та розпочати лікування.

У 10% жінок виявлено стан сильного стресу, а це означає, що жінки потребують допомоги спеціаліста, яким є психолог, психотерапевт чи навіть психіатр. Цікаво, що стан сильного стресу виявлено у тих жінок, у яких видалено орган, або статеву залозу. Це може впливати на самопочуття жінки на рівні організму та її здоров'я в цілому. В процесі бесіди з даними досліджуваними було виявлено, що після перенесеного хірургічного втручання у них зменшився імунітет та з’явились такі соматичні симптоми, які погіршили якість їх життя. Тому, говорити про те, що психотерапевт справиться з проблемою, чи вирішити її можна за допомогою медикаментозного втручання не варто.

У 0% досліджуваних виявлено найбільш небезпечну стадію стресу – виснаження запасів адаптаційної енергії. Це може бути пов’язано з тим, що серед досліджуваних не було людей з злоякісними пух линами, венеричними захворюваннями, чи такими гінекологічними хворобами, які можуть призвести до летальних наслідків. Отриманий результат вказує на готовність та внутрішні резерви жінки для того, щоб боротись з захворюванням.

Для кращої наглядності результати отриманого дослідження ми показали у діаграмі.

Рис. 2.1. Рівень стресу у жінок з гінекологічними захворюваннями

Отже, можемо стверджувати що за результатами проведення даної методики жінки які мають гінекологічне захворювання (важке, таке як доброякісні новоутворення, чи легке, наприклад, порушення менструального циклу) схильні до фізіологічних, поведінкових, інтелектуальних чи емоційних проявів стресу. Ті досліджувані у яких було серйозне гінекологічне захворювання переживають сильніший стрес, якість їхнього життя погіршилась.

Наступною методикою, яку ми провели стала методика Спілбергера-Ханіна, що дозволила зробити висновки про ситуативну та особистісну тривожність жінок у яких наявне гінекологічне захворювання. Результати дослідження подані в таблиці 2.2.

Табл. 2.2.

Результати методики Спілбергера-Ханіна у жінок, в яких наявне гінекологічне захворювання

№	Особистісна тривожність	Реактивна тривожність
1	Помірна тривожність	Помірна тривожність
2	Помірна тривожність	Помірна тривожність
3	Помірна тривожність	Помірна тривожність
4	Помірна тривожність	Помірна тривожність
5	Помірна тривожність	Помірна тривожність
6	Помірна тривожність	Помірна тривожність
7	Низький рівень тривожності	Низький рівень тривожності
8	Низький рівень тривожності	Помірна тривожність
9	Помірна тривожність	Помірна тривожність
10	Помірна тривожність	Помірна тривожність
11	Помірна тривожність	Помірна тривожність
12	Низький рівень тривожності	Помірна тривожність
13	Низький рівень тривожності	Низький рівень тривожності
14	Помірна тривожність	Помірна тривожність
15	Помірна тривожність	Висока тривожність

16	Помірна тривожність	Помірна тривожність
17	Висока тривожність	Висока тривожність
18	Помірна тривожність	Помірна тривожність
19	Низький рівень тривожності	Помірна тривожність
20	Висока тривожність	Висока тривожність
21	Помірна тривожність	Помірна тривожність
22	Помірна тривожність	Низький рівень
23	Помірна тривожність	Помірна тривожність
24	Помірна тривожність	Помірна тривожність
25	Помірна тривожність	Низький рівень тривожності
26	Помірна тривожність	Помірна тривожність
27	Помірна тривожність	Помірна тривожність
28	Низький рівень тривожності	Низький рівень тривожності
29	Помірна тривожність	Висока тривожність
30	Помірна тривожність	Помірна тривожність

Результатами даної методики стало встановлення рівня особистісної тривожності, що свідчить про тривожність як рису особистості та ситуативну тривожність, яка залежить від емоційного та психологічного стану жінки на даний момент.

Отже, у 20% досліджуваних низький рівень особистісної тривожності, у 73,3% досліджуваних виявлено помірний рівень особистісної тривожності та 6, 7% жінок з гінекологічним захворюванням володіють такою рисою характеру, як тривожність. За результатами дослідження не виявлено зв’язку між особистісною тривожністю та гінекологічними захворюваннями жінки також не виявлено зв’язку між підвищеним рівнем стресу та тривожністю досліджуваних. Так, навіть у досліджуваних з станом сильного напруження тривожність як особистісна риса може не проявлятися.

Щодо ситуативної тривожності, то у 16,7% досліджуваних виявлено низький рівень, 70% - помірний та у 13, 3% досліджуваних високий рівень тривожності в момент проходження тесту. Загалом показники особистісної та реактивної тривожності значно не відрізняються між собою, що дозволяє

стверджувати про відсутність зв’язку між ситуативною тривожністю досліджуваних та наявністю у них гінекологічних захворювань. Результати тесту подані у діаграмах.

Рис. 2.2. Рівень особистісної тривожності у жінок з гінекологічними захворюваннями

У діаграмі 2.3. визначено рівень ситуативної тривожності у жінок з гінекологічними захворюваннями .

Рис. 2.3. Рівень ситуативної тривожності у жінок з гінекологічними захворюваннями

За опитувальником Л. А. Рабінович було визначено, який емоційний стан у жінок з гінекологічними захворюваннями.Отримані дані знахлдяться в таблиці 2.3.

Табл. 2.3.

Переважаюча емоціїя у жінок що мають гінекологічне захворювання

№	Гінекологічні проблеми	Переважаюча емоція
1	Нерегулярна менструація	радість
2	Дитяча матка	печаль
3	Дитяча матка, безпліддя	печаль
4	Ерозія шийки матки, мастопатія	страх
5	Фіброаденома	страх
6	Видалена матка в результаті доброякісної пухлини	печаль
7	Видалена матка через фіброму, видалений яєчник	радість
8	Нерегулярна болюча менструація	радість
9	Вагінальний кандидоз	гнів
10	Безпліддя (1 рік)	радість
11	Міома матки	печаль, страх
12	Ерозія шийки матки	радість
13	Вагінальний кандидоз	гнів
14	Ендометріоз	страх
15	Безпліддя (4 роки)	страх
16	Міома матки	гнів
17	Безпліддя (7 років)	гнів
18	Синдром полікістозних яєчників	печаль
19	Безпліддя (1,5 роки)	страх
20	Нерегулярна менструація	радість
21	Кіста яєчника	страх
22	Бактеріальний вагіноз	гнів

23	Фіброма матки	печаль
24	Фіброзно-кістозна мастопатія	радість
25	Хронічний кольпіт	страх
26	Ерозія шийки матки	страх
27	Вагініт	гнів
28	Аменорея	радість
29	Бактеріальний вагіноз	радість
30	Гострокінцеві генітальні кондиломи	страх

Отже, проаналізувавши прояв емоцій у жінок з гінекологічними захворюваннями можна зробити висновок, що 30% з них переживають радість. Можемо пояснити це тим, що серед досліджуваних багато таких жінок у яких гінекологічне захворювання суттєво не впливає на якість життя жінки. У 30% досліджуваних також виявлено переважання такої емоції, як страх. Це досить великий відсоток, який є свідченням того, що все ж таки у жінок може на пвдсвідомому рівні зберігатись така негативна емоція як страх, яку транслює жінка. 20% досліджуваних провідною емоцією визначають гнів. Вона може бути пов’язана з наявним гінекологічним захворюванням, а може проявлятись як особистісна риса жінки. І, відповідно, за результатами опитувальника у 10% досліджуваних провідною емоцією є печаль. Такий результат дає можливість стверджувати, що жінки ефективно боряться з гінекологічними захворюваннями, вважаючи себе оптимістами. Дані опитувальника наведені в гістаграмі 2.3

Рис. 2.3. Переважаюча емоціїя у жінок що мають гінекологічне захворювання

Отже, за результатами дослідження бачимо, що емоційний стан жінки з гінекологічним захворюванням може бути різним.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

За результатами трьох проведених методик та використання методу бесіди можна зробити таке узагальнення. Жінки у яких гінекологічне захворювання часто використовують власні енергетичні ресурси, щоб справитись з негативними емоціями, та тілесними змінами які виникають у них. Для того, щоб поповнити енергетичний потенціал жінці необхідно знайти джерело натхнення. Це можуть бути матеріальні, моральні, сімейні блага та цінності, творчість, соціальні контакти.

Проте, часто в погоні за здоров'ям, прагненням зменшити больові відчуття, жінка приходить до тієї стадії, коли організм вичерпує власні ресурси та та знаходиться в постійному стресі. Це підтверджують результати першої методики. У всіх жінок, незважаючи на різні гінекологічні захворювання, підвищений рівень стресі, а деякі навіть потребують не просто відпочинку, для зменшення рівня стресу в організмі, але й допомоги психотерапевтів та психіатрів, які можуть призначити медикаментозне лікування.

Якщо говорити про другу методику та дослідження тривожності (особистісної та ситуативної) то не можемо відслідкувати зв'язок між тривожністю та гінекологічним захворюванням жінки.

Результати третьої методики показують, що у 30% жінок присутня радість, як переважаюча емоція, скільки ж відсотків відчувають страх, менше печаль і гнів. У відсотковому співвідношенні у 30% жінок переважають позитивні емоції, у 70% - негативні.

ВИСНОВКИ

Отже, у теоретичній частині роботи було досліджено три запитання. У першому розкрито поняття психосоматичних захворювань, виділено гінекологічні захворювання, які виникають під впливом емоційного стану жінк. Таким є порушення менструального циклу, пухлини матки, ерозії шийки матки. Особливе місце серед даних захворювань відводиться безпліддю, так як присутня велика кількість чинників, факторів та станів жінки, які можуть призвести до безпліддя.

У другому теоретичному запитанні описано зміни в емоційній сфері жінки, які виникають під впливом різних гінекологічних захворювань, особливості викоиристання копінг-стратегій, подана класифікація гінекологічних захворювань, описано окремі гінекологічні захворювання, наприклад, ендометріоз, фіброми, полікістоз яєчників та інші, які негативно впливають на емоції та почуття жінки.

Третє теоретичне запитання присв'ячене проблемам безпліддя, описано категорії жінок які опираються настанню вагітності, досліджено психологічні причини виникнення безпліддя а також емоцйний стан жінок, які знаходяться на різних стадіях циклів ДРГ.

Другий емпіричний розділ присв'ячений дослідженню емоційної сфери жінки. Ми обрали три опитувальника: тест на визначення рівня стресу (за В. Ю. Щербатих), опитувальник Л. А. Рабінович та методику Спілбергера-Ханіна для визначення особистісної та ситуативної тривожності. За отриманими результатами дослідження можемо стверджувати, що у досліджуваних жінок з гінекологічними захворюваннями збільшений рівень стресу, а в деяких суттєво. Між рівнем тривожності та гінекологічними захворюваннями жінок не прослідкували кореляційного зв'язку. За результатами останньої методики прослідковується негативна тенденція, адже лише 30% досліджуваних переживають радість, як переважаючу емоцію, решту – негативні – страх, печаль, гнів. Важаємо, що поставлену мету та завдання виконали, вбачаємо подальші перспективи в дослідженні емоцій жінок з одним гінекологічним захворюванням.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бендас В. В., Міхєєв А. О. Вплив психосоматичних розладів на розвиток психологічного безпліддя (огляд літератури). *Клінічна та експериментальна патологія*. 2018. Т. 17 №1 (63). С. 122-125.
2. Блох С. Вступ в психотерапію. Москва.: Сфера. 1997. 200 с.
3. Богатова И. К., Семенова О. К. Психологические особенности женщин с генитальным эндометриозом. *Вестник новых медицинских технологий.* 2008. №1. С. 61-63.
4. Брехман Г.И., Мазорчук Б.Ф., Масиброда Н.Г. Миома матки: психосоматические аспекты, консервативное лечение и профилактика. Иваново- Винница, 2000. 220 с.
5. Вереіна Л. В., Прохорова Л. В. Психологічні причини виникнення онкозахворювань у жінок *Вісник Харківського національного університету № 1009 Серія «Психологія»*, 2012, С.153-157.
6. Грицюк І.М. Основи психосоматики: методичні матеріали для студентів спеціальності «Практична психологія». Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 27с.
7. Дмитренко І. Дипломна робота «КПТ розладів сексуальних функцій у жінок» : веб-сайт. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2020/03/%D0%94% (дата звернення: 2018р.)
8. Існюк Н. О., Бойчук А. В., Бегош Б. М. Характеристика психоемоційного статусу та показників якості життя в жінок із фіброміомою матки та поєднаною ендокринною патологією. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. 2018. № 1. С. 76-79.
9. Камінський А. В. Безпліддя у жінок в стані психоемоційнох дезадаптації: концепція, патогенез і корекція 14.01.01 – акушерство та гінекологія Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук Київ – 2019. 21 с.
10. Кочарян А. С., Макаренко А. А. Психологические особенности женщин с гинекологической патологией *Перспективы науки и образования,* 2015. С.88-92.

11. Методики вивчення повсякденного стресу і способів М545 розв'язання кризових життєвих ситуацій / О. Я. Кляпець, Б. П. Лазоренко, Л. А. Лєпіхова, В. В. Савінов ; За ред. Т. М. Титаренко. Київ. : Міленіум, 2009. 120 с.
12. Наку Е. А, Ковас Ю. В., Бохан Т. Г. Факторы негативных психоэмоциональных состояний женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО *Сибирский психологический журнал.* 2017. № 63. С. 119–135.
13. Насырова Р.Ф. Психическое здоровье женщин с гинекологической патологией (клинико-патогенетические, социально-психологические и реабилитационные аспекты): ареф. дис. док. мед. наук./ Насырова Р.Ф.- Томск, 2012. 57с.
14. Орлова Ю.А., Мартиненко В.Б. Ендометріоз як глобальна багаторівнева проблема, ретроспективна характеристика хворих. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*. 2020. Т. 20, вип. 2 (70). С. 63–69.
15. Потемкина Е. А. Особенности медико-психологических характеристик и симптоматика непсихотических психических расстройств при хронических гинекологических заболеваниях: автореф. дис канд. мед наук./ Е.А. Потемкина. Санкт- Петербург, 2012. 25с.
16. Портнов О. Причини ерозії шийки матки, *Медичний редактор* : веб-сайт. URL: https://ua-m.iliveok.com/health/prychyny-eroziyi-shyyky-matky_109395i15953.html (дата звернення: 19.11.2021).
17. Причины бесплодия : веб-сайт. URL: https://www.wunschbaby.at/uploads/_205.pdf
18. Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.09.2013 р. № 787. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ z1697 13 (дата звернення: 07.04.2021).
19. Психосоматические заболевания: справочник / под. ред. Е. Е. Елисеева. Москва: ЕКСМО, 2003. 311 с.
20. Радецкая Л.Е., Супрун Л.Я. Эндометриоидная болезнь (патогенез, диагностика и лечение). Витебск, 2000. 112с.

21. Сіраковська О. Б. Психологічні аспекти репродуктивного здоров'я жінок *Psychological journal* № 4 (14), 2018. С. 185-197.
22. Стрілко Г. В. Лікування безпліддя: допоміжні репродуктивні технології (ДРГ). *Страна врачей – ресурс для специалистов в области здравоохранения*. 2011. С. 111-115.
23. Филиппова Г. Нарушение репродуктивной функции и ее связь с нарушениями в формировании материнской сферы. Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. 2010. №1. С. 101- 119.
24. Фролова Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья: учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. Минск.: ЕГУ, 2003. 172 с.
25. Чайка Г. В., Ломачук Б. О., Кучеренко О. М. Сучасні погляди на етіологію первинної аменореї (огляд літератури). *Акушерство та гінекологія*. 2015. № 2. С. 183–186.
26. Conway G., Dewailly D., Diamantikandarakis E. Синдром поликистозных яичников. Официальное заявление Квропейского общества эндокринологии (European society of endocrinology) *European Journal of Endocrinology*, 171(2014): 1–29 Torng, P.L., Chang, W.C., Hwang, J.S., Hsu, W.C., Wang, J.D., Huang, S.C., & Chen C.F. (2007). Health-related quality of life after laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: is uterine weight a major factor? Qual. Life Res., 2 (16), 227-237
27. Torng, P.L., Chang, W.C., Hwang, J.S., Hsu, W.C., Wang, J.D., Huang, S.C., & Chen C.F. (2007). Health-related quality of life after laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: is uterine weight a major factor? Qual. Life Res., 2 (16), 227-237

ДОДАТКИ

Додаток 1

Тест на визначення рівня стресу (за В. Ю. Щербатих)

Інструкція: перед вами ознаки стресу - інтелектуальні, поведінкові, емоційні та фізіологічні.

За наявність у себе одного із інтелектуальних і поведінкових ознак - ставте собі 1 бал; емоційних - 1.5 бали, а фізіологічних - 2 бали.

Інтелектуальні ознаки стресу

1. Переважання негативних думок
2. Труднощі зосередження
3. Погіршення показників пам'яті
4. Постійне і безплідне обертання думок навколо однієї проблеми
5. Підвищена відволікання
6. Труднощі прийняття рішень, тривалі коливання при виборі
7. Погані сни, кошмари
8. Часті помилки, збої в обчисленнях
9. Пасивність, бажання перекласти відповідальність на когось іншого
10. Порушення логіки, сплутане мислення
11. Імпульсивність мислення, поспішні і необґрунтовані рішення
12. Звуження «поля зору», коли «бачиться» менше можливих варіантів дії

Поведінкові ознаки стресу

1. Втрата апетиту або переїдання
2. Зростання помилок при виконанні звичних дій
3. Більш швидка або, навпаки, уповільнена мова
4. Тремтіння голосу
5. Збільшення конфліктних ситуацій на роботі або в сім'ї
6. Хронічна нестача часу
7. Зменшення часу, що приділяється на спілкування з близькими і друзями
8. Втрата уваги до свого зовнішнього вигляду, неухоженность
9. Антисоціальна, конфліктна поведінка
10. Низька продуктивність діяльності

11. Порушення сну або безсоння

12. Більш інтенсивне куріння і вживання алкоголю

Емоційні симптоми

1. Занепокоєння, підвищена тривожність

2. Підозрілість

3. Похмурий настрій

4. Відчуття постійної туги, депресія

5. Дратівливість, напади гніву

6. Емоційна «тупість», байдужість

7. Цинічний, недоречний гумор

8. Зменшення почуття впевненості в собі

9. Зменшення задоволеності життям

10. Почуття відчуженості, самотності

11. Втрата інтересу до життя

12. Зниження самооцінки, поява почуття провини або невдоволення собою або своєю роботою

Фізіологічні симптоми

1. Болі в різних частинах тіла невизначеного характеру, головні болі

2. Підвищення або зниження артеріального тиску

3. Прискорений або неритмічний пульс

4. Порушення процесів травлення (запор, діарея, підвищене газоутворення)

5. Порушення свободи дихання

6. Відчуття напруги в м'язах

7. Підвищена стомлюваність

8. Тремтіння в руках, судоми

9. Поява алергії чи інших шкірних висипань

10. Підвищена пітливість

11. Швидке збільшення або втрата ваги тіла

12. Зниження імунітету, часті нездужання

РЕЗУЛЬТАТИ

Таким чином, загальна максимальна сума за всім списком теоретично може досягати 66.

Показник від 0 до 5 балів вважається хорошим - означає, що в даний момент життя вагомий стрес відсутній.

Показник від 6 до 12 балів означає, що людина відчуває помірний стрес, який може бути компенсований за допомогою раціонального використання часу, періодичного відпочинку і знаходження оптимального виходу з ситуації, що склалася.

Показник від 13 до 24 балів вказує на досить виражене напруження емоційних і фізіологічних систем організму, що виникло у відповідь на сильний стресорний фактор, який не вдалося компенсувати. В цьому випадку потрібно застосування спеціальних методів подолання стресу.

Показник від 25 до 40 балів вказує на стан сильного стресу, для успішного подолання якого бажана допомога психолога або психотерапевта. Така величина стресу говорить про те, що організм вже близький до межі можливостей чинити опір стресу.

Показник понад 40 балів свідчить про перехід організму до третьої, найбільш небезпечною стадії стресу - виснаження запасів адаптаційної енергії.

Додаток 2

Шкала ситуативної тривожності (СТ)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених тверджень і закресліть цифру у відповідній графі праворуч залежно від того, як Ви почуваєтеся на даний момент. Над запитаннями довго не задумуйтеся, оскільки правильних і неправильних відповідей немає.

№ п/п	*Судження*	*Ні, це не так*	*Мабуть, так*	*Правильно*	*Зовсім правильно*
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я знаходжуся в напрузі	1	2	3	4
4.	Я внутрішньо скутий	1	2	3	4
5.	Я почуваюся вільно	1	2	3	4
6.	Я розстроєний	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю душевний спокій	1	2	3	4
9.	Я стривожений	1	2	3	4
10.	Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11.	Я упевнений 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, напруги	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я заклопотаний	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

Шкала особистісної тривожності (ОТ)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених тверджень і закресліть цифру у відповідній графі праворуч залежно від того, як Ви почуваєтеся на даний момент. Над запитаннями довго не задумуйтеся, оскільки правильних і неправильних відповідей немає.

№ п/п	*Судження*	*Ні, це не так*	*Мабуть, так*	*Правильно*	*Зовсім правильно*
1.	У мене буває піднесений настрій	1	2	3	4
2.	Я буваю дратівливим	1	2	3	4
3.	Я легко розстроююся	1	2	3	4
4.	Я хотів би бути таким же щасливим, як інші	1	2	3	4
5.	Я сильно переживаю неприємності і довго не можу про них забути	1	2	3	4
6.	Я відчуваю прилив сил і бажання працювати	1	2	3	4
7.	Я спокійний, холоднокровний і зібраний	1	2	3	4
8.	Мене тривожать можливі труднощі	1	2	3	4
9.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
10.	Я буваю цілком щасливий	1	2	3	4
11.	Я все приймаю близько до серця	1	2	3	4
12.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4

13.	Я почуваюся беззахисним	1	2	3	4
14.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15.	У мене буває нудьга	1	2	3	4
16.	Я буваю задоволений	1	2	3	4
17.	Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
18.	Буває, що я почуваюся невдахою	1	2	3	4
19.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
20.	Мене охоплює занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка та інтерпретація Результати тесту обробляються за допомогою ключа.

Ключ

№ з/п	*Ні, це не так*	*Мабуть, так*	*Правильно*	*Зовсім правильно*	*№ з/п*	*Ніколи*	*Іноді*	*Часто*	*Майже завжди*
1	4	1	3	2	*21*	4	3	2	1
2	4	1	3	2	*22*	1	2	3	4
3	1	4	2	3	*23*	1	2	3	4
4	1	4	2	3	*24*	1	2	3	4
5	4	1	3	2	*25*	1	2	3	4
6	1	4	2	3	*26*	4	3	2	1
7	1	4	2	3	*27*	4	3	2	1
8	4	1	3	2	*28*	1	2	3	4
9	1	4	2	3	*29*	1	2	3	4
10	4	1	3	2	*30*	4	3	2	1
11	4	1	3	2	*31*	1	2	3	4
12	1	4	2	3	*32*	1	2	3	4
13	1	4	2	3	*33*	1	2	3	4
14	1	4	2	3	*34*	1	2	3	4

15	4	1	3	2	*35*	1	2	3	4
16	4	1	3	2	*36*	4	3	2	1
17	1	4	2	3	*37*	1	2	3	4
18	1	2	3	4	*38*	1	2	3	4
19	4	1	3	2	*39*	4	3	2	1
20	4	1	3	2	*40*	1	2	3	4

Орієнтовні оцінки рівня тривожності:

- Від 0 до 30 балів – низька тривожність;
- Від 31 до 44 балів – помірна тривожність;
- Від 45 і більше – висока тривожність.

Додаток 3

Опитувальник Л. А. Рабінович

Стимульний матеріал:

1. Ви не наважитеся піти вночі в будь страшне місце, навіть якщо справа йде на спір?
2. Чи часто у вас псується настрій, знаходить смуток, нудьга?
3. Чи можна сказати, що ваш настрій буває найчастіше веселим і бадьорим?
4. Чи страшно вам буває йти по темній, безлюдній вулиці?
5. Чи страшно вам дивитися вниз з великої висоти?
6. Чи часто ви відчуваєте почуття невдачі, незадоволеності собою, розчарування?
7. Якби над вами зло пожартували, призвело б це вас у стан гніву?
8. Опановує чи вами обурення, якщо не виконуються ваші вимоги?
9. Чи легко ви заражаєтеся радісним настроєм оточуючих?
10. Чи можна про вас сказати, що ви не вірите у свої сили?
11. Чи вважаєте ви, що ваші життєві обставини дають вам багато приводів для обурення?
12. Чи викликають у вас страх від страшних сцен у кінофільмах?
13. У вас часто з'являється бажання з ким-небудь посваритися?
14. Чи можна сказати, що у вас переважає радісне світовідчуття?
15. Чи можна назвати вас несміливою людиною?
16. Чи може невелике утруднення в діяльності викликати у вас роздратування?
17. Чи відчуваєте ви страх, коли вам необхідно звернутися до начальника, вищестоящої особі?
18. Чи буваєте ви активним учасником веселощів у компаніях?
19. Вас легко розсердити?
20. Чи можна сказати про вас, що ви людина сумна?
21. Чи можна про вас сказати, що в вас переважає сумне і сумний настрій?
22. Вам властивий стан задоволеності життям?
23. Чи боїтеся ви темряви у незнайомій обстановці?
24. Чи вважаєте ви себе веселою людиною?

25. Ви не схильні віддаватися невеселим, похмурим думкам?

26. Вами оволодіває неприємне відчуття в ліфті, в тунелі?

27. Чи часто невдачі приводять вас у розпач?

28. Чи можете ви сказати про себе, що ви по своїй натурі оптиміст?

29. Чи викликають у вас почуття туги після книги з поганим кінцем?

30. Чи боїтеся ви виходити на сцену, виступати перед великою аудиторією?

31. Ви непоступливі?

32. Вами опановує злість, якщо ви дуже поспішаєте, а вам завадили?

33. Коли на вас кричать, вам хочеться відповісти тим же?

34. Чи властиво вам переживати почуття страху при сильній грозі?

35. Якщо ви терпите поразку в суперечці, опановує вами роздратування і злість?

36. Чи відчуваєте ви радість, коли знаходите рішення важливого для вас завдання?

37. Чи можете ви приєднатися до думки, що в житті більше негараздів і печалей, ніж радощів?

38. Здається вам майбутнє безперспективним і похмурим?

39. Чи може невелика перешкода, що заважає досягти бажаного, викликати у вас почуття пригніченості?

40. Чи любите ви веселе пожвавлення і суєту навколо себе?

41. Чи легко ви відчуваєте почуття втрати чогось?

42. Опановує вами роздратування, якщо, як вам здається, вас не розуміє близька людина?

43. Зазвичай вранці у вас бадьорий і радісний настрій?

44. Опановує вами гнів так сильно, що ви довго не можете заспокоїтися?

45. Ви, ймовірно, відмовилися б займатися яким-небудь небезпечним видом спорту?

46. Чи буває у вас почуття страху при необхідності відвідати зубного лікаря чи зробити укол?

Обробка та інтерпретація результатів тесту:

Радість

* Відповіді «Так» на питання: 3, 9, 14, 18, 22, 24, 25, 28, 36, 40, 43.

* Відповіді «Ні»: 37.

Гнів

* Відповіді «Так» на запитання: 7, 8, 11, 13, 16, 19, 31, 32, 33, 35, 42, 44.

Страх

* Відповіді «Так» на питання: 1, 4, 5, 12, 15, 17, 23, 26, 30, 34, 45, 46.

Печаль

* Відповіді «Так» на питання: 2, 6, 10, 20, 21, 27, 29, 37, 38, 39, 41.

* Відповіді «Ні»: 25.

Бали за відповіді нараховуються за наступною схемою:

* Безумовно, так - 4 бали;

* Мабуть, так - 3;

* Мабуть, ні - 1;

* Безумовно, ні - 0.