

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

На правах рукопису,
остаточна версія



/Підпис студента/

КОХАНСЬКА Мар'яна Борисівна

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОЖИВАННЯ ВТРАТИ В ЖІНОК, ЯКІ
ПЕРЕНЕСЛИ ПЕРЕРВАНУ ВАГІТНІСТЬ**

Спеціальність 053 – Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра клінічної психології

Науковий керівник

Стадницька Юлія Василівна,

доцент кафедри клінічної

психології УКУ, кандидат наук із соціальних

комунікацій

/Підпис наукового керівника/

Львів – 2020

Вищий навчальний заклад «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я
Кафедра клінічної психології

Пояснювальна записка

до магістерської роботи

магістр

(освітній ступінь)

на тему:

«Особливості проживання втрати в жінок, які
перенесли перервану вагітність»

Виконала:

студентка 6 курсу групи ЗПК 18/М

спеціальності 053 «Психологія»

Коханська М. Б.

Керівник: доцент кафедри клінічної

психології УКУ, кандидат психологічних наук

Стадницька Ю. В.

Рецензент: доцент кафедри психології ЛНУ

імені І. Франка, кандидат психологічних наук

Миколайчук М. І.

Львів – 2020

Вищий навчальний заклад «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я
Кафедра клінічної психології
Освітній ступінь магістр
Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма **Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії**

ЗАТВЕРДЖУЮ
В.о. завідувача кафедри
Аврамчук О.С.
“ ___ ” _____ 2020 року

ЗАВДАННЯ
НА МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Коханській Мар'яні Борисівні

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи **«Особливості проживання втрати в жінок, які перенесли перервану вагітність»**

керівник роботи *Стадницька Юлія Василівна, доцент кафедри клінічної психології УКУ, кандидат наук із соціальних комунікацій*
затверджені Вченою Радою факультету від “ ___ ” _____ р. № протоколу 1

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи

У структуру роботи входить вступ, I, II, III розділи, загальні висновки, список використаних джерел, додатки

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)

Проаналізувати методологічний та теоретичний підхід до розуміння процесу втрати внаслідок перерваної вагітності. Виокремити та дослідити особливості проживання втрати жінками, які перенесли перервану вагітність, з'ясувати ймовірні закономірності, що характеризують цей процес, типовість, спільність або розбіжність реакцій переживання втрати. Сформулювати теоретичну модель особливостей проживання втрати в жінок, які перенесли перервану вагітність.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)

Магістерське наукове дослідження містить розподіл вибірки за типами втрати вагітності; кореляційний аналіз із застосуванням параметричного методу Пірсона для перевірки зв'язків шкал опитувальника PGS (почуття перинатального горя) з показниками психічних станів, емоційними переживаннями, показниками адаптації та тривожністю; для аналізу структури виявлених кореляцій застосований факторний аналіз з використанням методу головних компонентів (обертання осей Varimax), порівняльний аналіз Шеффе для порівняння кластерів за показниками психічних станів, тривожності, переживання емоцій та показниками адаптації; з метою аналізу особливостей психічних станів, рівня тривожності, переживання емоції та показників адаптації у жінок з різною інтенсивністю переживання перерваної вагітності застосовано кластерний аналіз зі субшкалами методики PGS у якості групованих змінних; аналіз середніх значень для аналізу вибірки за показниками психічних станів, рівня адаптації, тривожності і емоційних переживань; порівняльний аналіз методом Краскела-Волліса на основі соціально-демографічних даних зібраних авторською анкетною.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада Консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
I-II	Баглай О.Б., ас. каф. псих.-і ФНДО	08.2019	ОБ
I-II	Баглай О.Б., ас. каф. псих.-і ФНДО	02.2020	ОБ
I	Шевченко І.В. асистент кафедри психології	12.19	Ш
I	Шевченко І.В. асистент кафедри психології	01.20	Ш

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка

Студентка 
(підпис)

Коханська М. Б.

Керівник роботи _____
(підпис)

Стадницька Ю. В.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПОНЯТТЯ ВТРАТИ ТА ГОРЯ	11
1.1 Теоретичні уявлення про поняття втрати, її різновид, категорії, рівні та клініко-психологічні аспекти втрати	11
1.2 «Горе» та «горювання» як ознаки процесу проживання втрати....	17
1.3 Особливості переживання втрати вагітності	20
Теоретична модель особливостей проживання втрати у жінок, які перенесли перервану вагітність.....	34
Висновок до РОЗДІЛУ I	35
РОЗДІЛ II. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	38
2.1 Опис процедури та методик дослідження	38
РОЗДІЛ III. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЖИВАННЯ ВТРАТИ В ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ПЕРЕРВАНУ ВАГІТНІСТЬ	51
3.1 Загальна характеристика вибірки дослідження	51
3.2 Аналіз зв'язків почуттів перинатальної втрати і горя із показниками психічних станів, емоційними переживаннями, показниками адаптації та тривожністю.....	53
3.3 Особливості переживання перинатальної втрати і горя в залежності від критеріїв ПТСР	58
3.4 Типологія жінок з різним рівнем почуттів перинатальної втрати і горя	60
3.5 Рівень переживання перинатальної втрати і горя, депресивних станів, нервово-психічної адаптації і стабільності психічного здоров'я в залежності від місця проживання та способу життя	64
Висновок до РОЗДІЛУ III	66
ВИСНОВКИ	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	71
ДОДАТКИ	82

ВСТУП

Процес регулювання народжуваності є чи не найдавнішим в існуванні людства: в медичній області, етичній чи гуманітарній сфері. Перші згадки про втручання та переривання вагітності трапляються в Давньому Китаї, Римській Імперії, Австралії та Східній Африці. Вже тоді існували не лише різні засоби для «вигнання» плоду, але й система покарань за цей вчинок. Ставлення ж до абортів протягом віків залишається неоднозначним.

За допомогою науки і сучасних технологій людство навчилось визначати вагітність за декілька хвилин з перших днів зачаття, винайшло швидкі та нехірургічні методи переривання вагітності, однак так і не зуміло прийти до вирішення моральних, культурних, суспільних і духовних розбіжностей. Незалежно від медичних показань чи іншої необхідності, аборт завжди вважався формою вбивства в головних релігіях: християнстві, ісламі та юдаїзмі, неодноразово заборонявся законодавчо на державному рівні, однак, залишається масовою процедурою з багатьма негативними наслідками і ризиками. За даними МОЗ у 2018 році в Україні було зроблено 46529 переривання вагітності.

Чому тема пренатальної втрати, попри давню історію свого існування, викликає багато суперечок, залишається актуальною і відкритою? Мабуть тому, що вона стосується всіх сфер життя жінки, її тіла, особистості та взаємин. Амбівалентне ставлення до переривання вагітності не зменшує (не заперечує) ризик виникнення проблем через гормональний стрес і на психофізіологічному рівні відображається афективними порушеннями і низкою різноманітних особливостей протікання постабортного періоду, який часто набуває проблемного і негативного наповнення, має ускладнене відображення на життєдіяльність жінки та її

стосунках в соціумі та оточенні. Переривання вагітності – це втрата, не дивлячись на те, з яких причин вона відбулася, спонтанно чи сплановано, за бажанням чи в супротив волі жінки [23; 82]. Реакція психіки на проживання втрати супроводжується почуттями, які називають горем. Ф. Василюк: «Горе – природна реакція психіки на втрату, причому ця реакція триває певний строк і має свої етапи» [8]. Реакція на переживання втрати може бути різноманітною: сум, порожнеча, сором, злість, розчарування, заперечення, безсоння, втома, втрата апетиту, соматичні скарги, гнів, тривога тощо. Особливості переживання втрати близької людини різносторонньо розкриті в психологічній літературі. Однак щодо аспектів проживання втрати вагітності та співвідношення її до відчуття горя практично немає.

Виділення закономірностей проживання втрати після перерваної вагітності, як патологічного горя дасть можливість привернути увагу до диференційної діагностики ускладненої реакції на втрату, застосування та розробки відповідних психосоціальних заходів і є актуальним, і затребуваним у сучасних психологічних дослідженнях.

Мета. Визначити особливості проживання жінками втрати як наслідок спонтанно чи спеціально перерваної вагітності.

Основні завдання дослідження:

1. Проаналізувати методологічний та теоретичний підхід до розуміння процесу втрати внаслідок перерваної вагітності.
2. Виокремити та дослідити особливості проживання втрати жінками, які перенесли перервану вагітність, з'ясуємо ймовірні закономірності, що характеризують цей процес, типовість, спільність або розбіжність реакцій переживання втрати.
3. Сформулювати теоретичну модель особливостей проживання втрати в жінок, які перенесли перервану вагітність.

Об'єкт дослідження: процес переживання втрати в жінок.

Предмет дослідження: проживання втрати жінками, що перенесли перервану вагітність.

Практичне значення роботи полягає в можливості використання висновків, результатів і зібраних матеріалів у подальших дослідженнях предикторів і превенторів виникнення реакції переживання жінкою втрати вагітності. А відтак можливість встановити майбутні мішені по корекційному психологічному втручанню.

Методи дослідження. Для виконання поставленого завдання використовувались теоретичний аналіз та синтез інформації за темою дослідження, а також психодіагностичне тестування, статистична обробка даних.

Гіпотеза: втрата вагітності (незалежно від її причин) – це психотравмуюча подія, яка супроводжується специфічними змінами психологічного добробуту в житті жінки.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПОНЯТТЯ ВТРАТИ ТА ГОРЯ

1.1. Теоретичні уявлення про поняття втрати, її різновид, категорії, рівні та клініко-психологічні аспекти втрати

Втрата, її сприйняття та переживання людиною було і залишається вагомим питанням протягом усіх часів. Втрата має широкий спектр прояву і стосується медичних, філософських, психологічних і соціальних сфер життя. Переживання втрати однаково турбує людей в їх буденному житті та науковців, що досліджують це питання. У працях З. Фрейда, Ф. Василюка, Т. Титаренко, В. Вордена (William Worden) та інших знаходимо різні трактування феномену втрати. Проблема втрати потребує глибокого дослідження, оскільки торкається не лише соціально-психологічного аспекту, але й містить особистісну характеристику [8; 9; 32; 33; 38; 83].

Втратою є будь-яка дійсна, потенційна чи усвідомлена ситуація, в якій ціннісний для людини об'єкт стає недоступним або змінюється. Глибина переживання залежить від вартості та значимості, яку мала втрата для людини. В окремій ситуації кожною людиною буде проживатись з подібним змістом, але зі своїми особливими відтінками: формою вираження, інтенсивністю та тривалістю. На подолання наслідків втрати можуть впливати культурологічні фактори, релігійні, етнічна приналежність і минулий досвід людини. Таким чином сила переживання і реакція на втрату має особистісний характер [2; 5; 22; 28; 36].

Класифікують різні типи втрат, щодо їх змісту:

- близьких або рідних;
- роботи, навчання, соціального статусу;
- фізичні чи психічні (втрата певних функцій, можливостей);
- психологічна (втрата самоповаги, втрата амбіцій, задоволення від життя, переживання втрати привабливості, молодості);

- матеріальна (втрата майна, житла, речей і т. п.);
- духовна втрата (розчарування у вірі).

Трапляються ситуації, в результаті яких людина переживає декілька втрат одночасно. Наприклад, внаслідок пожежі людина втратила майно (матеріальна втрата), отримала опіки (фізична втрата) і ці події привели до тяжких психологічних переживань (психологічна втрата).

Втрати бувають: *уявними (символічними) і фактичними (дійсними)*. Фактична втрата є очевидною і явною для інших людей. Наприклад, звільнення з роботи; вкрадена річ. Втрату, яку не спостерігають, не розділяють або про її існування навіть не здогадуються інші, є значимою тільки для людини, що її переживає, називають уявною. Така втрата має психологічну основу, тому що зрозуміла і має сенс лише для людини, що її переживає [28; 31].

Проживання втрати це специфічний психічний процес, який проходить свої певні стадії або фази. У розкриті понять яких звертаємось до Елізабет Кюблер-Росс (E. Kubler-Ross), J. Bowlby, В. Вордома (W. Worden), Сандерс (C. M. Sanders), та інших [18; 43; 74; 75; 83]. На їх думку психічна реакція людини, що проходить стадії проживання втрати спрямована на усунення наслідків втрати як травматичної події та має характерні емоційні і поведінкові реакції:

- перша реакція – шок, заціпеніння, небажання сприйняти дійсність;
- усвідомлення і прийняття того, що трапилося;
- процес переживання втрати – горювання;
- процес одужання.

У термінології назв і тривалості стадій фахівці не є одноставними і часто можна зустріти різне визначення стадій та умовні часові межі їх тривалості. Однак щодо проявів і переживань, які притаманні людині в процесі проходження тої чи іншої фази, думка більшості авторів співпадає.

Так в Д. Тітаренко, Дж. Боулбі (Bowlby J.) [34; 43], та інших: на першій фазі переживання втрати в людини знижується чуттєвість, вона наче перебуває в заціпенінні, не відчуває болю, людина не вірить, що трапилась біда, відчуває себе відносно добре. Однак така «нечутливість» свідчить про глибину переживання. На думку Малкіна-Пих: «Не дивлячись на зовнішню благополучність, об'єктивно людина перебуває в досить складному стані. Вважається, що комплекс шоківих реакцій пов'язаний з роботою механізмів психологічного захисту» (Малкіна-Пих «Екстримальні ситуації», 2006) [21]. Людина зосереджена на дрібних справах, подіях, що не мають відношення до втрати, або відсторонюється, ігноруючи реальність. Чим довше людина знаходиться в цьому стані, тим тяжчі наслідки проживання втрати вона матиме [28; 34; 52; 57].

Після стадії шоку людина починає усвідомлювати, що подія є незворотною. На цій фазі людині характерно зациклюватись на об'єкті чи суб'єкті втрати. Людина страждає, порушується пам'ять, виникають соматичні розлади. Змінюються відносини з оточуючими, людина «замикається» в собі, стає дратівливою, часто виникає почуття вини.

Процес переживання втрати або горювання вклинюється в загальний ритм життя, втрачає свою актуальність і набуває ситуативного характеру, як правило подразником приступів є визначні дати. На цій фазі людина може дистанціюватися від минулого переживання і жити в перспективі майбутнього. Спогади втрачають відчуття болю, образи і вини. За визначенням В. Вордена (Worden William) [83], якщо людина не проживе біль втрати, всі складні почуття, що супроводжують цей процес, то цей біль виникне в іншій формі й проявиться в іншій ситуації, часто відтермінованій і не пов'язаній з втратою.

На фазі завершення або одужання людина приймає втрату, як складову свого життя, як пережитий досвід, втрата вже не викликає болючої, гострої реакції. З словникового запасу зникають слова «горе»,

«тяжка втрата». Відбувається перебудова емоцій і з'являються нові стосунки.

Не дивлячись на те, що послідовність переживання втрати (шок – переживання – прийняття) є типовою і передбачуваною, сам процес проживання вирізняється індивідуальними особливостями і часто фази накладаються або співіснують в різних поєднаннях, створюючи унікальні можливості для адаптаційного процесу [60; 72; 75].

Втрата несе великий вплив на людське життя і є серйозним стресогенним чинником, який спричиняє кризові стани. Фактором запуску кризи – психічної чи психологічної може бути подія, яка несе психотравмуючий характер. Ця подія є зовнішнім фактором, що запускає внутрішні процеси, тобто особистісні переживання і реакції. Як зазначає професор А. Амбрумова особистісні переживання кризових станів можна характеризувати як порушення емоційного характеру (зниження настрою, негативні емоції, формальні стосунки), тривожністю, песимістичним світосприйняттям (зміна системи цінностей, зниження самооцінки), опозиційною реакцією (негативна оцінка оточуючих і їх діяльність) і різноманітними соматичними порушеннями [3].

Загалом людина в кризовому стані переживатиме інтенсивне хвилювання; високий рівень тривоги; самоізоляцію; відчуття безпомічності розпачу і безнадії, самозвинувачення; песимістичні настрої, оцінки. Всі ці реакції за словами А. Амбрумової [3] (окрім реакції дезорганізації) можна вважати захисною функцією психіки, що обмежує реальну діяльність людини і таким чином заощаджує психічну енергію, не порушуючи адаптаційного процесу. Втрата може спричинити виникненню різних психосоматичних розладів, пригніченості, депресії, що в свою чергу знижує стресостійкість і негативно впливає на самоефективність та продуктивність особистості, що є адаптаційним ресурсом до кризових життєвих ситуацій [12; 21; 22; 23].

Ключові ознаки ускладненого горювання між адаптивними і дезадаптивними реакціями на втрату.

Після проходження всіх фаз проживання втрати, людина набуває особистісного, специфічного досвіду, при цьому можуть змінюватись її життєві принципи, погляди, стиль життя [32; 51; 72].

В. Ворден писав, якщо проживання втрати не буде проходити всі стадії свого розвитку і не дійде до свого завершення, то воно відбувається за патологічним сценарієм. Коли людина витісняє біль втрати, не проходить процес горювання чи так звану адаптацію до втрати, то й процес одужання, як остання фаза не відбувається [53; 83].

Відповідно до цього, симптоми переживання втрати поділяються на типові та патологічні [52; 64].

Типові симптоми переживання втрати:

- порушення сну;
- зміна ваги;
- роздратованість;
- зниження концентрації уваги;
- зменшення активної діяльності;
- відчуття втоми;
- втрата інтересу до речей, що приносили задоволення;
- апатія;
- пригніченість;
- усамітнення;
- емоційна лабільність;
- самозвинувачення;
- суїцидальні думки;
- застосування заспокійливих, снодійних засобів;
- відчуття присутності померлої близької людини.

Патологічні симптоми переживання втрати:

- тривале переживання горя (більше року);
- відсутність прояву страждань;
- симптоми важкої депресії;
- напруження;
- самозвинувачення;
- соматичні хвороби: виразкові, ревматичні, астматичні;
- іпохондрія;
- надмірна збудженість;
- вибіркова ворожість;
- зміна стилю життя;
- зниження вольової сфери;
- перепад афективних станів;
- зміна ставлення до друзів і родичів;
- дратівливість;
- зниження соціальної діяльності;
- самоізоляція;
- песимістичне налаштування щодо себе і майбутнього.

Отже, ми концептуалізували поняття і типи втрат у житті людини, назвали нормативну та патологічну симптоматику проживання втрати.

1.2. «Горе» та «горювання» як ознаки процесу проживання втрати

Згідно з досліджень феномен втрата, горе і горювання чи страждання звучать як терміни одного змістового навантаження і часто взаємозамінюються. Хоча на думку В. Вордена (W. Worden), Ф. Василюка, Д. Тітаренко та інших: втрата – це процес, а горе – це переживання, фізичні чи психологічні реакції (відповідь) на втрату [9; 34; 83]. Переживання горя називається періодом горювання (скорботи) ранні описи якого знаходимо в З. Фрейда у праці «Скорбота і меланхолія» [38]. З. Фрейд зазначає, що горювання є природнім процесом і не потребує стороннього втручання, чи «Позбутись страждання можна лише переживаючи страждання»: – вважає Е. Ліндеман. Подібно висловлюються й наші сучасники І. Опанасюк, Д. Тітаренко та О. Абрамчука: «Горювання – процес, який слідує за втратою (смертю) близької людини й традиційно сприймається як універсальна та нормальна реакція» [2; 28; 34; 65]. Тривалість скорботи чи переживання горя у кожного своя і може продовжуватись тижнями, місяцями і навіть роками.

Дослідники цього питання класифікують горе як нормальне (неускладнене) і дисфункційне (патологічне або ускладнене).

Нормальне горе проходить типові стадії горювання і закінчується, коли людина остаточно звільняється від перенесеної втрати, повертається до попередньої життєдіяльності, хоч і з внесеними горем корективами.

Проживаючи патологічне горе, людина не повертається до нормального життя і за В. Ворденом (Worden William) «...не спроможна адаптуватись до життя без померлого» [83]. Продовжує перебувати в емоційній лабільності та відстороненості. Переживання патологічного горя є ускладненим і приводить до тривалого дискомфорту. Горе не виконує своїх задач, а процес проживання втрати чи горювання не

проходить відповідних фаз. Людина продовжує жити і не розуміє, що її стан, поведінка, думки та емоції перебувають під впливом процесу непережитої втрати [2; 37]. Робота горя вважається завершеною, коли людина, що переживає втрату, проходить всі стадії горювання і вирішує усі чотири задачі горя: прийняття факту втрати; пережиття і опрацювання болю від втрати; адаптація до нових життєвих обставин; збереження зв'язку з померлим і налагодження свого життя.

Венді Лічтензел (Lichtenthal W.G.) Е. Лідемманн (E. Lindemann) та Вілліам Ворден (W. Worden) в своїх роботах [64; 65; 83] визначають та описують різні типи дисфункційного горя:

1. Відсутнє горе – це прояв не вираженого горя. Стадія шоку після втрати триває значно довше. Людина не може сприйняти втрату як реальність свого життя.

2. Викривлене горе затримує прогресування адаптивних процесів. Людина «застрягає» на почуттях вини і гніву.

3. Замасковане горе – не оплакане, не виявлене горе, що акумулюється в організмі і проявляється у соматичних, хронічних розладах.

4. Хронічне горе проживається людиною довгі роки і свідчить, що якість із завдань роботи горя не було виконано.

5. Передчасне горе переживається ще до очікуваної втрати. Може відігравати адаптаційну функцію.

6. Невивільнене горе, яке публічно не виявлене, незрозуміле для оточуючих або не розділене, описане Р. Роснер (R. Rosner). Причиною невивільненого горя може стати не бажання людини визнати втрату, а також позбутися власного почуття вини [72].

Особливий вплив на переживання горя становлять амбівалентні (неоднозначні) стосунки з померлим за життя. Дослідниця Л. Юр'єва виділяє наступні фактори, що впливають на процес горювання:

особистісні характеристики людини, що переживає втрату; її досвід (історичний фактор); соціальне оточення; обставини, що спричинили горе (зовнішній фактор), тощо [41].

За останні десятиліття з'являється все більше наукових доказів, що значна частина людей, які зазнали втрат близьких чи дітей, проживають ускладнене горювання і симптоми тривалого горювання. Ці докази спонукали до включення «Стійкого розладу важкого страждання» (Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD)), як одного з «травматичних та стресових розладів» у DSM-5 (Американська психіатрична асоціація, 2013). PCBD характеризується симптомами розладів розлуки (наприклад, туги), реактивного дистресу (наприклад, труднощі прийняття втрати) та розладів соціальної ідентичності (наприклад, почуття самотності чи відстороненості), які виникають після першого року втрати. Деякі дослідження встановили, що важкі хронічні страждання в першому півріччі після пережитої втрати пов'язані з ускладненим процесом горювання і дисфункцією протягом трьох років і більше, часто коморбідні з ПТСР і депресією, або симптоми ускладненого горя (Complicated Grief), чи тривалого горя (Prolonged Grief) складають синдром, що визначається клінічно і повторює типову феноменологію депресивних і тривожних розладів [52; 57; 76].

Отже, горе та горювання виступають ознаками переживання втрати людиною. Горювання – це процес, який слідує за втратою, можна сказати, що це реакція людини після втрати, на яку впливають різні фактори. Відповідь на втрату може бути нормативною з подальшою психологічною адаптацією, або ускладненою (дистресною) [52].

1.3. Особливості переживання втрати вагітності

Нині не має єдиної теорії по визначенню феномену втрати і горюванню, однак без сумніву смерть близької людини вважається величезним потрясінням і найтяжчою в проживанні втратою, що впливає на всі сфери людського ества: психічні, фізичні та її стосунки в соціумі. Це питання близьке і зрозуміле всім, не викликає суперечок чи великих дискусій, бо більшість з нас рано чи пізно приречені пережити розлуку з людиною, що була частиною нас самих, і нашого життя.

Різниця полягає в тому, як ми пройдемо це випробування чи завдання і кого ми вважаємо своїм близьким, чи рідним. Наприклад, чи можна ставитись до втрати плоду після переривання вагітності, як до смерті того, кого ми любимо, з ким поєднанні невидимим зв'язком?

Переривання вагітності може відбуватися на різних етапах і відповідно до часового діапазону втрати будуть мати певну класифікацію. Так, згідно визначення (ВООЗ, 2014) перинатальною втратою вважається загибель плоду від 22 тижня вагітності та рання смерть дитини до 1 тижня після народження. Аборт або раннім викиднем вважається переривання вагітності до 12 тижнів. Від 12 до 22 тижнів втрату вагітності називають пізнім викиднем. До втрати вагітності також відносять позаматкові вагітності, генетичні порушення [35]. І. Добряков вказує, що при перерваній гестації відчуття відсутності не виражене, у батьків здебільшого не має нічого конкретного, що пов'язувало б їх з втратою, стосунки ще не сформувалися [14]. Однак, багато авторів визначають, що з моменту усвідомлення вагітності, маля вже починає жити в психіці жінки і починають формуватися почуття до нього. За висловлюванням Р. Рубін (Rubin): «...емоційний зв'язок матері з майбутньою дитиною зароджується ще під час вагітності і є першою фазою розвитку материнської прихильності» [73].

На основі цього автори багатьох досліджень вважають перервану вагітність психічною травмою, яка є подією, що несе об'єктивну чи суб'єктивну загрозу життю (жінки чи дитини), психічному чи фізичному здоров'ю. Будь яка травматична подія є стресовою і викликає переживання, що мають тривалу дію на психіку людини, призводить до різного характеру та тяжкості реакції горя. Психічна травма, як наслідок стресу може провокувати саморуйнівну поведінку [12; 51; 72]. На пережиття психічної травми потрібний тривалий час для адаптації, протягом якого людина перебуває в процесі горювання. Феномен психічної травми потрібно розглядати з біопсихосоціальної парадигми, враховуючи динаміку всіх закономірностей та особливостей протікання цього процесу. Тобто аналізувати механізми переживання людиною психотравми як складну систему психічних і фізіологічних процесів, що відбуваються в певних соціальних умовах [14; 20; 27].

У зарубіжних і вітчизняних дослідженнях розмежування втрат при перериванні вагітності не є чітким і принциповим. Так, в перинатальній психології використовуються терміни: не виношування вагітності, аборт, позаматкова вагітність, антенатальна або інтранатальна смерть. Водночас в наукових джерелах часто використовуються альтернативні визначення. Наприклад, щодо абортів можна зустріти терміни «вигнання плоду», «вишкрібання плодового яйця», спонтанний аборт, «відновлення менструального циклу»; для завмирання плоду використовується термін викидень, інтранатальна смерть тощо [14]. Не дивлячись на те, що проблемам переривання чи не виношування вагітності приділено чи мало досліджень як в психологічній, так і в медичній сфері, бракує концептуальних понять, щодо чіткості розмежування та термінологічної визначеності. Адже кожна конкретна втрата, що сталася з тої чи іншої причини важлива як подія, що несе свій потенціал впливу на психологічне здоров'я, психічний та і фізичний стан жінки, соціальні взаємини, має певні

закономірності та особливості переживань залежно від виду втрати. Тому і процес проживання горя при перерваній вагітності має свої специфічні характеристики, які є не типовими для інших ситуацій, пов'язаних з втратами [13; 78].

Науковець Н. Даниленко слушно зауважує, що у сучасних дослідженнях чимало уваги приділяється питанням психології материнства, проте, на думку автора процес горювання батьками, як переживання втрати дитини на будь якому етапі вагітності, особливості психологічної допомоги їм є не достатньо вивчений і представлений. Це питання в психологічному аспекті слід піднімати в акушерстві. Оскільки, сьогодні вагітні жінки, в анамнезі яких є такого типу втрати потребують особливу психологічну підтримку. За аналізом досліджень такі жінки здебільшого перебувають у стані хронічного стресу. Їх скарги типові до симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), ознак депресивного стану (знижений настрій, негативні думки, втрата задоволення, почуття провини тощо), тривожних розладів (знижена воляова активність, песимістичне ставлення до свого стану і майбутнього. Підвищена вразливість, не сприймання критики, плаксивість), часто проявляється різна психосоматика. В багатьох дослідження показано, що після аборту у особистості жінки, в її свідомості та самосвідомості виникають певні зміни, які несуть негативний вплив на психіку жінки та її повсякденне життя [15; 23; 30; 50; 68].

Однак, вишукування в цій області ускладнюються і мають багато неоднозначностей через надто особистісний характер питання і стигматизацію тематики абортів та інших перинатальних втрат. За визначенням Кейт Кокрілл і Адіна Нак (Kate Cockrill, Adina Nack: «I'm Not That Type of Person»: Managing the Stigma of Having an Abortion) та інших дослідників політики планування сім'ї та впливу непередбачуваної вагітності на життя жінки, ця тема є найбільш клеймованою для

обговорення [47]. Д. Ушма зі своїми колегами дійшли схожих висновків у подібному дослідженні: «The Stigma of Having an Abortion: Development of a Scale and Characteristics of Women» [Ushma D. Upadhyay, Janet Turan, Diana Greene Foster]. Ці автори констатують, що основними перешкодами для вивчення впливу абортів на психічний стан жінки були відсутність національних даних і літератури, а також ставлення до самого абортів як негуманного, грішного, егоїстичного, тощо вибору, яке змушує жінок, що мали досвід абортів уникати співпраці та проектувати свої глибокі переконання про власну поведінку в цьому аспекті.

Дослідження, що були спрямовані на виявлення та розуміння стигми щодо абортів, визначають компоненти індивідуального управління стигмою, опису стратегії, які жінки використовують для пом'якшення негативних особистісних та міжособистісних наслідків переривання вагітності. К. Кокрілл і колеги (Kate Cockrill, Adina Nack) стверджують, що їх праця – це внесок у сучасне розуміння стигми абортів, її представлення та тлумачення, прихованість та епізодичне вираження. Автори стверджують, що власне ці вираження стигми заважають жінкам використовувати потенціал соціальних відносин для усунення стигми абортів [46; 47]. Спираючись на інтерв'ю з жінками в США, Кейт Кокрілл у своїй роботі пропонує соціально-психологічні рамки для розуміння стигми щодо абортів та виявлення стратегії індивідуального управління стигмою, які жінки використовують для пом'якшення негативних особистісних та міжособистісних наслідків перинатальної втрати. Автор також визначає три типи стигми: сприйнята, пережита та інтерналізована. В свою чергу факторний аналіз даного дослідження виявив чотирифакторну модель стигми абортів на індивідуальному рівні: хвилювання щодо осуду, ізоляцію, самоосудження та осудження громади.

Р. Кумар (R. Kumar) і колеги визначають стигму абортів, як негативний атрибут, що приписується жінкам, котрі позбуваються вагітності, яка

зовнішньо чи внутрішньо порушує їх ідеали жіночності. Незалежно від формулювання, більшість визначень стигми включають: припущення про те, що стигматизовані люди мають певну характеристику чи атрибут, який вирізняє їх від інших, і тим самим відділяє, знецінює або зневажає цю людину в суспільстві. Стигматизація абортів є найменш актуалізована, ніж інші типи стигми громадського здоров'я (Shellenberg and Tsui 2012) [77]. Кумар (R. Kumar) вважає, що: «Враховуючи поширеність абортів у всьому світі важливо вивчити наявність та інтенсивність стигми абортів у різних ситуаціях по всьому світу та те, як стигма впливає на життя та добробут жінки» [63]. Норіс (Norris et al.) та його колеги вказують на три групи, що попадають під вплив стигми абортів: жінки, які мають досвід абортів, працівники медичних закладів, що безпосередньо дотичні до абортів і ті, що є прихильниками абортів (наприклад, спонукають, радять, підтримують, тощо, і ті, що досліджують цю тематику) [69].

Про стигматизацію цієї теми свідчить різниця, що спостерігається між статистикою абортів і кількістю жінок, що робили хоча б один аборт у своєму житті. До прикладу, в США майже 40% американців стверджують, що не знають нікого, хто має досвід абортів, хоча щорічно половина небажаних вагітностей закінчується їх перериванням, і майже кожна третя жінка робить хоча б один аборт протягом своїх репродуктивних років [60]. Складність і закритість тематики абортів і перинатальних втрат може бути поясненням незначною чисельністю вітчизняних досліджень.

В суспільстві постійно присутня поляризуюча дискусія біоетичного, та філософського характеру щодо статусу ембріона – правом на життя людини, що нездатна самостійно приймати рішення; поняття початку людського життя і правом жінки розпоряджатися своїм тілом [5; 7, 26; 29]. Доктор Труді М. Джонсон (Trudy M. Johnson) член Міжнародної асоціації фахівців з травм, сертифікований професіонал клінічної травми з Арізонського інституту травми, фактизує і описує ступінь переживань, яку

жінки переносять через минулу травму та невирішене горе. Свої висновки вона будує на багатолітній праці з жінками, які пережили втрати в житті, включаючи добровільні переривання вагітності. Вона також є прихильником думки, що аборт «гаряча» тема, яка викликає неймовірну кількість політичних та релігійних дебатів, в яких багато людей висловлюють різноманітні, переважно полярні аргументи. Тим часом, той голос, який ніколи не чути, і, можливо, голос, який є найважливішим, - це голос жінки, яка зробила аборт. Жінки, які прийняли рішення зробити переривання вагітності, сидять мовчки, не висловлюються, боючись ризикувати осудом, нерозумінням чи визнанням болю, який вони можуть відчувати. Існує природний і неминучий процес горя для прийняття рішень щодо вибору, але немає місця для розмови, плачу чи висловлення будь-яких емоцій з приводу втрати. За словами Труді найпоширенішою думкою та почуттям, що виникають відразу після абарту є полегшення. [1; 7; 59].

Однак, кожний досвід переривання вагітності настільки ж унікальний, як і неповторною є кожна людина. Глибоке почуття смутку теж є характерним супутником цього досвіду, тому що, аборт – остаточне рішення, яке неможливо змінити. Часто виникає конфлікт почуттів: поєднуються емоції полегшення та смутку від втрати. Як наслідок, наступні дні, тижні, місяці та роки рішення може призвести до безлічі заплутаних емоційних проблем. На одному кінці спектру є надзвичайне полегшення для виходу з критичної, небажаної ситуації, а з іншого боку – це відчуття порожнечі і втрати, що викликає смуток. Такий емоційний стан не дає позитивної віддачі для жінки та впливає на загальне її життя. Це також стає причиною заховати думки і емоції, що приводять до погіршення настрою, заблокувати тему наслідком якої вони є. За визначенням Труді більшість жінок, з якими вона працювала, ніколи не розповідали жодній людині про свій аборт, часто навіть батькові дитини. Водночас жінки потребують безпечного місця, відокремленого від суспільних і політичних чи релігійних

дискусійних арен, щоб пережити втрату, понесену від переривання вагітності. Такий стан речей, щодо абортів створює ситуацію знеціненого горя в житті жінки. За словами Доктора Труді М. Джонсона та інших дослідників цього питання жінки переживають так зване безправне горе. Горе, яке не є відкрито визнаним, соціально чи публічно підтвердженим. Пережиті втрати реальні, але потерпілим не надається "право на скорботу". Поширеним ефектом безправного горя є депресія, що проявляється короткими періодами смутку або більш повноцінними відчуттями депресії. Неопрацьоване горе також може змусити людей впадати в гнів, навіть не усвідомлюючи джерел їхнього гніву. Типовою є ситуація не співставляти депресію з невивільненим, викривленим чи іншим типом патологічного горя, що має високу ймовірність проявитись у жінки після втрати вагітності. Іншими способами уникнути неприємних, тяжких емоцій є наркотики або алкоголь, що наче лікують біль. Відомий факт, що обмеження їжі, соціальних зв'язків, тощо стає способом переживання процесу горя [1; 59; 62; 70].

Жінки, які роблять аборти, ймовірно знають про негативне ставлення до штучного переривання вагітності. Дослідження показують, що значна частина жінок, походить із громад, які підтримують антиабортну політику. Культурологічний фон є чи не основним чинником, що впливає на бажання жінки розкривати свої наміри або досвід абортів партнерам, батькам, друзям чи медичним працівникам, що часто несе ризики її здоров'ю, а також впливає на загальне самопочуття, настрої; замовчування часто стають причиною конфліктів у стосунках і можуть визначати, чи шукатиме жінка безпечної і надійної допомоги та засобів догляду. «Ніхто не говорить про аборти на особистому рівні – занадто багато стигми, – говорить Аспен Бейкер (Aspen Baker), співзасновник компанії Exhale (некомерційна організація, яка пропонує емоційну підтримку жінок після абортів). Фактори небажання жінками розкривати свій досвід абортів або взагалі

приховувати його існування, вивчення впливу стигми, а також переважно негативний суспільний статус абортів, свідчать про існуючу стигматизацію тематики перинатальних втрат і абортів зокрема [67]. Американська психологічна асоціація (АРА), опрацьовуючи дослідження психічного здоров'я жінок після абортів, зазначає, що більшість методологічно потужних досліджень вказують на: «...міжособистісні проблеми, включаючи почуття стигми, потребу в секретності, вплив антиабортного пікетування і недостатнє сприйняття або очікування соціальної підтримки рішення про аборт, що має негативний вплив на психологічний стан жінок після абортів» [66]. Крім того, індивідуальні стратегії, що застосовують жінки для подолання стигми абортів мають соціальні, культурні та політичні наслідки. Робота над стигмою є багатогранною, необхідною і потрібною, оскільки вона може впливати на психологічне та фізіологічне здоров'я, соціальні або професійні стосунки, емоційне благополуччя і здоровий спосіб життя [46; 47; 63; 77].

Огляд досліджень тематики пов'язаної із чинниками психічного здоров'я та втрат вагітності, включаючи психологічні реакції після абортів, виявив, що переривання вагітності охоплює широкий спектр подій та різноманітність досвіду. Перинатальні втрати, як і медичні аборти відбуваються в різні терміни гестації (вагітності), з різних причин, через різні медичні процедури, мають невизначені часові рамки та ступені реакцій, різний особистісний, культурологічний, соціально-економічний контекст оснований на ідеології та неоднаковому впливові на різні типи жінок. Все це створює специфічність психічної реакції у жінок, несе мінливий і нетиповий характер психологічної ситуації, а також може призвести до розбіжних результатів досліджень [1; 70; 78].

Такий стан речей дещо ускладнює встановлення пошукових факторів і часто приводить до неузгоджених висновків. Так оцінка опублікованої літератури виявила, що багато досліджень в одному напрямку виступають

проти аналогічних вишукувань в іншому, або наштотують на суперечливі результати чи критику. Девід К. Ріардон (David C. Reardon) у своїй праці: «Суперечки щодо абортів та психічного здоров'я: всебічний огляд літератури спільних угод, розбіжностей, діючих рекомендацій та можливостей дослідження» порівнює суперечки щодо негативного впливу абортів на психічне здоров'я жінок з дискусіями про глобальне потепління. Дослідники та експерти даної теми з протилежними поглядами зазвичай повідомляють про подібні висновки з одних і тих самих даних, але роблять це таким чином, що з одної сторони факти мінімізують, а з іншої підкреслюють значимість результатів, пов'язаних з абортom. При цьому кожний переслідує свої цілі [71; 78; 79]. Таким чином дослідження тематики перинатальних втрат, абортів та інших втрат при перериванні вагітності зазнає певних перешкод, і потребує досягнення консенсусу, враховуючи індивідуальність жіночої психіки та різноманітність обставин і соціально-культурологічних факторів.

З врахуванням цих аспектів нами оцінена література з огляду на її здатність вирішувати основні питання: чи завдає аборт шкоди психічному здоров'ю жінки; наскільки поширеними є розлади психічного здоров'я жінок після втрати вагітності; визначення особливостей цих втрат, які можуть перешкоджати роботі горя і провокувати ускладнене горювання.

Рада представників Американської Психологічної Асоціації (АРА) ще в 1996 році скликала робочу групу ТФМНА (Task Force on Mental Health and Abortion), в цю групу ввійшли фахівці з питань психічного здоров'я та абортів: Бренда Майор, кандидат наук; Марк Апельбаум, доктор наук; Лінда Бекман, доктор наук; Мері Ен Даттон, доктор наук; Ненсі Феліпе Руссо; Керлін Вест, доктор наук. Основним завданням науковців був збір, аналіз та узагальнення наукових досліджень з питань психічного здоров'я і абортів, встановлення реальної ситуації щодо психічних реакцій та впливу індукованих абортів на психічне здоров'я жінки, та складання звіту після

огляду сучасних досліджень. Така необхідність була викликана розбіжністю результатів існуючих досліджень, а саме: чисельність жінок, які мають цей досвід, вираженість і тип негативних реакцій (класифікація цих реакцій), визначення сфери приналежності проблем до охорони здоров'я чи психічного здоров'я [67].

Деякі опубліковані наукові дані свідчать, що серед жінок, які зробили переривання незапланованої вагітності ризик проблем психічного здоров'я відносно такий самий, як у жінок, які приймали рішення народжувати. «Ніякого причинного ефекту між абортom та тривалими психологічними стражданнями немає», – каже Роберт Блум (Robert Blum, доктор наук, професор університету Джона Хопкінса, який очолив огляд 20 досліджень з цього питання. «Але у жінок, що мають проблеми з психічним здоров'ям, частіше виникають проблеми після абортu». Однак, ці заяви в свою чергу були розкритиковані Пріссілл Коулман (Priscilla Coleman), її дослідження показують, що жінки, які роблять аборти, частіше страждають від депресії, зловживають наркотиками або алкоголем [42; 48].

Водночас, докази щодо ризиків психічного здоров'я, пов'язаних з множинними абортами є більш однозначними [66]. Взаємозв'язок, що спостерігається між багаторазовими абортами і порушеннями психічного здоров'я на думку Джулія Р. Штайнберг (Julia R. Steinberg et al. «Abortion and Mental Health: Findings From the National Comorbidity Survey-Replication») і колег може бути пов'язаний із супутніми ризиками і психічними проблемами, що передували вагітності. В кінцевому результаті, після встановлення всіх пошукових факторів аборт не констатувався як причина розладів настрою, виникнення тривожності, порушення імпульс контролю чи харчування, тощо у жінок, що свідомо робили аборт [78]. Однак, жінки, в яких бажана вагітність була перервана через спонтанний аборт, завмирання плоду, чи з інших причин, переживали негативні психологічні реакції: смуток, ускладнене горе, почуття втрати, а також

клінічно значущі розлади, такі як депресія, тривожні розлади і симптоми ПТСР [23; 24]. На думку В. Баранової, Н. Бондаренко та інших дослідників, жінки з досвідом втрати вагітності не залежно від причин чи терміну гестації перебувають в стані постійного стресу, тривоги та отримують психотравми [5].

Спостерігаються також різні закономірності психічних реакцій між жінками, що народжували з факторами ризику і небезпечними для життя ускладненнями та жінками, що переживали аборт, загибель плоду та іншу перинатальну втрату. Автори дослідження Нідхі Панчолі та Біджал Рамі (Nidhi Pancholi, Bijal Rami «Care of unfortunate mothers with perinatal loss») усіх жінок, що пережили перинатальну втрату через аборт, викидень чи народження мертвої дитини, однаково, як і ті, що народили дитину інваліда визначають терміном «нещасні матері» («unfortunate»). Однак в своєму дослідженні, посилаючись на працю С. Joanne та її колег «Effect of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. Birth», (2008) [45], вони стверджують, що горе, яке переживають при втраті батьки є патологічним, переважно з характеристиками ускладненого горювання [70]. Перинатальна смерть за визначенням Коссіган Коку-Кполу і колег (Kossigan Kokou-Krolou, Olga Megalakaki, Nicolas Nieuviarts) є найбільш руйнівною формою втрати, що несе суттєві ризики ускладнень психічного здоров'я і за поширеністю майже втричі перевищує наявність паталогічного горя в інших постраждалих. Перинатальна втрата сприймається як травматична подія, що йде проти законів природи, де процес народжування перетворюється на акт смерті [62]. Процес горювання несе ускладненні психологічні реакції і самопочуття, частково і через неможливість мати контакт чи попроситися зі своєю дитиною (сфотографувати, потримати, бачити чи похоронити її): «Seeing and holding the baby are associated with fewer anxiety and depressive symptoms among mothers of stillborn babies than not doing so.» [58; 78].

Вже з кінця 70-х років минулого століття медики такі як Е. Льюїс, А. Ловелл (E. Lewis, A. Lovell) почали критикувати процедуру менеджменту перинатальних втрат і способи надання допомоги жінкам. Складається думка, що не існує питання психологічної чи матеріальної площини для жінки без дитини. Коли жінка, що перенесла втрату вагітності та знаходиться між двома статусами – пацієнт і мати, отримує необхідний догляд, виписується до дому, водночас позбувається обох категорій, а народження чи смерть її дитини неначе нівелюється або скасовується. Втрата вагітності (як і відчуття і переживання жінки) зазвичай не визнаються як реальна втрата батьків, що в свою чергу ускладнює процес горювання і суб'єктивний досвід [53; 80]. Медиками перинатальних центрів відкрито обговорюється і встановлюється аномалії стану дитини та її статус, як «менші чи більші втрати», «ранні чи пізні викидні» таким чином немов би визнається «ієрархія печалі» (A. Lovell, 1983). Автор статті піднімає питання впливу різних чинників на сприйняття жінкою її втрати: контакт з мертвою дитиною, формальний чи неформальний ритуал прощання, термін виписки з лікарні і повернення до повсякденного життя з неопрацьованим і не пережитим потрясінням після перенесеної втрати.

С. Жоанне та її колегами описують позитивний і значущий вплив на психіку матері практики віддавання її дитини (мертвонародженої). Важливим є дії та збір інформації, що підтверджують існування дитини в житті сім'ї; атрибутів, що допоможуть створити спогади про свою дитину [45]. Змога провести формальний чи буквальний ритуал прощання зумовлює структурований і завершений цикл горювання, від так зниження ймовірності виникнення депресивних, тривожних симптомів і посттравматичного стресу. Хоча, за твердженням авторів цей ефект не гарантує уникнення цих розладів в майбутньому, при новій вагітності [42].

Батьківська адаптація після перинатальної втрати набуває поширеного зацікавлення в наукових дослідженнях останніх десятиліть.

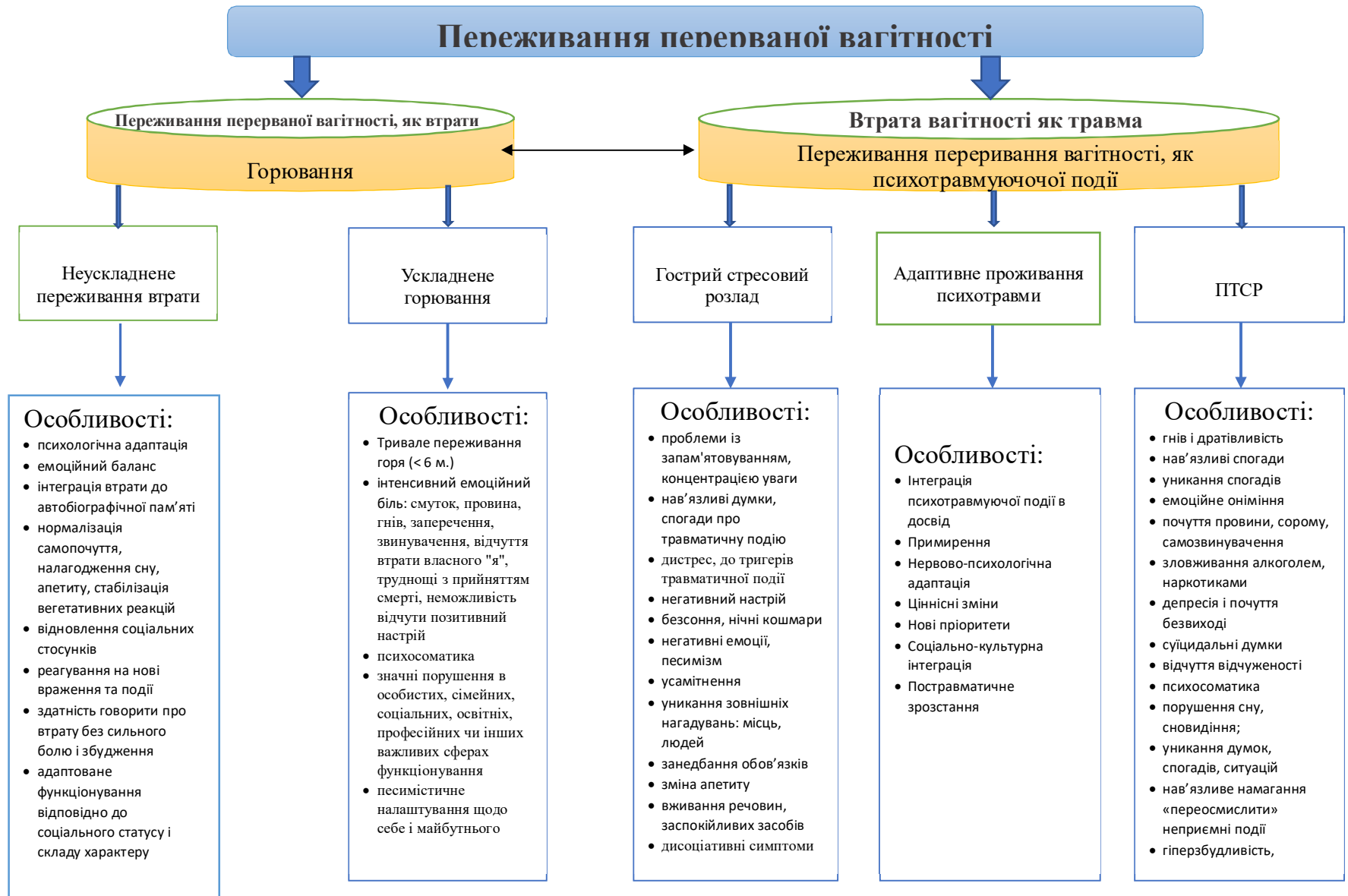
Згідно вказаних висновків, перинатальна втрата завдає вагомої психологічної травми не лише жінці, але й іншим членам її родини [50]. Вірогідні наслідки після втрати є притаманні всім сім'ям, а в деяких сім'ях буде відбуватись довготривале, так зване ускладнене горювання.

Не зважаючи на численні дослідження психічного стану жінки, що втратила вагітність чи народила неживу дитину, ця тема залишає багато відкритих питань. Наприклад, мало уваги приділяється вивченню індукованому аборті як різновиду перинатальної втрати і його впливу на психічне здоров'я жінки. Хоча, аборт давно викликає занепокоєння серед дослідників, як предиктор ПТСР (Постравматичний Стресовий Розлад) та ПТСС (Постравматичних Стресових Симптомів), що виникають у жінок через шість і більше місяців після перерваної вагітності [23, 81]. Ю. Підлісний наголошує, що аборт – це не звичайне медичне втручання, а складна і багатогранна антропологічна проблематика, морально-психологічна дилема. Аборт – це не просто подія, це – процес, який починається ще з перших хвилин усвідомленості про існуюче зачаття і триває в пережиті складних емоцій: страх, розгубленість, гнів, звинувачення, міжособистісний і внутрішній конфлікт, провина, сором, ізоляція та тривога, і продовжується в амбівалентних жіночих налаштуваннях до прийняття остаточного рішення. За весь цей період жінка переживає стресову ситуацію, що раніше чи пізніше може спровокувати погіршення її самопочуття і психологічного здоров'я [29].

Також існує велика схильність до вивчення афективної сфери жінки після втрати вагітності, водночас зосередження на інших частинах процесу горювання є несистематичним, або зовсім ігнорується. Насправді, мало відомо про те, які особливості жіночої психіки становлять найбільший ризик ускладненого горювання або, які додаткові чинники можуть запобігати виникненню психологічним розладам в жінок в процесі проживання перинатальної втрати [56; 62; 67; 69; 82].

Керуючись отриманими даними з аналізу наукових джерел, ми побудували теоретичну модель особливостей проживання втрати в жінок, які перенесли перервану вагітність.

ТЕОРЕТИЧНА МОДЕЛЬ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЖИВАННЯ ВТРАТИ В ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ПЕРЕРВАНУ ВАГІТНІСТЬ



Висновки до Розділу I

Ми проаналізували дослідження та теоретичні матеріали по тематиці переживання втрата після переривання вагітності, визначили ключові моменти, що пов'язані з цим питанням. В процесі нашої роботи ми прийшли до наступного заключення.

Переривання вагітності відбуваються на різних етапах гестації, з різних причин, в тому ж числі за згодою жінки (індукований або штучний аборт). Сюди також включають мертвонароджену дитину або смерть дитини до одного тижня після народження. Щодо термінології та класифікації цих понять в науковій літературі немає чіткого розмежування, однаково як і до визначення поняття втрата, горе чи процес горювання. Тому можна знайти трактування і описи, які будуть подавати перехресну інформацію про етапи проживання втрати, горювання або процесу переживання горя, рівно, як перинатальними втратами чи абортами переважно узагальнюють всі види перерваної вагітності. Наприклад, в літературі часто взаємозамінюються фази проживання втрати й етапи горювання, а всі втрати вагітності до 22 тижнів просто класифікують як аборти. Тим не менше, це не міняє концептуальності й принциповості цих понять. Узагальнюючи можна вважати, що горе це стан, в якому перебуває людина після перенесеної втрати, як події, а процес горювання є неминучим наслідком цієї події. Щодо перерваної вагітності, то не залежно від терміну чи причини вона класифікується як втрата. Отже, під терміном «**втрата вагітності**» в нашому дослідженні ми розуміємо такі критерії:

1. *аборт (індукований, спонтанний, позаматкова вагітність)* – перервана вагітність до 22 тижнів гестації;

2. *перинатальна втрата* – перервана вагітність після 22 тижнів гестації через завмирання плоду; смерть новонародженого від пологів до 7 днів життя.

Характерні особливості переживання будь-якої втрати залежать від біопсихосоціальних характеристик людини. Таким чином, проживання втрати вагітності є досить специфічний та індивідуальний процес, на протікання якого впливають багато факторів таких, як вік жінки, її сімейний, соціальний і культурологічний статус, наявність дітей, роботи, тощо. Важливо також в дослідженнях опиратися не лише на методологічні інструменти, а використовувати структуроване психіатричне інтерв'ю для отримання більш достовірних результатів, уникнення їх мінливості та протиріч.

Не дивлячись на зростаючу кількість досліджень, тема втрат після переривання вагітності незалежно від причин і наслідків була, і залишається досить закритою та приватною. Майже в усіх дослідженнях пов'язаних з визначенням впливу втрат вагітності на психічне здоров'я жінки, а також особливостей їх проживання прослідковується проблема небажання жінок співпрацювати і відверто говорити про свої почуття і переживання. Особливо це стосується жінок, що штучно перервали вагітність.

Перервана вагітність за бажанням і свідомою згодою жінки ментально неначе виділяється із загального списку втрат гестації. Оскільки, на відміну від небажаних і неочікуваних наслідків, які отримує жінка, що пережила втрату дитини в утробі чи при народженні, індукований аборт дає заздалегідь спланований та бажаний результат, а значить очікуванні реакції чи емоції. Однак, аборт – це не просто зміна поточного стану жінки чи ситуації, вирішення тимчасових проблем, це завжди втрата через смерть «зачатої, але ще не народженої дитини» (формулювання походить з ч. 2 ст. 25 Цивільного Кодексу України). Тому, беручи до уваги всі ці фактори, слід враховувати ризик виникнення патологічного горя, як реакції на втрату, а також не можна ігнорувати або недооцінювати ймовірний вплив аборту на психіку жінки та її майбутнього психологічного стану. Відчувається потреба в більших дослідженнях для визначення посередницьких

механізмів між абортom і різними розладами, а також для встановлення типових факторів, що пов'язані зі схильністю до розвитку певної проблеми психічного здоров'я після абoрту.

Таким чином, не дивлячись на те, що аборт має кардинально відмінну емоційно-вольову базу перинатальної втрати, особливості її проживання можуть нести схожу симптоматику, як і в жінок, що перенесли перервану вагітність в супротив їх волі та через незалежні від них причини. Однак, опрацьованим дослідженням і публікаціям, в яких піднімається дана тематика, характерно розмежовувати і виокремлювати питання перинатальної втрати і абoрту.

Далі приходимо до висновку, що сьогодення вимагає від фахівців медичних закладів і психології доброї обізнаності в сфері переживання різноманітних втрат, а також із процесом переживання горя, як адаптаційного періоду.

РОЗДІЛ II. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Опис процедури та методик дослідження

Дослідження проводилось на базі комунального некомерційного підприємства «Пологовий клінічний будинок №1 м. Львова», гінекологічного відділення Залізничної лікарні, двох приватних фірм, гінекологічного відділення на базі 1-ї міської поліклініки м. Хмельницький. До дослідження було залучено 114 жінок різних соціальних і вікових груп. Вибірка досліджуваних з зазначенням нікнейму, віку, рівень освіти, діяльності, сімейний стан, тощо, наявності перерваної вагітності, проводилася за анкетною (Додаток 3).

Для діагностики особливостей проживання жінками перерваної вагітності, були відібрані лише ті жінки, що зазначали про пережитий досвід перерваної вагітності, повністю пройшли опитувальники і відповіли на всі питання анкети. Таким чином, в дослідженні брали участь 75 жінок.

Для виконання поставленого завдання, опираючись на теоретичний аналіз та синтез інформації за темою дослідження, для проведення психодіагностичного тестування був підібраний комплекс методик. Принцип вибору методів дослідження зумовлювався особливостями предмета та об'єкта дослідження, а також поставленими цілями. Методики групувалися з врахуванням можливостей доповнення вимірюваних значень і логічного поєднання виражених пошукових параметрів, на підтримку діагностичних гіпотез, що розглядаються. Додані методи обстеження концептуалізують діагностику пошукових значень і сприяють психіатричному формулюванню. Психодіагностичний комплекс містить наступні методики:

1. Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (МНС-SF-UA);
2. Шкала астенічного стану (ШАС)

3. Опитувальник Зунга
4. Шкала самооцінки PCL -C (цивільна версія)
5. Шкала впливу подій (IES-R)
6. Шкала робочої та соціальної адаптації
7. Шкала реактивної та особистісної тривожності (Спілбергер-Ханін)
8. Тест нервово-психічної адаптації
9. Шкала диференціальних емоцій
10. Шкала перинатального горя (PGS)

Статистична обробка даних здійснювалась на комп'ютері за допомогою програми «Statistica».

Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (MHC-SF-UA)

Для визначення психічного здоров'я, як основного критерію психологічного благополуччя, позитивного функціонування, задоволення від життя і соціальної адаптованості використовувався опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (MHC-SF-UA). Розуміння психічного здоров'я передбачає також відсутність психічних розладів і можливих психічних відхилень, ознаках і симптомах, які впливають на поведінку людини, мову й мислення, концентрацію уваги, орієнтацію в часі та просторі, характеристики пам'яті; визначають її адекватність, зовнішній вигляд, гігієну, інтелектуальні здібності, діяльність та соціальну активність, настрій та емоції. Тривимірна структура психічного здоров'я, представлена у даному опитувальнику дасть можливість визначити рівень частотності переживань ознак суб'єктивного характеру, психологічного та соціального благополуччя.

Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (MHC-SF-UA) є адаптованою версією американського опитувальника розробленого К. Кізом. К. Кіз концептуалізував феномен психічного здоров'я,

представивши стан психічного здоров'я як «процвітання» (flourishing), пригнічений (languishing), і стан депресії (за критеріями DSM-III-R). Пригнічення (languishing) при відсутності ознак психічних захворювань свідчить про низький рівень психологічного, суб'єктивного та соціального благополуччя [25]. Оцінка стабільності психічного здоров'я визначається динамікою проживання людиною відповідних психічних станів, що відображають рівень задоволеності чи незадоволеності своїм життям та психологічним чи соціальним благополуччям, а також ставлення суб'єкта до власних вчинків та психічних проявів. Для оцінки стабільності переживання позитивних станів автором застосовується підхід безперервності («continuum»), що дає високу інформативність і можливість визначення особистісних ознак людини. За допомогою цього опитувальника можна оцінити стабільність та мінливість психологічних станів. Важливим інструментом опитувальника є вимірювання ознак домінування у світогляді людини позитивних емоцій над негативними, так як за дослідженнями Н. Бехтеревої та інших вчених, тільки здоровий мозок може підтримувати баланс позитивних та негативних емоцій [6].

Таким чином, визначивши рівень психічного здоров'я жінки, що мала досвід перерваної вагітності ми можемо оцінити аспект переживання втрати та ступінь її впливу на особливі психологічні та особистісні чинники жінки.

Шкала астенічного стану (ШАС)

Даний опитувальник застосовується для попередньої діагностики астенічного стану. Астенія – це психопатологічний стан, що характеризується підвищеною втомою, високим рівнем виснаження і не пов'язаний з функціонуванням організму. Супутниками астенії є порушення сну, емоційна лабільність, гіперестезія, зниження здатності до тривалого розумового і фізичного навантаження. Астенія – неспецифічна і може проявлятися як при психічних так і при соматичних розладах. Багато хворіб починаються з проявів астенічного розладу. Виникнення астенічного

синдрому також пов'язують з виснаженням нервової системи через перенапруження, тривалі емоційні навантаження, після тяжких операцій та пологів [23]. Враховуючи дані цієї методики, ми зможемо виділити можливі особливості психосоматичного стану жінки.

Опитувальник Зунга

Коли звиклий робочий день чи просто повсякденна діяльність приносить відчуття надмірної втоми, втрата апетиту та порушення сну, безсоння, тривога стає супутником життя, а для концентрації уваги потрібно все більше зусиль, речі, що приносили задоволення стають байдужими та нецікавими, а життя втрачає сенс, і всі ці симптоми присутні вже понад декількох тижнів – це стає провідом для діагностування депресивного стану. Такі розлади часто виникають у жінок після абортів. Їх формуванню зазвичай сприяють не тільки кризова ситуація та переживання жінки, але й різка, протягом короткого періоду в організмі жінки зміна нейроендокринних та метаболічних процесів: вперше при вагітності, вдруге після її переривання. В цей час порушується гормональний цикл при, якому певний рівень гормонів знижується, тоді як інший навпаки зростає. Сьогодні це досить розповсюджена проблема, яка виникає навіть у психічно здорових людей, так звана «реактивна депресія», тобто депресивний стан із всіма симптомами депресії, що виникає в наслідок тяжких життєвих обставин і кризових ситуацій [31]. Ми використовуємо опитувальник Зунга, тому що він дає можливість здійснити диференційну діагностику депресивних станів та станів близьких до депресій, а також скринінг-діагностику при масових дослідженнях депресії з метою попередньої долікарської діагностики, для скринінг-діагностики при масових дослідженнях. Досліджуваний відмічає відповіді на бланку: А – не відчуваєте ніколи або час від часу (1), В – інколи (2), С – часто (3), Д – майже завжди або постійно (4). Рівень депресії (РД) розраховується за формулою:

$RД = \Sigma \text{ пр.} + \Sigma \text{ прот.}$, де $\Sigma \text{ пр.}$ – сума закреслених цифр до «прямих» відповідей за № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19; $\Sigma \text{ прот.}$ – сума цифр «протилежна» закресленим, до відповідей № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20. Підсумовуючи кількість балів, можна отримати цифру від 20 до 80 балів, що характеризує певний рівень депресії: якщо РД менше 50 балів, то визначається стан без депресії, РД більше 50 і менше 59 (ознаки легкої або ситуативну депресії). Субдепресивний стан: РД від 60 до 69 балів. Істинний депресивний стан: РД більше 70 балів.

Шкала реактивної та особистісної тривожності (Спілбергер – Ханін)

Вимірювання особистісної тривоги має вагоме значення оскільки, ця характеристика впливає на поведінку людини і часто обумовлює її дії та сприйняття. Тривожність є нормальною, природньо закладеною характеристикою людини. Рівень тривожності у людини сформований процесом виховання та її індивідуальними психічними характеристиками, які є компонентами самоконтролю та власної критичності до свого стану. Таким чином за визначенням П. Козляковського особистісною тривожністю вважається: «...стійка індивідуальна характеристика, що відображає здатність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати достатньо широкий спектр ситуацій як загрозові, відповідаючи на кожну з них певною реакцією» [16; 17]. Тривожність людини активується при певних тригерах, що сприймаються як загроза її життєдіяльності, особистості, престижу і самооцінці, тощо. Реактивна тривожність виникає як відповідь на певну стресову ситуацію (втрата вагітності, або аборт) та викликає напруження, занепокоєння, нервозність, страх. Іншими словами реактивна тривожність – це емоційна реакція на стресову ситуацію, що може бути різною за інтенсивністю та тривалістю. У людей з високим рівнем тривожності значно ширший діапазон життєвих ситуацій, що

сприймається як загроза їх стабільності та психічного благополуччю та викликають у них тривожні реакції та стани.

Для нашого дослідження виявлення реактивної тривожності високого рівня у респондента дасть підставу говорити про вплив цього параметру на особистісну характеристику проживання втрати через перервану вагітність. Методика Спілбергер-Ханіна дозволяє оцінювати не лише тривожність, як особистісну якість, але й стан тривожності, як реакцію на специфічну ситуацію.

Тест нервово-психічної адаптації

За доказами багатьох досліджень, переважна більшість людей справляється з переживанням горя і психологічна адаптація є нормативною відповіддю на втрату [31; 41]. Цей тест застосовувався для проведення оцінки психічного стану жінки та її здатності пристосування до вимог зовнішнього середовища та змін, що відбуваються у її внутрішньому світі. Баланс внутрішнього потенціалу або нервово-психічного стану, є запорукою успішної адаптації, яка в свою чергу підтримує процес реалізації людини. Порушення цього балансу чи його відсутність, як внутрішнього ресурсу неминуче породжує інтерперсональний та міжособистісний конфлікт. Таким чином, ймовірність несприятливого прогнозу розладів адаптації дасть підстави розглядати переривання вагітності як фактор, що впливає на здатність жінки адаптуватися до зміни в житті або психотравмуючої події.

Тест розроблений в Психоневрологічному науково-дослідницькому інституті ім. В. Бехтерева (автор І. Гурвіч, 1992). Класифікує стан психічного здоров'я по групах:

I – здорові;

II – майже здорові зі сприятливими прогностичними ознаками;

III – майже здорові з несприятливими прогностичними ознаками (перед патологія);

IV група – легка патологія;

V група – явна патологія.

Опитувальник складається з 26 явищ, якими як правило, психіка людини відповідає на стресові ситуації та переживання. Оцінка присутності явища визначається відповідно до балів:

- це явище є і було завжди – 4;
- є вже тривалий час – 3;
- з'явилося останнім часом – 2;
- було в минулому, але зараз немає – 1;
- немає і не було – 0.

Результат оцінюється сумою балів. Розподіл по групам психічного здоров'я:

I група – сума балів менше 10;

II група – 11 – 20 балів;

III група – 21 – 30 балів;

IV група – 31 – 40 балів;

V група – більше 40 балів.

Шкала самооцінки PCL-C (цивільна версія)

PCL-C – версія для цивільного населення, питання стосуються травматичного (стресового) досвіду у минулому. Опитувальник самооцінки посттравматичного стану дає змогу виявити показники переживання взаємності від критеріїв ПТСР згідно класифікацією DSM-4. Результати опитувальника покажуть зв'язок рівня ПТСР з проживанням перинатальної втрати і горя; чи пережита втрата може впливати на виникнення симптомів ПТСР. Тоді, перинатальна втрата може розглядатися, як психотравмуюча подія у житті жінки з імовірністю розвитку симптомів посттравматичного стресового розладу [11; 51].

Опитувальник містить 17 пунктів – ознак ПТСП. Кожний пункт оцінюється від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь прояву конкретного симптому впродовж минулого місяця. Таким чином, діапазон оцінки може перебувати в межах від 17 до 85 балів. Для підрахунку, використовуються окремі пункти у відповідності до критеріїв DSM-4. Наприклад, для підозри ПТСП необхідно, щоб було одне із питань діапазону 1-5 і питання 6-12 за шкалою «3» і більше, питання 13-17 мінімум «2».

Шкала перинатального горя (PGS)

Шкала перинатального горя (PGS) є ключовим інструментом даного дослідження. Фактори, що впливають на проживання горя після мимовільного аборт, смерті плоду чи новонароджених або позаматкової вагітності є основними пошуковими значеннями шкали.

PGS розроблена на основі теоретичної стратегії, в рамках довготривалого дослідження втрати вагітності та процесу проживання горя. Змінні, які вимірювались за цією шкалою вважаються вагомими провісниками горя: загальне фізичне здоров'я матері, якість подружніх стосунків та симптоматика психічного здоров'я перед втратою. PGS була розроблена таким чином, щоб включати елементи, що відображають як узагальнені, так і більш конкретні конструкції горя. PGS складається з «шісти ключових ознак» Кеннелл та ін. (Kennell, Slyter, and Klaus (1970)): траур, смуток, втрата апетиту, нездатність спати, підвищена дратівливість, туга за втратою (немовлям) та складність повернутися до нормальної діяльності (ці характеристики фактично відповідають діагнозу депресії) [66]. Також PGS доповнюється основними елементами з Expanded TIG (Expanded Texas Grief Inventory, 1982), який використовує п'яти бальний формат Лікерта і розроблений як опитувальник узагальненої міри скорботи від переживання різних видів втрат з терміном від одного місяця до 22 років.

Решта елементів у вихідному варіанті були на основі 21 виміру, який вважається важливим при перинатальних втратах, виходячи з попередніх дослідження в цій галузі (наприклад, Borg & Lasker, 1981). Загальний показник PGS досягається спочатку переверненням усіх елементів, крім 11 та 33. Перевернувши їх, вища оцінка тепер відображає більш глибоку скорботу. Результат - це сумарна оцінка, яка формується із 33 пунктів, із можливим діапазоном 33-165. PGS розбита на три підшкали: «Активна скорбота», «Складність пережиття», «Відчай», які складаються із суми балів 11-тих пунктів кожна та можливим діапазоном 11-55.

33-ти пунктова PGS широко застосовується та затверджується у всьому світі для багатьох типів втрат вагітності, а також вона була перекладеною на кілька мов. Шкала доступна для будь-якого користувача без дозволу чи купівлі, може використовуватись як скринінговий інструмент лікарями та працівниками психічного здоров'я.

Шкала диференціальних емоцій

(адаптація О. Леонової, М. Капіци, 2003)

Диференціальна шкала емоцій – методика самозвіту, створена для оцінки фундаментальних емоцій або їх поєднань (за інтерпретацією К. Ізарда): інтерес, радість, подив, сум, гнів, відраза, сором, страх і подив [19]. Згідно з К. Ізардом, окремі емоції є мотиваційними процесами, по різному взаємодіють між собою, підсилюючи чи послаблюючи одна одну. Наприклад, тривожність це емоція, яка складається із декількох базових емоцій, а страх є тут провідною складовою. Інші емоції формують підвиди тривожності, зокрема соціальну тривожність тощо. Автор вважає, що здібності людини, наприклад емпатія, пов'язані не лише з характером людини, але із її самопочуттям та емоціями. Отже, емоції – це складна структура, що впливає не лише на настрій людини, але є також провідною мотиваційною складовою людини. Отримані результати даної шкали допоможуть не лише диференціювати переважаючі емоції жінки після

втрати вагітності, але й діагностувати домінуючий емоційний стан, як провісник порушення емоційно-вольової сфери жінки, соціальної комунікації, пізнання та дій.

В Шкалі визначається 10 базових емоцій. на основі підрахунку суми балів за кожною емоцією складається відповідний профіль: індекс позитивних, індекс гостро негативних та індекс тривожно-депресивних емоцій.

Різним почуттям та емоціям відповідає цифровий ряд від 1 до 5, що визначає ступень вираженості даного переживання:

- 1 – повністю відсутнє
- 2 – виражено незначно
- 3 – виражено помірно
- 4 – виражено сильно
- 5 – виражено максимально сильно.

Сума за кожною із 10-ти базових емоцій може мати від 3 до 15 балів. Кожна група емоцій визначається індексом, що характеризує її рівень:

Індекс позитивних емоцій (ПЕМ): позитивно-емоційне ставлення людини до теперішньої ситуації.

$$\text{ПЕМ} = \sum (\text{Інтерес} + \text{Радість} + \text{Здивування})$$

Індекс гострих негативних емоцій (НЕМ): рівень негативного емоційного ставлення людини до теперішньої ситуації.

$$\text{НЕМ} = \sum (\text{Горе} + \text{Гнів} + \text{Відраза} + \text{Презирство})$$

Індекс тривожно-депресивних емоцій (ТДЕМ): відносно стійкі особистісні переживання тривожно-депресивного типу, що характеризують об'єктивне ставлення людини до наявної ситуації.

$$\text{ТДЕМ} = \sum (\text{Страх} + \text{Сором} + \text{Провина})$$

Значення індексів можуть знаходитись в діапазонах: ПЕМ – від 9 до 45 балів; НЕМ – від 12 до 60 балів; ТДЕМ – від 9 до 45 балів. Інтерпретація результатів. Ступінь емоційних переживань:

Слабкий: ПЕМ ≤ 19 балів; НЕМ ≤ 14 балів; ТДЕМ ≤ 11 балів
 Помірний: ПЕМ 20 - 28 балів; НЕМ: 15 - 24 балів; ТДЕМ: 12 - 20 балів.
 Виражений: ПЕМ 29 - 36 балів; НЕМ 25 - 32 балів; ТДЕМ 21 - 30 балів.

Сильний: ПЕМ ≥ 37 балів; НЕМ ≥ 33 балів; ТДЕМ ≥ 31 бала.

Шкала впливу подій (Scale IES-R)

Шкала IES-R пов'язана з конкретною подією, ґрунтується на переліку предметів, складених із загальноприйнятого досвіду вторгнення та уникнення. Оpubлікована М. Горовицем зі співавторами (М. Horowitz, N. Wilner, W. Alvarez, 1979) [44; 55]. Фактично це була перша тестова методика ПТСР як окремого діагнозу в DSM-III.

Надійність і валідність шкали була емпірично підтвердженою і в 1995 доповненою Д. Вейс з колегами (D.S.Weiss, C. R.Marmar, T.Metzler) у діагностичними критеріями для визначення симптомів гіперзбудження. Таким чином IES-R містить конструкти не лише симптомів ПТСР вторгнення і уникнення, а й симптоми гіперзбудження, які увійшли у діагностичний критерій DSM-IV і є характеристикою психологічної реакції людини на травматичну подію [51]. Кінцевий варіант Шкали впливу подій (IES-R) містить 22 запитання, 5 з яких були додані до оригінального IES Horowitz і розподіляються на три шкали: «вторгнення», «уникнення» і «гіперзбудливість». Всі пункти мають пряме значення. Значення за субшкалою отримуються сумовуванням відповідей згідно з «ключем». «Ключ»: Субшкала «вторгнення»: Σ балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, Субшкала «уникнення»: Σ балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22. Субшкала «збудливість»: Σ балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Кожен пункт оцінюється як:

1. Анітрохи – 0 балів.
2. Трохи – 1 бал.

3. Помірно – 2 бали.
4. Досить сильно – 3 бали.
5. Дуже сильно – 4 бали.

Інтерпретація балів (IES-R):

- 24-32: це клінічна проблема з частковою симптоматикою ПТСР;
- 33-38: вірогідний діагноз ПТСР. Помірний вплив подій;
- 39 і вище: досить виражено, щоб придушити функціонування імунної системи (навіть через 10 років після події) [36].

Основними перевагами цього інструменту є те, що він короткий, з простими інструкціями і оцінкою, краще співвідноситься з критеріями DSM для ПТСР. Пов'язані між собою субшкали вимірюють різні реакції на стрес. Його можна використовувати неодноразово для оцінки прогресу. Однак, IES-R є скринінговим інструментом. Використання IES-R допоможе нам визначити показники впливу стресової події чи ситуації на психіку жінки після перенесеної втрати вагітності з диференціацією симптоматики ПТСР.

Шкала робочої та соціальної адаптації (W&SAS)

Соціальна адаптація є системним процесом взаємодії людини і соціального середовища. Ефективність цього процесу залежить від поведінкових стратегій пристосування людини, її внутрішніх налаштувань, оцінки і наданих значень властивостям ситуації, а також від самої ситуації. Позитивне сприйняття себе та інших з прагненням до самореалізації є оптимальним для соціальної і робочої адаптації [4]. Вагома втрата, в тому ж числі втрата близької людини може бути прикладом, коли ситуація є причиною розвитку дезадаптації людини (реакція горя в рамках розладу адаптації) [10]. З допомогою шкали ми зможемо оцінити як (чи) досвід втрати впливає на ефективне функціонування жінок в різних сферах життя, зокрема на виконання професійних обов'язків, якість особистого життя і дозвілля.

Градація оцінки впливу проблеми на сфери життя подана по зростанню: чим вищий бал, тим вища дезадаптація.

РОЗДІЛ III. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЖИВАННЯ ВТРАТИ В ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ПЕРЕРВАНУ ВАГІТНІСТЬ

3.1. Загальна характеристика вибірки дослідження

Вибірку дослідження склали 75 жінок віком від 19 до 62 років ($M = 38,85$, $SD = 10,79$) з різним досвідом втрати вагітності: викидень ($n = 24$, 32%), мертвонароджена дитина ($n = 13$, 17,33%), індукований аборт ($n = 33$, 44%), завмирання плоду ($n = 5$, 6,67%, рис. 3.1).

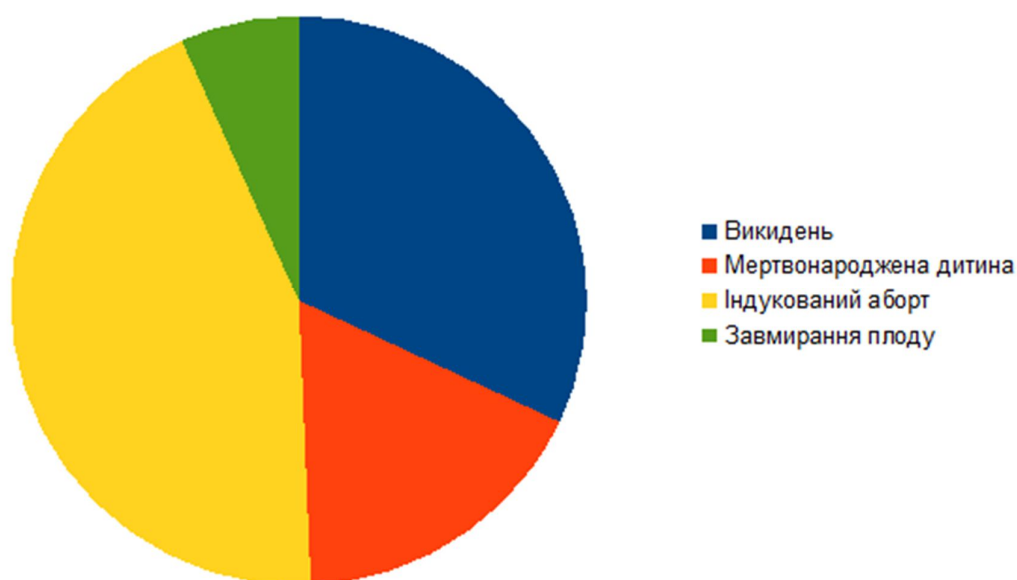


Рис. 3.1. «Розподіл вибірки за типом досвіду втрати вагітності»

Для аналізу вибірки за показниками психічних станів, рівня адаптації, тривожності і емоційних переживань було застосовано аналіз середніх значень. Виявлено, що середній рівень стабільності психічного здоров'я дорівнює 41,31 ($SD = 13,20$), що відповідає середньому діапазону вираження цієї ознаки.

Значення за шкалою астеничного стану становить $M = 46,60$ ($SD = 12,31$), що відповідає діапазону відсутності астенії.

Значення за шкалою депресивних станів склало $M = 41,32$ ($SD = 8,40$), що згідно з нормами опитувальника відповідає стану без депресії.

За самооцінкою посттравматичного стану середній бал склав $M = 31,75$ ($SD = 10,22$), що відповідає нормі, або ж стану без ПТСР.

За шкалою впливу подій, яка діагностує, наскільки травматична подія впливає на ефективність функціонування в інших сферах життя, також отримано середній рівень: $M = 23,07$, ($SD = 13,46$). Натомість значення за шкалою робочої та соціальної адаптації та нервово-психічної адаптації потрапили у діапазон низьких значень ($M = 10,16$, $SD = 7,57$, і $M = 28,87$, $SD = 15,95$ відповідно), що свідчить про високий рівень робочої та соціальної адаптації і нервово-психічної адаптації, оскільки обидві шкали є оберненими.

Низькому діапазону вираження відповідають також індекси гострих негативних емоцій і тривожно-депресивних емоцій ($M = 21,40$, $SD = 10,56$, і $M = 18,45$, $SD = 10,31$ відповідно). Індекс позитивних емоцій знаходиться на середньому рівні ($M = 23,04$, $SD = 8,11$).

Індекси особистісної та ситуативної тривожності знаходяться в межах помірною рівня ($M = 43,03$, $SD = 9,27$, і $M = 43,27$, $SD = 10,03$ відповідно).

Щодо почуттів перинатальної втрати і горя, загальний показник дорівнює $95,84$ ($SD = 24,47$), що відповідає помірному рівню вираження цієї ознаки (Додаток А).

Отже, вибірка дослідження характеризується низьким рівнем астенічних і депресивних станів, високим рівнем нервово-психічної адаптації, робочої та соціальної адаптації, низьким рівнем вираження симптоматики ПТСР, низьким рівнем вираження гострих негативних та тривожно-депресивних емоцій, та середньою мірою вираження позитивних емоцій, стабільності психічного здоров'я, особистісної та ситуативної тривожності, а також середнім рівнем переживань перинатальної втрати і горя.

Таким чином, досліджуванні показники психічного здоров'я жінок, що взяли участь у нашій вибірці увійшли в діапазон середнього рівня. Цей показник для переживань перинатальної втрати і горя дає підстави говорити, що досліджувані жінки в цілому справилися з досвідом переживання перинатальної втрати. Однак, слід зауважити, що у дослідженні не враховувався час, що минув від досвіду перинатальної втрати, в залежності від якого рівень переживань, а також рівень інших показників психічного здоров'я може відрізнятись.

3.2. Аналіз зв'язків почуттів перинатальної втрати і горя із показниками психічних станів, емоційними переживаннями, показниками адаптації та тривожністю

Для перевірки зв'язків почуттів перинатальної втрати і горя було проведено кореляційний аналіз шкал опитувальника PGS з показниками психічних станів, емоційними переживаннями, показниками адаптації та тривожністю. Перевірка розподілу шкал показала, що більшість шкал розподілені нормально (із задовільною або доброю точністю), що дало змогу застосувати параметричний аналіз Пірсона.

Виявлено, що загальний показник перинатальної втрати і горя обернено пов'язаний зі стабільністю психічного здоров'я ($r = -0,25, p < 0,05$), та прямо корелює із самооцінкою посттравматичного стану ($r = 0,39, p < 0,01$), загальним показником впливу травмуючої події ($r = 0,25, p < 0,05$) та субшкалами «Інтрюзія» та «Гіперзбудження» ($r = 0,35, p < 0,01$), загальним показником адаптації ($r = 0,23, p < 0,05$) та субшкалами «Робота» і «Особисте дозвілля» ($r = 0,41, p < 0,01$, і $r = 0,23, p < 0,05$ відповідно), показником нервово-психічної адаптації ($r = 0,34, p < 0,01$), індексом гострих негативних емоцій ($r = 0,31, p < 0,01$) та індексом тривожно-депресивних емоцій ($r = 0,33, p < 0,01$), а також особистісною та ситуативною тривожністю ($r = 0,25$ і $r = 0,27$ відповідно, $p < 0,01$, див. Таблиця 3.1).

Кореляції субшкал опитувальника PGS «Скорбота», «Переживання» і «Відчай» із показниками психічних станів, емоційними переживаннями, показниками адаптації та тривожністю подані у Таблиці 3.1.

Таблиця 3. 1.

«Кореляції шкал опитувальника почуттів перинатальної втрати і горя з іншими показниками психічних станів, емоційними переживаннями, адаптацією, тривожністю»

Назва шкали	Скорбота	Переживання	Відчай	Загальний показник PGS
Стабільність психічного здоров'я (МНС-SF-UA)	-0,18	-0,24*	-0,25*	-0,25*
Шкала астеничного стану	-0,16	0,25*	0,18	0,22
Шкала самооцінки посттравматичного стану PCL	0,34**	0,39**	0,33**	0,39**
Вплив подій_Інрузія	0,28*	0,37**	0,28*	0,35**
Вплив подій_Гіперзбудження	0,27*	0,38**	0,29*	0,35**
Загальний показник впливу подій	0,25*	0,35**	0,25*	0,31**
ШРСА_Робота	0,33**	0,43**	0,33**	0,41**
ШРСА_Особисте дозвілля	0,15	0,26*	0,22	0,23*
Загальний показник ШРСА	0,18	0,23*	0,21	0,23*
Ситуативна тривожність	0,24*	0,28*	0,22	0,27*
Особистісна тривожність	0,29*	0,22	0,15	0,25*
Нервово-психічна адаптація	0,26*	0,35**	0,32**	0,34**
Індекс гострих негативних емоцій	0,20	0,30**	0,33**	0,31**
Індекс тривожно-депресивних емоцій	0,23*	0,30**	0,35**	0,33**

Примітка: PGS – опитувальник почуттів перинатальної втрати і горя, ШРСА — Шкала робочої та соціальної адаптації; * — кореляції значущі на

рівні 0,05; ** — кореляції значущі на рівні 0,01.

Отже, жінки із більш інтенсивним переживанням перинатальної втрати і горя характеризуються нижчим рівнем стабільності психічного здоров'я, вищими показниками робочої та соціальної дезадаптації, вищим рівнем нервово-психічної дезадаптації, більш інтенсивними переживаннями гострих негативних та тривожно-депресивних емоцій. Вони також мають вищі показники самооцінки посттравматичного стану та більше оцінюють травматичну подію як таку, яка впливає на інші сфери життя. У них вищий рівень ситуативної та особистісної тривожності.

Таким чином, жінки з більш інтенсивними переживаннями перинатальної втрати і горя більше оцінюють свій досвід втрати, як такий, що перешкоджає їх ефективному функціонуванню в інших сферах життя, зокрема впливає на виконання професійних обов'язків і якість особистого дозвілля. Думки і спогади, пов'язані з досвідом втрати, зумовлюють надмірне емоційне реагування, більш інтенсивне переживання негативних, тривожних і депресивних емоцій, що впливає на якість взаємодії з іншими людьми, а також на якість сну. Це, у свою чергу, може призводити до розвитку астеничного стану, на що вказують зв'язки переживання скорботи і відчаю зі шкалою астенії. У жінок з більш інтенсивними переживаннями перинатальної втрати більш виражено виявляється симптоматика ПТСР, а також зростають показники ситуативної тривожності. Водночас, жінки з більш високою особистісною тривожністю схильні до гострих переживань перинатальної втрати. Тому, можемо припустити, що особистісна схильність жінок, за умови досвіду втрати, може спричиняти більш виражені зміни в емоційній сфері особистості, та більше зниження показників психічного здоров'я і нервово-психічної адаптації.

Для аналізу структури виявлених кореляцій ми застосовували факторний аналіз з використанням методу головних компонентів (обертання осей Varimax). На основі аналізу графіка кам'яного осипу і власних значень

було виділено шість латентних факторів, які пояснюють 76,70% сукупної дисперсії даних (див. Додаток Б).

Перший фактор, який пояснює 18,56% дисперсії, включив у себе загальний показник шкали робочої та соціальної адаптації (0,947), а також її субшкали «Обов'язок» (0,802), «Соціальне дозвілля» (0,807), «Особисте дозвілля» (0,779), «Стосунки» (0,807), та пояснює найбільший відсоток дисперсії для субшкали «Робота» (0,618,) (див. Додаток Б). Таким чином, цей фактор об'єднав у себе усі шкали ШРСА і тому отримав назву «Робоча та соціальна адаптація».

Другий фактор отримав назву «Почуття перинатальної втрати і горя», оскільки він сформований шкалами опитувальника PGS: загальний показник PGS (0,965), «PGS_Скорбота» (0,841), «PGS_Переживання» (0,858) і «PGS_Відчай» (0,887), та пояснює в сумі 15,01% дисперсії даних.

Третій фактор складається зі шкали впливу травматичної події (0,928) (та її субшкал «Уникнення» (0,821), «Інтрузія» (0,840), «Гіперзбудження» (0,868)), а також шкали самооцінки посттравматичного стану (0,705). Тому цей фактор отримав назву «Вплив травматичної події». В сумі це пояснює 19,63% дисперсії даних, а також пояснює найбільший відсоток дисперсії для показників нервово-психічної адаптації (25%, факторне навантаження 0,501), астеничного стану (25%, факторне навантаження 0,520) та депресивного стану (15%, факторне навантаження 0,382).

Четвертий фактор, який пояснює 8,76% дисперсії даних, включив і себе індекс гострих негативних емоцій (0,888) та індекс тривожно-депресивних емоцій (0,849) та отримав назву «Індекс негативних емоцій». Він також пояснює значний відсоток дисперсії для показника нервово-психічної адаптації (10%, факторне навантаження 0,311), показника депресивних станів (14%, факторне навантаження 0,368) та стабільності психічного здоров'я (10%, факторне навантаження -0,322).

П'ятий фактор пояснює 8,78% дисперсії даних і складається з

показників особистісної (0,848) та ситуативної тривожності (0,762), тому отримав назву «Показник тривожності». Цей фактор також пояснює значний відсоток дисперсії показника нервово-психічної адаптації (20%, факторне навантаження 0,446) та показника депресивних станів (11%, факторне навантаження 0,339).

Останній, шостий фактор сформований індексом позитивних емоцій (-0,842) та пояснює 47% дисперсії змінної «Стабільність психічного здоров'я» (-0,685). Цей фактор отримав назву «Психічне здоров'я» та пояснює разом 5,97% дисперсії даних (див. Додаток В).

Отже, результати факторного аналізу показали, що усі змінні логічно згрупувалися навколо концептів, які вони вимірюють. І оскільки один концепт, як правило, представлений однією методикою, то більшість факторів включили в себе загальні показники і субшкали відповідних методик. Це стосується факторів «Робоча та соціальна адаптація», «Почуття перинатальної втрати і горя», «Індекс негативних емоцій» та «Показник тривожності». Натомість фактор «Вплив травматичної події» включив у себе усі змінні, які вимірюють уявлення особи про те, як травматична подія впливає на інші сфери життя. А тому цей фактор включив у себе «Шкалу впливу подій» та «Шкалу самооцінки посттравматичного стану».

Також фактор «Психічне здоров'я» включив у себе змінні, що вимірюють різні показники психічного здоров'я: індекс позитивних емоцій та показник стабільності психічного здоров'я.

Особливої уваги заслуговують змінні «Шкала депресивних станів» та «Шкала нервово-психічної адаптації», оскільки їхня дисперсія зумовлена впливом трьох різних факторів: «Вплив травматичної події», «Індекс негативних емоцій» і «Показник тривожності». Таким чином, на розвиток депресивних станів та нервово-психічної дезадаптації впливають такі характеристики, як тривожність особистості, переживання нею негативних емоцій та оцінка конкретної події свого життя, як травматичної.

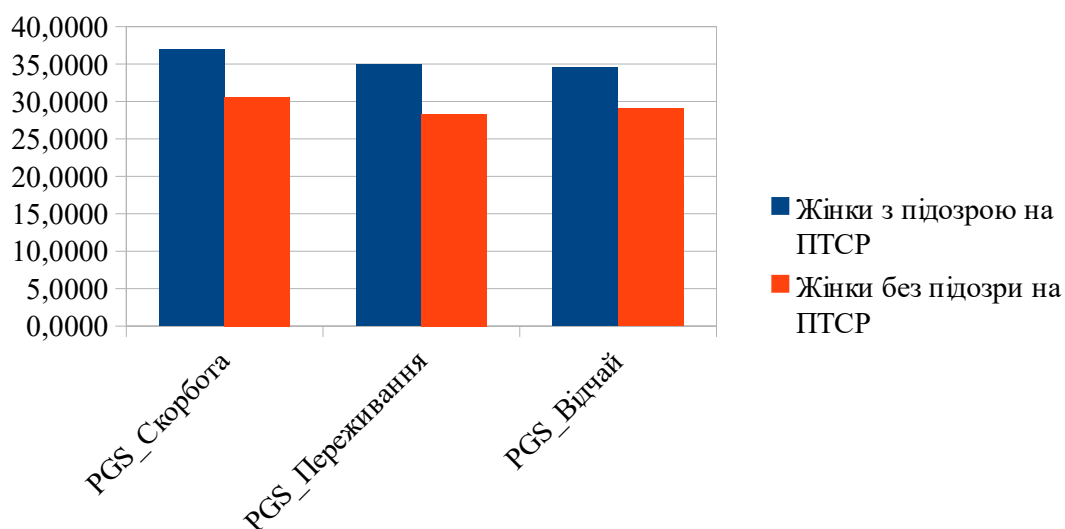
Отримані результати дають можливість сформулювати рекомендації щодо психотерапевтичної допомоги жінкам, які мають досвід втрати вагітності для зниження ризиків виникнення депресивних станів та покращення їх нервово-психічної адаптації.

Оскільки результати кореляційного аналізу показали, що переживання перинатальної втрати і горя прямо пов'язані з показниками нервово-психічної дезадаптації, то з метою зниження імовірності її розвитку у жінок з досвідом втрати вагітності зростає важливість психотерапевтичної підтримки. Водночас за результатами факторного аналізу робимо висновок, що сприйняття (суб'єктивна оцінка) втрати як травматичної події впливає на рівень нервово-психічної адаптації, рівень тривожності та на інтенсивність переживання негативних та тривожно-депресивних емоцій. Таким чином, є підстави говорити, що покращення нервово-психічної адаптації жінки та полегшення проживання втрати через перервану вагітність, можна отримати фахово працюючи з емоційною сферою жінки, рівнем тривожності, а також з її суб'єктивною оцінкою досвіду втрати вагітності.

3.3. Особливості переживання перинатальної втрати і горя в залежності від критеріїв ПТСР

Опитувальник самооцінки посттравматичного стану дає змогу виокремити кластери осіб на основі критеріїв ПТСР (згідно з класифікацією DSM-4). У відповідності з ключем вибірку було поділено на два кластери: жінки з підозрою на ПТСР ($n = 32$), і ті, у кого симптоми посттравматичного стану знаходяться в межах норми ($n = 43$). Щоб порівняти, як ці два кластери відрізняються між собою за переживаннями перинатальної втрати і горя, було проведено порівняльний аналіз: у якості групуючої змінної взято приналежність до певного кластеру, а у якості залежних змінних — шкали методики PGS. Оскільки усі шкали методики PGS були розподілені нормально, використано t-критерій Ст'юдента.

Виявлено, що виокремлені кластери статистично значущо відрізняються між собою за рівнем переживань перинатальної втрати і горя: жінки з підозрою на ПТСР мають вищий рівень переживань ($p = 0,0007$), скорботи ($p = 0,0027$) і горя ($p = 0,0126$, рисунок 1), а також вищий рівень



загального показника PGS ($p = 0,0009$.) (див. Додаток Г)

Рис. 3.2. «Порівняння переживання «перинатального горя» в жінок з підозрою на ПТСР і тих, у кого симптоми ПТСР є в межах норми»

Таким чином, жінки з підозрою на ПТСР мають вищі показники переживання «перинатального горя». Враховуючи ці результати, а також результати кореляційного аналізу, які показали прямий зв'язок рівня ПТСР з переживаннями «перинатального горя» ($r = 0,39$, $p < 0,01$, Таблиця 3.1), можемо зробити висновок, що саме досвід втрати є тим фактором, який впливає на більший вияв симптомів ПТСР, спричинює пригнічений настрій, породжує нав'язливі спогади про неприємну подію, погіршення стосунків з рідними та іншими людьми, втрату інтересу до колись важливих речей, що разом підсилює такі симптоми ПТСР, як порушення сну, уникання нагадування і розмов про пережиту негативну подію, тощо. Таким чином,

втрата вагітності може розглядатися, як психотравмуюча подія у житті жінки, а тому жінка, що перенесла цю подію потребує фахового психотерапевтичного супроводу з метою зменшення імовірності розвитку симптомів посттравматичного стресового розладу.

Відмінностей у вираженні переживань «перинатального горя» в залежності від рівня стабільності психічного здоров'я, рівня астеничних та депресивних станів виявлено не було.

3.4. Типологія жінок з різним рівнем почуттів перинатальної втрати і горя

З метою аналізу особливостей психічних станів, рівня тривожності, переживання емоцій та показників адаптації у жінок з різною інтенсивністю почуттів перинатальної втрати і горя було застосовано кластерний аналіз зі субшкалами методики PGS у якості групованих змінних.

Для прийняття рішення про кількість кластерів було застосовано метод дерева кластеризації (на основі Евклідової, Чебишевської та Манхетенської відстані між класами). Результати показали, що вибірку можна поділити на два або три кластери, що відповідають різним профілям почуттів перинатальної втрати і горя (див. Додаток Д).

Наступним кроком був поділ вибірки на два і три кластери методом k-середніх (який дозволяє максимізувати відмінності між групами, водночас мінімузуючи їх всередині кожної групи). Аналіз поділу вибірки на два кластери показав, що виокремлені підгрупи статистично значуще відрізняються між собою за показниками шкал PGS ($p = 0,000000$) і становлять два окремі профілі із середньо-низькими і середньо-високими значеннями почуттів перинатальної втрати і горя (див. Додаток Е).

Результатом поділу вибірки на три кластери є три підгрупи, які статистично значуще відрізняються між собою за показниками шкал PGS ($p = 0,000000$) і формують три окремі профілі із низькими, середніми і

високими значеннями почуттів перинатальної втрати і горя (рис. 3). Оскільки поділ на три кластери дав більш чітке розмежування за показниками почуттів перинатальної втрати і горя, було прийняте рішення поділити групу на три кластери і порівняти їх між собою за показниками психічних станів, тривожності, переживання емоцій та показниками адаптації.

У перший кластер увійшло 22 особи (29,33% вибірки). Це група з низькими значеннями показників скорботи, переживання і відчаю ($M = 23,50$, $M = 22,27$ і $M = 19,55$ відповідно, Рис. 3. 3). Розмір другого кластеру становить 25 осіб (33,33% вибірки), які характеризуються середнім рівнем показників скорботи, переживання і відчаю ($M = 32,36$, $M = 29,92$ і $M = 32,72$ відповідно, Рис. 3.3). Третій кластер характеризується високим рівнем показників скорботи, переживання і відчаю ($M = 41,79$, $M = 39,25$ і $M = 39,54$ відповідно, Рис. 3. 3) і складається із 28 осіб (37,33% вибірки).

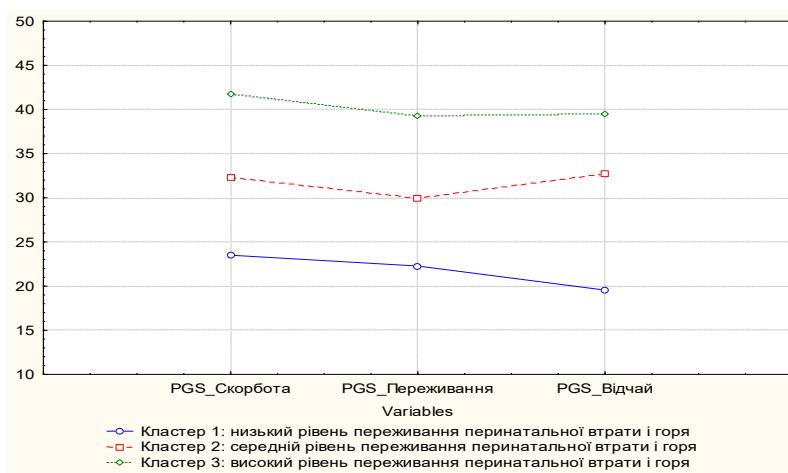


Рис. 3.3 «Профілі почуттів перинатальної втрати і горя, виділені за допомогою кластерного аналізу»

Оскільки шкали методики PGS розподілені нормально, для порівняння кластерів за показниками психічних станів, тривожності, переживання емоцій та показниками адаптації було застосовано порівняльний аналіз Шеффе.

Виявлено, що група з високим рівнем переживань «перинатального

горя» статистично значуще відрізняється від групи з низьким рівнем переживань за показниками самооцінки посттравматичного стану ($M_3 = 36,39$, $M_1 = 26,50$, $p = 0,002$), показниками шкал «Інтрюзія» і «Гіперзбудження» методики «Вплив подій» ($M_3 = 10,25$, $M_1 = 5,77$, $p = 0,014$; і $M_3 = 7,61$, $M_1 = 4,05$, $p = 0,013$ відповідно), та загальним показником впливу подій ($M_3 = 27,96$, $M_1 = 18,14$, $p = 0,035$), рівнем нервово-психічної адаптації ($M_3 = 33,61$, $M_1 = 20,73$, $p = 0,015$) і показником шкали «Робота» тесту «Робочої та соціальної адаптації» ($M_3 = 2,96$, $M_1 = 1,23$, $p = 0,003$, (див. Додаток Ж).

Жінки з високим рівнем переживань перинатальної втрати і горя також відрізняються від жінок з середнім рівнем цих переживань за показником шкали «Гіперзбудження» методики «Вплив подій» ($M_3 = 7,61$, $M_2 = 4,72$, $p = 0,044$) і показником стабільності психічного здоров'я ($M_3 = 36,29$, $M_2 = 45,88$, $p = 0,028$).

Між групою жінок з низьким рівнем переживань перинатальної втрати і горя і групою жінок з середнім рівнем цих переживань статистично значущих відмінностей виявлено не було.

Отже, у порівнянні з жінками із низьким рівнем переживань перинатальної втрати і горя, жінки із високим рівнем цих переживань характеризуються більшим виявом симптомів ПТСР: вони почуваються більш пригніченими, частіше згадують про пережитий негативний досвід втрати, уникають розмов про пережиту ситуацію, мають більші труднощі у взаємодії з іншими людьми, а також погіршення якості сну. Такі жінки відчують, що досвід втрати вагітності негативно впливає на інші сфери їхнього життя, особливо на якість виконання професійних обов'язків. У них також спостерігається нижчий рівень нервово-психічної адаптації, який характеризується погіршенням сну, апетиту, перепадами настрою, підвищеною втомою, загостренням фізіологічної симптоматики (закрепи, серцебиття), погіршенням здатності ефективно приймати рішення та

загалом позитивно функціонувати.

У порівнянні з жінками з середнім рівнем переживань перинатальної втрати і горя, жінки із високим рівнем цих переживань характеризуються нижчим рівнем стабільності психічного здоров'я, що виявляється насамперед у надмірній емоційній реактивності.

Варто звернути увагу на те, що жінки із низьким і середнім рівнями переживань перинатальної втрати статистично значуще не відрізняються між собою за показниками стабільності психічного здоров'я, депресивних і астеничних станів, нервово-психічної адаптації та рівнем тривожності. Натомість обидві ці групи жінок статистично значуще відрізняються за переліченими показниками від тих, хто характеризується високим рівнем переживань втрати вагітності. Тому можемо зробити висновок, що суттєві зміни у психічному здоров'ї жінок, які мають досвід перерваної вагітності, зумовлює лише високий рівень переживань перинатальної втрати. Натомість низька і середня інтенсивність цих переживань не перешкоджають ефективному і позитивному функціонуванню жінок, які мають досвід втрати вагітності.

Отримані результати також узгоджуються і пояснюють результати дескриптивного аналізу, які показали, що наша група досліджуваних жінок назагал характеризується середньо-добрими показниками різних аспектів психічного здоров'я (нервово-психічної адаптації, тривожності, стабільності психічного здоров'я, емоційних станів тощо), незважаючи на негативний досвід втрати вагітності. Але оскільки в групі досліджуваних середнє значення переживання перерваної вагітності є помірно вираженим, це зумовлює середні показники різних аспектів психічного здоров'я досліджуваних жінок.

3.5. Рівень переживання перинатальної втрати і горя, депресивних станів, нервово-психічної адаптації і стабільності

психічного здоров'я в залежності від місця проживання та способу життя

За допомогою авторської анкети було зібрано дані про місце проживання, спосіб життя досліджуваних тощо. За відповідями на ці запитання досліджувані були поділені на категорії, які порівнювалися за показниками переживання перинатальної втрати і горя, депресивних станів, нервово-психічної адаптації і стабільності психічного здоров'я.

Оскільки окремі підгрупи, виділені на основі відповідей на запитання анкети, були дуже малими і тому не відповідали критеріям нормального розподілу, було використано непараметричний метод Краскела-Волліса (аналог параметричного тесту Шеффе).

Виявлено, що в залежності від місця проживання відрізняється рівень депресивних станів: у жінок, що проживають у селі, статистично значуще вищий рівень депресивних станів у порівнянні з жінками, що проживають у місті ($M_1 = 48,39$, $M_2 = 39,47$, $H = 13,57$, $p = 0,001$).

Результати порівняння показали, що спосіб життя впливає на рівень стабільності психічного здоров'я і рівень нервово-психічної адаптації: жінки, що ведуть здоровий спосіб життя мають вищий рівень стабільності психічного здоров'я ($M_1 = 46,29$, $M_2 = 37,95$, $H = 7,42$, $p = 0,024$). А ті жінки, які не палять, мають вищий рівень нервово-психічної адаптації у порівнянні з тими, які палять ($M_1 = 34,25$, $M_2 = 16,50$, $H = 6,05$, $p = 0,049$).

Отримані результати показують, що жінки, які проживають у селі, характеризуються вищим рівнем депресивних станів у порівнянні з жінками, що проживають у місті. Однак виявлена відмінність у депресивних переживаннях не пов'язана із досвідом втрати вагітності, оскільки за показниками переживання перинатальної втрати різниці між мешканками села і міста виявлено не було. Також результати кореляційного аналізу показали, що переживання перинатальної втрати не пов'язані з рівнем депресивних станів. Тому можемо зробити висновок, що виявлені

статистично значущі відмінності у рівні депресивних станів між мешканками міста і села залежать від інших факторів, які у цій науковій роботі не вивчалися.

Виявлено, що жінки, які ведуть здоровий спосіб життя, мають вищий рівень стабільності психічного здоров'я. І ті, які не палять, мають вищий рівень нервово-психічної адаптації. Обидва показники — стабільність психічного здоров'я і рівень нервово-психічної адаптації корелюють із переживаннями перинатальної втрати і горя: чим вища інтенсивність цих переживань, тим гірші показники стабільності психічного здоров'я і вищий рівень нервово-психічної дезадаптації. Тому на основі отриманих результатів можна сформулювати наступні рекомендації: з метою стабілізації психічного здоров'я і покращення показників нервово-психічної адаптації жінок, що мають досвід переживання втрати вагітності, варто звернути увагу на їх спосіб життя, здоровий спосіб життя сприятиме стабілізації психічного здоров'я і нервово-психічної адаптації.

Висновки до РОЗДІЛУ III

Результати дослідження визначають, що жінки з вищим рівнем особистісної тривожності сильніше переживають втрату перерваної вагітності, як наслідок це негативно впливає на їх психічне благополуччя, зокрема: нервово-психічну адаптацію, спричиняє зростання ситуативної тривожності та негативно-депресивним емоціям та переживанням. Все це відображається на соціальних, особистісних взаєминах, роботі, дозвіллі та якості сну, може призвести до виникнення астеничного стану.

Згідно отриманих результатів факторного аналізу бачимо, що для покращення нервово-психічної адаптації жінки з досвідом перерваної вагітності слід працювати з її суб'єктивною оцінкою цього досвіду, емоційною сферою та рівнем тривожності, оскільки, саме ці параметри найбільше впливають на підтримку нервово-психічної адаптації, та мають бути врахованими у психотерапевтичному супроводі жінок з досвідом втрати вагітності.

За результатами емпіричного дослідження ми також можемо розглядати факт перерваної вагітності, як психотравмуючу подію. Оскільки, у дослідженні не враховувався термін прожитою втрати, виявлені значення результатів дослідження можна також трактувати, як симптоматику гострого стресового розладу (ГСР) чи ускладненого горювання, що потребує відповідного психотерапевтичного втручання з метою превенції розвитку ПТСР. Відповідні заключення підтвердженні результатами кореляційного і порівняльного аналізів, згідно яких вищий рівень самооцінки ПТСР прямо пов'язаний із вищим рівнем переживання втрати і жінки з підозрою на ПТСР мають вищий рівень страждань у порівнянні з жінками без підозри на ПТСР.

За допомогою кластерного аналізу групу досліджуваних жінок було поділено на кластери на основі показників переживань «перинатальної втрати і горя». В результаті отримано три підгрупи із низьким, середнім і високим рівнем PGS (Perinatal Grief Scale - шкала «перинатальної втрати і

горя»). Порівняння підгруп між собою показало, що жінки з підгрупи з високим рівнем переживань мають статистично вищі показники тривожності, негативно-емоційних переживань, нервово-психічної дезадаптації, їм притаманні нижчі показники параметрів стабільності психічного здоров'я. Водночас, жінки із середнім рівнем PGS (переживань втрати вагітності) статистично не відрізняються від жінок, які мають низьке значення цього параметру. Це дає нам привід стверджувати, що досвід втрати вагітності не є обов'язковим фактором впливу на зниження показників психічного здоров'я. Однак, інтенсивність переживання цієї події має вагоме значення – високий рівень цих переживань зумовлює зниження показників психічного здоров'я.

Також за результатами нашого дослідження отримано взаємозв'язок між здоровим способом життя і нервово-психічною адаптацією. Отож вважаємо, що здоровий спосіб життя може сприяти стабілізації психічного здоров'я і нервово-психічній адаптації у жінок, що мають досвід перерваної вагітності.

ВИСНОВКИ

На основі наукової літератури з проблематики психічного стану жінки з досвідом перерваної вагітності, ми провели емпіричне дослідження щодо особливостей проживання жінками втрати вагітності. в процесі нашої роботи дійшли висновку, що ця тема є закритою, складною і досить стигматезованою.

З метою доведення нашої гіпотези, здійснили теоретичний аналіз понять втрати та горювання, назвали різновиди втрати, виділили категорії, рівні втрати та обґрунтували клініко-психологічні аспекти втрати, а також проаналізували поняття горювання та основні типи горя. Під втратою розуміємо будь-яку уявну чи дійсну ситуацію, в якій втрачається, стає недосяжним або змінюється ціннісний об'єкт. Втрати поділяють на уявні та фактичні. Класифікують такі типи втрат, щодо їх змісту: близьких або рідних, роботи, навчання, соціального статусу, фізичні, психічні чи психологічні, матеріальні, символічні, духовні. Глибина переживання втрати залежить від вартості, цінності та значимості, яку мала дана втрата для людини. Процес переживання втрати виступає стресовим фактором в житті людини. Ознаками процесу переживання втрати є горе та горювання. Науковці поділяють горе на такі види: відсутнє, викривлене, замасковане, ускладнене чи патологічне, хронічне, передчасне та невивільнене.

Проаналізували методологічний та теоретичний підхід до розуміння процесу втрати внаслідок перерваної вагітності. Що дозволило нам стверджувати, що переривання вагітності у жінок може мати різні причини та може відбуватись на різних етапах вагітності. Найбільш поширеними видами втрати вагітності являються індуковані та спонтанні аборти, а також переривання вагітності через завмирання плоду. Другими за чисельністю є перинатальні втрати, в число яких входять мертвонароджені діти і ті, що не прожили більше тижня.

Виокремили та дослідили особливості проживання втрати жінками,

які перенесли перервану вагітність. Дійшли висновку, що втрата вагітності з різних причин і на різних термінах несе об'єктивну чи суб'єктивну загрозу психічному здоров'ю та психологічному благополуччю жінки. Враховуючи ймовірність, що з моменту усвідомлення жінкою своєї вагітності, дитина вже починає жити в її психіці, формувати внутрішній зв'язок з нею, переривання процесу виношування дитини, може класифікуватись як психотравмуюча подія.

З метою виявлення особливостей проживання втрати у жінок з досвідом перерваної вагітності, було проведене експериментальне дослідження, яке полягало у застосуванні набору методик для визначення рівня вираженості тривожних, депресивних і астенічних станів, а також нервово-психологічної, соціально-робочої адаптації; ступеня впливу подій на нормальне функціонування; наявності симптомів ПТСР; за допомогою шкали «Перинатальна Втрата і Горе» і шкали «Диференціації емоцій» нам вдалось виділити категорію горювання (скорботи, переживання, відчаю), визначити емоцій спектр жінок відповідної категорії.

Результати дослідження відкрили доцільність подальшої розробки системи психологічного супроводу жінок з досвідом втрати вагітності не залежно від причин на будь якому етапі з метою зниження ризику розвитку депресивних станів та підвищення рівня їх нервово-психічної адаптації. Результати дослідження показують, що на рівень нервово-психічної адаптації впливає суб'єктивна оцінка травматичності втрати, рівень тривожності та інтенсивність переживання негативних та тривожно-депресивних емоцій. Таким чином, фахово працюючи з емоційною сферою жінки, що має досвід втрати, а також з її суб'єктивною оцінкою цього досвіду та рівнем тривожності, можна підтримувати баланс її нервово-психічної адаптації та полегшувати проживання втрати через перервану вагітність та інтеграцію цього досвіду. Було встановлено, що негативний досвід втрати вагітності призводить до пригніченого настрою, нав'язливих спогадів,

погіршення стосунків з рідними та іншими людьми, втрату інтересу до речей, що колись були важливими й цікавими. Всі ці фактори сукупно підсилюють симптоми ПТСР такі, як порушення сну, уникання розмов і тригерів про дану подію, пригнічення почуттів, тощо. Тому, перервану вагітність можна розглядати, як психотравмуючу подію у житті жінки, а пережиття цієї події потребує фахового психотерапевтичного супроводу з метою зменшення імовірності розвитку симптомів депресії та посттравматичного стресового розладу.

Питання психологічної допомоги потрібно піднімати в першу чергу в акушерстві. У фокус уваги слід включити не лише жінок, але й їх супутників з метою превенції порушення соціального, ідентичного характеру, наприклад, наростання почуття самотності чи відстороненості.

Перспективою подальшого впровадження даної роботи може бути розробка програми психологічного супроводу сімей, які переживають втрату дитини; вивчення можливості інформування медперсоналу про особливості проживання втрати жінками, що перенесли перервану вагітність, а від так особливостям поведінки з такими жінками та їх підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т. В. Особливості психоемоційного стану у вагітних при вродженій патології центральної нервової системи плода / Т. В. Авраменко, О. А. Шевченко // Перинатологія і педіатрія. – 2016. – № 1. – С. 42-45. - Режим доступу: <https://med-expert.com.ua/wp-content/uploads/2017/05/09-2.pdf>
2. Аврамчук О. Клініко-психологічні аспекти переживання втрати та діагностики ускладненого горювання / О. Аврамчук // Проблеми сучасної психології. – 2019. – Вип. – 45. – С. 11 - 39.
3. Амбрумова А. Г. Форми і методи кризової психотерапії: метод.рек. (з правом перевидання місцевими органами здоров'я) / Міністерство здоров'я РФСРФ. – Москва, 1997. – 20 с.
4. Анастасі А. Психологічне тестування / А. Анастасі, С. Урбіна. – [7-е вид.]. – СПб.: Пітер, 2006. – 688 с. – (Майстри психології).
5. Баранова В. В. Особливості психоемоційного стану жінок, які мають репродуктивні втрати в анамнезі, в умовах теперішньої вагітності / В.В. Баранова // ISSN 19925891 Перинатологія і Педіатрія 1(69)/2017
6. Бехтерева Н. П. Магія мозга і лабіринти життя, 2-е вид., перероблене та доповнене. Аст ; Сова, М.- СПб.: 2007. 349 с.
7. Богінич О. Л. Право жити чи право бути народженою? (До питання про природне право дитини на життя) / О. Л. Богінич, О. Л. Львова // Держава і право. Юридичні і політичні науки. – 2013. – Вип. 61. – С. 10 - 15. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/dip_2013_61_4
8. Василюк Ф. Е. Пережить горе [Електронний ресурс] – режим доступу: URL <http://www.rtsnet.ru/tc/emp/satin/psychology/Vasiluk.htm>
9. Василюк Ф. Е. Психологія переживання (аналіз визначення критичних ситуацій). — М.: Вид-во. Моск. ун-та, 1984. — 200 с.
10. Галецька Інна. Психологічні чинники соціальної адаптації Західний науковий центр НАН України та МОН України [Електронний

ресурс]–режим

доступу:

<http://znc.com.ua/ukr/publ/periodic/shpp/2005/1/p091.php>

11. Горбунова В. В. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): інформаційний буклет. – Львів: Центр психічного здоров'я та травмо терапії «Простір надії», Ін-т психічного здоров'я УКУ, 2017.

12. Горбунова В. В. Сприяння соціального оточення відновленню та зростанню особистості при посттравматичних станах та розладах / В. В. Горбунова // Наука і освіта. – 2016. – № 5. – С. 40-44.

13. Даниленко Н. В. Особливості переживання перинатальних втрат / Н. В. Даниленко // Вісник Національного університету оборони України. – 2012. – Вип. 1. – С. 164-167.

14. Добряков І. В. Перинатальні втрати: психологічні аспекти, специфіка горювання, форми психологічної допомоги / І.В. Добряков, М. Е. Блох, Л.М. Фаєрберг // Журнал акушерства і жіночих захворювань. – 2015. – № 3. – С. 4 – 10.

15. Жук С. І. Психологічні аспекти роботи акушера-гінеколога у випадку перинатальних втрат / С. І. Жук, О. Д. Щуревська, А. О. Шляхтіна // Здоров'я жінки. – 2017. – № 1 (117). – С. 11-15.

16. Козляковський П.А. Загальна психологія / П.А. Козляковський. – Миколаїв : МДГУ, 2005. – 467 с

17. Кочарян О. С., Барінова Н. В., Харченко А. О. Особливість структури інфантильного травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією / О. С. Кочарян, Н. В. Барінова, А. О. Харченко // Психологічне консультування і психотерапія. – 2018. – Вип. – 9. – С. 34 – 41.

18. Кюблер-Росс Е. Про смерть та вмирання. Москва : Софія, 2001. [Електронний ресурс] – режим доступу: http://www.e-reading.club/bookreader.php/94233/Kyubler-Ross__O_smerti_i_umiranii.html.

19. Лисенкова І. П. Когнітивний підхід у дослідженні емоційної

сфери / І.П. Лисенкова // Психологія і особистість. 2018. № 2 (14).

20. Лозінська Н.С. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології / Н.С. Лозінська // Науково-дослідний центр Гуманітарних проблем Збройних Сил України, Вісник Національного університету оборони України 2 (50) /2018

21. Малкіна-Пих І. Г. Екстремальні ситуації. - М.: Вид-во Ексмо, 2006. – 960 с.

22. Мирончак К. В. Способи відновлення самоефективності при переживанні втрати / К. В. Мирончак // Способи відновлення самоефективності при переживанні втрати / за наук. ред.. Т. М. Титаранко. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2017. – С. 55-60.

23. Нікогосян Л. Р. Визначення психологічних особливостей жінок після переривання вагітності / Л.Р. Нікогосян // Одеський національний медичний університет здоров'я «Biomedical and biosocial antropology» 2014, №23

24. Нікогосян Л.Р. Особливості емоційно-вольової сфери жінок, які перенесли аборт / Л.Р. Нікогосян // Соціальна психіатрія 3 (78)' 2014.

25. Носенко Е. Л., Четверик-Бурчак А. Г. Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма»: опис, адаптація, застосування / Е. Л. Носенко, А. Г. Четверик-Бурчак Дніпропетровський національний університет імені Олеся Гончара // Вісник Дніпропетровського університету Серія «Педагогіка і Психологія», 2014. Випуск 20

26. Олай-Верано В. В., Казанцев А. О. Біоетика та проблеми збереження життя і здоров'я людини / В. В. Олай-Верано, А. О. Казанцев // Педагогіка здоров'я : збірник наукових праць IV Всеукраїнської науково-практичної конференції, – Харків : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2014. – С.387.

Режим

доступу:

http://hnpu.edu.ua/sites/default/files/files/Kaf_zdor_ta_korr_os/Ped_zdor_2014.pdf

27. Оніщенко Н. В. Основні етапи переживання психічної травми/ Н. В. Оніщенко, доктор психологічних наук // Вісник Національного університету оборони України питання психології, 3 (46) /2015.
28. Опанасюк І. Психологічні особливості переживання факту "втрати" особистістю / І. Опанасюк // Обрії. – 2011. – № 1(32). – С. 55-58.
29. Підлісний Ю. Етико – антропологічні аспекти абортів. [Електронний ресурс] - режим доступу: <https://refdb.ru/look/1474770.html>.
30. Пузь І. В. Індивідуально-психологічні особливості вагітних жінок з медичним абортів в анамнезі / І. В. Пузь // Вісник ОНУ ім. І. І. Мечнікова «Психологія». – 2013. –Т. 18. – Вип. 22. – Ч. 3. – С. 58-69.
31. Сердечна Л. А. Теоретичне обґрунтування механізмів психологічного захисту особистості / С. М. Кондратюк, Л. А. Сердечна // Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна», – 2015. – №11. – С. 115-118.
32. Титаренко Т. М. Можливості підтримки та відновлення психологічного здоров'я особистості в умовах довготривалої травматизації / Т. М. Титаренко // Особистість в умовах кризових викликів сучасності: матеріали методол. семінару НАПН України (24 березня 016 р.) / за ред.. С. Д. Максименка. – Київ, 2016. – С. 42 – 51.
33. Титаренко Т. М. Психічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія / Т. М. Титаренко // Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2018. – 160 с.
34. Титаренко Д. С. Горе, як криза в житті особистості. [Електронний ресурс] – режим доступу: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/3073/1/gore%20kruza.PDF>
35. Туркова Д. М. Психологічний компонент гестаційної доміанти як предиктор психосоматичної кризи /Д. М. Туркова // Особистість у

кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції (28 лютого – 1 березня 2019 року, м. Суми) / Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2019. – С. 238.

36. Ушакова І. М., Чернова О. В. Проблеми психологічної реабілітації працівників ДСНСУ, які виконали свої професійні обов'язки в зоні збройного конфлікту / І. М. Ушакова, О. В. Чернова // Проблеми експериментальної та кризової психології. – 2016. – Вип. 19. – С. 242-251.

37. Федуніна Н. Ю., Бурмістрова Є. В. Психічна травма. Історія запитання / Н. Ю. Федуніна, Є. В. Бурмістрова // Журнал практичної психології та психоаналізу. - 2014. – № 1.

38. Фрейд З. Сум і меланхолія. Психологія емоцій. Тексти / За ред. В.К. Вільнаса, Ю. Б. Гіппенрейтер. – М.:Вид-во Моск. ун-та, 1984.

39. Числіцька О. В. Соціально-психологічна адаптація військовослудбовців, що приймали участь у бойових діях (антитерористичній операції) / О. В. Числівська // Вісник Національного університету оборони України. – 2015. – № 3 (46). – С. 338 – 343.

40. Шелестова О. В. Розлади адаптації як наслідок впливу стресу / О. В. Шелестова // Медична психологія. – 2016. – № 4. – С. 74 – 77.

41. Юр'єва Л. Н. Розлад адаптації при психосоціальних стресах: діагностика, профілактика і корекція / Л. Н. Юр'єва // Сімейна медицина. – 2015. – №4 (60). – С. 89. 21(Suppl. 3): S49 – S54.

42. Blum Robert Wm., Polis Chelsea B., et al Abortion and mental health: guidelines for proper scientific conduct ignored / Robert Wm. Blum, Chelsea B. Polis // The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 2012

43. Bowlby J. Attachment and loss [Electronic resource] // Attachment Second Edition, Attachment and Loss: 1983, Vol.1, URL: <https://www.abebe.org.br/files/John-Bowlby-Attachment-Second-Edition-Attachment-and-Loss-Series-Vol-1-1983.pdf>.

44. Cabe Donna, Impact of Event Scale - Revised (IES-R) / New York University Rory Meyers College of Nursing Issue Number 19, Revised 2019 <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-19.pdf>.
45. Cacciatore Joanne et al Effects of Contact with Stillborn Babies on Maternal Anxiety and Depression Birth 35(4):313-20 January 2009 https://www.researchgate.net/publication/23499857_Effects_of_Contact_with_S_tillborn_Babies_on_Maternal_Anxiety_and_Depressin
46. Cockrill Kate, Ushma D. Upadhyay, Janet Turan, Diana Greene Foster The Stigma of Having an Abortion: Development of a Scale and Characteristics of Women Experiencing Abortion Stigma. Perspectives on Sexual and Reproductive Health / Volume 45, Number 2, June 2013, P. 79-88. URL: https://drive.google.com/file/d/1VDtJ_j-bmneRO4k4ZmWdIMRQ1C5sh3D/view
47. Cockrill Kate. «I'm Not That Type of Person»: Managing the Stigma of Having an Abortion [Electronic resource] // Deviant behavior, Volume 34, Issue 12, May 2013, URL: <https://www.researchgate.net/publication/263060601>
48. Coleman Priscilla K., Coyle CT, Shuping M, Rue VM (May 2009). "Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey". J Psychiatr Res. 43 (8): 770–6.
doi:10.1016/j.jpsychires.2008.10.009(<https://doi.org/10.1016%2Fj.jpsychires.2008.10.009>). PMID 19046750 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19046750>).
49. Delespau Emily Persistent and dysfunctional grief reactions: An investigation of their underlying cognitive processes/ Emily Delespau/ Universite Catholique Psychologie and Sciences de l'Education, Louvain-la-Neuve, Janvier, 2013
50. Forhan Mary. Doing, Being, and Becoming: A Family's Journey Through Perinatal Loss [Electronic resource] Journal of Occupational Therapy

Association, URL: <http://ajot.aota.org> on 01/10/2020.

51. Galatzer-Levy, I.R., Huang, S.H., & Bonanno, G.B. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical Psychology Review*, 63, 41-55. DOI: 10.1016/j.cpr.2018.05.008

52. Geert E. Smid, Paul Boelen, Lonneke Lenferink Patterns, Predictors, and Prognostic Validity of Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD) Symptoms in Recently Bereaved Adults: A Latent Class Analysis Running title: Early indicators of disturbed grief *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2019 <https://independent.academia.edu/PBoelen>

53. Goldstein D., Kinney Hannah C., Odendaal Hein J., Psychosocial implications of stillbirth for the mother and her family: a crisis-support [Electronic resource] // NIH-PA Author Manuscript Social Work (Stellenbosch). Author manuscript; available in PMC, January 2015, URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4299465/>

54. Gravensteen Ida Kathrine, Jacobsen Eva-Marie, Sandset Per Morten, Helgadottir Linda Bjørk, Radestad Ingela /Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: a prospective study / Gravensteen et al. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2018), URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5781321/>

55. Horowitz M., Wilner M. Alvarez W. Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. [Electronic resource]•// *Psychosomatic Medicine*, 1979, Vol. 41, P. 209-218. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/472086>

56. Hutti Marianne H., Armstrong Deborah S., Myers John A., Hall Lynne A. Grief Intensity, Psychological Well-Being, and the Intimate Partner Relationship in the Subsequent Pregnancy after a Perinatal Loss [Electronic resource] // AWHONN, the Association of Women' s Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 2015, URL: <http://jognn.awhonn.org>

57. J. Djelantik et al Symptomatology following loss and trauma: Latent

class and network analyses of prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in a treatment-seeking trauma-exposed sample/ 26 September 2018 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/da.22880>

58. Jenneke Van Ditzhuijzen. Abortion and mental health. A longitudinal study of common mental disorders among women who terminated an unwanted pregnancy [Electronic resource] • // University of Amsterdam, URL: https://drive.google.com/file/d/1DY2JvEAMERi0cCkHwT6jKpggW_jz4MLT/view

59. Johnson Trudy M. Understanding Abortion Grief and the Recovery Process [Electronic resource] • // Psych Central, March 2016, URL: <https://psychcentral.com/lib/understanding-abortion-grief-and-the-recovery-process/>

60. Jones R.K., Kooistra K., Abortion incidence and access to services in the United States, 2008, Perspectives on Sexual and Reproductive/ R.K. Jones, K. Kooistra// Health, 2011, 43(1): 41-50.

61. Julie B. Kaplow, Christopher M. and et al, DSM-V Diagnostic Criteria for Bereavement-Related Disorders in Children and Adolescents: Developmental Considerations/ Psychiatry 75(3) Fall 2012.

62. Kossigan Kokou-Kpolou, Olga Megalaki, Nicolas Nieuviarts Persistent depressive and grief symptoms for up to 10 years following perinatal loss: Involvement of negative cognitions [Electronic resource] // Journal of Affective Disorders, Volume 241, December 2018, Pages 360-366, URL: https://www.researchgate.net/publication/327056297_Persistent_Depressive_and_Grief_Symptoms_for_up_to_10_years_Following_Perinatal_Loss_Involvement_of_Negative_Cognitions.

63. Kumar A., Hessini L. and Mitchell E.M, Conceptualising abortion stigma/ A. Kumar, L. Hessini, E. Mitchell // Culture, Health & Sexuality, 2009, 11(6):625 - 639.

64. Lichtenthal W.G. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. [Electronic resource] •// Clinical Psychology Review, 2004, Vol. 24, P. 637 – 662, URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15385092> .

65. Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*. 101, 141-348.

66. Lori J. Toedter, Ph.D., Judith N. Lasker, Ph.D., Janice M. Alhadeff. The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation., [Electronic resource] // 26 June 2018. URL: https://www.researchgate.net/publication/19748068_The_Perinatal_Grief_Scale_Development_and_initial_validation.

67. Major Brenda, Appelbaum Mark. APA Task Force on Mental Health and Abortion Mental Health and Abortion [Electronic resource] •// American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. (2008), URL: <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>.

68. Matsikwa Shila. Perinatal Loss; Concept Paper / Shila Matsikwa, Gladys Mugadza, Christine Mary Kasu, Abigail Kapfunde, Clara Haruzivishe // *Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, Volume 7, Issue 5, Sep. - Oct. 2018, P. 31-37.

69. Norris A. Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences, *Women`s Health Issues*, 2011

70. Pancholi Nidhi, Rami Bijal. Care of unfortunate mothers with perinatal loss [Electronic resource] •// *International Journal of Research in Medical Sciences Pancholi*, Vol. 3, Issue 8, Aug. 2018, P. 2691-2695, URL: https://www.researchgate.net/publication/326627179_Care_of_unfortunate_mothers_with_perinatal_loss

71. Reardon David C. The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements,

actionable recommendations, and research opportunities [Electronic resource] •// SAGE Open Medicine, Volume 6, October 2018, P. 1 - 38, URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2050312118807624>

72. Rosner Rita. Treatment of complicated grief [Electronic resource] •// European Journal of Psychotraumatology, 2011, Nov.14. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3402/ejpt.v2i0.7995/>

73. Rubin R. Maternal tasks in pregnancy / R. Rubin // Maternal-Child Journal, Vol. 4, 1976. P. 143-153.

74. Sanders C. M. Grief : the mourning after : dealing with adult bereavement / Catherine M. Sanders / New York : Wiley, c1989.

75. Sanders C.M. How to Survive the Loss of a Child: Filling the Emptiness and Rebuilding Your Life Paperback - March 18, 1998.

76. Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Keshaviah, A. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. Depression and Anxiety, 28(2), 103-117 (2011).

77. Shellenberg Kristen M. Stigma and Disclosure about Induced Abortion: Results from an Exploratory Study [Electronic resource] •// Global Public Health, Volume 6, September 2011, URL: https://www.researchgate.net/publication/51482534_Social_Stigma_and_Disclosure_about_Induced_Abortion_Results_from_an_Exploratory_Study?enrichId=rgreq-d21137513778f2f9272c479180dca3d8-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzUxNDgyNTM0O0FTOjEyNzg5MDA0OTk5ODg0OEAxNDA3NTAyNzcyNTMw&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf

78. Steinberg Julia R., James Trussellb, Hallb Kelli, Guthried Kate. Fatal flaws in a recent meta-analysis on abortion and mental health [Electronic resource] •// Contraception. Author manuscript; available in PMC, Vol. 86, Issue 5, May 2012, URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3646711/>

79. Steinberg Julia R., Mc Cullochb Charles E. Abortion and Mental Health: Findings From the National Comorbidity Survey-Replication [Electronic resource] •// Obstet Gynecol. Author manuscript; available in PMC, February 2015, URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3929105/>

80. Trish Wilson, Koopmans Laura, Cacciatore Joanne, Flenady Vicki Support for mothers, fathers and families after perinatal death / Laura Koopmans, Trish Wilson, Joanne Cacciatore, Vicki Flenady// the reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library (2013).

81. Wallin Inger et al. Posttraumatic stress among women after induced abortion: a Swedish multi-centre cohort study BMC Women's Health volume 13, 2013 Lundell Wallin et al.; licensee BioMed Central Ltd. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

82. Wool Charlotte, Catlin Anita. Perinatal bereavement and palliative care offered throughout the healthcare system [Electronic resource] // Annals of Palliative Medicine, Vol. 8, Issue 1, February 2019, P. 22-29, URL: <https://drive.google.com/file/d/1oG1e497P-VE524KvTvTUpjFljLmASqfv/view>

83. Worden J. W. (2009). Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner / J.W. Worden // New York, NY : Springer Publishing Company, Inc., 2018.

ДОДАТКИ

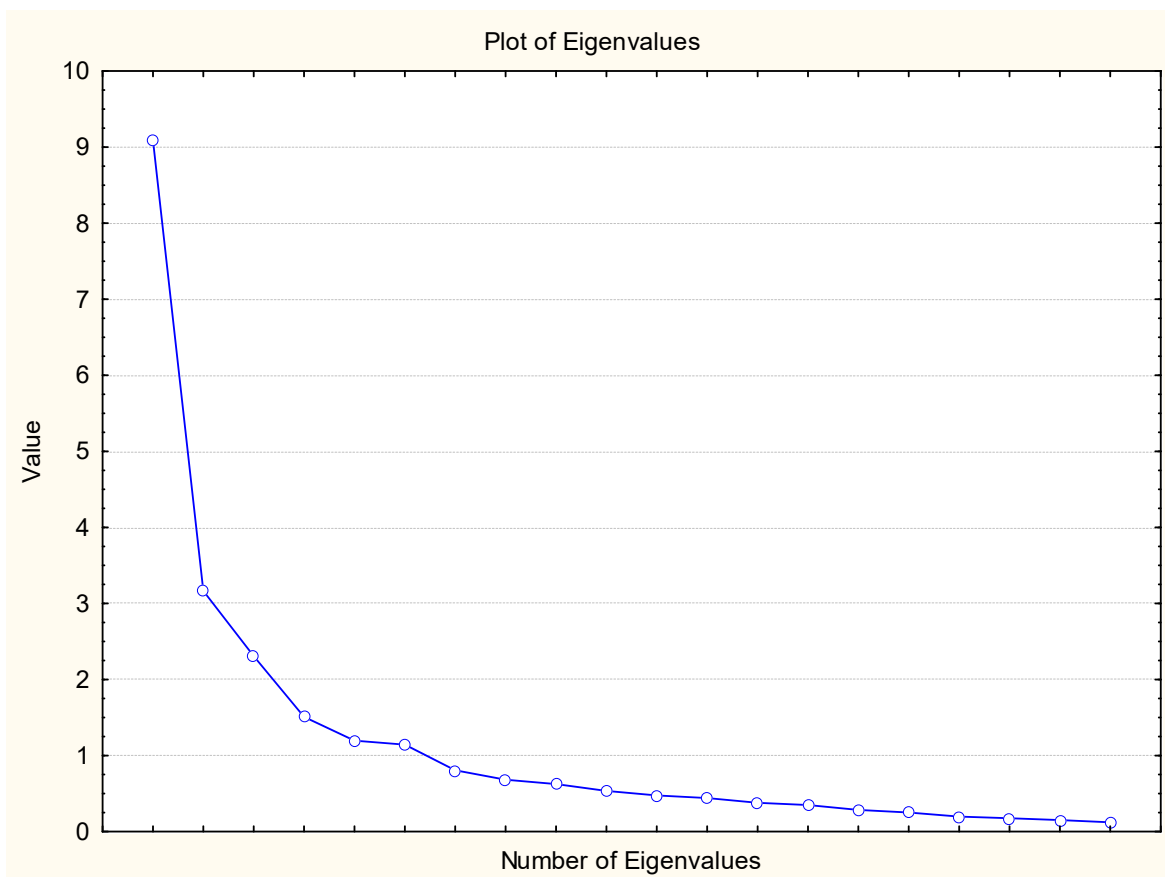
Додаток А

Результати описового аналізу

Назва шкали	Valid N	Mean	Minimum	Maximum	Standard Deviation
Вік	75	38,85	19,00	62,00	10,79
Стабільність психічного здоров'я (MHC-SF-UA)	75	41,31	10,00	69,00	13,20
Шкала астеничного стану	75	46,60	27,00	84,00	12,31
Шкала депресивних станів	75	41,32	21,00	61,00	8,40
Шкала самооцінки посттравматичного стану PCL	75	31,75	17,00	70,00	10,22
Вплив подій_Уникнення	75	9,49	0,00	27,00	4,95
Вплив подій_Інтрюзія	75	8,03	0,00	19,00	5,47
Вплив подій_Гіперзбудження	75	5,60	0,00	17,00	4,34
Загальний показник впливу подій	75	23,07	0,00	53,00	13,46
ШРСА_Робота	75	2,17	0,00	6,00	1,81
ШРСА_Обов'язок	75	1,96	0,00	7,00	1,57
ШРСА_Соціальне дозвілля	75	2,48	0,00	8,00	2,13
ШРСА_Особисте дозвілля	75	1,96	0,00	8,00	1,90
ШРСА_Стосунки	75	2,05	0,00	8,00	1,91
Загальний показник ШРСА	75	10,16	0,00	31,00	7,57
Ситуативна тривожність	75	43,27	24,00	74,00	10,03
Особистісна тривожність	75	43,03	22,00	71,00	9,27
Нервово-психічна адаптація	75	28,87	0,00	68,00	15,95
Індекс позитивних емоцій	75	23,04	9,00	45,00	8,11
Індекс гострих негативних емоцій	75	21,40	9,00	60,00	10,56
Індекс тривожно-депресивних емоцій	75	18,45	9,00	75,00	10,31
PGS_Скорбота	75	33,28	11,00	54,00	9,21
PGS_Переживання	75	31,16	10,00	48,00	8,70
PGS_Відчай	75	31,40	11,00	48,00	9,48
PGS_Сума	75	95,84	32,00	139,00	24,47

Додаток Б

Графік кам'яного осипу і таблиця власних значень факторного аналізу



Таблиця власних значень:

Value	Eigenvalue	% Total Variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	9,09	37,87	9,09	37,87
2	3,17	13,19	12,25	51,06
3	2,31	9,61	14,56	60,67
4	1,51	6,28	16,07	66,95
5	1,20	4,98	17,26	71,94
6	1,14	4,76	18,41	76,70

Додаток В

Таблиця факторних навантажень

Назва шкали	Фактор 1 «Робоча та соціальна адаптація»	Фактор 2 «Почуття перинагальної втрати і горя»	Фактор 3 «Вплив травматичної події»	Фактор 4 «Індекс негативних емоцій»	Фактор 5 «Показник тривожності»	Фактор 6 «Психічне здоров'я»
Стабільність психічного здоров'я (МНС-SF-UA)	-0,1687	-0,0839	-0,1852	-0,3217	-0,2853	-0,6845
Шкала астеничного стану	0,1554	0,0237	0,5203	0,2472	0,2812	0,3533
Шкала депресивних станів	0,2954	0,0224	0,3819	0,3675	0,3387	0,0130
Шкала самооцінки посттравматичного стану PCL	0,2984	0,2261	0,7052	0,1667	0,1901	0,1488
Вплив подій_ Уникнення	0,2613	0,0046	0,8206	-0,0147	0,0864	0,0329
Вплив подій «Інтрюзія»	0,1885	0,1959	0,8397	0,0811	0,1291	0,1129
Вплив подій «Гіперзбудження»	0,2320	0,1704	0,8683	0,1033	0,1347	0,1084
Загальний показник впливу подій	0,2514	0,1367	0,9283	0,0604	0,1206	0,0907
ШРСА_Робота	0,6182	0,3254	0,2900	-0,0346	0,2768	-0,1012
ШРСА_Обов'язок	0,8019	0,0709	0,2067	0,0684	-0,0598	0,0813
ШРСА_Соціальне дозвілля	0,8067	0,0905	0,2666	-0,0919	-0,0025	-0,0189
ШРСА_Особисте дозвілля	0,7795	0,0836	0,2298	0,1047	0,2736	0,0201
ШРСА_Стосунки	0,8069	-0,0191	0,1745	0,0121	0,1356	0,0873
Загальний показник ШРСА	0,9473	0,1180	0,1762	-0,0272	0,0365	-0,0396
Ситуативна тривожність	0,1078	0,1434	0,1664	0,1411	0,7623	0,1368
Особистісна тривожність	0,0821	0,1381	0,2254	0,0034	0,8478	0,0025
Нервово-психічна адаптація	0,2903	0,1654	0,5011	0,3110	0,4463	-0,0802

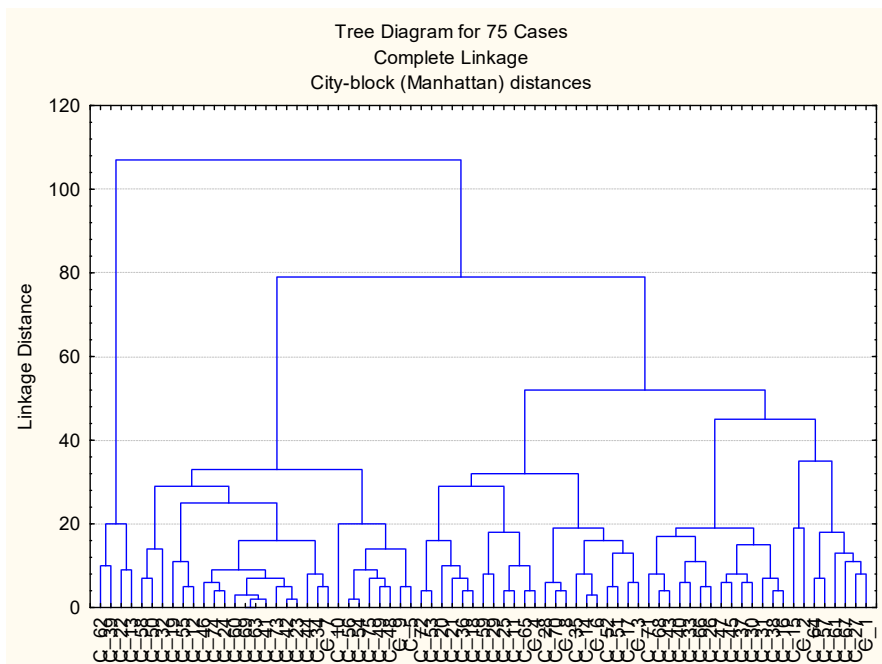
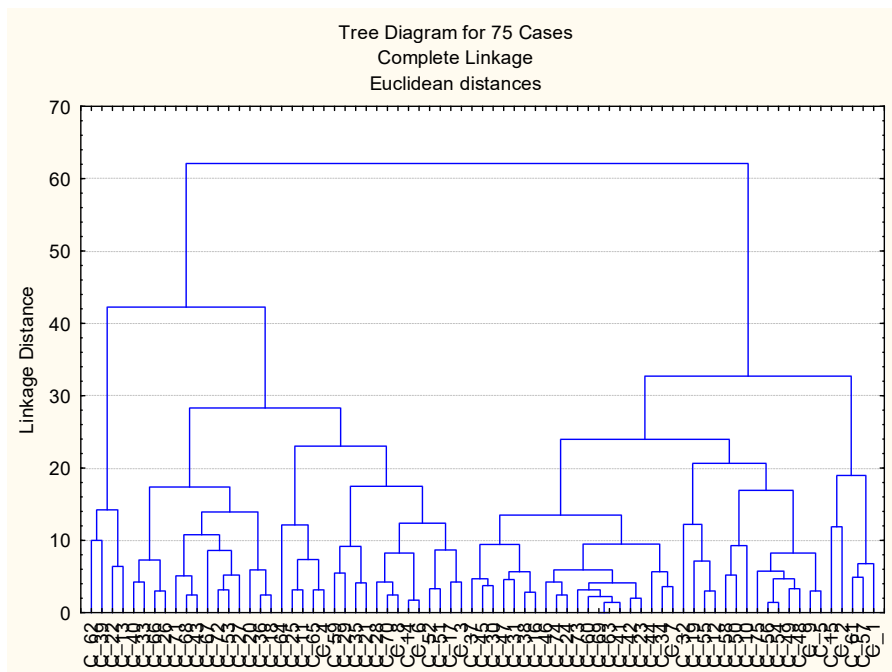
Індекс позитивних емоцій	0,0873	-0,0786	-0,1520	0,1177	0,0683	-0,8423
Індекс гострих негативних емоцій	0,0469	0,1776	0,1190	0,8879	0,0573	0,0034
Індекс тривожно-депресивних емоцій	-0,1460	0,2246	0,1156	0,8493	0,0983	0,0758
PGS_Скорбота	0,0715	0,8408	0,0959	0,0058	0,1678	0,0368
PGS_Переживання	0,0967	0,8578	0,2053	0,1487	0,0922	-0,0013
PGS_Відчай	0,1157	0,8874	0,0783	0,2131	0,0111	0,1038
PGS_Сума	0,1061	0,9648	0,1394	0,1377	0,1001	0,0536
Відсоток загальної дисперсії даних, яку пояснює фактор	18,56	15,01	19,63	8,76	8,77	5,97

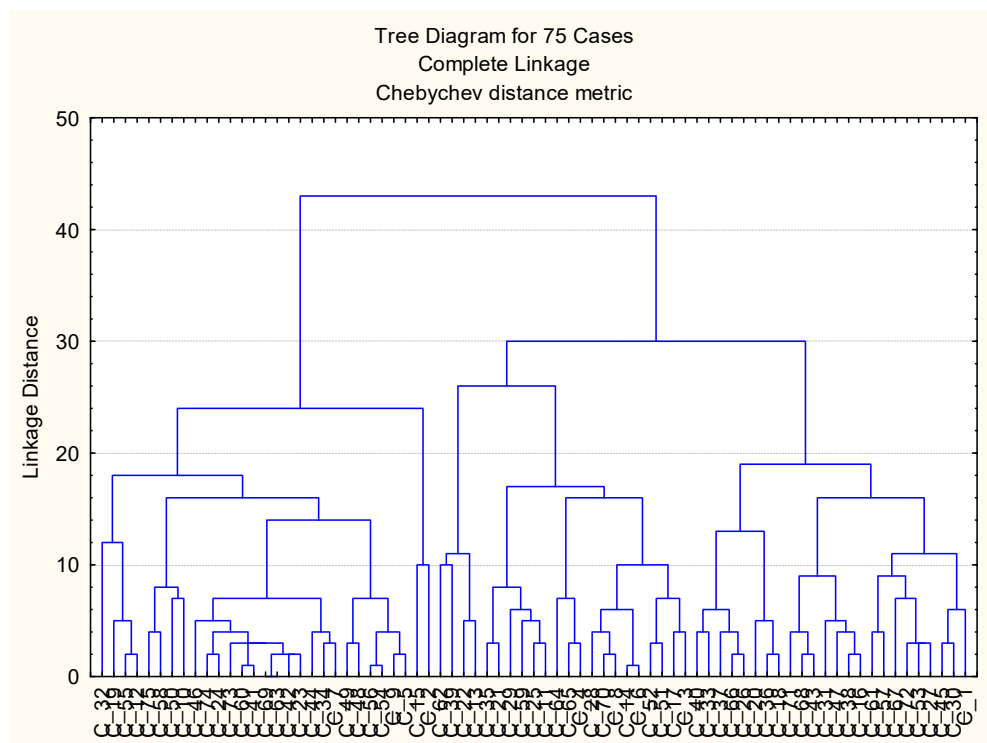
Додаток Г

**Результати порівняльного аналізу переживання перинатальної втрати
і горя в залежності від рівня вираження симптоматики ПТСР**

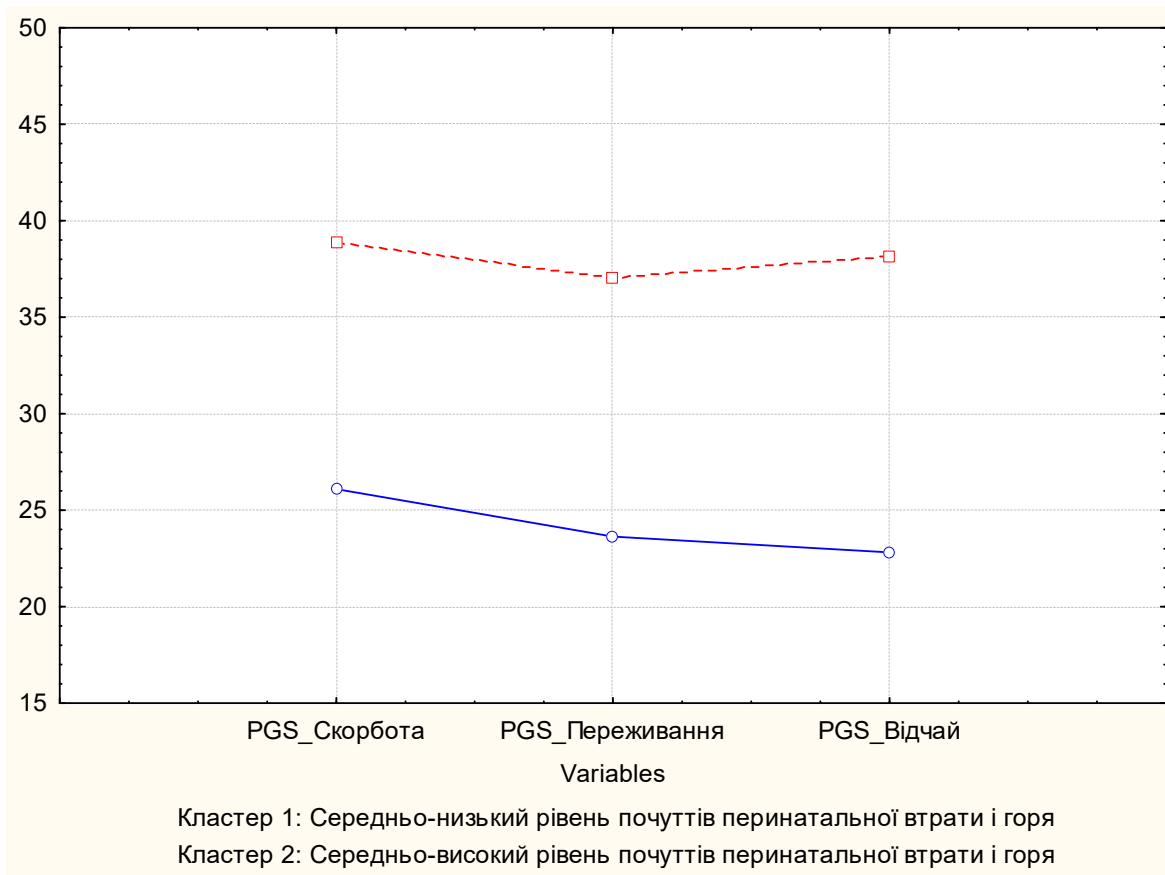
Назва шкали	Mean 1 Жінки із підозрою на ПТСР	Mean 2 Жінки без підозри на ПТСР	t-value	df	p	N 1	N 2
PGS_Скорбота	36,91	30,58	3,11	73	0,0027	32	43
PGS_Переживання	34,97	28,33	3,51	73	0,0008	32	43
PGS_Відчай	34,53	29,07	2,56	73	0,0126	32	43
PGS_Сума	106,41	87,98	3,46	73	0,0009	32	43

Додаток Д

Графічний результат застосування методу дерев кластеризації на основі Евклідової, Манхетенської і Чебишевської відстані між класами



Додаток Е

Результат поділу вибірки на два кластери за показниками почуттів перинатальної втрати і горя

Додаток Ж

Результати застосування критерію Шеффе для порівняння кластерів

		Scheffe Test; Variable: ТНПА (Spreadsheet1) Marked differences are significant at $p < ,05000$		
Кластер 3		{1}	{2}	{3}
		M=20,727	M=30,720	M=33,607
1	{1}		0,086907	0,015453
2	{2}	0,086907		0,788701
3	{3}	0,015453	0,788701	

		Scheffe Test; Variable: ШРСА_Робота (Spreadsheet1) Marked differences are significant at $p < ,05000$		
Кластер 3		{1}	{2}	{3}
		M=1,2273	M=2,1200	M=2,9643
1	{1}		0,202294	0,002513
2	{2}	0,202294		0,199318
3	{3}	0,002513	0,199318	

		Scheffe Test; Variable: Вплив подій_Сума (Spreadsheet1) Marked differences are significant at $p < ,05000$		
Кластер 3		{1}	{2}	{3}
		M=18,136	M=21,920	M=27,964
1	{1}		0,611081	0,034712
2	{2}	0,611081		0,246417
3	{3}	0,034712	0,246417	

Scheffe Test; Variable: PCL-C (Spreadsheet1)			
Marked differences are significant at p < ,05000			
	{1}	{2}	{3}
Кластер 3	M=26,500	M=31,160	M=36,393
1 {1}		0,252238	0,002215
2 {2}	0,252238		0,143020
3 {3}	0,002215	0,143020	

Scheffe Test; Variable: Вплив подій_Гіперзбудження (Spreadsheet1)			
Marked differences are significant at p < ,05000			
	{1}	{2}	{3}
Кластер 3	M=4,0455	M=4,7200	M=7,6071
1 {1}		0,853865	0,012640
2 {2}	0,853865		0,043575
3 {3}	0,012640	0,043575	

Scheffe Test; Variable: МНС-SF-UA_Сума (Spreadsheet1)			
Marked differences are significant at p < ,05000			
	{1}	{2}	{3}
Кластер 3	M=42,500	M=45,880	M=36,286
1 {1}		0,662813	0,236297
2 {2}	0,662813		0,027942
3 {3}	0,236297	0,027942	

Scheffe Test; Variable: Вплив подій_Інтрюзія (Spreadsheet1)			
Marked differences are significant at p < ,05000			
	{1}	{2}	{3}
Кластер 3	M=5,7727	M=7,5200	M=10,250
1 {1}		0,521786	0,013931
2 {2}	0,521786		0,171253
3 {3}	0,013931	0,171253	

Додаток З

АНКЕТА

Соціально-економічні та демографічні характеристики респондентів:

Вітаємо, шановний респонденте!

Перш ніж розпочати заповнювати анкету, просимо звернути увагу на такі моменти:

1. Ця анкета є анонімною, без прив'язки до ПІБ осіб, які заповнюють анкету;
2. Просимо обводити кружечком Ваш варіант відповіді;
3. Якщо Ви помилково відзначили якийсь варіант відповіді, то просто закресліть його і виберіть правильну відповідь;
4. Має бути виділена лише ОДНА відповідь;
5. Тривалість заповнення анкети приблизно 5 хв
6. Якщо хочете отримати результати опитування, то вкажіть, будь ласка, свою електронну адресу _____.

Ваше ім'я _____

Скільки Вам повних років: _____

1. Освіта (сфери навчання):

- a) базова середня освіта (9 кл. загальноосвітньої школи);
- b) повна середня освіта (10-12 кл. загальноосвітньої школи);
- c) середня спеціальна освіта (коледж, технікум, училище);
- d) базова вища освіта (бакалавр);
- e) вища освіта (магістер, спеціаліст);
- f) вчений ступінь (кандидат, доктор наук);

2. Сімейний стан:

- a) не одружена;
- b) розлучена;
- c) одружена (вік подружжя):

d) вдова

3. Кількість дітей:

4. Чи були у вас втрати вагітності:

a) викидень,

b) мертвонароджена дитина,

c) аборт

d) завмирання плоду

e) позаматкова вагітність

f) не було

5. Де ви проживаєте:

a) місто

b) село

c) селище

6. Чи є у вас рідні сестри, брати:

a) ТАК

b) НІ

7. Ви зростали у повній сім'ї:

a) ТАК

b) НІ

8. Чи вірите Ви в Бога:

a) ТАК

b) НІ

9. До якої конфесії Ви належите:

a) католицька;

b) протестантська;

c) православна;

d) інша

10. Чи погоджуєтесь Ви з твердженням, що «Чоловік має бути годувальником сім'ї, а дружина – берегинею домашнього вогнища»:

- a) ТАК
- b) НІ
- c) НЕ ЗОВСІМ

11. Чи ведете (намагаєтесь) Ви здоровий спосіб життя (сон, харчування, спорт):

- a) ТАК
- b) НІ
- c) НЕ ЗОВСІМ

12. Ви палите:

- a) ТАК
- b) НІ
- c) ІНКОЛИ

13. Як часто Ви вживаєте алкогольні напої:

- a) ЧАСТО
- b) НІКОЛИ
- c) РІДКО

14. Чи є у вас хоча б одна близька людина з якою ви можете поділитись своїми почуттями:

- a) ТАК
- b) НІ

15. Як Ви вважаєте, те як складається ваше життя залежить від:

- a) зовнішніх обставин
- b) частково від мене, більше від обставин
- c) однаково від мене і від зовнішніх обставин
- d) більшою мірою від мене ніж від зовнішніх чинників
- e) здебільшого від мене
- f) інших людей

16. Як Ви оцінюєте свій матеріальний стан:

- a) низький

- b) середній
- c) нормальний
- d) високий

17. Ви працюєте:

- a) ТАК
- b) НІ
- c) Тимчасово ні

18. Ви ведете активний спосіб життя (театри, гуртки, спорт, вечірки, тощо):

- a) ТАК
- b) НІ
- c) ІНКОЛИ

19. Ви задоволені своїм життям:

- a) ТАК
- b) НІ
- c) НЕ ЗОВСІМ

20. Чи переживали Ви за останні два роки втрату:

- a) пов'язану із здоров'ям
- b) близької Вам людини
- c) майна
- d) іншу
- e) не було

Шановний респонденте, просимо Вас тепер заповнити опитувальники, згідно нижче поданих інструкцій. Це займе у Вас приблизно 30 хв.

Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (MHC-SF-UA)

Інструкція: будь ласка, дайте відповіді на запитання щодо вашого самопочуття протягом останнього місяця (двох тижнів). Визначте частоту переживання наведених нижче станів.

Як часто протягом двох тижнів Ви відчували...	Ніколи (0 балів)	1 – 2 (1 бал)	Приблизно 1 раз на тиждень (2 бали)	Приблизно 2 – 3 рази на тиждень (3 бали)	Майже кожен день (4 бали)	Кожен день (5 балів)
Щастя						
цікавість до життя						
Задоволення						
що можете зробити важливий внесок для суспільства						
належність до певної соціальної групи (за місцем навчання, роботи, проживання)						
що наше суспільство стає кращим для таких людей, як Ви						
що люди зазвичай хороші						
що події, які відбуваються в суспільстві, мають значення для Вас						
задоволення собою як особистістю						
що успішно впораетесь із повсякденними зобов'язаннями						
теплі та довірливі стосунки з оточуючими						
що у Вас є досвід, який спонукає до самовдосконалення						
впевненість у в и с л о в л ю в а н н і власних поглядів						

що маєте мету та сенс життя						
-----------------------------	--	--	--	--	--	--

Шкала астеничного стану (ШАС)

Інструкція: уважно прочитайте пропозиції та оцінивши їх стосовно свого стану в справжньому моменті, відзначте один з чотирьох варіантів відповідей в правій частині бланка.

Варіанти відповідей:

немає, невірно; 2 - мабуть, так; 3 - вірно; 4 - цілком вірно.

№	Вислів	№ відповідей
1	Я працюю з великою напругою	
2	Мені важко зосередитися на чому-небудь	
3	Моє статеве життя не задовольняє мене	
4	Очікування нервує мене	
5	Я відчуваю м'язову слабкість	
6	Мені не хочеться ходити в кіно або в театр	
7	Я забудькуватий	
8	Я відчуваю себе втомленим	
9	Мої очі втомлюються при тривалому читанні	
10	Мої руки тремтять	
11	У мене поганий апетит	
12	Я вже не так добре розумію прочитане	
13	Мені важко бути на вечірці або в галасливій компанії	
14	Мої руки і ноги холодні	
15	Мене легко зачепити	
16	У мене болить голова	

17	Я прокидаюся вранці втомленим і не відпочилим	
18	У мене бувають запаморочення	
19	У мене бувають сипання м'язів	
20	У мене шумить у вухах	
21	Мене турбують статеві питання	
22	Я відчуваю тяжкість в голові	
23	Я відчуваю загальну слабкість	
24	Я відчуваю болі в темряві	
25	Життя для мене пов'язане з напругою	
26	Моя голова як би стягнута обручем	
27	Я легко прокидаюся від шуму	
28	Мене стомлюють люди	
29	Коли я хвилююся, то покриваюся потом	
30	Мені не дають заснути неспокійні думки	

Опитувальник Зунга

Інструкція: уважно прочитайте кожне з наведених нижче речень і закресліть відповідну цифру справа в залежності від того, як Ви відчуваєте себе останнім часом. Не замислюйтесь над питаннями довго, адже правильної або неправильної відповіді немає”.

А – не відчуваєте ніколи або час від часу (1), В – інколи (2), С – часто (3), Д – майже завжди або постійно (4).

№	Твердження	А	В	С	Д
1.	Я відчуваю пригніченість				
2.	Вранці я відчуваю себе краще всього				
3.	У мене бувають періоди плачу або близькості до сліз				

4.	У мене поганий нічний сон				
5.	Апетит у мене не гірше звичайного				
6.	Мені приємно дивитись на гарних жінок (чоловіків), розмовляти з ними, знаходитись поруч				
7.	Я помічаю, що втрачаю вагу				
8.	Мене турбують закрепи				
9.	Серце б'ється швидше, ніж звичайно				
10.	Я втомлююсь без усяких причин				
11.	Я мислю так само ясно, як і завжди				
12.	Мені легко робити те, що я вмію				
13.	Я відчуваю неспокій і не можу всидіти на місці				
14.	У мене є надії на майбутнє				
15.	Я більш роздратований, ніж звичайно				
16.	Мені легко приймати рішення				
17.	Я відчуваю, що можу бути корисним та необхідним				
18.	Я живу достатньо повним життям				
19.	Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру				
20.	Мене до сих пір радує те, що радувало завжди				

Шкала самооцінки PCL -С (цивільна версія)

Інструкція: внизу перераховано проблеми або скарги, які людина може мати внаслідок стресового (травматичного) досвіду у минулому. Будь ласка. Прочитайте кожен пункт уважно, та поставте позначку «Х» у графі, що найбільш чітко відображає частоту з якою Вас турбувало це питання минулого місяця.

№;	Питання	Не було Зовсім (1)	Інколи (2)	Помірно (3)	Часто (4)	Дуже часто (5)
1	Думки і спогади, що повторюються і турбують, або нав'язливі картини травматичного досвіду з минулого?					
2	Повторювані, турбуючі сни про травматичний досвід з минулого?					

3	Чи часто ви починаєте діяти так, як у травмуючій ситуації, або почуваетесь, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)?					
4	Почуваетесь пригніченим, засмучуєтесь, якщо дещо нагадує вам травматичну ситуацію з минулого?					
5	Фізично реагуєте (тобто - сильне серцебиття, проблеми з диханням або сильне потіння) коли щось нагадує Вам про травматичний досвід з минулого?					
6	Уникаєте думок або розмов про травматичну ситуацію у минулому або уникаєте почуттів, пов'язаних з цією ситуацією?					
7	Уникаєте певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам травмуючу ситуацію з минулого?					
8	Відчуваєте труднощі з пригадуванням важливих частин травмуючої ситуації з минулого?					
9	Втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення?					
10	Відчуваєте відстороненість або ж відрізаність від інших людей?					
11	Відчуваєте емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей?					
12	Відчуття, що ваше майбутнє обрізане?					
13	Труднощі із засинанням або переривчастий сон?					
14	Відчуття роздратування або вибухи гніву?					
15	Труднощі з концентрацією уваги?					
16	Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте на небезпеку?					
17	Відчуваєте себе знервованим (ною) дратівливим або легко лякаєтесь?					

Шкала впливу подій

Нижче подається список труднощів, з якими люди іноді зіштовхуються після стресових життєвих подій. Будь ласка, прочитайте кожен пункт, а потім вкажіть наскільки Вас виснажувала кожна трудність протягом останніх 7 днів або протягом іншого проміжку часу

	Опис впливу подій	Анітрохи 0	Трохи 1	Помірно 2	Досить сильно 3	Дуже сильно 4
<i>а</i>	Будь-що, що нагадувало мені про цю подію, викликало почуття, пов'язані з нею.					
<i>б</i>	Мені було важко спати, я часто будився (-лася) уночі.					
<i>в</i>	З різних причин я знову і знову починав думати про цю подію.					
<i>г</i>	Я відчував (-ла) роздратування і злість.					
<i>г</i>	Я намагався не дозволяти собі засмучуватися, коли я думав (-ла) про цю подію, чи вона нагадувалася мені.					
<i>д</i>	Я думав (-ла) про цю подію, хоч і не хотів (-ла) цього робити.					
<i>е</i>	Я почувався (-лася) так, наче це не відбулося або наче це не було насправді.					
<i>є</i>	Я намагався (-лася) уникати усього, що могло мені нагадувати про цю подію.					
<i>ж</i>	Образи про це неочікувано з'являлись у мене в голові.					
<i>з</i>	Я був (-ла) нервовий (-а), я «заводився» з нічого.					
<i>и</i>	Я намагався (-лася) про це не думати.					
<i>і</i>	Я знав (-ла), що досі маю багато відчуттів, пов'язаних з цією подією, але я нічого з ними не робив (-ла).					
<i>ї</i>	Мої відчуття, пов'язані з цим, в певній мірі, притупилися.					
<i>й</i>	Я помітив (-ла), що я поведжуся або почувуюся так, ніби я знову повернувся (-лася) у той час.					
<i>к</i>	Мені було важко засинати.					
<i>л</i>	На мене хвилями находили сильні відчуття, пов'язані з цим.					
<i>м</i>	Я намагався (-лася) викинути це зі своєї пам'яті.					
<i>н</i>	Мені було важко зосереджуватися.					
<i>о</i>	Спогади про це викликали у мене фізичні реакції (такі як, потовиділення, важке дихання, нудота або серцебиття та ін.).					

<i>n</i>	Це мені снилося.							
<i>p</i>	Я почуваюся (-лася) цілий час «на поготові» - в очікуванні, що щось страшне має статися знову.							
<i>c</i>	Я намагався (-лася) про це не говорити ні з ким.							

Шкала робочої та соціальної адаптації

Іноді проблеми людей впливають на їхню здатність виконувати свої щоденні обов'язки. Для того, щоб оцінити ваші труднощі, подивіться на кожен розділ і визначте за шкалою наскільки ваша проблема погіршує вашу здатність виконувати обов'язки.

1. Робота – (не давайте відповіді на це питання, якщо ви на пенсії або не маєте роботи з причин, не пов'язаних з вашою проблемою)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
анітрохи		Трохи		точно		помітно		дуже сильно

2. Ведення домашнього господарства – прибирання, покупки, приготування їжі, догляд за будинком, дітьми, оплата рахунків і т. п.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
анітрохи		Трохи		точно		помітно		дуже сильно

3. Соціальне дозвілля – з іншими людьми, наприклад, участь у вечірках, розважальних активностях і т.п.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
анітрохи		Трохи		точно		помітно		дуже сильно

4. Особисте дозвілля – наодинці, наприклад, читання, садівництво, шиття, хобі, прогулянки і т.п.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
анітрохи		Трохи		точно		помітно		дуже сильно

5. Сім'я та стосунки – формування та підтримка близьких взаємовідносин з іншими людьми, включаючи людей, з якими я живу, зокрема подружній стосунок, батьківство і т.п.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
анітрохи		Трохи		точно		помітно		дуже сильно

Шкала реактивної та особистісної тривожності (Спілбергер – Ханін)

Інструкція: прочитайте уважно кожне з наведених тверджень і закресліть цифру у відповідній графі праворуч залежно від того, як Ви почуваетесь 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 відчуваю 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
21.	У мене буває піднесений настрій	1	2	3	4
22.	Я буваю дратівливим	1	2	3	4
23.	Я легко розстроююся	1	2	3	4
24.	Я хотів би бути таким же щасливим, як інші	1	2	3	4
25.	Я сильно переживаю неприємності і довго не можу про них забути	1	2	3	4
26.	Я відчуваю прилив сил і бажання працювати	1	2	3	4
27.	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
28.	Мене тривожать можливі труднощі	1	2	3	4
29.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30.	Я буваю цілком щасливий	1	2	3	4
31.	Я все приймаю близько до серця	1	2	3	4
32.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33.	Я почуваюся беззахисним	1	2	3	4
34.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4

35.	У мене буває нудьга	1	2	3	4
36.	Я буваю задоволений	1	2	3	4
37.	Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38.	Буває, що я почуваюся невдахою	1	2	3	4
39.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40.	Мене охоплює занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Тест нервово-психічної адаптації

Інструкція: необхідно вибрати найбільш відповідну відповідь із запропонованих:

Є і завжди було — 4 бали;

Є вже тривалий час — 3 бали;

З'явилося останнім часом — 2 бали;

Було в минулому, але зараз уже немає — 1 бал;

Немає і не було — 0 балів.

Перелік станів і відчуттів	Немає і не було	Було в минулому, але зараз уже немає	З'явилося останнім часом	Є вже тривалий час	Є і завжди було
	0	1	2	3	4
Безсоння.					
Відчуття, що оточення осудливо до вас ставиться.					
Головний біль.					
Зміна настрою без явних причин.					
Страх темряви.					
Почуття, що Ви гірші за інших людей.					
Схильність до сліз.					
Відчуття «комка» у горлі.					
Страх висоти.					

Перелік станів і відчуттів	Немає і не було	Було в минулому, але зараз уже немає	З'явилося останнім часом	Є вже тривалий час	Є і завжди було
	0	1	2	3	4
Швидка стомлюваність, почуття втоми.					
Невпевненість у собі й у власних силах.					
Сильне почуття провини.					
Побоювання з приводу важкого захворювання (не підтвердженого під час обстеження).					
Страх знаходитися самому в приміщенні чи на вулиці.					
Побоювання почервоніти «на людях».					
Труднощі в спілкуванні з людьми.					
Необґрунтований страх за себе, інших людей, боязнь яких-небудь ситуацій.					
Тремтіння рук, ніг.					
Неможливість стримувати прояви своїх почуттів.					
Знижений чи пригнічений настрій.					
Сильне серцебиття.					
Безпричинна тривога, «передчуття», відчуття, що може відбутися щось неприємне.					
Байдужність до усього.					
Дратівливість, запальність.					
Підвищена пітливість.					
Почуття слабкості.					

Шкала диференціальних емоцій

Перед вами список прикметників, які характеризують різні відтінки різних емоційних переживань людини. Праворуч від кожного прикметника розташований ряд цифр – від 1 до 5, що відповідає по наростанню різної міри вираженості цього переживання. Ми просимо вас оцінити, наскільки кожне з перерахованих переживань властиво вам в даний момент часу, закресливши відповідну цифру. Не замислюйтеся довго над вибором відповіді: найбільш точним зазвичай виявляється ваше перше відчуття!

Ваші можливі оцінки:

1 – переживання повністю відсутнє; 2 – переживання виражене трохи; 3 – переживання виражене помірно; 4 – переживання виражене сильно; 5 – переживання виражене максимально.

1	1	Уважний	12345
	2	Сконцентрований	12345
	3	Зібраний	12345
2	4	Стан насолоди	12345
	5	Щасливий	12345
	6	Радісний	12345
3	7	Здивований	12345
	8	Вражений	12345
	9	Шокований	12345
4	10	Похмурий	12345
	11	Сумний	12345
	12	Зломлений	12345
5	13	Оскаженілий	12345
	14	Гнівний	12345
	15	Лютий	12345
6	16	Відчуваю	12345
	17	неприятнь	12345
	18	Відчуваю відразу Відчуваю огиду	12345
7	19	Презирливий	12345
	20	Зневажливий	12345

	21	Гордовитий	12345
8	22	Зляканий	12345
	23	Боязливий	12345
	24	Стан паніки	12345
9	25	Сором'язливий	12345
	26	Боязкий	12345
	27	Конфузливий	12345
10	28	Стан жалю	12345
	29	Винуватий	12345
	30	Стан розкаяння	12345

Перинатальна втрата і горе

Відображає думки і почуття про Вашу втрату. Кожен з пунктів репрезентує думки і почуття, які мають люди, котрі зазнали втрати. Не існує правильної чи неправильної відповіді на ці запитання. У кожному пункті обведіть цифру, яка найкраще показує, на скільки ви погоджуєтесь чи не погоджуєтесь із ним у даний момент часу. Якщо ви вагаєтесь, використайте категорію «нейтрально». Будь ласка, використовуйте цю категорію тільки, якщо справді не можете охарактеризувати котрийсь із пунктів.

№ п/п	Твердження	Абсолютно погоджуюсь	Погоджуюсь	Нейтрально	Не погоджуюсь	Абсолютно не погоджуюся
		1	2	3	4	5
1	Я відчуваю себе пригніченою					
2	Мені важко ладити з певними людьми.					
3	Я відчуваю себе порожньою всередині					
4	Я не можу справлятися зі своєю звичайною діяльністю.					

5	Я відчуваю потребу говорити про дитину.					
6	Я сумую за дитиною.					
7	Я боюся.					
8	Я роздумую про самогубство з моменту втрати.					
9	Я приймаю ліки від нервів.					
10	Я дуже сумую за дитиною.					
11	Я відчуваю, що добре пристосувалася до втрати.					
12	Боляче згадувати спогади про втрату.					
13	Я засмучуюся, коли думаю про дитину.					
14	Я плачу, коли думаю про нього/неї.					
15	Я відчуваю провину, коли думаю про дитину.					
16	Я відчуваю себе фізично хворою, коли думаю про дитину					
17	Я відчуваю себе незахищеною у небезпечному світі, відколи він/вона померла.					
18	Я намагаюся сміятися, але більше нічого не здається смішним.					
19	Час проходить так повільно, відтоді як					

20	Найкраща частина мене померла разом з дитиною.					
21	Я підводжу людей, відтоді коли дитина померла					
22	Я відчуваю себе нікчемною з тих пір, як він/вона померла.					
23	Я звинувачую себе у смерті дитини.					
24	Я серджуся на своїх друзів і родичів більше, ніж слід.					
25	Іноді я відчуваю, що мені потрібен професійний радник, який допоможе мені знову повернути своє життя					
26	Я відчуваю себе так, ніби я просто існую і не дуже живу з тих пір, як він/вона померла.					
27	Я відчуваю себе такою самотньою з тих пір, як він/вона померла.					
28	Я почуваюся дещо відокремленою і віддаленою, навіть серед друзів.					
29	Безпечніше не любити.					

30	Мені важко приймати рішення, відколи дитина померла					
31	Я хвилююся про те, яким буде моє майбутнє.					
32	Бути озлобленою матір'ю означає бути «громадянином другого класу					
33	Чудово відчувати себе живою					