

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет охорони здоров'я, соціальної роботи та психології
Кафедра психології та педагогіки

Магістерська робота
освітній ступінь – магістр

на тему: **«ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ЖІНОК ДО ПРОЦЕСУ
ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ (ЕКЗ)»**

Виконала: студентка 2-го року навчання,
Спеціальності
053 Психологія
Плішко Єлизавета Демидівна
Керівниця Поліщук С.А.,
кандидат психологічних наук, доцент
Рецензент Духневич Віталій Миколайович,
Кандидат психологічних наук,
старший науковий співробітник,
головний науковий співробітник
відділу психології політико-правових
відносин
Магістерська робота захищена
з оцінкою _____
Секретар ЕК _____
«_____» _____ 2026 р.

Київ – 2026

АНОТАЦІЯ

Плішко Є.Д.

Психологічна адаптація жінок до процесу екстракорпорального запліднення (ЕКЗ).

Магістерська робота. Спеціальність 053 – Психологія – Національний університет «Києво-Могилянська академія», Київ, 2026.

Магістерська робота присвячена теоретико-методологічному обґрунтуванню та емпіричному дослідженню особливостей психологічної адаптації жінок до комплексних стресогенних чинників екстракорпорального запліднення.

У першому розділі здійснено теоретичний аналіз поняття психологічної адаптації особистості до хронічних стресорів, зокрема у сфері репродуктивного здоров'я. Розглянуто провідні медичні, психологічні, соціальні та фінансово-організаційні стресогенні чинники процесу лікування безпліддя методом ЕКЗ. Визначено роль копінг-стратегій, психоемоційних станів та резилієнтності в системі пристосування жінок до допоміжних репродуктивних технологій на основі трансакційної моделі стресу Р. Лазаруса та С. Фолкман.

У другому розділі представлено програму емпіричного дослідження, побудовану за змішаним дизайном із залученням кількісних методів (анкетування 58 жінок за методикою Р. Лазаруса) та якісних методів (24 глибинних напівструктурованих інтерв'ю з пацієнтками та медичними фахівцями). Розкрито структурно-функціональний зміст типових психоемоційних станів у період очікування результатів лікування, зокрема під час періоду «двотижневого очікування». Шляхом синдромологічної інтерпретації виокремлено три патерни копінгу особистості (активного подолання, напруженої адаптації та пасивного реагування) та визначено їхній зв'язок із рівнями адаптованості жінок.

У третьому розділі висвітлено психологічні особливості адаптації жінок із

попереднім невдалим досвідом ЕКЗ в анамнезі, проаналізовано специфіку функціонування проблемно-орієнтованих копінг-стратегій та механізму «переосмислення цілі» в кризових умовах репродуктивного лікування. Сформульовано комплексні організаційно-методичні рекомендації для пацієнток, практичних психологів та медичних закладів, спрямовані на підвищення адаптаційного потенціалу жінок і оптимізацію системи їхнього психологічного супроводу в межах державних і приватних програм.

Ключові слова: психологічна адаптація, репродуктивний стрес, допоміжні репродуктивні технології (ДРТ), екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ), копінг-стратегії, проблемно-орієнтований копінг, синдромологічна інтерпретація, резилієнтність, двотижневе очікування, невдалий досвід лікування, воєнний стан, психологічний супровід.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ЖІНОК ДО ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ (ЕКЗ)	
1.1. Психологічна адаптація особистості до стресогенних чинників як наукова проблема.	12
1.2. Провідні стресогенні чинники у процесі лікування безпліддя методом екстракорпорального запліднення.	17
1.3. Психоемоційні стани та копінг-стратегії у системі адаптації до репродуктивних технологій.	20
Висновки до першого розділу.	25
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ЖІНОК ДО ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ (ЕКЗ)	
2.1. Організація та методи дослідження.....	26
2.2. Типові психоемоційні стани у період очікування результатів екстракорпорального запліднення: структурно-функціональний зміст.	34
2.3. Взаємозв'язок між типовими психоемоційними станами та ефективністю психологічної адаптації до стресорів екстракорпорального запліднення.....	57
Висновки до другого розділу.....	67
РОЗДІЛ 3. ОПТИМІЗАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ЖІНОК ДО ПРОЦЕСУ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ (ЕКЗ)	
3.1. Психологічні особливості адаптації жінок з попереднім невдалим досвідом екстракорпорального запліднення.....	68
3.2. Проблемно-орієнтовані копінг-стратегії у системі адаптації до репродуктивних технологій.....	74
3.3. Організаційно-методичні рекомендації для розвитку у жінок адаптаційного потенціалу до репродуктивних технологій.....	82
Висновки до третього розділу.	89
ВИСНОВКИ	91

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	92
ДОДАТКИ	103

ВСТУП

Безпліддя перестало бути рідкісною або суто медичною проблемою. Воно (безпліддя) стосується багатьох людей у всьому світі, деструктивно впливаючи на всі рівні функціонування особистості, від індивідуально-психологічного до макросоціального, тому потребує уваги з боку наукової спільноти. Трансформація соціокультурних цінностей та погіршення екологічної ситуації зумовлюють стрімке зростання кількості викликів, пов'язаних із репродуктивним здоров'ям населення. Це перетворює порушення репродуктивної функції на складну й пролонговану життєву кризу. Особливої ваги ця проблема набуває в умовах повномасштабної війни, спрямованої на знищення українського народу і держави. Відтворення населення та збереження генної інформації народу стає питанням національного виживання. Перш ніж переходити до аналізу *адаптації* до цих умов, психологічна наука постає перед необхідністю теоретичного осмислення та емпіричного дослідження того, як людська психіка реагує на хронічний репродуктивний стрес. Без чіткого розуміння, які внутрішні ресурси забезпечують збереження цілісності особистості в ситуації тривалого та виснажливого лікування, неможливо коректно інтерпретувати особливості адаптаційних процесів жінок на цьому шляху.

Актуальність теми. Психологічна адаптація особистості до кризових та хронічних стресогенних життєвих обставин є однією з фундаментальних проблем сучасної психології. Особливої актуальності ця проблематика набуває у сфері репродуктивного здоров'я, де безпліддя трансформується з суто медичного діагнозу у масштабну *біопсихосоціальну кризу особистості*. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, з порушеннями репродуктивної функції стикається кожна шоста людина у світі. Це обумовлює стрімкий розвиток та популяризацію допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Найбільш ефективним та поширеним методом подолання безпліддя нині є екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ). Попри високу клінічну

результативність, процес лікування методом *ЕКЗ* виступає для жінки комплексним та тривалим стресогенним чинником. Він (чинник) висуває вимоги до її адаптаційного потенціалу, когнітивно-поведінкових ресурсів та механізмів психологічного захисту.

Специфіка стресового навантаження в процесі *ЕКЗ* полягає в його багатокомпонентності та пролонгованості. Жінка під час лікувального циклу піддається інтенсивному впливу чотирьох взаємопов'язаних груп стресорів:

- 1) медичних (інвазивність процедур, гормональна терапія, загроза синдрому гіперстимуляції яєчників тощо);
- 2) психологічних (невизначеність, страх втрати контролю, загроза чергової невдачі та період «двотижневого очікування» результату ХГЛ);
- 3) соціальних (стигматизація безпліддя, тиск мікросоціального середовища, деформація партнерських стосунків);
- 4) фінансово-організаційних.

Ситуація ускладнюється тим, що високий рівень психоемоційного напруження, тривожні та депресивні стани пацієнток знижують ефективність процедури через нейроендокринні механізми, а також часто стають причиною передчасного переривання лікування. Психологічна адаптація в цьому контексті виступає як динамічний процес активної когнітивної оцінки стресогенної ситуації та мобілізації особистісних ресурсів (зокрема, копінг-стратегій та резилієнтності), спрямованих на збереження цілісності психіки та успішну інтеграцію досвіду ДРТ у життєвий шлях жінки.

В українському науковому та суспільному дискурсі зазначена проблема набула гострого контексту. З 2024 року в Україні діє державна програма безоплатного лікування безпліддя за кошти НСЗУ. Нововведення суттєво підвищило доступність ДРТ, проте психологічний супровід таких пацієнток усе ще залишається фрагментарним і не має єдиного системного стандарту. Насамперед, репродуктивний стрес українських жінок наразі розгортається на тлі хронічного воєнного стресу, який руйнує базове почуття безпеки, поглиблює дезадаптивні процеси та суттєво обмежує внутрішні й зовнішні

ресурси подолання. Особливу групу ризику з мінімальним рівнем стартової адаптованості становлять жінки, які вже мають у своєму анамнезі попередні невдалі спроб *ЕКЗ*. Горювання через втрату ембріонів та травматичний досвід минулих лікувальних циклів блокують конструктивні копінг-механізми на початку нового протоколу. Ця проблема потребує інтеграції поглядів як самих пацієнток, так і медичних фахівців для розробки диференційованих програм психологічної допомоги.

Теоретичне обґрунтування структури репродуктивного стресу, проведення комплексного кількісно-якісного емпіричного аналізу та розробка рекомендацій на основі верифікованих даних є актуальним і своєчасним завданням для сучасної практичної психології.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості психологічної адаптації жінок до стресогенних чинників процесу екстракорпорального запліднення (надалі — *ЕКЗ*).

Завдання дослідження:

- 1) проаналізувати теоретичні підходи про психологічну адаптацію особистості до стресогенних чинників процесу *ЕКЗ*;
- 2) встановити у жінок структурно-функціональний зміст провідних стресогенних чинників процесу *ЕКЗ*;
- 3) з'ясувати у жінок структурно-функціональний зміст типових психоемоційних станів у процесі *ЕКЗ*;
- 4) визначити взаємозв'язок між типовими психоемоційними станами та ефективністю психологічної адаптації до стресорів *ЕКЗ*;
- 5) розробити організаційно-методичні рекомендації з використанням копінг-стратегій для розвитку у жінок адаптаційного потенціалу до репродуктивних технологій.

Об'єкт дослідження: процес лікування безпліддя із застосуванням екстракорпорального запліднення (*ЕКЗ*).

Предмет дослідження: особливості психологічної адаптації жінок до *ЕКЗ*.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали: положення трансакційної моделі стресу та копіngu про природу когнітивної оцінки стресогенної ситуації та активність процесу психологічного пристосування (R. Lazarus, S. Folkman); концепція резилієнтності особистості як здатності до відновлення після стресових впливів (Гусак, Н., Чернобровкіна, В., Чернобровкін, В., Максименко, А., Богданов, С., & Бойко, О, G. Bonanno, S. Hobfoll); сучасні підходи до розуміння психологічної адаптації жінок до процесу екстракорпорального запліднення та емоційного дистресу при безплідді (C. Verhaak та колеги, S. Gameiro та колеги, L. Hu та колеги, M. Grammeu та колеги); положення про роль копінг-стратегій та емоційних реакцій у системі адаптації до медичного стресу (C. Verhaak та колеги, R. Pinto та колеги, K. Sahraian та колеги); дослідження психологічних особливостей жінок з невдалим досвідом *ЕКЗ* та чинників відмови від лікування (Sousa-Leite M. та колеги, C. Verhaak та колеги); концептуальні розробки вітчизняних науковців у сфері соціально-психологічної адаптації, копінг-поведінки та рефлексивності особистості (О. Зімовін, Є. Заїка, І. Бацилева, А. Астахов); методичний інструментарій для діагностики копінг-стратегій, а саме опитувальник способів копіngu Р. Лазаруса та С. Фолкман в адаптованому варіанті.

Для досягнення поставленої мети та розв'язання сформульованих завдань дослідження було використано такі методи: теоретичні (аналіз, синтез, порівняння, систематизація та узагальнення наукових джерел з проблематики психологічної адаптації, стресу, копінг-стратегій та психологічного супроводу жінок при *ЕКЗ*); емпіричні (анкетування жінок із застосуванням адаптованої методики діагностики копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолкман на платформі Google Forms; глибинні напівструктуровані інтерв'ю з жінками, що мають досвід *ЕКЗ*, а також з фахівцями у сфері репродуктивної медицини — лікарями-репродуктологами та ембріологами); методи обробки даних (первинна статистична обробка для визначення вираженості окремих копінг-стратегій; синдромологічна інтерпретація для

виокремлення цілісних патернів копіngu та рівнів адаптивності; тематичний аналіз матеріалів інтерв'ю для розкриття суб'єктивного досвіду учасниць та виявлення ключових психологічних механізмів адаптації; якісний аналіз отриманих результатів).

Гіпотези:

- 1) ефективність психологічної адаптації жінок до стресорів *ЕКЗ* обумовлена типовими психоемоційними станами, спричиненими проблемно-орієнтованими копінг-стратегіями;
- 2) жінкам з невдалим досвідом *ЕКЗ* властивий низький рівень психологічної адаптації до стресогенних чинників.

Теоретична значущість роботи полягає у систематизації та поглибленні наукових уявлень про структуру репродуктивного стресу в процесі *ЕКЗ* через диференціацію медичних, психологічних, соціальних та фінансових стресорів; вдосконаленні теоретико-методологічних засад перинатальної та клінічної психології завдяки поєднанню кількісного оцінювання психоемоційних станів із якісним аналізом феноменології репродуктивного досвіду пацієнток; експлікації психологічних особливостей жінок з невдалим досвідом *ЕКЗ* у анамнезі; концептуалізації ролі проблемно-орієнтованих копінг-стратегій як провідного медіатора успішної адаптації; обґрунтуванні необхідності триангуляції даних власного емпіричного дослідження, аналізу профільної наукової літератури та експертних інтерв'ю з лікарями-репродуктологами для побудови цілісної моделі психологічного супроводу штучного запліднення.

Практична значущість роботи полягає в тому, що отримані результати можуть стати інформаційною основою для оптимізації діяльності медичних центрів репродуктивного здоров'я, впровадження обов'язкових стандартів психологічного супроводу в клініках допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) та сімейних консультаціях; організаційно-методичні рекомендації, спрямовані на актуалізацію проблемно-орієнтованих копінг-стратегій (зокрема, через процеси цілеспрямованого планування та конструктивного пошуку інформації), дозволять клінічним психологам розробляти ефективні

індивідуальні та групові програми корекції емоційного стану пацієток з попереднім невдалим досвідом штучного запліднення (з урахуванням їхніх психологічних особливостей); висновки на основі інтерв'ю з лікарями адресовані для навчання медичного персоналу навичкам комунікації з дезадаптованими пацієнтками, зокрема, у курсах навчальних дисциплін (медична, клінічна, перинатальна психологія) для здобувачів вищої освіти.

Апробація роботи відбулася в межах науково-практичної конференції «Конфліктологічна експертиза: теорія і методика» 20 лютого 2026 року.

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків.

У процесі підготовки кваліфікаційної роботи було використано застосунок Claude для редагування і стилістичного вдосконалення тексту, а також візуалізації даних кореляційного аналізу. Усі запропоновані ШІ формулювання були критично переосмислені, відредаговані та верифіковані автором. Інтерпретація результатів дослідження, теоретичні висновки, якісний аналіз інтерв'ю та авторська позиція у роботі є виключно власним науковим продуктом автора. Джерела, запропоновані або згадані застосунком ШІ, перевірялися за оригінальними базами даних (Google Scholar, PubMed, DOI) перед включенням до роботи.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ЖІНОК У ПРОЦЕСІ ЕКЗ

1.1. Психологічна адаптація особистості до стресогенних чинників як наукова проблема

Безпліддя перестало бути рідкісною проблемою, воно стосується багатьох людей у всьому світі, тому потребує не лише медичної, а й психологічної уваги з боку наукової спільноти. Перш ніж переходити безпосередньо до опису самого процесу лікування безпліддя та тих переживань, які він викликає, ми вважаємо за необхідне зупинитися на ключовому теоретичному понятті, навколо якого вибудовується вся логіка нашої роботи. Це поняття *адаптації*. Без розуміння того, що являє собою цей феномен, неможливо коректно інтерпретувати ані результати емпіричного дослідження, ані той досвід, яким поділилися з нами учасниці глибинних інтерв'ю. У цьому підрозділі поставлено такі завдання:

- 1) розкрити зміст психологічної адаптації у сучасній психології;
- 2) окреслити основні теоретичні підходи щодо адаптації особистості до стресогенних умов;
- 3) показати значущість переживань жінки у процесі ЕКЗ.

Адаптація як феномен тривало розглядалася переважно у біологічному ключі як здатність організму пристосовуватися до змінних умов середовища. З розвитком психології стало зрозуміло, що вона (адаптація) не зводиться лише до фізіології, а напряду пов'язана з мисленням, відчуттями, взаємодією з соціальним оточенням. Психологічну адаптацію сьогодні визначають (Y. Londono et al., 2015) як процес, у якому особистість намагається зберегти психічну рівновагу та ефективність діяльності в умовах, що постійно змінюються і чинять на неї тиск (Saltzman L. & Hansel T, 2024). Жінка, яка

проходить лікування безпліддя, не просто пасивно переносить те, що з нею відбувається. Вона переосмислює ситуацію, шукає внутрішні ресурси, вибудовує нові стратегії поведінки.

Теоретичною основою для розуміння того, як людина адаптується до стресогенних умов, залишається транзакційна модель стресу та копіngu, яку розробили Річард Лазарус та Сьюзен Фолкман. Ця модель змінила погляд на природу стресу. Якщо раніше він (стрес) вважався певною об'єктивною характеристикою ситуації, то, згідно досліджень Р. Лазаруса, це слід розглядати як результат суб'єктивної оцінки людиною того, що з нею відбувається (Biggs A. et al., 2017). Тобто стрес виникає не у самій події, а у тому проміжку, де людина оцінює цю подію та власні можливості з нею впоратися. Структуру транзакційної моделі стресу та копіngu із зображенням ключових елементів процесу адаптації (стресор, первинна та вторинна когнітивна оцінка, копінг-стратегії, результат адаптації, переоцінка) подано на Рис. 1.1.1.



Адаптація як динамічний процес взаємодії особистості зі стресогенною ситуацією

Рис. 1.1.1. Транзакційна модель стресу і копіngu Р. Лазаруса та С. Фолкман

Згідно з цією моделлю, оцінка людиною стресогенної ситуації відбувається у два етапи: 1) визначається значущість і загрозливість подій (загроза – виклик -втрата); 2) оцінюються власні ресурси (чи достатньо сил, знань та підтримки, щоб «зреагувати на ситуацію»). Співвідношення сприйнятої загрози і наявних ресурсів надалі визначатиме силу стресу і подальші у ньому дії (Biggs A. et al., 2017). Для жінки, що проходить ЕКЗ, ця модель має конкретне втілення. Коли вона отримує, наприклад, результат аналізу, який показує недостатню кількість фолікулів, об'єктивно це лише медичний факт. Але суб'єктивно це може бути сприйнято і як катастрофа, і як тимчасова перешкода, і як привід обговорити з лікарем зміну протоколу.

Р. Лазарус не розглядав стрес як виключно негативне явище. У його розумінні стрес є невід'ємною частиною людського досвіду. Здатність із ним справлятися є проявом психологічної гнучкості особистості. Центральним поняттям його концепції став *копінг*, сукупність свідомих когнітивних та поведінкових зусиль, які людина докладає для того, щоб подолати стрес або зменшити його негативний вплив. Копінг-стратегії традиційно поділяють на два великі типи. Перший тип, *проблемно-орієнтований* копінг, спрямований на зміну або вирішення самої стресогенної ситуації. Другий тип, *емоційно-орієнтований* копінг, спрямований на регуляцію власного емоційного стану (Biggs A. et al., 2017).

Для нашого дослідження цей поділ має принципове значення. Значна частина того, з чим стикається жінка під час ЕКЗ, є об'єктивно некерованою. Не є можливим силою волі вплинути на те, чи «приживеться» ембріон, не можливо проконтролювати результат запліднення. Це означає, що суто проблемно-орієнтований підхід не завжди здатний «спрацювати» в цьому контексті, жінці доводиться вчитися гнучко поєднувати активні дії там, де вони є можливими, з регуляцією власних емоцій там, де контролю над ситуацією немає (Mirzaasgari N. et al., 2022). Психологічна гнучкість є однією з провідних характеристик успішної психологічної адаптації.

У вітчизняній психології адаптацію прийнято розглядати у тісному зв'язку із поняттям соціально-психологічної адаптації. Увага дослідників звертається на внутрішні переживання людини та на те, наскільки вона здатна зберігати ефективне функціонування у соціальному середовищі. Українські науковці підкреслюють, що вибір копінг-стратегій значною мірою залежить від особистісних характеристик людини, від рівня її рефлексивності, самоефективності та локусу контролю. Людина з розвиненою здатністю до самоаналізу схильна обирати більш конструктивні стратегії, оскільки вона краще розуміє власні реакції і може свідомо ними керувати. Водночас навіть особистість із незлим адаптаційним потенціалом в умовах тривалого стресу може переходити до менш ефективних стратегій, якщо її внутрішні ресурси виявляються виснаженими (Копінг-поведінка у сучасних психологічних дослідженнях, 2021).

Цей момент є важливим для розуміння ситуації жінок, які мали кілька невдалих спроб ЕКЗ. Кожен новий лікувальний цикл вимагає повторної мобілізації адаптаційних ресурсів, ці ресурси не є безмежними. Тому жінки з повторними невдачами становлять вразливу групу, яка потребує психологічної підтримки (Benyamini Y., 2025). Сучасна психологія доповнила класичну модель Лазаруса важливим поняттям *резилієнтності*. Це поняття часто перекладають українською як стійкість, або використовують слово «резилієнс», проте такий переклад є не зовсім точним. Резилієнтність це не стільки «твердість», скільки «пружність», здатність знаходитись під тиском, не ламаючись, і відновлюватися після удару (Saltzman L. & Hansel T., 2024). Резилієнтність не є вродженою рисою особистості, вона формується протягом життя, залежить від соціального контексту і, що особливо важливо, може бути розвинена (Fullerton et al., 2021). Дослідження Saltzman L. та Hansel T. (2024), проведене у контексті тривалих кризових ситуацій, виявило три чинники, які найсильніше передбачають резилієнтність. Це наявність надійної соціальної підтримки, відчуття доступу до достовірної інформації та відсутність

хронічного фінансового тиску. Усі три чинники мають безпосереднє відношення до ситуації жінок, що проходять *ЕКЗ* в Україні.

Окремо варто зупинитися на питанні про критерії та рівні психологічної адаптації, вони лягли в основу нашого емпіричного дослідження. Більшість сучасних дослідників виокремлюють три рівні адаптивності. Адаптивний рівень характеризується тим, що особистість активно і конструктивно реагує на стрес, зберігає емоційну стабільність та соціальні зв'язки, відчуває суб'єктивний контроль над ситуацією. Частково адаптивний рівень означає наявність помітних труднощів із регуляцією емоцій чи прийняттям рішень, але при цьому загальна здатність до функціонування зберігається. Деадаптивний рівень відповідає ситуації, коли стрес призводить до суттєвого порушення повсякденного функціонування, виражених симптомів тривоги або депресії, до соціальної ізоляції (Герасименко Л., 2022).

Психологічна адаптація до *ЕКЗ* відрізняється від адаптації до іншого медичного стресу. *ЕКЗ* це переживання, яке стосується найглибших пластів жіночої ідентичності (Mitrović M. et al., 2025), бажання дебютувати у ролі матері, відчуття власного тіла, стосунків із партнером, місця жінки у родині та суспільстві (Grammenou M. et al., 2026). Тут задіяні ті пласти особистості, які в інших медичних ситуаціях зазвичай не порушуються, це робить адаптацію до *ЕКЗ* комплексною.

Підсумовуючи теоретичний огляд підходів до вивчення психологічної адаптації, ми можемо констатувати, що сучасна наука відійшла від спрощеного розуміння адаптації як пасивного пристосування (Bielawska-Batorovic E., 2023). Нині адаптація розглядається як активний, нелінійний та емоційно насичений процес, у якому особистість конструює автентичну відповідь на виклик. Якість цієї відповіді визначається взаємодією внутрішніх ресурсів особистості, когнітивної оцінки стресогенної ситуації та зовнішніх умов. Ці теоретичні положення стали для нас відправною точкою у дослідженні специфічних стресогенних чинників, з якими стикається жінка у процесі *ЕКЗ*, до них ми переходимо у наступному підрозділі.

1.2. Провідні стресогенні чинники у процесі лікування безпліддя методом ЕКЗ

Нині відомо, що кожна шоста людина у світі зіштовхується з діагнозом безпліддя (ВООЗ, 2023). Це означає, що йдеться не про рідкісну проблему, а про явище, що воно стосується мільйонів людей. В Україні рівень безпліддя серед сімейних пар оцінюється приблизно у 15 відсотків. В умовах воєнного стану демографічна ситуація лише загострилася (Шпортун О., 2025). Вибір теми дослідження був обумовлений порівняно низьким рівнем досліджень у цій сфері.

Важливою відповіддю держави на проблему безпліддя стало запровадження у 2024 році програми безоплатного лікування безпліддя методом ЕКЗ (у межах Програми медичних гарантій Національної служби здоров'я України, 2024). Ця програма суттєво розширила доступ жінок до репродуктивних технологій. Раніше лікуванням мали можливість скористатись лише пацієнти, володіючі відповідними фінансовими ресурсами. Водночас програма поставила нові питання, зокрема про психологічний супровід пацієнток, кількість яких суттєво зросла.

Сам по собі процес ЕКЗ є технічно складним та багатоетапним медичним втручанням. Він включає гормональну стимуляцію яєчників, трансвагінальну пункцію фолікулів, запліднення яйцеклітин поза організмом жінки, культивування ембріонів та їх перенесення до порожнини матки (МОЗ України, 2013). Кожен із вищезгаданих етапів несе окреме психологічне навантаження, що підтверджується численними міжнародними дослідженнями (Verhaak С. 2005; Grammenou М. et al., 2026). Для глибшого розуміння того, що переживає жінка в процесі екстракорпорального запліднення, ми систематизували стресогенні чинники цього процесу за кількома основними групами:

- 1) медичні
 - інвазивність процедур
 - фізичний дискомфорт під час пункції
 - побічні ефекти гормональної стимуляції (перепади настрою, підвищена емоційна чутливість, фізичне нездужання, а також ризик ускладнень, зокрема синдрому гіперстимуляції яєчників)

Першу групу складають медичні чинники. Сюди належать інвазивність процедур, фізичний дискомфорт під час пункції, побічні ефекти гормональної стимуляції, до яких відносяться перепади настрою, підвищена емоційна чутливість, фізичне нездужання, а також ризик ускладнень, зокрема синдрому гіперстимуляції яєчників (Verhaak C. , 2005) Окрему складову медичного стресу становить невизначеність. Жінка не має можливості одразу отримати відповіді на безліч питань, які її хвилюють (чи достатньо фолікулів відповіло на стимуляцію, чи відбулося запліднення, якою є якість ембріонів тощо).

Другу групу утворюють психоемоційні чинники. Центральне місце серед них займає період, який називають *двотижневим очікуванням*. Це проміжок між перенесенням ембріона та тестом на вагітність, дослідники погоджуються, що цей етап є найбільш психологічно навантаженим за весь цикл лікування (Li et al., 2024). У цей період у жінок суттєво зростає рівень тривоги, погіршується сон, посилюються нав'язливі думки (Grammenou et al., 2026). Найбільш руйнівним психологічно є момент отримання негативного результату, коли вагітність не настала. Ці переживання нерідко набувають характеру горювання (Haimovici et al., 2019).

Третю групу становлять соціальні та міжособистісні стресори. Безпліддя в українському суспільстві, як і в багатьох інших культурах, досі є доволі стигматизованим. Жінки часто стикаються з нетактовними запитаннями, з порадами, що базуються на незнанні, з відчуттям, що вони не відповідають соціальним очікуванням щодо материнства (Taebi M. et al., 2021; Xie Y. et al., 2023). Систематичний огляд досліджень стигматизації безпліддя (Xie Y. et al., 2023) засвідчив, що соціальна стигма напряму пов'язана з вищими рівнями

тривоги та депресії, а також зі схильністю до самоізоляції (Xie Y. et al., 2023). Окремою складовою цієї групи чинників є якість подружніх стосунків, яка може виступати як потужним джерелом підтримки, так і додатковим стресором (Zheng M. et al., 2025).

Четверту групу складають фінансові та організаційні чинники. Попри запровадження державної програми, реальні витрати на лікування ЕКЗ залишаються значними, адже додаткові медикаменти, аналізи та, у разі невдачі, повторні цикли вимагають суттєвих коштів (НСЗУ, 2024). Міжнародні дослідження підтверджують, що фінансовий тягар лікування є одним із провідних предикторів психологічного дистресу у жінок, що проходять ЕКЗ (Gupta A. et al., 2024; Hu L. et al., 2025).

Окремої уваги заслуговує специфіка стресогенного навантаження у жінок, які мають попередній невдалий досвід ЕКЗ. Кожна наступна невдала спроба суттєво підвищує рівень психологічного дистресу та ускладнює адаптаційні процеси. У жінок із повторними невдачами може формуватися стійке негативне очікування, відчуття, що результат не залежить від їхніх зусиль. Подібні стани суттєво ускладнюють психологічну адаптацію на початку нового лікувального циклу, що стало предметом другої гіпотези нашого дослідження. (Verhaak C., 2005, 2007)

Необхідно враховувати контекст воєнного стану в Україні. Хронічний стрес, пов'язаний із війною, накладається на стрес від лікування безпліддя, посилюючи загальне психоемоційне навантаження та виснажуючи адаптаційні ресурси жінок. Це робить питання психологічного супроводу жінок, що проходять ЕКЗ, більш актуальним (Шпортун О. та ін., 2025).

Проведена систематизація підтверджує, що стресогенні чинники процесу ЕКЗ мають багаторівневий та взаємопов'язаний характер. Медичні, психологічні, соціальні та фінансові стресори не діють ізольовано. Вони утворюють складну систему, яка вимагає від жінки мобілізації всіх наявних адаптаційних ресурсів. Ключовим механізмом, що опосередковує вплив цих

стресорів на психологічну адаптацію, є копінг-стратегії, аналізу яких присвячено наступний підрозділ.

1.3. Психоемоційні стани та копінг-стратегії жінок як чинники адаптації до репродуктивних технологій

У попередньому підрозділі ми зосередилися на тому, що чинить тиск на жінку в процесі *ЕКЗ* ззовні, тобто на стресогенних чинниках. Тепер ми звертаємося до питання про те, які емоції переживає пацієнтка на різних етапах *ЕКЗ*, як вона осмислює власний досвід, які стратегії допомагають їй зберігати психологічну рівновагу. Поняття *копінг-стратегій* набуває свого центрального значення у цій частині роботи.

Почнемо з того, що є найбільш задокументованим у науковій літературі - з опису типових психоемоційних станів жінок під час *ЕКЗ*. Мета-аналіз, проведений Ну L. та колегами і опублікований у 2025 році, охопив дані восьми великих наукових баз і встановив, що тривожні симптоми виявляються приблизно у 41% жінок із безпліддям, а депресивні симптоми приблизно у 42 відсотків (Ну L. et al., 2025). Це високі показники. Водночас важливо зробити суттєве уточнення: не всі ці жінки, які прийняли участь в дослідженні, мають діагностований психічний розлад. Значна їх частина переживає реакції, які є природною відповіддю психіки на об'єктивно важку та невизначену ситуацію.

Гендерний систематичний огляд Grammenou M. та колег, що узагальнив результати 47 досліджень за останні два десятиліття, підтвердив, що жінки, які проходять *ЕКЗ*, стабільно демонструють вищий рівень психологічного дистресу порівняно з тими, хто завагітнів без медичного втручання. Також варто зазначити, що як жінки, так і їх партнери в процесі *ЕКЗ* демонструють симптоми депресії. Разом з тим, огляд показує, що жінки зустрічаються з вищими рівнями стресу, підвищеною тривожністю та депресивними станами частіше, ніж чоловіки. (Grammenou M. et al., 2026). Причому цей підвищений рівень дистресу фіксується незалежно від того, на якому саме етапі лікування

перебуває жінка. Це свідчить про те, що стрес від ЕКЗ є не точковим, а радше хронічним переживанням, яке розтягується на весь лікувальний цикл, а часто і на кілька років.

Окремо варто сказати про двотижневе очікування, період між перенесенням ембріона та тестом на вагітність. Дослідження Li Y. та колег, проведене у форматі рандомізованого контрольованого випробування, зафіксувало, що саме у цей період показники тривоги досягають свого піку (Li Y. et al., 2024). Рівень тривоги у цей час нерідко є вищим, ніж безпосередньо перед пункцією яєчників, попри те, що пункція є фізично значно більш інвазивною процедурою. Пояснення цього феномену є радше психологічним. Під час пункції жінка вживає активних дій, тоді як у період очікування вона позбавлена будь-якої можливості впливати на результат.

Депресивні реакції у жінок, що проходять ЕКЗ, мають яскраво виражену ситуативну природу і безпосередньо пов'язані з результатами лікування. Класичне дослідження Verhaak C. та колег, яке узагальнило 25 років наукових спостережень за емоційною адаптацією жінок до лікування, встановило, що невдалий результат підвищує рівень негативних емоцій. Цей ефект накопичується з кожною наступною невдачею (Verhaak et al., 2005, 2007). Разом з тим це ж дослідження засвідчило дещо обнадійливе. Більшість жінок, навіть після кількох невдалих циклів, зрештою досягає прийняттого рівня психологічного благополуччя, що свідчить про значний адаптаційний потенціал людської психіки.

Тепер перейдемо безпосередньо до копінг-стратегій. У нашому дослідженні використовується методика Р. Лазаруса, яка виокремлює вісім копінг-стратегій, і кожна з них відображає окремий спосіб реагування на стрес. Конфронтація передбачає активні, часом ризиковані дії, спрямовані на зміну ситуації. Дистанціювання, навпаки, є спробою когнітивно відмежуватися від проблеми. Самоконтроль полягає у стримуванні власних реакцій та регуляції емоцій. Пошук соціальної підтримки означає звернення до інших людей за порадою, співчуттям або практичною допомогою. Прийняття відповідальності

пов'язане з визнанням власної ролі у ситуації. Втеча-уникнення є прагненням ухилитися від зіткнення з проблемою. Планування вирішення проблем являє собою аналітичний, цілеспрямований підхід до пошуку виходу. І нарешті позитивна переоцінка полягає у пошуку позитивного сенсу у важкому досвіді (Biggs A. et al., 2017).

Узагальнене графічне представлення двох ключових категорій копінг-стратегій за класифікацією Р. Лазаруса та С. Фолкман з конкретизацією восьми типових стратегій наведено на Рис. 1.3.1.

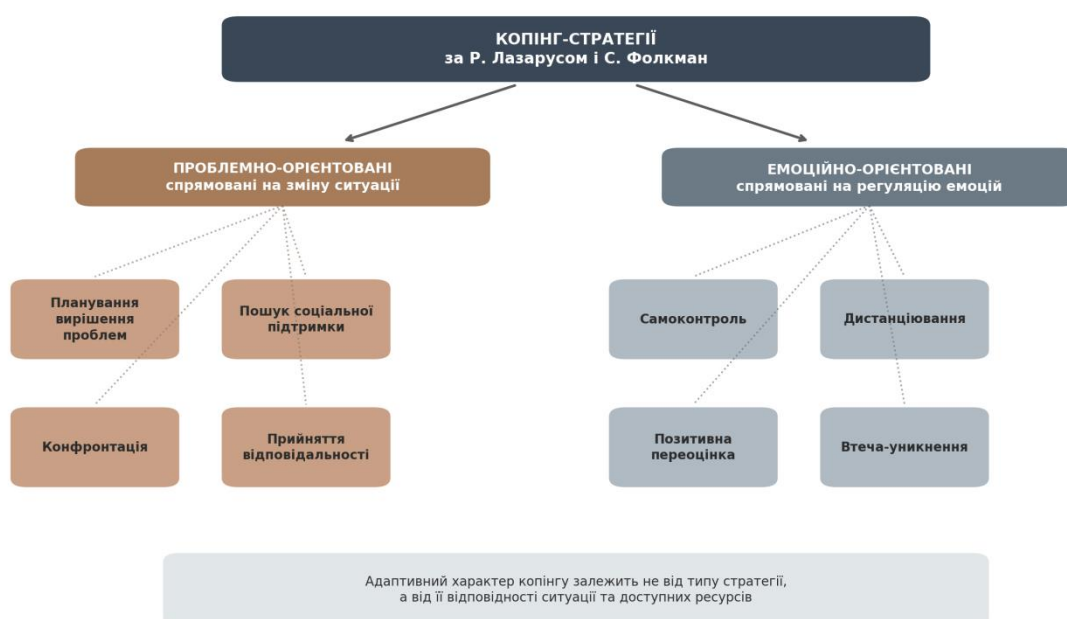


Рис. 1.3.1. Класифікація копінг-стратегій за Р. Лазарусом і С. Фолкман

Дослідження ефективності різних копінг-стратегій у контексті ЕКЗ дають достатньо послідовну картину. Проблемно-орієнтовані стратегії, до яких належать планування, пошук інформації та активне вирішення проблем, стабільно асоціюють з нижчим рівнем тривоги та вищим рівнем психологічного благополуччя (Mirzaasgari H. et al., 2022). Пошук соціальної підтримки також виявляється ефективним захисним чинником, проте з однією важливою умовою. Підтримка має бути якісною, тобто відповідати реальним потребам

жінки. Невідповідна або нав'язлива підтримка, як засвідчують дослідження, може навпаки посилювати психологічний дистрес (Pinzon M. et al., 2022).

Натомість більш пасивні стратегії копіngu, серед яких втеча-уникнення та самозвинувачення, пов'язані з підвищенням рівня дистресу та погіршенням якості адаптації. Наявність таких стратегій у жінки не варто розглядати як прояв особистісної слабкості. Найчастіше це є сигналом про виснаження адаптаційних ресурсів, і тому вимагає не засудження, а якісної та вчасної психологічної підтримки.

Окремої уваги заслуговує стратегія позитивної переоцінки, ефективність якої при ЕКЗ є доведеною. Ця стратегія, тобто здатність знаходити у важкому досвіді щось значуще, наприклад, відчуття власної сили чи глибший зв'язок із партнером, допомагає жінкам зберігати відчуття сенсу навіть у дуже важкій ситуації (Sahraian K., 2024). Дослідники зазначають, що позитивна переоцінка є особливо важливою після невдалого циклу, адже саме вона дозволяє жінці знайти ресурси для того, щоб спробувати знову.

Питання про роль психологічного супроводу при ЕКЗ у сучасній науці фактично є вирішеним. Мета-аналіз Wen Y. та колег, проведений на основі рандомізованих контрольованих випробувань, показав, що майндфулнес-інтервенції суттєво знижують рівень тривоги та депресії у жінок, що проходять ЕКЗ (Wen L. et al., 2024). Рандомізоване дослідження Sahraian K. та колег підтвердило ефективність терапії самоспівчуття, яка поєднує практики усвідомленості з розвитком доброзичливого ставлення до себе (Sahraian K. et al., 2024).

У вітчизняному науковому полі питання психологічного супроводу у репродуктивній медицині розробляється у роботах В. Астахова, О. Бацилевої та І. Пузь. Дослідники наголошують, що психолог у клініці репродуктивної медицини є не додатковою опцією, а необхідним елементом якісного лікування (Астахов та ін., 2023). О. Бацилєва підкреслює, що психологічний супровід має бути системним і розпочинатися ще на етапі підготовки до першого циклу (Бацилєва, 2019). Це особливо актуально в умовах державної програми НСЗУ,

коли кількість пацієнток суттєво зросла, а питання їхнього психологічного забезпечення залишається відкритим.

Таким чином, аналіз наукової літератури дозволяє зробити кілька важливих висновків.

1. Стрес від лікування ЕКЗ - це інтенсивне та хронічне переживання, яке супроводжує жінку впродовж усього лікувального циклу.

2. Спосіб, у який жінка реагує на цей стрес, її копінг-стратегії, є ключовим чинником, що визначає якість психологічної адаптації.

3. По-третє, ефективна психологічна підтримка існує і є доведено дієвою, питання полягає насамперед у забезпеченні до неї доступу.

Ці теоретичні положення склали концептуальну основу подальшого емпіричного дослідження.

Висновки до першого розділу

Проведений теоретичний аналіз проблематики магістерського дослідження дозволяє зробити наступні висновки.

1. Психологічна адаптація - це 1) передовсім активний, нелінійний та багатовимірний процес пристосування особистості до обставин (замість звичного «пасивного пристосування»), 2) результат суб'єктивної когнітивної оцінки особистістю стресогенної ситуації та власних ресурсів (згідно транзакційної моделі стресу та копіngu Р. Лазаруса, С. Фолкмана), 3) три рівні адаптивності: «адаптивний», «частково адаптивний», «дезадаптивний».

2. Стресогенні чинники (медичні, психологічні, соціальні та фінансово-організаційні) процесу ЕКЗ утворюють багатовимірну взаємопов'язану систему, ускладнену воєнним лихоліттям.

3. Копінг-стратегії є центральним психологічним механізмом, що опосередковує вплив стресогенних чинників ЕКЗ на адаптацію жінок: 1) проблемно-орієнтовані стратегії (планування, пошук соціальної підтримки та позитивна переоцінка) асоціюються з вищим рівнем адаптивності; 2) пасивні -

пов'язані з погіршенням якості адаптації, сигналізуючи про виснаження особистісних ресурсів.

4. Психологічний супровід жінок при *ЕКЗ* постає ефективним та необхідним елементом якісного репродуктивного лікування, однаково підтвердженого міжнародними мета-аналізами і вітчизняними дослідженнями.

РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ЖІНОК У ПЕРІОД *ЕКЗ*

2.1. Організація та методи дослідження

Після того як у першому розділі нами було розглянуто теоретичні засади психологічної адаптації жінок до процесу екстракорпорального запліднення, ми переходимо до опису власного емпіричного дослідження. У цьому підрозділі ми ставимо перед собою завдання детально описати, яким чином було організовано наше дослідження, які методи були застосовані для збору та обробки даних, хто став його учасниками та якими принципами ми керувалися протягом усієї дослідницької роботи. Чітке та прозоре викладення процедури дослідження є необхідною умовою наукової достовірності, тому що воно дозволяє оцінити обґрунтованість тих висновків, до яких ми прийдемо в кінці роботи.

Вивчення психологічної адаптації жінок до *ЕКЗ* є завданням багатовимірним. Було від початку зрозуміло, що жоден окремо взятий метод не здатен охопити це явище у його повноті. Нами було прийнято рішення побудувати дослідження на поєднанні двох взаємодоповнюючих методів, кількісного та якісного. Кількісний метод дозволяє визначити вираженість копінг-стратегій та рівні адаптивності у досить великій групі жінок, тобто виявити загальні тенденції копінг-поведінки. Якісний метод спрямований на глибокий аналіз суб'єктивного досвіду респонденток та змістове розкриття тих

переживань, які кількісний метод фіксує лише у вигляді числових показників. Таке поєднання двох методів, як ми вже зазначали у попередньому розділі, у методології наукового дослідження називається змішаним дизайном, він дозволяє досягти найбільш достовірного результату.

Відповідно до обраного дизайну, емпіричне дослідження складалося з двох основних частин. Першою частиною стало кількісне опитування за методикою діагностики копінг-стратегій, до якого було залучено 58 жінок. Другою частиною стало якісне дослідження, у межах якого нами було проведено 24 глибинних напівструктурованих інтерв'ю. Розглянемо кожну з цих частин детальніше.

Кількісне опитування проводилося нами упродовж березня та квітня 2026 року. Для збору даних було використано платформу Google Forms. Це дозволило створити зручну для заповнення електронну анкету та забезпечити дистанційний формат участі. Поширення анкети здійснювалося через тематичні спільноти у месенджерах, тобто через ті групи, у яких об'єднуються жінки, котрі мають досвід лікування безпліддя або проходять його наразі. Обґрунтуванням вибору зазначеного каналу дистрибуції анкет є можливість безпосереднього доступу до цільової аудиторії дослідження, а не до випадкових респондентів. Крім того, такий формат забезпечив можливість участі у дослідженні без необхідності особистої присутності, що є істотним з огляду на делікатність досліджуваної теми.

Основним інструментом кількісного дослідження стала методика діагностики копінг-стратегій, розроблена Р. Лазарусом та С. Фолкман, в адаптованому варіанті. Вибір саме цієї методики був обумовлений кількома міркуваннями:

- 1) ця методика безпосередньо спирається на трансакційну теорію стресу та копінгу, яку ми обрали теоретичною основою нашої роботи, а отже забезпечує концептуальну єдність дослідження;
- 2) методика є однією з найбільш визнаних та широко застосовуваних у світовій психологічній практиці методик діагностики копінг-поведінки;

3) методика дозволяє отримати диференційовану картину, тобто оцінити вираженість не одного загального показника, а восьми окремих копінг-стратегій, що дає значно глибше розуміння адаптаційного профілю кожної учасниці.

Методика складається з низки тверджень, кожне з яких описує певний спосіб реагування на важку життєву ситуацію. Учасниці пропонувалося оцінити, наскільки часто вона вдається до того чи іншого способу реагування, обравши один із варіантів відповіді, яким відповідає певна кількість балів від нуля до трьох. Бали за окремими твердженнями підсумовуються за вісьмома шкалами, кожна з яких відповідає одній копінг-стратегії. Цими стратегіями є конфронтація, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, втеча-уникнення, планування вирішення проблем та позитивна переоцінка. Детальну теоретичну характеристику кожної з цих стратегій було подано нами у першому розділі роботи.

Окремо слід пояснити, що до стандартної методики Р. Лазаруса нами було додано блок додаткових питань соціально-демографічного та анамнестичного характеру. Ці питання стосувалися віку учасниці, регіону її проживання, сімейного стану, рівня освіти, її досвіду проходження *ЕКЗ*. Зокрема, ми запитували, чи завершилося лікування народженням дитини, чи перебуває жінка наразі у процесі лікування, та чи проходила вона процедуру в межах державної програми, що фінансується Національною службою здоров'я України. Додавання цього блоку питань було принциповим, оскільки воно дозволило нам не лише визначити загальні тенденції у вибірці, а й розглянути досвід окремих підгруп жінок, зокрема тих, хто має невдалий досвід лікування, чому присвячено окрему увагу у третьому розділі роботи.

Дослідницька вибірка є різномірною з огляду на етап лікувального шляху, на якому перебуває кожна учасниця. Найбільшу частину склали жінки, які проходять програму *ЕКЗ* безпосередньо на момент дослідження (38 учасниць, 65.5%), 17.2% (10 учасниць) вже народили дитину після *ЕКЗ*, ще 13.8% (8 учасниць) мають невдалий досвід, за якого вагітність не настала, і 3.4% (2

учасниці) пережили досвід вагітності, яка не завершилася народженням. Графічне представлення розподілу подано на Рис. 2.1.1.

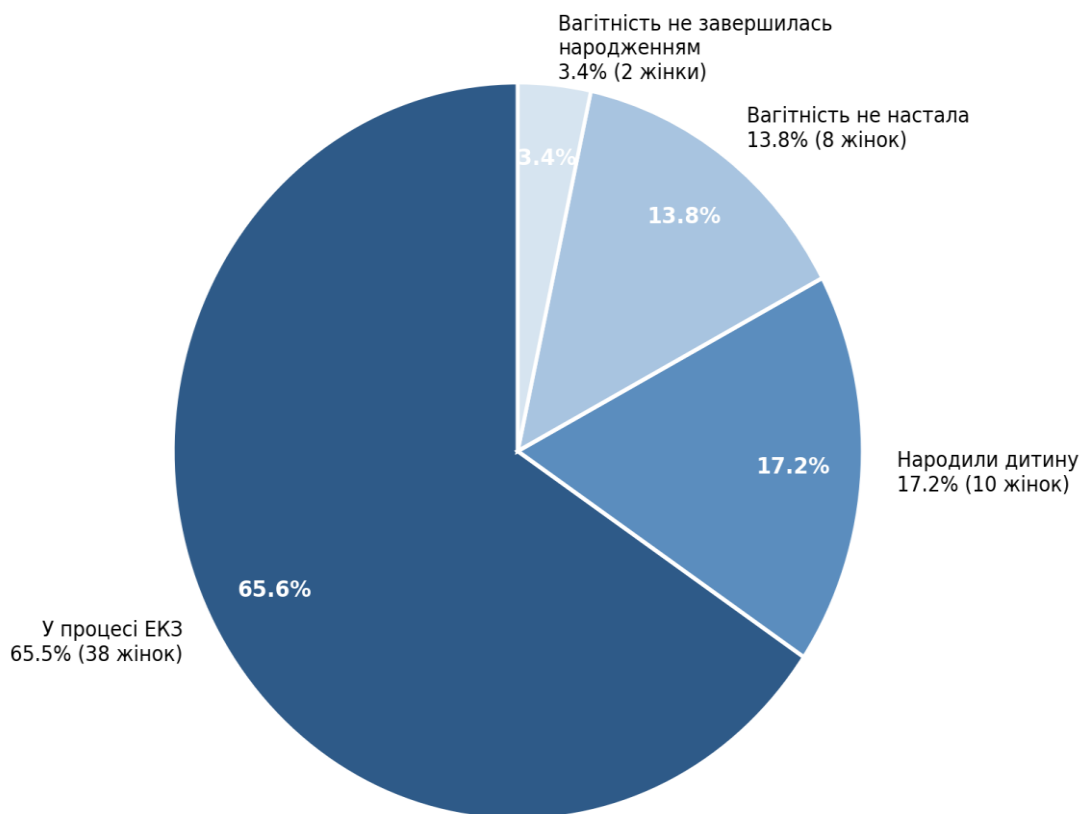


Рис. 2.1.1. Розподіл вибірки за досвідом ЕКЗ

Середній вік учасниць склав 36.1 року (наймолодшій — 28, найстаршій — 47 років). За віковими групами вибірка розподілилася так: 9 жінок (15.5%) — до 30 років, 17 жінок (29.3%) — від 30 до 35 років, 18 жінок (31%) — від 36 до 40 років, 12 жінок (20.7%) — понад 40 років. Такий розподіл відповідає загальній тенденції репродуктивної медицини, згідно з якою до ЕКЗ частіше звертаються жінки зрілого репродуктивного віку (див. Рис. 2.1.2).

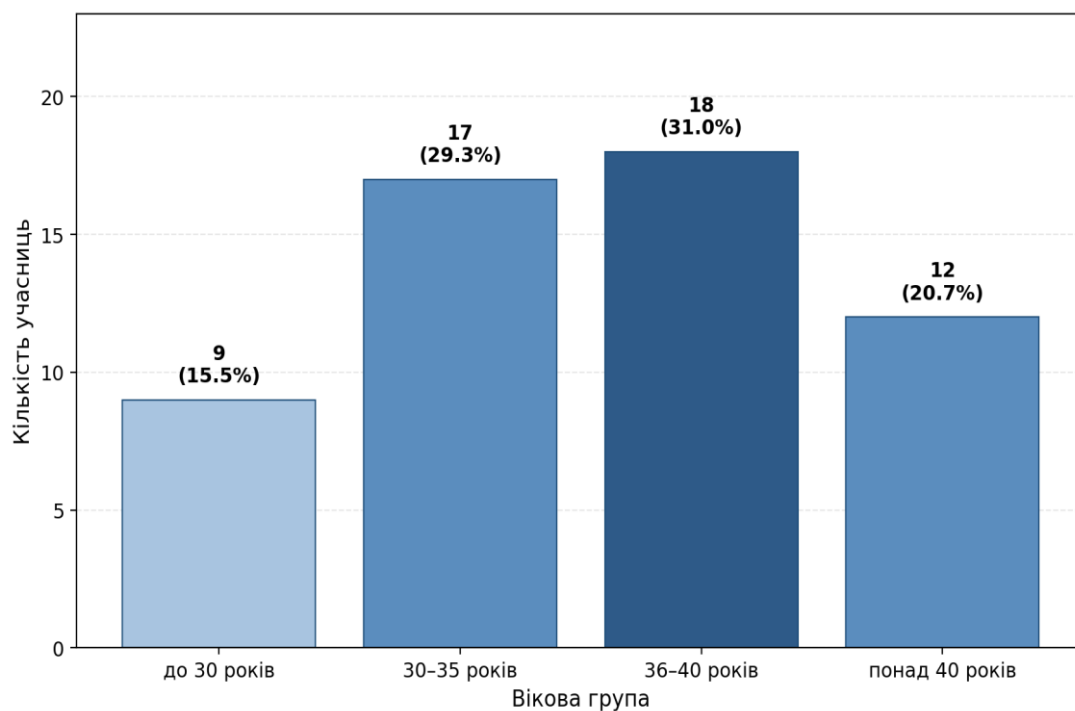


Рис. 2.1.2. Розподіл учасниць за віковими групами (n=58)

За джерелом фінансування лікування 32 учасниці (55.2%) проходять ЕКЗ у межах державної програми, що фінансується Національною службою здоров'я України, а 26 жінок (44.8%) фінансують лікування самостійно. Розподіл учасниць за джерелом фінансування подано на Рис. 2.1.3. Окрім того, переважна більшість учасниць перебуває у шлюбі (48 жінок, 82.8%), а 62.1% мають освіту рівня магістра, що характеризує загальний соціальний профіль досліджуваної вибірки.

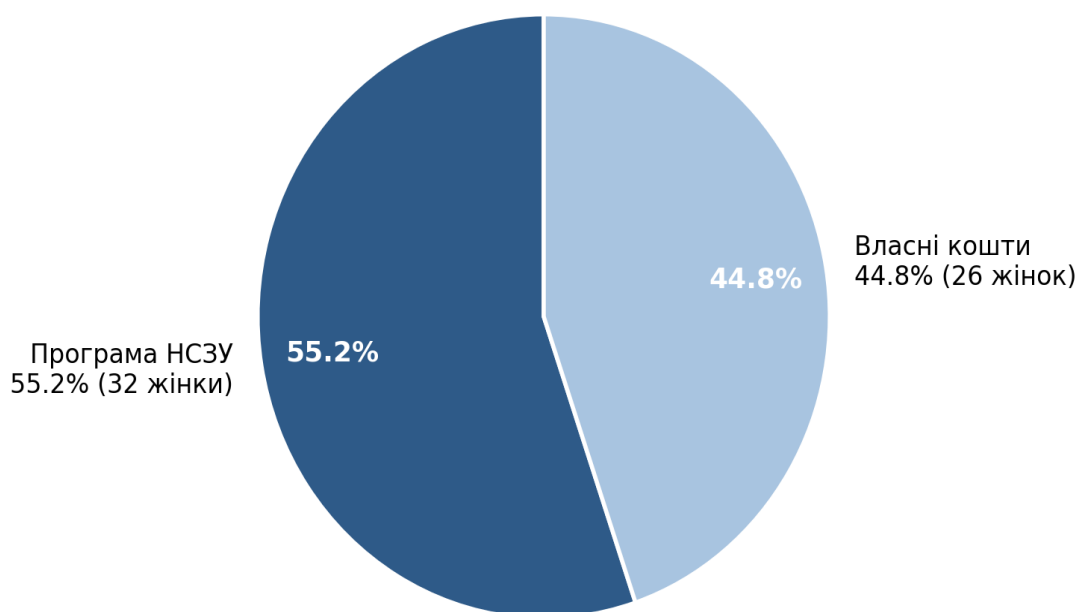


Рис. 2.1.3. Розподіл учасниць за джерелом фінансування лікування ЕКЗ

Друга, якісна частина дослідження потребує окремого опису. Як уже було зазначено, вона полягала у проведенні 24 глибинних напівструктурованих інтерв'ю. З цих двадцяти чотирьох інтерв'ю двадцять було проведено безпосередньо з жінками, що мають досвід ЕКЗ. Ще чотири було здійснено з фахівцями у сфері репродуктивної медицини, Key Informants, серед яких репродуктологи та ембріологи. Логіку залучення до дослідження саме двох категорій інформантів, тобто і пацієнток, і лікарів, ми докладно обґрунтували у підрозділі 1.4, де йшлося про те, що поєднання погляду зсередини та погляду фахівця дозволяє побачити досліджуване явище значно об'ємніше.

Усі інтерв'ю проводилися в онлайн-форматі, в додатку Zoom або за допомогою відеозв'язку у месенджерах. Такий формат було обрано з кількох причин. Він дозволив залучити до дослідження жінок із різних регіонів України, забезпечив учасницям можливість спілкуватися зі звичного та безпечного для них середовища, а також відповідав умовам воєнного стану, у якому наразі перебуває українське суспільство. Тривалість одного інтерв'ю

варіювалася від двадцяти хвилин до однієї години. Така відмінність у тривалості є цілком природною для якісного дослідження, адже вона залежить від того, наскільки докладно та емоційно відкрито та чи інша учасниця була готова ділитися власним досвідом. Пошук учасниць для інтерв'ю здійснювався двома основними шляхами, а саме через тематичні спільноти, через метод рекомендацій, коли одна учасниця радила звернутися до іншої жінки з відповідним досвідом.

Інтерв'ю мало напівструктурований характер. Це означає, що ми заздалегідь розробили гайд інтерв'ю, тобто певний путівник із переліком основних тем та питань, проте під час самої розмови ми не були жорстко прив'язані до цього переліку. Напівструктурований формат дозволяє:

- 1) охопити всі важливі для дослідження теми;
- 2) залишає простір для того, щоб піти за думкою співрозмовниці, поставити уточнююче питання, дозволити їй розповісти про те, що є важливим саме для неї.

Розроблений нами гайд інтерв'ю для пацієнток в *ЕКЗ* охоплював наступні питання:

- 1) Як ви прийшли до рішення звернутися до екстракорпорального запліднення (ЕКЗ)? Які події, переживання передували цьому кроку?
- 2) Скільки у вас було циклів та переносів ембріонів?
- 3) Як ви переживали внутрішньо сам процес? Що відбувалося з почуттями та надіями, як ви себе почували під час проходження цього шляху?
- 4) Якими були ваші копінг-стратегії (способи справлятися з важкими емоціями)? Що допомагало утримувати рівновагу під час емоційних труднощів?
- 5) Як ви відчували ставлення та присутність своєї родини й близьких людей у цей період? Чи була підтримка, чи її бракувало?
- 6) Яким був ваш досвід контакту з медичними працівниками та клініками (як у державних установах, так і в приватній лікарні в межах програми НСЗУ)? Як відбувалася комунікація з лікарем?

- 7) Як лікування вплинуло на ваше повсякденне життя, роботу, фінанси та відчуття стабільності?
- 8) Яким було ваше уявлення про процес ЕКЗ до його початку і як реальність з цим розійшлася? Навіщо, на вашу думку, варто користуватися групами підтримки та чому краще обирати суто профільні ЕКЗ-чати, а не загальні спільноти для вагітних?

Розроблений нами гайд інтерв'ю для ключових експертів (Key Informants) в ЕКЗ охоплював наступні питання:

- 1) Як би ви описали, що для жінок, які до вас звертаються, означає пройти через процес ЕКЗ? Що відбувається з їхнім внутрішнім світом у цьому процесі?
- 2) Чи виокремлювали ви психологічні патерни, що впливають на успішний перебіг процесу (коли одна жінка досягає успіху швидко, а інша перебуває в процесі багато років)? Які?
- 3) Як би ви прокоментували два протилежні твердження пацієнток: одні радять самостійно досліджувати питання й бути в постійному діалозі зі спеціалістами, а інші — повністю йдовіритися лікарю?
- 4) Що, на вашу думку, могло б покращити підтримку жінок у цьому процесі — від клінічних практик до соціальних чи культурних аспектів?

Були дотримані етичні принципи психологічного дослідження. Участь у дослідженні була добровільна. На початку кожного інтерв'ю були отримані усні згоди учасниць на проведення дослідження та його аудіозапис (за допомогою диктофона). Лише після отримання такої згоди розпочинався запис. Отримані дослідницькі дані (кількісні, якісні) були анонімізовані: у роботі не використовуються справжні імена учасниць, а будь-яка інформація, яка б дозволяла ідентифікувати конкретну жінку, була змінена або вилучена. Дотримання принципу конфіденційності було для нас особливо важливим з огляду на надзвичайну делікатність та інтимність дослідженої теми.

2.2. Типові психоемоційні стани у період очікування результатів ЕКЗ: структурно-функціональний зміст

Після того як у попередньому підрозділі ми детально описали організацію та методологію нашого дослідження, ми переходимо до аналізу його результатів. Аналізування доцільно розпочати з емоційних станів жінок, оскільки емоційна сфера є первинним рівнем психологічного досвіду, що опосередковує переживання всього процесу лікування. Перш ніж говорити про копінг-стратегії, про рівні адаптивності, про патерни реагування, варто зрозуміти, з чим саме жінці доводиться справлятися, тобто яким є той емоційний матеріал, що потребує опанування.

Назва цього підрозділу містить ключове для нашого дослідження поняття, поняття *очікування*. Перш ніж переходити до аналізу конкретних емоційних станів, нам необхідно зупинитися на тому, що означає очікування у контексті ЕКЗ та чому саме воно є настільки психологічно перевантажуючим. Попри поширене уявлення про очікування як про пасивний стан, що не потребує зусиль, результати проведених інтерв'ю свідчать про протилежне. Очікування у процесі ЕКЗ є одним із найважчих видів психологічної роботи, які доводиться виконувати жінці.

Узагальнене графічне представлення емоційного шляху жінки у процесі ЕКЗ із виокремленням п'яти ключових етапів та відображенням відносної інтенсивності емоційного навантаження подано на Рис. 2.2.1. Центральне місце у цій траєкторії посідає двотижневе очікування, яке, як свідчать дані наших інтерв'ю та опрацьована наукова література, є піком психологічної напруженості всього процесу.

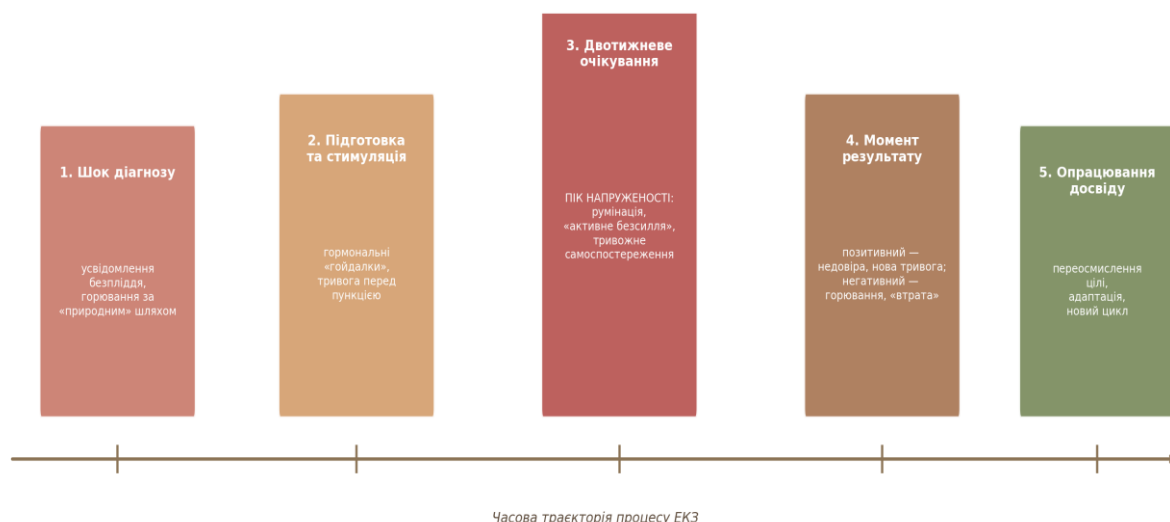


Рис. 2.2.1. Емоційний шлях жінки у процесі ЕКЗ

Специфіка феномену процесу ЕКЗ полягає у тому, що він є очікуванням результату, на який жінка об'єктивно не може вплинути. Це принципово відрізняє його від багатьох інших життєвих ситуацій. У ситуації ЕКЗ, особливо на етапі після перенесення ембріона, жінка опиняється у стані, коли від неї нічого не залежить. Усе, що вона могла зробити, вже зроблено. Залишається лише чекати. Немоżliвість вплинути на результат, вимушена пасивність у ситуації надзвичайної особистісної значущості, робить очікування виснажливим. Одна з фахівчинь, з якими ми проводили інтерв'ю, ембріологиня, дуже влучно порівняла цей стан із переживанням активних бойових дій. За її словами, «це можна порівняти глобально навіть з війною, адже ми зараз не можемо на це вплинути. Кожен сподівається, що війна закінчиться, і це виснажує.» Це протиставлення, що пролунало від фахівчині, точно передає сутність того особливого стресу, який породжується неможливістю контролювати життєво важливий для людини процес.

Перш ніж перейти до періоду очікування результатів, ми вважаємо за необхідне розглянути ті емоційні стани, які передують йому, тобто емоційні стани початкового етапу шляху до ЕКЗ. Це важливо зробити, оскільки емоційний стан, з яким жінка входить у період очікування, значною мірою

визначається тим, що вона вже пережила до цього. Очікування нашаровується на весь попередній досвід жінки.

Аналіз проведених нами інтерв'ю засвідчив, що першим і дуже потужним емоційним станом, який переживає жінка, є стан шоку від самого діагнозу безпліддя. Багато учасниць нашого дослідження описували момент, коли вони зрозуміли, що не зможуть завагітніти природним шляхом, як справжній удар, як подію, що «розколола їхнє життя на до і після». Характерним є те, що цей шок дуже часто супроводжується питанням, зверненням ніби у порожнечу, питанням про те, чому це сталося саме зі мною. Одна з учасниць, описуючи свій стан після усвідомлення діагнозу, поділилася такими переживаннями:

«Коли почули вердикт, що нам потрібне екстракорпоральне запліднення лише, тому що іншим способом неможливо, нажаль, завагітніти, то вийшовши вже з кабінету, були максимально такі тривожні відчуття, і я плакала, і все. Тому що це було, як для мене, болісно почути. І я казала (чоловіку): нащо тобі така дружина, бо ми вже на той момент були одружені.»

Це висловлювання містить у собі важливий зміст. У ньому звучить не лише власне шок, а й переживання глибокої несправедливості, відчуття власної відмінності від інших, тих, у кого, як здається жінці, все відбувається «природно». Це переживання власної відмінності, виключеності з кола «звичайних» людей, є одним із наскрізних мотивів, які ми ще не раз зустрінемо в аналізі інтерв'ю. Також учасниця почала одразу сумніватися у своїх стосунках з чоловіком. Цитата показує, що жінка відчула, що вона є гіршою за інших.

Іншою учасницею стан після усвідомлення того, що шлях до материнства буде довгим і складним, був описаний більш емоційно. Учасниця звертала увагу на такі акценти: тривалість спроб самотійно завагітніти склала близько дев'яти років, і ставши перед фактом необхідності звернутися до *ЕКЗ*, вона пережила шок, оскільки відчувала себе принципово відмінною від подруг, які давно стали матерями.

Подібні описи, що вони повторювалися у багатьох інтерв'ю, свідчать про те, що початковий етап шляху до *ЕКЗ* є періодом гострої емоційної кризи.

Жінка переживає те, що у психологічних роботах прийнято називати горюванням, адже вона фактично переживає втрату того образу власного життя та материнства, який вона до цього вважала само собою зрозумілим. І хоча ця втрата не є остаточною, адже *ЕКЗ* дає надію, сам факт необхідності звертатися до медичного втручання вже переживається як болісна втрата природності та легкості.

Особливої уваги заслуговує ще один емоційний феномен початкового етапу, який ми виявили в аналізі інтерв'ю. Йдеться про феномен нереалістичних очікувань щодо самої процедури *ЕКЗ*. Багато учасниць зізнавалися, що, наважуючись на *ЕКЗ*, вони підсвідомо сприймали цю процедуру як майже гарантований спосіб вирішення проблеми. Вони вважали, що варто лише наважитися, пройти процедуру, і бажана вагітність обов'язково настане. Одна з учасниць висловила цю думку образно, порівнявши свої початкові уявлення про *ЕКЗ* зі звичайною споживчою ситуацією:

«Це як сукня з Aliexpress...Ну, звісно. Коли ти йдеш, ти взагалі не усвідомлюєш, які процеси тебе чекають, що ти будеш відчувати, що воно може не виходити...Я вже читала про дівчат, які роками питаються, в мене відкрилися очі.»

Це порівняння є показовим. Воно розкриває прірву, яка пролягає між початковими очікуваннями жінки та реальністю лікування. Адже *ЕКЗ*, на відміну від походу до магазину, не дає гарантованого результату. За даними, які наводили фахівці у наших інтерв'ю, ефективність однієї спроби *ЕКЗ* становить у середньому близько п'ятдесяти або шістдесяти відсотків, а нерідко і менше. Це означає, що дуже значна частина жінок не отримує бажаного результату з першої спроби. І коли жінка, яка підсвідомо налаштувалася на гарантований успіх, стикається з невдачею, її розчарування є особливо глибоким та руйнівним.

Фахівці, з якими ми проводили інтерв'ю, усвідомлюють цю проблему. Ембріологиня у своєму інтерв'ю детально пояснила психологічний механізм, який стоїть за цим феноменом. За її словами, дуже часто *ЕКЗ* сприймається

жінками як остання надія, як найскладніше та найжахливіше з усього, що вони можуть зробити заради народження дитини. І саме таке сприйняття, коли на одну спробу покладаються абсолютно всі надії, веде за собою тяжкі емоційні наслідки у разі невдачі. Як висловилася сама фахівчиня, якщо жінка сприймає *ЕКЗ* як останню надію, і ця надія не справджується, то жінці дуже складно зрозуміти, що насправді це лише один із етапів довгого шляху. Таким чином, ми бачимо, що нереалістичні очікування початкового етапу є не наївністю, а психологічним чинником ризику, який суттєво ускладнює подальшу адаптацію жінки до можливих невдач.

Аналіз емоційних станів початкового етапу дозволяє нам зробити проміжний висновок. Жінка підходить до періоду очікування результатів *ЕКЗ* вже навантаженою попереднім емоційним досвідом. Вона вже пережила шок діагнозу, вже пройшла через горювання за втраченою природністю материнства, і дуже часто вона несе у собі тягар нереалістичних очікувань, які роблять її особливо вразливою перед можливою невдачею. З цим емоційним багажем жінка вступає у найбільш напружений період усього лікування, а саме у період безпосереднього очікування результатів, до детального аналізу якого ми переходимо у наступній частині цього підрозділу.

Ми переходимо до аналізу того періоду, який, за результатами як наших інтерв'ю, так і опрацьованої наукової літератури, є найбільш психологічно напруженим за весь цикл лікування. Йдеться про так зване *двотижнєве очікування*, тобто про проміжок часу між перенесенням ембріона до порожнини матки та проведенням тесту, який має показати, чи настала вагітність. Сам термін двотижнєве очікування є усталеним у міжнародній науковій літературі, де він позначається як *two-week wait*, і нерідко скорочується до абревіатури *TWW*. Тривалість цього періоду справді складає приблизно два тижні, проте, як свідчать наші інтерв'ю, суб'єктивно для жінки цей час може розтягуватися ніби до нескінченності. Це той випадок, коли об'єктивний час, що вимірюється календарем, та суб'єктивний час, що переживається психікою, кардинально розходяться між собою. Дві жінки можуть прожити однакові за календарем

чотирнадцять днів, але для однієї вони промайнуть відносно непомітно, а для іншої перетворяться на найдовший період життя. Ця розбіжність між об'єктивним та суб'єктивним часом є важливою характеристикою досліджуваного періоду, вона має значення для розуміння того, наскільки виснажливим є очікування.

Чим саме пояснюється така виняткова психологічна напруженість цього періоду. На основі аналізу інтерв'ю ми можемо виокремити кілька взаємопов'язаних чинників, кожен з яких заслуговує на окремий розгляд:

1) неможливість впливу на результат. На етапі двотижневого очікування жінка вже зробила абсолютно все, що від неї залежало. Вона пройшла гормональну стимуляцію, пройшла пункцію фолікулів, ембріон вже перенесено до порожнини матки. Більше зробити вона нічого не може. Жодні зусилля, жодні дії вже не здатні вплинути на те, чи приживеться ембріон. І ситуація повної завершеності власних зусиль у поєднанні з повною невизначеністю результату і створює той унікальний психологічний тиск, який характеризує цей період. Жінка опиняється у стані, який можна було б назвати активним безсиллям, тобто вона повна готовності діяти, але не має жодної можливості цю готовність реалізувати.

Тут варто зробити зауваження. У психології відомо, що відчуття контролю над ситуацією є одним із ключових чинників психологічного благополуччя. Коли людина відчуває, що вона може хоч якось впливати на перебіг подій, навіть важка ситуація переноситься відносно легше. І навпаки, коли людина повністю позбавлена контролю, навіть об'єктивно не дуже загрозлива ситуація може переживатися як вкрай стресова. Період двотижневого очікування є якраз тим випадком, коли жінка повністю позбавлена контролю над життєво важливим для неї процесом. Саме тому він і переживається настільки болісно. Це не слабкість окремих жінок, це закономірна психологічна реакція на ситуацію повної втрати контролю;

2) період наповнений тривожним самоспостереженням. Жінка, яка перебуває у двотижневому очікуванні, починає з надзвичайною уважністю

прислухатися до власного тіла, намагаючись вловити будь-які ознаки того, настала вагітність чи ні. Кожне відчуття, кожне поколювання, кожна найменша зміна самопочуття інтерпретується як можливий знак, як натяк на результат. Це постійне сканування власного тіла є виснажливим саме по собі, адже воно не дає жінці ані хвилини справжнього спокою. Тіло, яке у звичайному житті залишається непомітним фоном, у цей період перетворюється на об'єкт безперервного тривожного спостереження. Одна з учасниць нашого дослідження, описуючи цей стан постійної внутрішньої напруженості, висловила так:

«Кожен раз, коли трохи більше поспала ніж зазвичай чи коли, ну, типу, менше був апетит, чи більше апетит, я ж одразу – прикріпився (*ембріон до стінки матки після трансферу*)...Тобто да, ці дні ніби не живеш життя, прокрутка симптомів (*вагітності*), порівняння... Це все що важливо.»

У цьому висловлюванні звертає на себе увагу слово *прокрутка*. Воно дуже точно передає характер думок жінки у цей період. Думки про можливий результат не просто присутні у свідомості, вони рухаються по колу, повертаються знову і знову, не даючи свідомості перемкнутися на щось інше. У психологічній літературі такий стан описується як нав'язливі думки, або *румінація*, і він є одним із типових проявів тривоги. Особливість румінації полягає у тому, що вона є непродуктивною. Жінка прокручує одні й ті самі думки не тому, що це наближає її до вирішення проблеми, а тому, що тривога не дозволяє їй зупинитися. Це коловерт, з якої важко вийти власними силами, і саме тому підтримка у цей період є настільки важливою;

3) особливе ставлення до можливого результату, яке формується у свідомості жінки. Для багатьох учасниць наших інтерв'ю результат тесту на вагітність набував характеру своєрідного вироку, від якого залежить не просто факт настання вагітності, а ніби вся цінність їхнього життя та їхньої особистості. Така концентрація значення на одній події робить очікування цієї події майже нестерпним. Якщо для жінки результат тесту означає не тільки «так» чи «ні» щодо вагітності, а «так» чи «ні» щодо її повноцінності як жінки, її

права на материнство, її майбутнього, то зрозуміло, що очікування такого результату перетворюється на справжнє психологічне випробування. Тут ми бачимо, як когнітивна оцінка ситуації, про яку йшлося у теоретичній частині роботи, безпосередньо впливає на інтенсивність емоційного переживання. Чим більшого значення надає жінка результату, тим важчим стає очікування.

Аналіз інтерв'ю дозволив виявити ще один цікавий аспект переживання двотижневого очікування. Деякі учасниці описували цей період через метафору перебування у двох паралельних реальностях одночасно. З одного боку, вагітність уже могла настати, ембріон уже міг прижитися, тоді жінка вже «зараз» є вагітною. З іншого боку, до моменту підтвердження тестом ця вагітність залишається лише можливістю, лише гіпотезою. І жінка опиняється ніби між цими двома станами, не маючи права повністю повірити у вагітність, але й не маючи підстав остаточно від неї відмовитися. Це балансування між надією та страхом, між двома можливими версіями власного майбутнього, є надзвичайно виснажливим для психіки. Жінка ніби живе одночасно у двох сценаріях, і жоден з них не може бути ані підтверджений, ані спростований до певного моменту. Психіка людини загалом погано переносить таку невизначеність, вона прагне визначеності навіть тоді, коли визначеність означає погану новину.

Цікаво, що результати наших інтерв'ю повністю узгоджуються (Verhaak C. et al., 2007) з даними міжнародних наукових досліджень, які ми розглядали у теоретичній частині роботи. Зокрема, ми вже згадували дослідження Li Y. та колег, проведене у форматі рандомізованого контрольованого випробування, яке зафіксувало, що саме у період двотижневого очікування показники тривоги у жінок досягають свого піку (Li Y. et al., 2024). Більше того, це дослідження виявило, що рівень тривоги у цей період нерідко є вищим, ніж навіть перед пункцією яєчників, попри те, що пункція є фізично значно більш інвазивною та болісною процедурою. Наші якісні дані допомагають зрозуміти, чому це так. Адже під час пункції жінка щось «активно робить», вона є безпосередньою учасницею процесу, її тіло задіяне у дії. Під час двотижневого очікування

пацієнтка позбавлена будь-якої можливості діяти. Ця вимушена бездіяльність у ситуації крайньої невизначеності породжує сильну тривоги. Таким чином, якісні дані нашого дослідження узгоджуються з кількісними даними міжнародних досліджень. Окремо варто розглянути те, як жінки намагаються пережити цей складний період, тобто які стратегії опанування двотижневого очікування вони застосовують. Аналіз інтерв'ю показав, що однією з найпоширеніших стратегій є спроба відволікти себе, заповнити час чимось, що не дозволить думкам безперервно повертатися до очікуваного результату. Одна з учасниць розповідала, що у цей період вона та її чоловік свідомо намагалися максимально насичувати своє життя активністю та враженнями, щоб не залишати простору для тривожних думок:

«Так вирішили що нікому не краще від цього (прокручування негативних думок)... Ми з ним (з чоловіком) поїхали до Києва, потім до Львова, постійні друзі, теж; життя іде, я купалась, доречі, все собі старалась давати, все як і до *ЕКЗ*.»

Ця стратегія, яку у термінах методики Лазаруса можна частково віднести до дистанціювання, тобто до спроби когнітивно відмежуватися від проблеми, є цілком конструктивною у даному контексті. Адже коли ситуація об'єктивно не піддається контролю, спроба зменшити власну емоційну залученість через переключення уваги є розумним способом збереження психічної рівноваги. Тут ми бачимо важливий момент, на який вже звертали увагу у теоретичній частині. Стратегія, яка в одних обставинах може здаватися пасивною чи унікальною, в інших обставинах, зокрема в обставинах неконтрольованого очікування, виявляється адаптивною та доцільною. Це ще раз підтверджує тезу про те, що не існує однозначно хороших або однозначно поганих копінг-стратегій, а є лише стратегії, що відповідають або не відповідають конкретній ситуації. Жінка, яка у період очікування свідомо обирає активне відволікання, демонструє не слабкість, а навпаки, психологічну мудрість, інтуїтивне розуміння того, що саме допоможе їй зберегти рівновагу.

Іншою стратегією опанування двотижневого очікування, яку ми виявили в аналізі інтерв'ю, є звернення до спеціалізованих онлайн-спільнот. Жінки, що проходять *ЕКЗ*, дуже часто є учасницями тематичних груп у месенджерах та соціальних мережах, де вони спілкуються з іншими жінками, що мають подібний досвід. У період двотижневого очікування роль таких спільнот суттєво зростає. Одна з учасниць пояснила, чому спілкування саме з такими жінками є для неї настільки важливим:

«Ти розумієш, що ти не сама. І плюс дівчата пишуть, як це все відбувається.

У когось там довший шлях, у когось коротший шлях. І ти це читаєш, ти можеш у них поради питати. І вони підтримують нас. Бо НАЗВА ГРУПИ В МЕСЕНДЖЕРІ – це вже родина. Її створила дівчина, яка сама проходила шлях (*ЕКЗ*)... Подруги не розуміють; ну, не так. У них нормальна вагітність.»

Це висловлювання розкриває важливий психологічний механізм. Жінка у процесі *ЕКЗ* переживає досвід, який є настільки специфічним, що люди без подібного досвіду, навіть найближчі та найдоброзичливіші, виявляються не здатними по-справжньому її зрозуміти. Близька подруга може щиро співчувати, може хотіти підтримати, але вона не знає зсередини, що таке двотижнєве очікування, що таке гормональна стимуляція, що таке негативний тест. І саме онлайн-спільноти заповнюють цю прогалину, надаючи жінці те, що називається валідацією досвіду, тобто підтвердження того, що її переживання є нормальними, зрозумілими та поділюваними іншими людьми. Коли жінка бачить, що інші учасниці групи описують ті самі відчуття, ті самі страхи, ті самі думки, вона перестає почуватися дивною або самотньою у своєму переживанні. Це має значний психологічний ефект, адже відчуття самотності у стражданні саме по собі є додатковим джерелом болю.

Водночас, як ми зазначали у теоретичній частині, онлайн-спільноти мають і зворотний бік. Надмірне занурення в історії інших жінок, особливо в історії невдач, може посилювати тривогу замість того, щоб її знижувати. Жінка, яка у період і так загостреної тривожності читає десятки історій про невдалі

спроби, може мимоволі переносити ці історії на себе, посилюючи власні страхи. Таким чином, онлайн-спільноти є інструментом з подвійним ефектом. Вони можуть бути потужним джерелом підтримки, але можуть і поглиблювати тривогу. Багато що залежить від того, наскільки виважено жінка користується цим ресурсом. Цей подвійний характер впливу онлайн-спільнот ми ще детальніше розглянемо у третьому розділі роботи, де йтиметься про рекомендації щодо оптимізації психологічної адаптації.

Розглядаючи період очікування результатів, ми не можемо оминати увагою і погляд фахівців на цей аспект досвіду жінок. Фахівці, з якими ми проводили інтерв'ю, підтверджують, що період очікування є одним із найскладніших, і що психологічний стан жінки у цей період має велике значення. Більше того, одна з фахівчинь поділилася цікавим спостереженням, яке стосується зв'язку між емоційним налаштуванням жінки та результатом лікування. За її словами, лікарі під час перенесення ембріона інколи звертають увагу на емоційний стан пацієнтки, і існує суб'єктивне враження, що жінки, які перебувають у стані глибокого відчаю та невіри у результат, дещо рідше отримують позитивний результат. Сама фахівчиня при цьому чесно зазначила, що це є лише суб'єктивним спостереженням, а не науково доведеним фактом, і ми вважаємо за необхідне підкреслити це особливо. Адже, як ми вже зазначали у теоретичній частині роботи, неприпустимо покладати на жінку відповідальність за невдачу лікування, мовляв, вона недостатньо вірила або недостатньо розслабилася. Таке трактування є не лише науково некоректним, а й психологічно шкідливим, адже воно додає до й без того важкого переживання невдачі ще й тягар провини. Психоемоційний стан є лише одним із багатьох чинників, що впливають на результат *ЕКЗ*, і його роль не варто перебільшувати. Вирішальне значення мають медичні чинники, насамперед вік жінки та якість ембріонів. Водночас сам факт того, що фахівці звертають увагу на емоційний стан жінки, ще раз підкреслює важливість психологічного супроводу у період очікування. Якщо емоційний стан має хоча б якесь

значення, то турбота про цей стан є не розкішшю, а необхідною складовою якісного лікування.

Підсумовуючи аналіз періоду двотижневого очікування, ми можемо констатувати наступне. Цей період є центральним емоційним випробуванням усього процесу *ЕКЗ*. Його психологічна напруженість обумовлена поєднанням кількох чинників, а саме неможливості впливу на результат, тривожного самоспостереження та румінації, надмірної концентрації значення на результаті та переживання невизначеності власного стану через метафору двох паралельних реальностей. Жінки застосовують різні стратегії опанування цього періоду, серед яких відволікання через активність та звернення до онлайн-спільнот за підтримкою та валідацією досвіду. Розуміння того, що відбувається з жінкою у цей період, є необхідною передумовою для аналізу наступного етапу, а саме етапу безпосереднього отримання результату, до якого ми переходимо у наступній частині підрозділу.

Момент отримання результату є кульмінаційним у всьому емоційному сценарії процесу *ЕКЗ*, і він може розгортатися за двома принципово різними напрямками:

- 1) отримання позитивного результату, тобто звістки про те, що вагітність настала;
- 2) отримання негативного результату, тобто звістки про те, що чергова спроба виявилася невдалою.

Ми розглянемо обидва ці сценарії, адже кожен з них має власну емоційну специфіку, яку важливо зрозуміти.

Розгляд доцільно розпочати з аналізу емоційних станів, що супроводжують отримання позитивного результату. На перший погляд може здатися, що тут немає чого аналізувати, адже позитивний результат, це радісна звістка, і жінка має відчувати лише щастя. Проте результати наших інтерв'ю показують, що реальність є значно складнішою. Емоційний стан жінки у момент отримання позитивного результату рідко буває простою однозначною

радістю. Набагато частіше він є складним поєднанням кількох, інколи суперечливих переживань.

Першою характерною рисою емоційного стану при отриманні позитивного результату є *недовіра*. Багато учасниць нашого дослідження зізнавалися, що, отримавши довгоочікувану звістку, вони не могли одразу в неї повірити. Після тривалого шляху, після можливих попередніх невдач, після виснажливого очікування психіка жінки ніби не наважується прийняти добру новину, побоюючись, що вона виявиться помилкою або що вагітність обірветься. Жінка, яка довго готувалася до можливого розчарування, не може миттєво перемкнутися на радість. Це явище є цілком зрозумілим з психологічної точки зору. Тривале перебування у стані захисного песимізму, який оберігав жінку від занадто болючого розчарування, не може зникнути в одну мить.

Другою характерною рисою емоційного стану при отриманні позитивного результату є тривога, яка не зникає, а лише змінює свій предмет. Якщо до отримання результату жінка тривожилася про те, чи настане вагітність, то після отримання позитивного результату вона починає тривожитися про те, чи збережеться ця вагітність, чи буде дитина здоровою, чи все пройде добре. Таким чином, позитивний результат не завершує емоційно складний період, а лише відкриває новий його етап. Це важливо розуміти, адже у суспільній свідомості нерідко існує уявлення, що з настанням вагітності всі психологічні труднощі жінки, яка пройшла *ЕКЗ*, закінчуються. Наші дані свідчать, що це не так.

Подальший аналіз стосується значно складнішого сценарію, а саме емоційних станів, що супроводжують отримання негативного результату. Саме цей сценарій є, за визнанням як учасниць наших інтерв'ю, так і фахівців, найважчим психологічним випробуванням усього процесу *ЕКЗ*. І саме йому ми вважаємо за необхідне приділити найбільш докладну увагу.

Першою емоційною реакцією на *негативний* результат, яку ми виявили в аналізі інтерв'ю, є гострий стресор, який нерідко описується через метафори

руйнування. Жінки розповідали про відчуття, що земля йде з-під ніг, що світ розвалюється, що все втрачає сенс. Одна з фахівчинь, ембріологиня, описуючи стан жінок після невдалої спроби, використала вираз психологічне провалювання, і цей вираз видається нам надзвичайно точним. Адже жінка після негативного результату справді ніби провалюється, втрачає опору, на яку до цього спиралася. Цією опорою була надія, і коли надія руйнується, жінка опиняється у стані падіння.

Особливо важливо розуміти, що для жінки негативний результат *ЕКЗ* є не просто медичною невдачею. Це переживання справжньої втрати, тому емоційна реакція на нього набуває характеру горювання. Жінка оплакує не абстрактну невдалу спробу, вона оплакує дитину, яка вже існувала у її уяві, у її планах, у її мріях. У психологічному сенсі для жінки це може бути втратою реальної дитини, навіть якщо з медичної точки зору йдеться про ембріон, що не прижився. Ця розбіжність між медичним та психологічним сприйняттям ситуації є дуже важливою. Оточення жінки, а інколи навіть медичний персонал, можуть сприймати невдалу спробу як суто технічну подію, тоді як для самої жінки це повноцінна втрата, що потребує оплакування.

Процес горювання після невдалої спроби *ЕКЗ*, як свідчить аналіз інтерв'ю, проходить через кілька стадій, які загалом відповідають класичним уявленням про переживання втрати. Спочатку настає стадія заперечення, коли жінка не може або не хоче повірити у негативний результат, шукає можливість помилки, робить повторні тести. Потім може настати стадія гніву, спрямованого на себе, на лікарів, на близьких, на несправедливість ситуації загалом. Далі настає стадія глибокого смутку та спустошення, яка є найбільш тривалою та найбільш помітною. І лише згодом, за умови сприятливого перебігу, настає стадія прийняття, коли жінка знаходить у собі сили жити далі та, можливо, обмірковувати наступну спробу. Важливо наголосити, що ці стадії не є жорсткою послідовністю, вони можуть змішуватися, повертатися, проживатися у різному порядку. Кожна жінка проживає горювання по-своєму.

Аналіз інтерв'ю дозволив нам виявити ще один важливий аспект переживання негативного результату, який пов'язаний із попереднім досвідом жінки. Йдеться про те, що емоційна реакція на невдачу суттєво залежить від того, чи є ця невдача першою, чи вона є вже котроюсь за рахунком. Жінки з повторними невдачними спробами описували особливий стан, який можна охарактеризувати як наростаюче відчуття поразки. З кожною наступною невдачею надія на успіх стає все більш крихкою, а страх чергового розчарування все більш сильним. Фахівці у своїх інтерв'ю підтверджують це спостереження. Ембріологиня розповіла, що деякі пари після кількох невдалих спроб просто припиняють лікування, навіть маючи у запасі заморожені ембріони, тому що психологічно вони більше не здатні витримувати повторні цикли надії та розчарування. Це явище ми детально розглянемо у третьому розділі роботи, присвяченому жінкам з невдалим досвідом *ЕКЗ*.

Окремої уваги заслуговує аналіз того, як жінки описують вплив невдалого результату на їхнє повсякденне життя та функціонування. Багато учасниць розповідали, що після негативного результату вони протягом певного часу не могли повноцінно працювати, спілкуватися, виконувати звичні справи. Невдача *ЕКЗ* ніби паралізує жінку, позбавляє її енергії та мотивації. Одна з учасниць описувала свій стан після невдалої спроби так:

«Ми же думали, що швидко відстріляємося. Один цикл (*ЕКЗ*), все. Гроші зібрані також на один цикл, у чоловіка зарплата військового, це захмарні гроші (лікування безпліддя з застосуванням *ЕКЗ*)... Я думала, що я буду з тих дівчат, хто проходить один цикл і народжує дитя. Авжеж у тебе нема сил щось робити далі, ти думала що все вже скоро закінчиться (*ЕКЗ* закінчиться вагітністю).»

Учасниця звертає увагу на такі акценти: початкові очікування подружжя полягали у тому, що лікування буде завершено швидко, після одного циклу *ЕКЗ*. На цей цикл були накопичені кошти, причому заробітна плата чоловіка-військового сприймалася як значне фінансове джерело, проте сама вартість лікування виявилася надзвичайно високою. Учасниця також

сподівалася бути серед тих жінок, у яких лікування завершується успішно з першої спроби.

У цьому висловлюванні міститься важлива думка про те, що справжнє розуміння негарантованості *ЕКЗ* приходить до жінки лише через власний досвід невдачі. До першої невдалої спроби жінка може теоретично знати про те, що *ЕКЗ* не дає гарантій, але це знання є абстрактним. І лише зіткнення з реальною невдачею перетворює абстрактне знання на болісне особисте розуміння. Це перекликається з феноменом нереалістичних очікувань, який ми аналізували у першій частині цього підрозділу.

Важливим аспектом, який ми виявили в аналізі інтерв'ю, є те, яку роль у переживанні негативного результату відіграє реакція оточення. Жінки розповідали, що після невдалої спроби вони нерідко стикалися з реакціями близьких, які, попри добрі наміри, лише посилювали їхній біль. Фрази на кшталт нічого, наступного разу вийде, або не переживай так, або ще молода, встигнеш, які промовляються з метою втішити, насправді часто сприймаються жінкою як знецінення її переживань. Адже у такій фразі ніби міститься послання, що її горе не є серйозним, що воно не заслуговує на повноцінне визнання. Це підводить нас до теми соціальної підтримки та її якості, яку ми вже частково торкалися і яка буде детально розглянута у наступних розділах роботи.

Розглядаючи емоційні стани після отримання результату, ми вважаємо за необхідне окремо наголосити на одному принциповому моменті. Аналіз інтерв'ю показав, що навіть у ситуації негативного результату, навіть у найважчому горі, *жінки демонструють значний адаптаційний потенціал*. Після періоду гострого переживання більшість жінок поступово знаходить у собі сили, щоб або обміркувати наступну спробу, або переосмислити свій життєвий шлях. Це узгоджується з даними міжнародних досліджень, які ми розглядали у теоретичній частині, зокрема з класичним дослідженням Verhaak С. та колег, що засвідчило здатність більшості жінок зрештою досягати прийняттого рівня психологічного благополуччя навіть після кількох невдалих

циклів (Verhaak et al., 2005, 2007). Таким чином, негативний результат, попри всю його болісність, не є кінцевою точкою. Він є важким, але переборним етапом, і саме здатність жінки пройти через цей етап і відновитися є проявом її психологічної адаптації.

Підсумовуючи аналіз емоційних станів у момент отримання результату та після нього, ми можемо зробити такі висновки. Отримання позитивного результату, всупереч поширеним уявленням, рідко є простою однозначною радістю, а частіше супроводжується недовірою та новою тривогою щодо збереження вагітності. Отримання негативного результату є найважчим емоційним випробуванням процесу *ЕКЗ*, воно переживається як повноцінна втрата та запускає процес горювання, що проходить через кілька стадій. Емоційна реакція на невдачу залежить від попереднього досвіду жінки, і повторні невдачі породжують наростаюче відчуття поразки. Водночас навіть у найважчих ситуаціях жінки демонструють значний адаптаційний потенціал та здатність до відновлення. Усе це створює основу для наступної частини нашого аналізу, у якій ми звернемося до кількісних даних та розглянемо, які саме копінг-стратегії допомагають жінкам справлятися з усім цим складним спектром емоційних станів.

Нагадаємо, що кількісне дослідження було проведено за участю 58 жінок, кожна з яких заповнила анкету, що дозволяє оцінити вираженість восьми копінг-стратегій. Результати первинної статистичної обробки даних дозволили нам розрахувати середній показник вираженості кожної стратегії для всієї вибірки. Розгляньмо ці результати, рухаючись від найбільш вираженої стратегії до найменш вираженої.

Найбільш вираженою копінг-стратегією у нашій вибірці виявилася стратегія планування вирішення проблем, середній показник якої склав 83.2%. Це надзвичайно високий показник, і він є дуже промовистим. Він свідчить про те, що жінки, які проходять *ЕКЗ*, переважно схильні підходити до своєї ситуації аналітично, цілеспрямовано, з налаштованістю шукати рішення. Цей результат повністю узгоджується з тим, що ми спостерігали в якісних інтерв'ю. Жінки

розповідали, як вони ретельно вивчають інформацію, обирають клініку та лікаря, контролюють аналізи, планують наступні кроки. Стратегія планування є проблемно-орієнтованою, тобто спрямованою на активну зміну ситуації, і її висока вираженість є дуже хорошим знаком з точки зору психологічної адаптації.

Другою за вираженістю стратегією став пошук соціальної підтримки із показником 64.8%. Цей результат також узгоджується з якісними даними. Адже саме у наших інтерв'ю жінки неодноразово розповідали про те, наскільки важливою для них є підтримка, і про роль онлайн-спільнот, де вони знаходять розуміння та валідацію власного досвіду. Високий показник пошуку соціальної підтримки свідчить про те, що жінки у нашій вибірці загалом не схильні замикатися у собі, а навпаки, активно звертаються до інших людей по допомогу, пораду та емоційне співчуття.

Третьою за вираженістю стратегією виявилася позитивна переоцінка із показником 61.6%. Ця стратегія, як ми зазначали у теоретичній частині, полягає у здатності знаходити позитивний сенс у важкому досвіді. Її досить висока вираженість свідчить про те, що багато жінок у нашій вибірці намагаються переосмислити свій складний досвід, побачити у ньому можливість для особистісного зростання, для зміцнення стосунків, для відкриття власної сили. Це є важливим адаптаційним ресурсом, особливо у ситуації невдач.

Четверту позицію посів самоконтроль із показником 59.8%, а п'яту конфронтація із показником 55.5%. Шостою за вираженістю виявилася стратегія втечі-уникнення із показником 53.1%, сьомою прийняття відповідальності із показником 49.3%. Найменш вираженою стратегією у нашій вибірці стало дистанціювання із показником 44.2%. (Рис. 2.2.2.)

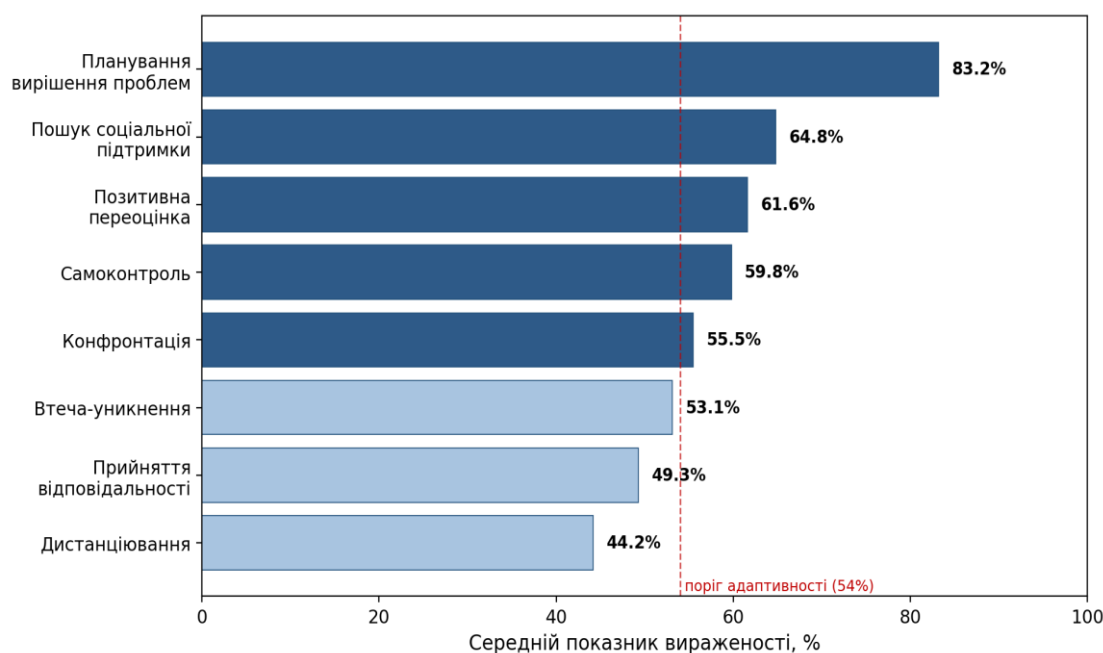


Рис. 2.2.2. Вираженість копінг-стратегій у вибірці (n=58)

Аналізуючи загальну картину вираженості копінг-стратегій, ми можемо зробити важливе спостереження. Чотири стратегії з найвищими показниками, а саме планування вирішення проблем, пошук соціальної підтримки, позитивна переоцінка та самоконтроль, належать переважно до групи адаптивних, конструктивних стратегій. Той факт, що саме ці стратегії є найбільш вираженими у нашій вибірці, свідчить про загалом хороший адаптаційний потенціал досліджуваної групи жінок. Це є дуже важливим висновком, і він буде детально розгорнутий у наступному підрозділі роботи.

Тепер ми переходимо до того методу інтерпретації даних, який, відповідно до задуму нашого дослідження, є для нас основним, а саме до *синдромологічної інтерпретації*. Як ми пояснювали у підрозділі 2.1, синдромологічна інтерпретація передбачає не тільки опис окремих показників, а їхнє групування у цілісні патерни. Логіка цього підходу полягає у тому, що окремо взята копінг-стратегія сама по собі є багатозначною, і лише її поєднання з іншими стратегіями створює той цілісний психологічний портрет, який ми можемо змістовно інтерпретувати. На основі аналізу індивідуальних профілів

учасниць нашого дослідження ми виокремили три патерни копіngu, кожен з яких відповідає певному рівню психологічної адаптації:

1) патерн активного подолання - характеризується високими показниками за конструктивними, проблемно-орієнтованими стратегіями. Жінки, чий профіль відповідає цьому патерну, активно планують свої дії, шукають та використовують соціальну підтримку, схильні до позитивної переоцінки складного досвіду, зберігають самоконтроль. Цей патерн відповідає адаптивному рівню психологічної адаптації. У нашій вибірці він є домінуючим, і саме до нього належить 37 жінок, що становить 63.8% від загальної кількості учасниць. Психологічний портрет жінки, чий копінг відповідає цьому патерну, можна окреслити так. Це жінка, яка, попри весь стрес та емоційне навантаження процесу *ЕКЗ*, зберігає здатність діяти цілеспрямовано, спирається на підтримку оточення, знаходить у собі ресурс для збереження сенсу та позитивної перспективи;

2) патерн напруженої адаптації - характеризується середніми показниками за більшістю шкал. Жінки, чий профіль відповідає цьому патерну, загалом зберігають здатність до конструктивного реагування, проте у їхньому профілі помітнішою є присутність пасивних стратегій, зокрема втечі-уникнення. Це свідчить про те, що адаптація таких жінок дається їм ціною більшого напруження, що їхні ресурси є більш виснаженими. Цей патерн відповідає частково адаптивному рівню. У нашій вибірці до нього належить 21 жінка, що становить 36.2% від загальної кількості учасниць. Психологічний портрет жінки цього патерну можна окреслити так. Це жінка, яка справляється з ситуацією, але справляється з помітним зусиллям, у якій поряд із конструктивними стратегіями присутні і прояви втоми, уникання, потреби тимчасово відсторонитися від проблеми;

3) патерн пасивного реагування - мав би характеризуватися переважанням пасивних, унікальних стратегій та низькими показниками за конструктивними стратегіями. Цей патерн відповідав би дезадаптивному рівню психологічної адаптації. Проте, і це є одним із важливих результатів нашого

дослідження, у нашій вибірці не було виявлено жодної учасниці, чий профіль відповідав би цьому патерну. Іншими словами, дезадаптивний рівень у нашому дослідженні представлений не був.

Цей результат потребує окремого пояснення, і ми вважаємо за необхідне його надати, адже відсутність дезадаптивного патерну може на перший погляд видатися дивною. На нашу думку, цей результат пояснюється кількома чинниками. Перший і головний чинник полягає в особливостях формування нашої вибірки. Участь у дослідженні була добровільною, а отже до нього долучилися ті жінки, які виявили готовність розповісти про свій досвід, заповнити анкету, погодитися на інтерв'ю. Сам факт такої готовності вже є проявом певної психологічної активності та відкритості. Жінка, яка перебуває у стані глибокої дезадаптації, найімовірніше, просто не мала б ані сил, ані бажання брати участь у дослідженні. Таким чином, ми маємо справу з ефектом самовідбору вибірки, коли найбільш дезадаптовані особи природним чином опиняються поза дослідженням.

Другий чинник полягає у самій природі рішення про *ЕКЗ*. Звернення до екстракорпорального запліднення є складним, свідомим, активним кроком. Жінка, яка наважується на *ЕКЗ*, вже цим самим демонструє здатність діяти, приймати рішення, боротися за свою мету. Це означає, що серед жінок, які проходять *ЕКЗ*, частка осіб з вираженою дезадаптивною, пасивною поведінкою об'єктивно є нижчою, ніж у загальній популяції. Сам шлях до *ЕКЗ* ніби відсіює крайні прояви пасивності.

Незважаючи на те, що дезадаптивний патерн не був виявлений у нашій вибірці емпірично, ми вважаємо за доцільне все ж описати його теоретично, тобто окреслити, якими були б характеристики жінки, чий копінг відповідав би цьому патерну. Така жінка з високою ймовірністю демонструвала б переважання стратегії втечі-уникнення, була б схильна до заперечення проблеми або, навпаки, до самозвинувачення, мала б низькі показники планування та пошуку соціальної підтримки, була б схильна до соціальної ізоляції. Важливо розуміти, що такий профіль не свідчив би про особистісну

слабкість жінки, а радше про крайній ступінь виснаження її адаптаційних ресурсів, і саме така жінка найбільше потребувала б професійної психологічної допомоги. Опис цього патерну, навіть за відсутності відповідних йому учасниць, є важливим для повноти нашої типології та для розуміння всього спектра можливих варіантів психологічної адаптації. (Рис.2.2.3)

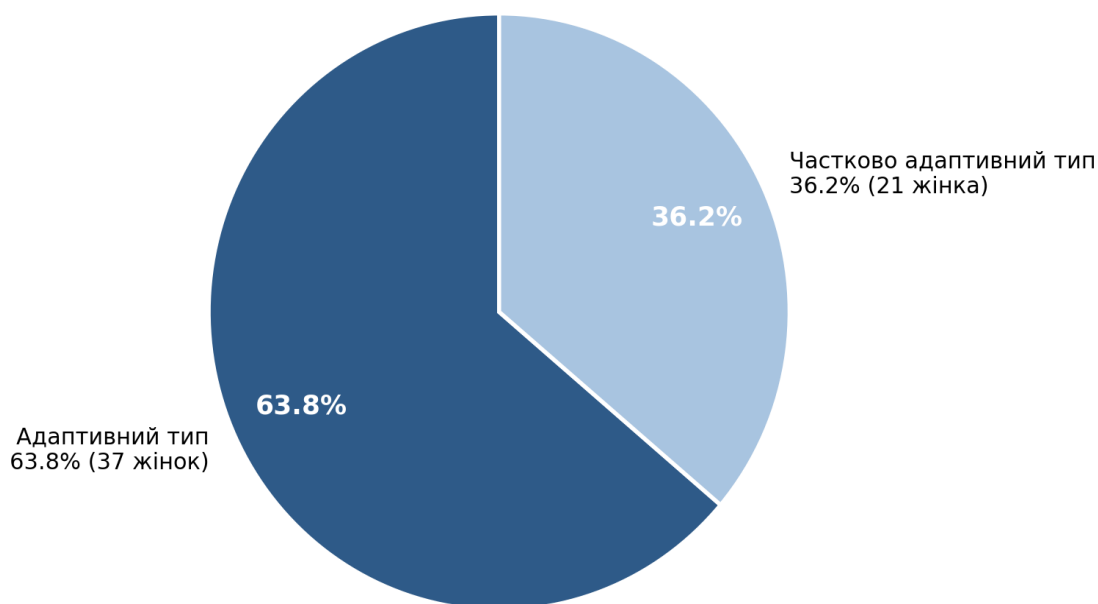


Рис. 2.2.3. Розподіл учасниць за типом психологічної адаптивності

Підсумовуючи кількісний аналіз та синдромологічну інтерпретацію, ми можемо зробити такі висновки. Кількісні дані засвідчили, що у досліджуваній групі жінок домінують конструктивні, проблемно-орієнтовані копінг-стратегії, передусім планування вирішення проблем та пошук соціальної підтримки. Синдромологічна інтерпретація дозволила виокремити три патерни копінгу, з яких у вибірці реально представлені два, а саме патерн активного подолання та патерн напруженої адаптації. Третій патерн, патерн пасивного реагування, у вибірці виявлений не був, що пояснюється ефектом самовідбору та активною природою рішення про ЕКЗ. Ці результати створюють основу для наступного

підрозділу, у якому ми детальніше розглянемо взаємозв'язок між емоційними реакціями жінок та ефективністю їхньої психологічної адаптації.

2.3. Взаємозв'язок між емоційними реакціями та ефективністю психологічної адаптації до стресорів ЕКЗ

У попередньому підрозділі ми окремо проаналізували дві важливі складові психологічного досвіду жінки у процесі ЕКЗ. З одного боку, ми розглянули типові емоційні стани, тобто те, що жінка відчуває. З іншого боку, ми розглянули копінг-стратегії, тобто те, як жінка реагує на ці відчуття та намагається з ними справлятися. Тепер час поєднати ці дві складові і поставити центральне для нашого дослідження питання, а саме питання про те, як саме емоційні реакції жінки пов'язані з ефективністю її психологічної адаптації. Іншими словами, у цьому підрозділі ми прагнемо зрозуміти, чому одні жінки проходять через однакові за об'єктивними обставинами випробування, зберігаючи психологічну рівновагу, тоді як інші за тих самих обставин виявляються значно більш вразливими.

Перш ніж переходити до аналізу, ми вважаємо за необхідне зробити одне важливе методологічне зауваження. Коли ми говоримо про взаємозв'язок між емоційними реакціями та ефективністю адаптації, ми свідомо уникаємо слова кореляція у його суворому статистичному значенні. Як ми докладно пояснювали у підрозділі 2.1, від проведення кореляційного аналізу у нашому дослідженні було вирішено відмовитися, оскільки наявні у нас показники є похідними від одного інструменту і їх статистичне співвіднесення було б методологічно некоректним. Тому у цьому підрозділі під взаємозв'язком ми розуміємо не математичну залежність, а змістовий, психологічний зв'язок, який ми виявляємо шляхом якісного аналізу та синдромологічної інтерпретації. Це

зв'язок, який ми бачимо, коли зіставляємо емоційний досвід жінки з її копінг-профілем і простежуємо, як одне співвідноситься з іншим.

Розпочнемо з основного теоретичного положення, яке впливає з обраної нами трансакційної моделі стресу та копіngu. Згідно з цією моделлю, між стресогенною подією та емоційною реакцією на неї немає прямого та однозначного зв'язку. Між ними завжди стоїть проміжна ланка, а саме когнітивна оцінка ситуації та копінг-стратегії, які людина застосовує. Це означає, що сама по собі стресогенна подія, наприклад невдала спроба *ЕКЗ*, не визначає жорстко, наскільки важким буде емоційне переживання жінки. Дуже багато залежить від того, як жінка цю подію осмислює і які стратегії опанування вона застосовує. Саме у цьому і полягає сутність взаємозв'язку, який ми досліджуємо. Емоційні реакції та копінг-стратегії перебувають у стані постійної взаємодії, вони взаємно впливають одне на одного.

Аналіз наших даних дозволяє описати цей взаємозв'язок як двоспрямований. З одного боку, копінг-стратегії впливають на емоційні реакції. Жінка, яка застосовує конструктивні стратегії, наприклад планування або пошук підтримки, як правило, переживає менш інтенсивний та менш руйнівний емоційний дистрес. З іншого боку, і емоційні реакції впливають на вибір копінг-стратегій. Жінка, яка перебуває у стані надмірно інтенсивного емоційного переживання, може втрачати доступ до конструктивних стратегій і мимоволі переходити до пасивних, унікальних форм реагування. Таким чином, ми маємо справу не з простою односпрямованою причинністю, а зі складною взаємодією, у якій емоції та копінг постійно впливають одне на одного.

Узагальнене графічне представлення концептуальної структури досліджуваного взаємозв'язку наведено на Рис. 2.3.1. На схемі показано, як стресогенні чинники процесу *ЕКЗ* опосередковано впливають на тріаду емоційних реакцій, копінг-стратегій та успішності адаптації, а також роль ключових опосередковуючих чинників — когнітивної оцінки ситуації, соціальної підтримки та внутрішніх ресурсів особистості.



Рис. 2.3.1. Концептуальна схема взаємозв'язку емоційних реакцій, копінг-стратегій та психологічної адаптації жінок у процесі ЕКЗ

Зазначений взаємозв'язок доцільно розглянути докладніше на прикладі патернів копіngu, виокремлених у попередньому підрозділі. Почнемо з патерну *активного подолання*, який, нагадаємо, є домінуючим у нашій вибірці та відповідає адаптивному рівню. Зіставлення кількісних даних із якісними матеріалами інтерв'ю дозволяє нам описати, як саме емоційні реакції співвідносяться з цим патерном. Жінки, чий копінг-профіль відповідає патерну *активного подолання*, переживають увесь той самий спектр важких емоцій, який ми описали у підрозділі 2.2. Вони так само відчувають тривогу, так само страждають у період двотижневого очікування, так само переживають горе у разі невдачі. Принципова відмінність полягає не у відсутності важких емоцій, а у тому, як ці емоції опановуються. Завдяки високим показникам планування ці жінки спрямовують свою тривогу у конструктивне русло, перетворюючи її на діяльність, на пошук інформації, на підготовку до наступних кроків. Завдяки високим показникам пошуку соціальної підтримки вони не залишаються наодинці зі своїми переживаннями, а розподіляють емоційне навантаження,

ділячись ним із близькими та зі спільнотою. Завдяки позитивній переоцінці вони знаходять у важкому досвіді сенс, що допомагає їм зберігати загальну життєву перспективу.

Дуже показовим у цьому контексті є один із фрагментів наших інтерв'ю, у якому учасниця описувала, як вона переживала період очікування. Замість того щоб пасивно занурюватися у тривогу, вона разом із чоловіком свідомо наповнювала цей час активністю та враженнями. Цей опис, який ми вже наводили у попередньому підрозділі, є наочним прикладом того, як конструктивний копінг видозмінює емоційне переживання. Тривога нікуди не зникає, але вона перестає бути всепоглинаючою, оскільки жінка знаходить спосіб співіснувати з нею, не дозволяючи їй заповнити весь психологічний простір. Саме у цьому і виявляється ефективна психологічна адаптація, не у відсутності негативних емоцій, а у здатності зберігати функціонування та внутрішню рівновагу попри ці емоції.

Наступним розглядається патерн *напруженої адаптації*, який відповідає частково адаптивному рівню. Зіставлення емоційних реакцій із цим патерном дає дещо іншу картину. Жінки, чий профіль відповідає цьому патерну, також застосовують конструктивні стратегії, проте у їхньому профілі помітнішою є присутність пасивних стратегій, зокрема втечі-уникнення. Що це означає на рівні емоційного переживання. Це означає, що такі жінки справляються зі своїми емоціями, але це справляння дається їм ціною значно більшого внутрішнього напруження. Їхня адаптація є більш крихкою, більш затратною. У термінах нашого дослідження ми могли б сказати, що ці жінки перебувають у стані хиткої рівноваги, яка зберігається, але потребує постійних зусиль і може бути порушена за умови додаткового стресового навантаження.

Аналіз інтерв'ю дозволяє нам глибше зрозуміти психологічний зміст патерну напруженої адаптації. Жінки, чий досвід ми могли б віднести до цього патерну, нерідко описують стан емоційного виснаження, втоми від тривалої боротьби. Особливо це характерно для жінок, які мають за плечима вже не одну спробу ЕКЗ. Дуже промовистим є фрагмент інтерв'ю з фахівчиною,

ембріологинєю, яка описала, як виглядає виснаження пацієнток з боку фахівця. За її словами, є пари, які, маючи навіть достатню кількість ембріонів та чималі попередні надії, після певної кількості невдач просто припиняють лікування, тому що їм важко, тому що це дійсно важко. Цей опис яскраво ілюструє те, що відбувається, коли напружена адаптація вичерпує свій ресурс. Жінка або пара, які тривалий час трималися ціною величезного напруження, у певний момент можуть досягти межі, за якою продовження боротьби стає психологічно неможливим.

Тут ми підходимо до дуже важливого висновку, який стосується взаємозв'язку між емоціями та адаптацією. Цей висновок полягає у тому, що ключовим чинником, який відрізняє більш ефективну адаптацію від менш ефективної, є не інтенсивність емоцій сама по собі, а наявність та доступність ресурсів для опанування цих емоцій. Іншими словами, питання не у тому, наскільки сильно жінка переживає, а у тому, чи має вона на що спертися у своєму переживанні. І тут на перший план виходить чинник, на якому ми вважаємо за необхідне зупинитися окремо, а саме чинник соціальної підтримки.

Аналіз як кількісних, так і якісних даних нашого дослідження переконливо засвідчує, що соціальна підтримка є одним із центральних чинників, що опосередковують взаємозв'язок між емоційними реакціями та ефективністю адаптації. Нагадаємо, що пошук соціальної підтримки виявився другою за вираженістю копінг-стратегією у нашій вибірці із показником 64.8%. Це високий показник, і він добре узгоджується з тим, що ми чули від жінок у інтерв'ю. Підтримка з боку партнера, родини, а також з боку спеціалізованих онлайн-спільнот неодноразово згадувалася учасницями як те, що допомагає їм триматися. Особливо важливою, як показав аналіз, є підтримка з боку партнера. Фахівці, з якими ми проводили інтерв'ю, також наголошували на вирішальній ролі партнера. Ембріологиня прямо зазначила, що якщо жінку підтримує чоловік, це зовсім інша історія, і тоді жінка здатна витримувати лікування значно довше.

Водночас аналіз інтерв'ю виявив і зворотний бік цього чинника. Соціальна підтримка позитивно впливає на адаптацію лише тоді, коли вона є якісною, тобто коли вона відповідає реальним потребам жінки. Невідповідна підтримка, навпаки, може посилювати емоційний дистрес. Ми вже згадували у попередньому підрозділі, що жінки нерідко стикаються з реакціями оточення, які, попри добрі наміри, сприймаються як знецінення їхніх переживань. Це означає, що сам по собі факт наявності людей навколо жінки ще не гарантує позитивного впливу на її адаптацію. Вирішальним є якісний характер взаємодії, наявність справжнього розуміння. Саме тому, як ми зазначали, такого значення для жінок набувають спеціалізовані спільноти, де вони знаходять розуміння з боку тих, хто має подібний досвід.

Підсумовуючи першу частину аналізу взаємозв'язку між емоційними реакціями та ефективністю адаптації, ми можемо зробити такий проміжний висновок. Взаємозв'язок цей є складним, двоспрямованим та опосередкованим. Емоції та копінг-стратегії перебувають у стані постійної взаємодії. Ефективність адаптації визначається не відсутністю важких емоцій, які є неминучими у процесі *ЕКЗ*, а наявністю ресурсів для їх опанування, серед яких ключову роль відіграють конструктивні копінг-стратегії та якісна соціальна підтримка. У наступній частині цього підрозділу ми продовжимо аналіз, зосередившись на ролі окремих емоційних чинників та на тому, як отримані нами результати співвідносяться з першою гіпотезою нашого дослідження.

Першим емоційним чинником, на якому ми вважаємо за потрібне зупинитися окремо, є чинник надії. На перший погляд може здатися дивним, що ми відносимо надію до чинників, які потребують аналізу у контексті адаптації, адже надія зазвичай сприймається як щось безумовно позитивне. Проте аналіз наших інтерв'ю показав, що роль надії у процесі *ЕКЗ* є складною і навіть двоїстою. З одного боку, надія є тим, що дає жінці сили продовжувати, що мотивує її йти далі попри труднощі. З іншого боку, саме надія робить жінку вразливою, адже чим сильніша надія, тим болючішим є розчарування у разі невдачі. Одна з фахівчинь, ембріологиня, дуже точно описала цей механізм. За

її словами, проблема виникає тоді, коли жінка покладає на одну спробу абсолютно всі надії:

«...А є жінки, які навпаки, їхня тривожність збільшується, їхній психологічний стан з кожним наступним *ЕКЗ* погіршується, відповідно результативність *ЕКЗ*, відсотковість, що воно буде результативним погіршується. І таких жінок, у яких стан погіршується набагато більший, ніж жінок, які відпускають і просто йдуть за протоколами, як буде, так і буде. Більше наступає депресивний стан, більшість тривожність підвищується. ... Тим, хто приходить, я їм кажу, що варто нам змінити ціль, наша ціль тепер буде в роботі не вагітність, а стати мамою, тому що саме *ЕКЗ* і народження дитини - це зовсім різні речі. І, відповідно, дуже багатьох це отак от переключає трошечки. Тому психологічне налаштування і ціль, до чого жінка йде, вагітність і пології, народження дитини, стати мамою - це такі різні речі.»

Це спостереження фахівчині має, на нашу думку, велике значення для розуміння взаємозв'язку між емоціями та адаптацією. Воно показує, що навіть позитивна за своєю природою емоція, якою є надія, може за певних умов ускладнювати адаптацію. Ключовим тут є те, як саме структурована надія жінки. Якщо надія сконцентрована на одній спробі *ЕКЗ* за принципом усе або нічого, вона стає чинником ризику. Якщо ж надія є більш гнучкою, якщо вона враховує можливість того, що шлях буде довгим, вона стає ресурсом. Таким чином, ми бачимо, що для адаптації має значення не лише наявність чи відсутність надії, а її внутрішня структура.

Другим емоційним чинником, який ми виявили в аналізі інтерв'ю, є чинник відчуття контролю, точніше його втрати. Ми вже частково торкалися цього питання, коли аналізували двотижнєве очікування. Тут ми хочемо наголосити на тому, що переживання втрати контролю є одним із найважливіших емоційних аспектів усього процесу *ЕКЗ*, і що здатність жінки психологічно опанувати цю втрату контролю є важливим показником її адаптації. Одна з фахівчинь у своєму інтерв'ю сказала наступне:

« Звичайно, це впливає на пацієнта, тому що, ну, мало того, що пацієнт зараз має всі гроші віддати, він потім ще, якщо в нього не вийде, він має шукати гроші на наступний цикл, тому що всі гроші були вкладені в цю ідею, а вона не збулася, людина відчуває, що взагалі не має контролю над цим... У нас є пацієнти, які продали квартири, продали машини для того, щоб отримати вагітність, потім в них пішло на це 8-10 років, і вони починають життя заново, збирають гроші на квартири, на машини. А пацієнтів, в яких вік піджимає, ближче до 40 років, вони розуміють, що цей рік, вони не можуть просто почекати рік, що це для них може бути критично, вік неможливо контролювати. Оваріальний резерв може зменшитися.»

У цьому висловлюванні фахівчиня описує той психологічний механізм, який робить процес *ЕКЗ* настільки виснажливим. Жінка опиняється у ситуації, коли вона не може повпливати на найважливіше для неї, і це переживання безсилля є джерелом хронічного емоційного виснаження. Аналіз інтерв'ю показав, що жінки, чия адаптація є більш ефективною, знаходять спосіб психологічно примиритися з цією втратою контролю. Вони ніби визнають, що частина процесу їм невіддільна, і концентрують свої зусилля на тому, що дійсно перебуває у їхній зоні впливу. Це і є проявом зрілої копінг-поведінки, а саме здатності розрізняти те, що можна змінити, і те, що змінити неможливо.

Третім емоційним чинником, який заслуговує на окремий розгляд, є почуття провини та самозвинувачення. Аналіз інтерв'ю показав, що багато жінок, особливо після невдалих спроб, схильні шукати причину невдачі у собі, звинувачувати себе у тому, що вони щось зробили не так, недостатньо берегли себе, недостатньо вірили. Це почуття провини є дуже руйнівним для адаптації, адже воно додає до й без того важкого переживання невдачі ще й тягар самозвинувачення. Ми вже наголошували, і вважаємо за необхідне наголосити ще раз, що таке самозвинувачення є психологічно невиправданим. Невдача *ЕКЗ* обумовлена насамперед медичними чинниками, і покладати за неї відповідальність на емоційний стан жінки є некоректним. Одна з учасниць нашого дослідження сказала:

«Прийшло якесь прийняття. Бо я ніби згорала, коли корила себе за те, що знов не вийшло, я не така, він (*чоловік*) не такий... Поняла, що мені і так важко, я в протоколі, це бере ресурс, я ще і зверху додаю гризінням себе.»

Прийняття того, що *ЕКЗ* не є гарантією, що невдача можлива і що ця невдача не є провиною жінки, є важливим кроком до більш здорової адаптації. Жінка, яка приймає негарантованість процесу, виявляється більш захищеною від руйнівного самозвинувачення, ніж жінка, яка переконана, що результат цілком залежить від її зусиль та правильної поведінки.

Окремо ми хочемо зупинитися на ролі *переосмислення цілі*, яке виявилось важливим адаптаційним механізмом у аналізі наших інтерв'ю. Йдеться про здатність жінки у певний момент змістити фокус із вузької цілі, якою є настання вагітності будь-якою ціною, на ширшу ціль, якою є материнство як таке. Це переосмислення дозволяє жінці зберігати сенс та перспективу навіть тоді, коли конкретні спроби виявляються невдалими. Адже якщо ціллю є саме материнство, то у жінки залишаються й інші шляхи до нього, зокрема усиновлення, і усвідомлення цього знижує відчуття безвиході. Цей механізм переосмислення цілі є яскравим прикладом копінг-стратегії позитивної переоцінки у дії, і він безпосередньо пов'язаний із ефективністю адаптації.

Тепер, спираючись на весь проведений аналіз, ми вважаємо за можливе повернутися до першої гіпотези нашого дослідження та перевірити, чи підтверджується вона отриманими даними. Нагадаємо, що перша гіпотеза була сформульована нами таким чином. Застосування жінками адаптивних, проблемно-орієнтованих копінг-стратегій, до яких належать активне планування та пошук інформації і підтримки, пов'язане з вищим рівнем їхньої психологічної адаптації до стресогенних чинників процесу *ЕКЗ*.

Проведений нами аналіз дозволяє вважати цю гіпотезу підтвердженою. Наведемо аргументи на користь цього висновку:

1) кількісні дані засвідчили, що у досліджуваній групі домінують саме адаптивні, проблемно-орієнтовані стратегії, передусім планування

вирішення проблем із показником 83.2% та пошук соціальної підтримки із показником 64.8%;

2) синдромологічна інтерпретація показала, що переважна більшість учасниць, а саме 63.8%, належить до патерну активного подолання, який відповідає адаптивному рівню і характеризується саме високими показниками проблемно-орієнтованих стратегій;

3) якісний аналіз інтерв'ю наочно продемонстрував, що жінки, які активно застосовують планування, пошук підтримки та позитивну переоцінку, описують свій досвід як такий, що є важким, але опанованим, тоді як переважання пасивних стратегій пов'язане з переживанням більшого емоційного виснаження.

Таким чином, усі три лінії аналізу, а саме кількісна, синдромологічна та якісна, узгоджено вказують на наявність змістового зв'язку між застосуванням адаптивних копінг-стратегій та вищим рівнем психологічної адаптації. Ми вважаємо за необхідне ще раз наголосити, що йдеться не про статистичну кореляцію у строгому сенсі, від встановлення якої ми свідомо відмовилися, а про змістовий психологічний зв'язок, виявлений шляхом якісного аналізу та синдромологічної інтерпретації. Проте цей змістовий зв'язок є достатньо чітким та послідовним, щоб ми могли вважати першу гіпотезу нашого дослідження підтвердженою.

Водночас ми вважаємо за необхідне зробити одне важливе уточнення. Підтвердження першої гіпотези не слід розуміти спрощено, нібито достатньо просто застосовувати правильні копінг-стратегії, і адаптація буде успішною. Аналіз показав, що зв'язок між копінгом та адаптацією є взаємним. Не лише копінг впливає на адаптацію, а й загальний стан жінки, її ресурси, її оточення впливають на те, які копінг-стратегії їй взагалі доступні. Жінка у стані глибокого виснаження може просто не мати сил для застосування конструктивних стратегій. Саме тому підтримка жінки має полягати не лише у навчанні її правильних стратегій, а й у створенні тих умов, у яких ці стратегії

стають можливими. Цей висновок має безпосереднє значення для третього розділу нашої роботи, присвяченого оптимізації психологічної адаптації.

Висновки до другого розділу

За результатами другого розділу сформульовано такі висновки:

1) реалізовано емпіричне дослідження у форматі змішаного дизайну за участю 58 жінок з різним досвідом *ЕКЗ* та 24 глибинних напівструктурованих інтерв'ю з 20 жінками і 4 фахівцями у сфері репродуктивної медицини; обґрунтовано вибір кількісного й якісного методів, поєднання яких забезпечує цілісне бачення психологічної адаптації жінок до процесу екстракорпорального запліднення;

2) з'ясовано структурно-функціональний зміст типових психоемоційних станів жінок у період очікування результатів *ЕКЗ*: виявлено період двотижневого очікування як центральне емоційне випробування процесу, охарактеризовано копінг-стратегії на рівні окремих показників та цілісних патернів; виокремлено три патерни копіngu — активного подолання, напруженої адаптації та пасивного реагування, обґрунтовано причини відсутності дезадаптивного типу у вибірці;

3) на основі трьох незалежних ліній аналізу (кількісної, синдромологічної та якісної) підтверджено першу гіпотезу дослідження: ефективність психологічної адаптації жінок до стресорів *ЕКЗ* обумовлена типовими психоемоційними станами, спричиненими застосуванням проблемно-орієнтованих копінг-стратегій; розкрито специфіку взаємозв'язку між емоційними реакціями та копінгом, виявлено ключові адаптаційні механізми.

РОЗДІЛ 3 ОПТИМІЗАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ЖІНОК ДО ПРОЦЕСУ ЕКЗ ТА КОРЕКЦІЯ ЇЇ ПОРУШЕНЬ

3.1. Психологічні особливості адаптації жінок з попереднім невдалим досвідом ЕКЗ

Третій розділ роботи присвячено питанням оптимізації психологічної адаптації жінок до процесу екстракорпорального запліднення. Особливу увагу ми зосереджуємо на підгрупі респонденток із негативним досвідом ЕКЗ в анамнезі, оскільки саме ця категорія потребує більшої психологічної підтримки. Аналіз цієї підгрупи пов'язаний із другою гіпотезою дослідження, перевірка якої здійснюється тут.

Нагадаємо, що друга гіпотеза передбачає, що жінкам із неефективними спробами ЕКЗ у минулому властивий низький рівень психологічної адаптації на етапі вступу в новий лікувальний цикл. Таке припущення ґрунтується на розумінні невдалої спроби як пролонгованого дистресору, проте емпіричні дані показали більш складну картину цього явища.

До підгрупи жінок із негативним досвідом увійшли 10 учасниць (17.2% загальної вибірки). У межах цієї підгрупи анамнез дещо різниться, у восьми жінок вагітність у попередніх циклах не настала, а у двох вагітність перервалася. Попри відмінності, спільним для всіх є те, що досвід лікування не завершився народженням дитини. За віком (від 29 до 44 років), сімейним статусом (дев'ятеро перебувають у шлюбі або цивільному партнерстві), джерелами фінансування (восьмеро за програмою НСЗУ) та рівнем освіти ця підгрупа загалом подібна до загальної вибірки, що дозволяє їх коректно порівнювати.

Аналіз кількісних показників показав, що чотири жінки з цієї підгрупи належать до адаптивного типу, а шість до частково адаптивного. Респонденток із дезадаптивним типом у цій групі не виявлено. Тобто всі учасниці з невдалим досвідом продемонстрували як мінімум помірний рівень адаптації.

Розподіл жінок з невдалим досвідом ЕКЗ за типом адаптивності наочно представлено на Рис. 3.1.1.

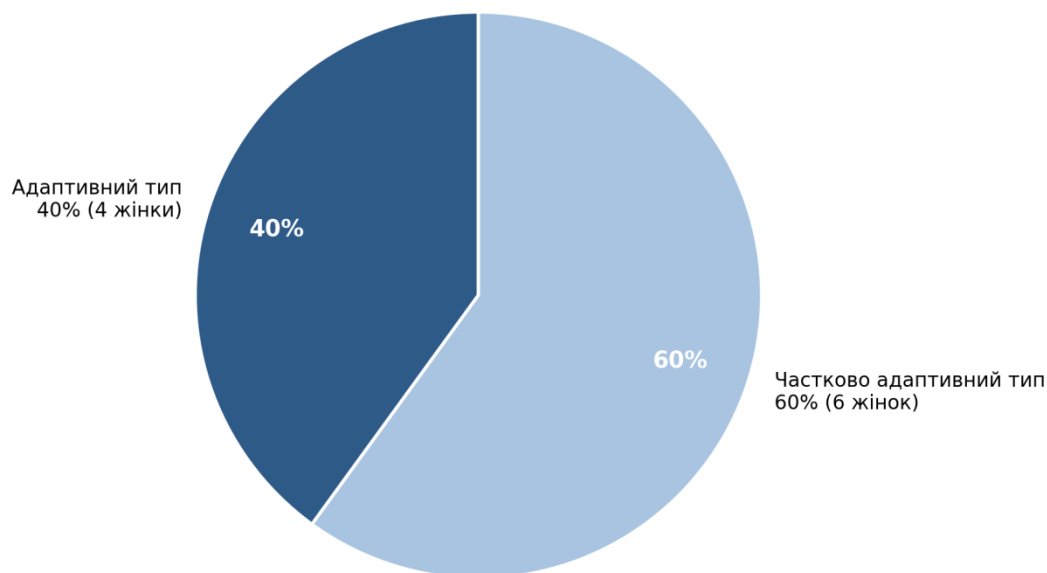


Рис. 3.1.1. Розподіл жінок з невдалим досвідом ЕКЗ за типом адаптивності ($n=10$)

Цей результат не підтверджує другу гіпотезу дослідження. При порівнянні із загальною вибіркою також не спостерігається різкого зниження показників: у загальній вибірці адаптивний тип становить 63.8%, тоді як у підгрупі з невдалим досвідом 40%. Хоча ця частка є нижчою, вона не свідчить про наявність дезадаптації. Отже, друга гіпотеза дослідження емпірично не підтвердилася. Отримані дані піднімають питання про психологічні механізми, які дозволяють жінкам зберігати адаптивність після невдалих спроб лікування.

Графічне порівняння розподілу типів адаптивності у загальній вибірці та у підгрупі жінок з невдалим досвідом ЕКЗ подано на Рис. 3.1.2.

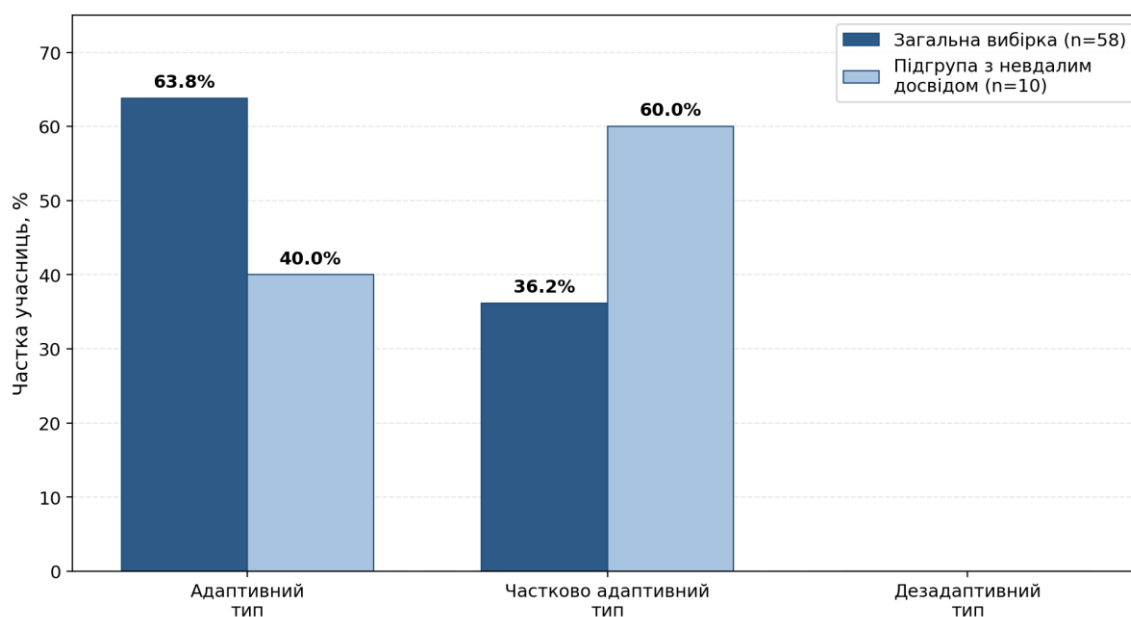


Рис. 3.1.2. Порівняння типів адаптивності: загальна вибірка та підгрупа з невдалим досвідом ЕКЗ

Одним із можливих пояснень цього є ефект самовідбору вибірки. Жінки, які погодилися взяти участь у дослідженні, загалом демонструють вищу психологічну активність і схильність до рефлексії. Щодо респонденток із негативним досвідом цей ефект може бути ще більш вираженим, про невдачу частіше готові говорити ті жінки, які вже певною мірою її осмислили та інтегрували. Натомість жінки, які перебувають у стані гострої дезадаптації, ймовірно, рідше беруть участь у подібних дослідженнях.

Друге пояснення є глибшим і полягає в тому, що невдалий досвід не впливає на психіку прямо й автоматично. У межах трансакційної моделі стресу та копінгу між стресогенною подією та її наслідками завжди є проміжна ланка - когнітивна оцінка ситуації та способи подолання стресу. Тому сама по собі невдача ЕКЗ не визначає рівень психологічної адаптації жінки. Він залежить від того, як вона цей досвід осмислила та опрацювала. Отримані дані показують, що значна частина учасниць справляється з цим доволі конструктивно.

Показовою є одна особливість кількісних результатів. У жінок із негативним досвідом ЕКЗ стратегія планування вирішення проблем має високі

значення, у багатьох випадках вона сягає 80-90%, а іноді й 100%. Це свідчить про те, що невдача не зруйнувала здатність до проблемно-орієнтованого подолання труднощів. Навпаки, можна припустити, що саме ці копінг-стратегії, зокрема схильність до планування, допомогли цим жінкам більш конструктивно пережити досвід невдачі та уникнути дезадаптації.

Таким чином, друга гіпотеза дослідження не отримала підтвердження. Жінки з негативним досвідом ЕКЗ продемонстрували переважно адаптивний або частково адаптивний рівень функціонування, а ознак дезадаптації серед них не виявлено. Отримані результати ми пояснюємо як ефектом самовідбору вибірки, так і тим, що вплив стресогенного досвіду є опосередкованим і реалізується через когнітивну оцінку та копінг-стратегії.

Для глибшого розуміння цього процесу у наступному підрозділі ми звернемося до якісних даних інтерв'ю з респондентками, які мають досвід невдалих спроб ЕКЗ.

Кількісні дані показали, що жінки з невдалим досвідом зберігають здатність до адаптації. Однак самі по собі цифри не пояснюють, як саме це відбувається. Щоб зрозуміти внутрішній бік цього процесу, звернемося до матеріалів глибинних інтерв'ю, у яких жінки описували власне переживання невдачі та те, що допомогло їм рухатися далі.

Перше, що помітно при аналізі інтерв'ю, це те, що жінки не знецінюють і не зменшують значення пережитої невдачі. Вони відкрито говорять про біль, відчай і сльози. Невдача не описується як щось легке чи швидко подолане. Водночас у цих розповідях майже завжди присутній ще один компонент — певний внутрішній рух уперед, пошук способу жити далі. Саме це поєднання визнання болю і водночас здатності його опрацьовувати, на нашу думку, і становить психологічну сутність адаптації після невдачі.

Одним із ключових механізмів, які простежуються в інтерв'ю, є переосмислення самого ставлення до ЕКЗ. Йдеться про поступовий перехід від сприйняття ЕКЗ як окремої події, яка або завершується успіхом, або ні, до розуміння його як тривалого процесу, що складається з багатьох етапів. Часто

саме через досвід невдачі жінки відходять від нереалістичних очікувань, про які йшлося у другому розділі. У цьому сенсі невдача, парадоксально, може мати й певний адаптивний ефект, оскільки руйнує уявлення про гарантований результат і робить подальший шлях більш реалістичним.

Другим важливим механізмом є те, що в інтерв'ю можна позначити як переосмислення мети. Ми вже згадували цей аспект у другому розділі, але в контексті невдалого досвіду він проявляється особливо чітко. Йдеться про зміщення фокуса з вузької мети — вагітності саме в межах ЕКЗ — на ширшу мету, тобто материнство як таке. Жінки, які демонструють кращу адаптацію після невдачі, часто приходять саме до такого переосмислення. Вони починають сприймати материнство як головну ціль, а шлях до нього як такий, що може бути різним. Це створює психологічний простір, у якому невдача однієї спроби не сприймається як руйнування всієї життєвої перспективи.

Аналіз інтерв'ю також показує, що важливу роль у подоланні невдалого досвіду відіграє підтримка партнера. Жінки які описують свій вихід із кризи як більш успішний, майже завжди згадують про чоловіка як про джерело підтримки. Водночас фахівці у своїх інтерв'ю зазначають, що відсутність підтримки з боку партнера є одним із факторів, який найчастіше пов'язаний із припиненням лікування. Ембріологиня прямо описує цей контраст, розповідаючи про своїх пацієнток:

«...Коли є можливості, коли є ...чоловік поруч, авжеж. Але не у всіх це є, і не всі можуть чекати, поки це все у них з'явиться; але коли є партнер, чоловік, це не тільки фінансовий бік, авжеж, це колосальна підтримка. Завжди приємно, коли приходять на прийом вдвох. Ти не завжди відпускаєш людину з хорошими новинами, і якщо пацієнтка може виговоритись чоловіку, дослідити НАЗВА АНАЛІЗУ разом, це завжди полегшує».

Це спостереження фахівчині добре узгоджується з нашими кількісними даними. Нагадаємо, що дев'ятеро з десяти жінок у підгрупі з негативним досвідом перебувають у шлюбі або цивільному партнерстві. Можна

припустити, що наявність стабільних партнерських стосунків є одним із чинників, які допомагають зберігати адаптивність попри пережиту невдачу.

Ще одним механізмом, який чітко простежується в інтерв'ю, є збереження активної, проблемно-орієнтованої позиції. Жінки після невдачі, як правило, не зупиняються на переживанні втрати. Вони шукають інформацію, обговорюють із лікарями можливі причини невдачі, розглядають зміну протоколу або клініки, планують подальші кроки. Це повністю узгоджується з високими показниками за шкалою планування, які були наведені раніше. Сам факт того, що жінка продовжує планувати після невдачі, можна розглядати одночасно і як прояв, і як механізм її адаптації

Аналіз інтерв'ю не дозволяє нам ідеалізувати ситуацію. Поряд із проявами конструктивного опрацювання в розповідях жінок присутні суттєві ознаки виснаження. Деякі учасниці відверто говорили про втому від багаторічної боротьби, про моменти, коли виникало бажання все припинити, а фахівці підтверджують, що така втома є реальною. Ембріологиня зазначає, що є пари, які після кількох невдалих спроб відмовляються від подальшого лікування навіть за наявності заморожених ембріонів, оскільки психологічно не витримують повторення циклу надії та розчарування. Ми вважаємо важливим зазначити цей факт оскільки він показує межі адаптаційних можливостей. Адаптація після невдачі справді можлива, але вона не є безмежною, кожна наступна невдача підвищує її «ціну».

Тут проходить межа між жінками адаптивного та частково адаптивного типу в межах цієї підгрупи. І ті, і інші, певною мірою опрацьовують невдалий досвід та зберігають здатність до адаптації. Проте у жінок частково адаптивного типу це стається при вищому внутрішньому напруженні, а їхній адаптаційний ресурс є ближчим до виснаження. Саме частково адаптивний тип переважає в підгрупі з невдалим досвідом: до нього належать шість із десяти жінок. Це означає, що більшість респонденток перебуває у стані тієї нестійкої рівноваги, про яку ми згадували у другому розділі, і вони найбільше потребують психологічної підтримки.

Узагальнюючи матеріали інтерв'ю, можна окреслити психологічний портрет жінки, яка відносно успішно опрацьовує невдалий досвід ЕКЗ. Це жінка, яка не заперечує болю втрати, а визнає його і дозволяє собі його прожити. Вона відмовляється від уявлення про гарантований результат і сприймає ЕКЗ як тривалий процес. Вона поступово переосмислює свою ціль, зміщуючи фокус із конкретної спроби на материнство як більш широку життєву мету. Вона має підтримку партнера або іншої значущої людини. І, нарешті, вона зберігає активну, проблемно-орієнтовану позицію, продовжуючи планувати й діяти. Сукупність цих характеристик і становить той психологічний механізм, завдяки якому невдалий досвід не призводить до дезадаптації.

3.2. Проблемно-орієнтовані копінг-стратегії у системі адаптації до репродуктивних технологій

Раніше ми вже зазначали, що одним із ключових чинників успішної психологічної адаптації жінок до процедури ЕКЗ є збереження ними активної, спрямованої на вирішення задач позиції. У цьому підрозділі ми детальніше зупиняємося саме на цьому аспекті. Йдеться про аналіз проблемно-орієнтованих копінг-стратегій, які, на нашу думку, відіграють роль одного зі стрижневих механізмів стабілізації психічного стану пацієнток у межах терапевтичного циклу.

Передусім варто термінологічно уточнити це поняття. Як уже згадувалося в першому розділі, під проблемно-орієнтованим копінгом ми розуміємо систему дій, спрямованих на зміну стресового середовища або безпосередню роботу з джерелом напруження. До таких дій зазвичай належать цілеспрямоване планування, активне залучення інформаційних ресурсів, а також пошук і використання соціальної підтримки. Водночас емоційно-орієнтований копінг зосереджується не на самій проблемній ситуації, а радше на внутрішній регуляції стану та опрацюванні переживань.

Звісно, подібне розмежування певною мірою є теоретичною конструкцією, адже в реальному житті жінки зазвичай комбінують різні стратегії залежно від контексту. Проте в межах дослідницького аналізу така диференціація є досить продуктивною, оскільки дозволяє чіткіше побачити домінантні патерни поведінки.

Емпіричні результати нашого дослідження достатньо чітко демонструють, який саме тип реагування переважає у пацієнток клінік репродуктивної медицини. Звернемося до конкретних даних: стратегія, пов'язана з плануванням вирішення проблем, виявилася безумовно домінуючою у вибірці, досягнувши середнього значення **83.2%**. Такий показник складно описати лише як високий, радше він є показовим і навіть нетипово вираженим. Це свідчить про те, що більшість учасниць дослідження схильні осмислювати свій досвід раціонально, намагаються діяти, шукати рішення та утримувати контроль над тими аспектами процесу, де це можливо.

Друге місце за рівнем вираженості займає стратегія пошуку соціальної підтримки (**64.8%**). Ми також відносимо її до проблемно-орієнтованого кластера, оскільки звернення по інформацію або допомогу назовні є формою активної поведінки, а не пасивного реагування.

Чому ж саме інструментальні, проблемно-орієнтовані стратегії так виразно проявляються у жінок під час лікування безпліддя методом ЕКЗ? На наш погляд, відповідь значною мірою пов'язана зі специфікою самого медичного маршруту.

Програма ЕКЗ є насиченою великою кількістю завдань, що потребують постійної включеності: це і вибір медичного центру, і пошук репродуктолога, і розуміння складних протоколів лікування, і регулярний контроль аналізів, а також прийняття рішень на кожному з етапів. Сам характер цього процесу фактично підштовхує жінку до активної, раціональної позиції. Перебуваючи всередині лікувального циклу, пацієнтка рідко може дозволити собі бездіяльність, оскільки сама структура процесу постійно ставить перед нею нові завдання.

Дані інтерв'ю, які ми отримали, загалом підтверджують це припущення. Учасниці дослідження детально описували власні способи подолання труднощів. Зокрема, одна з респонденток розповідала, що дуже ретельно контролювала всі терапевтичні призначення, намагаючись не просто довіряти лікарю, а самостійно розуміти та оцінювати кожне рішення. Інша учасниця зазначала, що перед вибором лікувальної стратегії вона збирала наукові матеріали, вивчала профільну літературу та консультувалася з кількома незалежними фахівцями. Такі приклади дозволяють побачити, що раціональний копінг у цьому контексті є не абстрактною теоретичною категорією, а реальною щоденною практикою, через яку жінки намагаються структурувати свій досвід і зменшити невизначеність.

Окремої уваги потребує зв'язок між раціональними копінг-стратегіями та відчуттям контролю над ситуацією. Як уже неодноразово зазначалося раніше, одним із найбільших психологічних викликів у процесі ЕКЗ є висока непередбачуваність результату та постійний дефіцит контролю над ключовими подіями.

Інструментальні стратегії в цьому випадку виконують роль своєрідного «опорного механізму», який частково відновлює відчуття суб'єктивної дієздатності. Жінка не може безпосередньо вплинути на факт імплантації ембріона, однак вона може обирати лікаря, збирати інформацію, дотримуватися рекомендацій і готувати свій організм до процедури. Саме ці дії в межах доступної зони впливу стають важливим психологічним ресурсом. У цьому сенсі планування перестає бути лише технічним інструментом і набуває функції своєрідної стратегії психологічного самозбереження в умовах невизначеності.

Водночас важливо підкреслити, що ефективність проблемно-орієнтованого копіngu не є автоматичною або безумовною. Його адаптивність значною мірою залежить від того, наскільки реалістично жінка розрізняє сфери, які піддаються контролю, і ті, що залишаються поза ним. Коли раціональна активність спрямована на об'єктивно керовані завдання (наприклад, вибір клініки чи дотримання графіку ін'єкцій), такий копінг працює конструктивно.

Натомість у випадках, коли пацієнтка намагається контролювати неконтрольовані процеси, наприклад, через надмірне відстеження можливих ранніх симптомів вагітності одразу після переносу ембріона — цей самий механізм може почати працювати протилежно, посилюючи тривожність. Тому адаптивність тут визначається не самим фактом раціонального планування, а його поєднанням із реалістичним прийняттям меж власного впливу.

Цікаві додаткові інсайти з цього приводу надає аналіз інтерв'ю з експертами. У розмовах із фахівцями особливо гостро постає питання межі терапевтичної залученості: наскільки глибоко пацієнтка має занурюватися в медичні деталі? З одного боку, копінг передбачає активний інформаційний пошук. З іншого — клініцисти наголошують на ризиках інформаційного перевантаження. Ембріологиня під час інтерв'ю досить чітко окреслила позицію щодо необхідності делегування частини відповідальності медичній команді:

«Коли тобі пацієнтка довіряє – це взагалі люкс, тобто, комбінація: довіра плюс обізнаність – це найкраще. Погано, коли пацієнтка перекладає на тебе всю відповідальність, але і погано, коли занадто багато досліджує, намагається вести процес замість мене».

Ця позиція не заперечує значення активної участі пацієнтки, а радше уточнює її межі. Інформаційний пошук залишається конструктивним доти, доки він поєднується з базовою довірою до лікарів і критичним ставленням до неперевіраних джерел, зокрема форумів і пацієнтських чатів. У цій точці проблемно-орієнтований копінг фактично перетинається з питанням якості та валідності інформації, що більш детально буде розглянуто у наступному блоці практичних рекомендацій.

Проблемно-орієнтовані копінг-стратегії, насамперед планування та інформаційний менеджмент, є домінуючими серед жінок, які проходять програми допоміжних репродуктивних технологій. Це значною мірою зумовлено діяльнісним, структурованим і водночас високостресовим характером самого лікувального процесу. Такі стратегії виконують важливу

адаптаційну функцію, допомагаючи частково відновити відчуття контролю над ситуацією.

Разом із тим їхня ефективність визначається здатністю жінки розмежовувати контрольовані та неконтрольовані аспекти процесу, а також балансувати між власною активністю і довірою до медичної команди. У наступному розділі буде розглянуто, яким чином цей тип копіngu взаємодіє з іншими адаптаційними механізмами особистості

У першій частині підрозділу ми розглядали проблемно-орієнтований копінг дещо ізольовано, ніби як окремий механізм адаптації. Однак у реальному психологічному житті жінки жодна копінг-стратегія не функціонує самотійно. Проблемно-орієнтований копінг є частиною складної системи адаптаційних ресурсів, постійно взаємодіючи як з іншими стратегіями подолання стресу, так і з зовнішніми умовами, у яких перебуває жінка. Саме цій взаємодії й буде присвячена дана частина аналізу.

Насамперед звернімося до взаємозв'язку проблемно-орієнтованого копіngu та пошуку соціальної підтримки. Хоча пошук підтримки ми вже відносили до проблемно-орієнтованих стратегій, він має власну специфіку, яка потребує окремого розгляду. Аналіз проведених інтерв'ю показує, що для жінок, які проходять процедуру ЕКЗ, підтримка реалізується у кількох різних формах. Першою формою є підтримка партнера, про визначальну роль якої ми вже писали раніше. Другою формою виступає підтримка з боку родини та близьких друзів. Третьою формою, яка виявилася надзвичайно значущою для багатьох учасниць, є підтримка, отримана у спеціалізованих онлайн-спільнотах.

Роль онлайн-спільнот заслуговує на окрему увагу. У своїх інтерв'ю жінки неодноразово підкреслювали, що саме в тематичних групах вони отримують те розуміння, якого нерідко не можуть дати навіть найближчі люди, якщо ті не мають подібного досвіду. Ми вже наводили у другому розділі показове висловлювання однієї з учасниць про те, що зі звичайними подругами вона не може повноцінно говорити про ЕКЗ, оскільки вони її не зрозуміють, тоді як у тематичній групі вона відчуває себе почутою. Саме тут проблемно-

орієнтований копінг і пошук соціальної підтримки фактично поєднуються між собою, адже в таких спільнотах жінка одночасно отримує емоційне співчуття та обмінюється практичною інформацією. Іншими словами, вона вирішує як емоційні, так і суто інформаційні завдання.

Водночас аналіз інтерв'ю, а також позиція фахівців, змушують звернути увагу на інший бік функціонування онлайн-спільнот. Ми вже зазначали, що надмірне занурення в історії невдач інших жінок може посилювати тривожність. Однак тут варто додати ще один важливий аспект. Інформація, яка циркулює у пацієнтських спільнотах, далеко не завжди є достовірною або актуальною. Фахівці у своїх інтерв'ю наголошували, що в таких чатах досить швидко поширюються уявлення, які з медичної точки зору є застарілими, неточними або навіть помилковими. Ембріологиня, у якої було взято інтерв'ю, досить виразно описувала це явище, розповідаючи про ситуації, коли пацієнтки приносять у взаємодію з лікарем установки та переконання, запозичені з пацієнтських чатів.

Це спостереження ключової інформантки має безпосереднє значення для розуміння проблемно-орієнтованого копінгу. Воно демонструє, що пошук інформації, який сам по собі є проявом активного копінгу, може мати як адаптивний, так і дезадаптивний характер залежно від якості джерел. Інформація, отримана від кваліфікованого спеціаліста, здатна зміцнювати адаптацію та знижувати невизначеність. Натомість інформація, некритично засвоєна з неперевірених джерел, може, навпаки, посилювати тривогу та дезорієнтувати жінку. Отже, по-справжньому адаптивний проблемно-орієнтований копінг передбачає сам факт пошуку інформації, а також здатність знаходити якісні джерела та критично оцінювати отримані дані.

Далі звернімося до взаємодії проблемно-орієнтованого копінгу зі стратегією позитивної переоцінки. На перший погляд ці дві стратегії можуть здаватися дуже різними. Планування орієнтоване передусім на зовнішню дію та зміну ситуації. Позитивна переоцінка, навпаки, спрямована на внутрішню перебудову ставлення до ситуації. Однак аналіз наших даних показує, що у

жінок із найбільш ефективною адаптацією ці стратегії не суперечать одна одній, а, навпаки, взаємно доповнюються. Жінка активно планує та діє там, де це можливо. Водночас пацієнтка переосмислює та приймає те, що змінити не може. Подібне поєднання активності та прийняття, на нашу думку, є однією з ознак зрілої психологічної адаптації. Нагадаємо, що позитивна переоцінка посіла третє місце за рівнем вираженості у нашій вибірці, продемонструвавши показник 61.6%, тобто ця стратегія також є достатньо розвиненою серед досліджуваних жінок.

У цьому контексті доречно повернутися до механізму переосмислення цілі (Saltzman L. & Hansel T., 2024), який ми описували у підрозділі 3.1. Саме цей механізм є яскравою ілюстрацією взаємодії між плануванням та позитивною переоцінкою. Коли жінка переосмислює свою мету, зміщуючи фокус із конкретної спроби *ЕКЗ* на материнство загалом, вона здійснює акт позитивної переоцінки. Проте це нове бачення ситуації одразу створює простір і для нового планування, адже ширша життєва ціль автоматично відкриває і ширший спектр можливих шляхів її досягнення. Таким чином, позитивна переоцінка та проблемно-орієнтований копінг фактично підтримують і підсилюють одне одного.

Окремо варто звернутися до взаємодії проблемно-орієнтованого копіngu із зовнішніми умовами, передусім фінансовими. Аналіз інтерв'ю досить чітко показує, що фінансовий чинник суттєво впливає на можливості реалізації проблемно-орієнтованого копіngu. Жінка, яка має достатньо матеріальних ресурсів, володіє значно ширшим простором для планування: вона може дозволити собі зміну клініки, проходження додаткових обстежень або повторні цикли лікування. Натомість жінка, обмежена у фінансових можливостях, об'єктивно має значно менше простору для маневру. Фахівці у своїх інтерв'ю детально описували, наскільки сильно фінансовий тиск впливає на пацієнток. Ембріологиня, зокрема, згадувала про пари, які продавали житло чи автомобілі заради лікування, а також про ситуації, коли обмеженість у коштах змушувала жінок економити навіть на необхідних обстеженнях.

У цьому контексті важливо згадати і роль державної програми Національна служба здоров'я України. Запровадження безоплатного лікування в межах цієї програми, як уже зазначалося у першому розділі, частково знижує фінансовий тиск на пацієнток. Водночас було б надто спрощено вважати, що програма повністю вирішує проблему. Фахівці звертали увагу на те, що навіть у межах державної підтримки кількість спроб залишається обмеженою, а це, своєю чергою, створює для жінки певні часові та організаційні рамки. Крім того, для пацієнток старшого репродуктивного віку обмеження кількості спроб на рік може мати критичне значення. Таким чином, фінансовий чинник продовжує суттєво впливати на можливості проблемно-орієнтованого копінгу навіть за наявності державної підтримки.

Узагальнюючи проведений у цьому підрозділі аналіз, ми доходимо висновку, що проблемно-орієнтований копінг є центральним, проте не самодостатнім механізмом адаптації. Його ефективність повною мірою розкривається лише у взаємодії з іншими ресурсами — якісною соціальною підтримкою, позитивною переоцінкою та реалістичним прийняттям меж власного контролю. Крім того, він значною мірою залежить і від зовнішніх умов, насамперед фінансових. Це може означати, що підтримка проблемно-орієнтованого копінгу не завжди зводиться лише до заклику “більше планувати” або “бути активною”. Вона має бути комплексною та враховувати всю систему адаптаційних ресурсів жінки. На основі цього розуміння ми переходимо до останнього підрозділу роботи, у якому формулюємо конкретні практичні рекомендації.

3.3. Організаційно-методичні рекомендації для розвитку у жінок адаптаційного потенціалу до репродуктивних технологій

Завершальний підрозділ нашої роботи має насамперед практичне спрямування. Якщо у попередніх підрозділах ми зосереджувалися переважно на аналізі та інтерпретації отриманих результатів, то тут ставимо перед собою

інше завдання — сформулювати конкретні рекомендації, які могли б бути корисними для жінок у процесі проходження ЕКЗ. Ці рекомендації ґрунтуються на трьох основних опорах. Першою з них є результати проведеного нами емпіричного дослідження. Другою — матеріали інтерв'ю з фахівцями у сфері репродуктивної медицини. Третьою опорою виступає проаналізована наукова література, на яку ми спиралися в межах теоретичної частини роботи.

Перш ніж перейти безпосередньо до рекомендацій, вважаємо важливим окреслити загальний принцип, на якому вони базуються. Цей принцип логічно випливає з усього проведеного дослідження і полягає у наступному: метою психологічної підтримки жінки під час ЕКЗ є не усунення складних емоцій як таких, адже це фактично неможливо, а зміцнення її адаптаційних ресурсів, передусім здатності до активного планування та виваженого пошуку інформації. Іншими словами, ми не можемо зробити шлях до материнства повністю легким або безболісним, однак можемо допомогти жінці проходити цей шлях, спираючись на власні внутрішні ресурси та сильні сторони. Саме цьому принципу підпорядковані всі рекомендації, наведені нижче.

Усі рекомендації ми умовно згрупували відповідно до трьох основних адресатів. Перша група адресована безпосередньо жінкам, які проходять або лише планують проходити процедуру ЕКЗ. Друга група рекомендацій стосується психологів та інших фахівців, що здійснюють психологічний супровід жінок в ЕКЗ. Третя група адресована медичним закладам та системі охорони здоров'я загалом. Розпочнемо з рекомендацій для жінок, оскільки вони є центральними учасницями досліджуваного процесу.

Перша рекомендація для жінок стосується формування реалістичних очікувань. Як показало наше дослідження, феномен нереалістичних очікувань є одним із серйозних чинників ризику, що робить жінку особливо вразливою у випадку можливої невдачі. Саме тому ще на етапі підготовки до ЕКЗ жінці варто свідомо працювати над тим, щоб сприймати лікування не як одноразову подію з гарантованим позитивним результатом, а як потенційно тривалий і складний процес. Це не означає налаштовувати себе на негативний сценарій

або очікувати невдачі. Радше йдеться про готовність залишати у власній картині майбутнього місце для різних варіантів розвитку подій. Парадоксально, однак саме реалістичні очікування у підсумку найкраще захищають жінку від надмірно руйнівного розчарування.

Друга рекомендація стосується активного, але водночас виваженого планування. Результати нашого дослідження переконливо показали, що планування є найбільш вираженою копінг-стратегією у жінок, які проходять ЕКЗ, а також важливим джерелом відчуття контролю над ситуацією. Саме тому жінці доцільно свідомо спиратися на цю власну сильну сторону: скласти план дій, готувати питання до лікаря, структурувати інформацію та впорядковувати процес лікування настільки, наскільки це можливо. Водночас, як уже зазначалося раніше, планування має бути спрямоване насамперед на ті аспекти, які дійсно перебувають у зоні впливу жінки. Важливо чітко розрізняти сферу власного контролю, до якої належать вибір клініки, підготовка до процедури та дотримання рекомендацій, і сферу, яка безпосередньому контролю не піддається, зокрема сам результат імплантації. Саме спрямування зусиль у межах реального впливу робить проблемно-орієнтований копінг адаптивним та ресурсним.

Третя рекомендація пов'язана з виваженим пошуком інформації. З одного боку, активний пошук інформації є важливим проявом адаптивного проблемно-орієнтованого копіngu. З іншого боку, як показали інтерв'ю з фахівцями, некритичне запозичення інформації з неперевіраних джерел може посилювати тривожність і формувати викривлені уявлення про лікування. Саме тому жінці варто орієнтуватися насамперед на кваліфіковані джерела інформації, передусім на консультації з лікарем, а також критично ставитися до інформації, отриманої з пацієнтських форумів та чатів. Це не означає, що необхідно повністю відмовитися від участі у спільнотах, адже вони можуть мати значну емоційну цінність. Однак важливо розрізняти емоційну підтримку, яку такі спільноти справді здатні забезпечити, і медичну інформацію, у питаннях якої варто насамперед довіряти фахівцю.

Четверта рекомендація стосується свідомого ставлення до онлайн-спільнот. Наше дослідження показало, що такі спільноти можуть мати подвійний вплив. З одного боку, вони є важливим джерелом емоційної підтримки та валідації досвіду. З іншого боку, надмірне занурення в історії невдач інших жінок здатне посилювати тривожність і виснаження. Саме тому жінці варто користуватися цим ресурсом усвідомлено, уважно відстежуючи власний психологічний стан. Якщо участь у спільноті приносить підтримку та відчуття полегшення, це може бути корисним ресурсом. Якщо ж після взаємодії з такими групами тривога зростає, доцільно тимчасово обмежити подібне спілкування. Уміння регулювати інтенсивність контакту зі спільнотою є важливою навичкою психологічної саморегуляції.

П'ята рекомендація стосується підтримання життєвого балансу під час лікування. Аналіз інтерв'ю показав, що багато жінок, які проходять ЕКЗ, поступово починають підпорядковувати лікуванню практично все своє життя, ніби відкладаючи його «на потім» — до настання вагітності. Водночас фахівці у своїх інтерв'ю неодноразово наголошували, що така стратегія є психологічно виснажливою. Одна з фахівчинь, репродуктологиня, прямо рекомендувала своїм пацієнткам не ставити життя на паузу та не перетворювати очікування результату на єдиний зміст існування. Враховуючи цю інформацію, жінці варто свідомо підтримувати ті сфери життя, які не пов'язані безпосередньо з лікуванням: професійну діяльність, захоплення, спілкування, відпочинок та інші значущі аспекти повсякденності. Це не є «відволіканням» від важливого процесу, а радше способом зберегти психологічну опору, яка допомагає витримувати тривале лікування.

Шоста рекомендація стосується звернення по професійну психологічну допомогу. Результати нашого дослідження показали, що більшість жінок із досвідом невдалих спроб перебувають у стані часткової адаптації, тобто у стані доволі нестійкої психологічної рівноваги. У такій ситуації професійна психологічна підтримка є не “зайвою розкішшю”, а доречним і корисним ресурсом. Звернення до психолога не слід розглядати як прояв слабкості.

Навпаки, воно може бути прикладом того самого проблемно-орієнтованого копінгу, оскільки є активною дією, спрямованою на підтримку та зміцнення власного психологічного стану. Саме тому жінці варто сприймати психологічну допомогу як один із доступних інструментів підтримки на шляху проходження ЕКЗ.

Окремо вважаємо важливим наголосити на рекомендації, пов'язаній із переосмисленням цілі. Як показало наше дослідження, здатність зміщувати фокус із вузької цілі, тобто вагітності конкретним шляхом, на ширшу ціль, якою є материнство загалом, виступає важливим адаптаційним механізмом. Саме тому жінці, особливо у ситуаціях труднощів або повторних невдач, варто періодично повертатися до питання про власну справжню ціль. Усвідомлення того, що шляхів до материнства може існувати декілька, не знецінює тих зусиль, які були вкладені у проходження ЕКЗ, однак водночас розширює психологічний простір і допомагає зменшити відчуття безвиході.

Підсумовуючи першу частину рекомендацій, адресованих жінкам, можемо звести її до кількох ключових ідей. Жінці варто формувати реалістичні очікування, спиратися на активне планування у межах власної зони впливу, виважено шукати якісну інформацію, свідомо регулювати контакт з онлайн-спільнотами, підтримувати баланс життя під час лікування, не вагатися звертатися по професійну психологічну допомогу та періодично повертатися до переосмислення власної цілі. У наступній частині підрозділу ми сформулюємо рекомендації для психологів, а також для медичних закладів.

Сформулювавши рекомендації для жінок, ми переходимо до другої групи, адресованої психологам та фахівцям, які здійснюють психологічний супровід жінок при ЕКЗ. Ця група рекомендацій спирається насамперед на матеріали інтерв'ю з фахівцями та на опрацьовану наукову літературу.

Перша рекомендація для психологів стосується часу початку супроводу. Як засвідчила наукова література, опрацьована нами у першому розділі, психологічний супровід є найбільш ефективним тоді, коли він розпочинається не після того, як жінка вже зіткнулася з виснаженням чи невдачею, а

превентивно, ще на етапі підготовки до першого циклу. Тому психологам рекомендується по можливості залучатися до роботи з жінкою якомога раніше. Раннє залучення дозволяє працювати з нереалістичними очікуваннями ще до того, як вони призведуть до болісного розчарування, а також заздалегідь зміцнювати адаптаційні ресурси жінки.

Друга рекомендація для психологів стосується фокуса психологічної роботи. Виходячи з результатів нашого дослідження, ми вважаємо, що психологічна робота з жінкою при ЕКЗ має бути спрямована не на усунення тривоги, що є нереалістичною метою, а на зміцнення конструктивних копінг-стратегій. Зокрема, психолог може допомагати жінці розвивати навичку розрізнення підконтрольного та невідконтрольного, спрямовувати її енергію планування у продуктивне русло, підтримувати здатність до позитивної переоцінки. Особливо цінною є робота над механізмом переосмислення цілі, який, як показало наше дослідження, є потужним адаптаційним ресурсом.

Третя рекомендація для психологів стосується роботи з почуттям провини. Наше дослідження, як і опрацьована література, чітко показало, що схильність жінки до самозвинувачення після невдач є поширеною та руйнівною. Тому важливим напрямом психологічної роботи є допомога жінці у звільненні від невинуватого почуття провини. Психолог може допомагати жінці усвідомити, що невдача ЕКЗ обумовлена насамперед медичними чинниками і не є наслідком її недостатніх зусиль чи неправильної поведінки. Ця робота є особливо важливою з огляду на поширений у суспільстві шкідливий міф про те, що жінці варто лише розслабитися, і все вийде.

Четверта рекомендація для психологів стосується підтримки у період двотижневого очікування. Наше дослідження показало, що саме цей період є найбільш психологічно напруженим. Тому психологічний супровід має передбачати особливу увагу до цього етапу. Психолог може заздалегідь готувати жінку до цього періоду, навчати її технік опанування тривоги та румінації, допомагати їй спланувати, чим наповнити цей час. Превентивна

підготовка до двотижневого очікування є, на нашу думку, одним із найбільш практично корисних напрямів супроводу.

Перейдемо до третьої групи рекомендацій, адресованої медичним закладам та системі охорони здоров'я загалом. Ця група рекомендацій впливає з розуміння того, що психологічна адаптація жінки залежить не лише від неї самої та від роботи психолога, а й від того середовища, у якому відбувається лікування.

Перша рекомендація для медичних закладів стосується інтеграції психологічного супроводу (Gameiro et al., 2022; Ferraresi et al., 2023) у структуру репродуктивної допомоги. Як засвідчили і наукова література, і вітчизняні дослідники, психолог у клініці репродуктивної медицини має бути не випадковим, а системним елементом. На жаль, наразі психологічний супровід далеко не завжди є доступним для жінок, що проходять *ЕКЗ*. Тому ми рекомендуємо медичним закладам розглядати наявність психологічної служби як невід'ємну складову якісної репродуктивної допомоги, а не як додаткову опцію.

Друга рекомендація для медичних закладів стосується якості комунікації між лікарем та пацієнткою. Аналіз інтерв'ю показав, що характер спілкування з лікарем суттєво впливає на психологічний стан жінки. Зрозуміле, уважне, чесне інформування з боку лікаря знижує тривогу жінки та зміцнює її відчуття безпеки. І навпаки, дефіцит інформації або поспішне, формальне спілкування посилюють тривогу. Тому ми рекомендуємо приділяти увагу комунікативній складовій роботи лікаря, адже лікар своїм спілкуванням також здійснює певний психологічний вплив, навіть якщо не є психологом.

Третя рекомендація для медичних закладів стосується уважного ставлення до фінансового аспекту. Інтерв'ю з фахівцями виразно показали, наскільки сильно фінансовий тиск впливає на психологічний стан жінок. У цьому контексті важливо згадати про підхід, на який звернула увагу одна з фахівчинь. За її словами, у міжнародній практиці існує принцип, згідно з яким не можна надмірно фінансово навантажувати пацієнта додатковими послугами

без реальної потреби. Цей принцип має не лише економічний, а й психологічний зміст. Зважене ставлення до фінансового навантаження пацієнтки є водночас і турботою про її психологічний стан, адже фінансовий тиск, як ми показали, безпосередньо виснажує адаптаційні ресурси. Тому ми рекомендуємо медичним закладам уникати призначення додаткових послуг без реальної медичної потреби.

Четверта рекомендація для медичних закладів та системи охорони здоров'я стосується подальшого розвитку державної програми НСЗУ. Запровадження безоплатного лікування ЕКЗ є важливим кроком, який, як ми зазначали, частково знижує фінансовий стрес жінок. Водночас наше дослідження показало, що навіть у межах програми залишаються невирішені питання, зокрема обмеженість кількості спроб, що є особливо чутливою для жінок старшого репродуктивного віку. Тому ми вважаємо за доцільне рекомендувати подальший розвиток та вдосконалення програми з урахуванням реальних потреб пацієнток.

Узагальнюючи всі три групи рекомендацій, ми хочемо наголосити на їхньому спільному знаменнику. Усі вони, незалежно від адресата, підпорядковані одній ідеї, а саме ідеї комплексної підтримки адаптаційного потенціалу жінки. Жінка, психолог та медичний заклад є трьома ланками єдиної системи. Жінка спирається на власні ресурси, психолог допомагає ці ресурси зміцнювати, а медичний заклад створює середовище, у якому ця підтримка стає можливою. Лише за умови узгодженої дії всіх трьох ланок психологічна адаптація жінки до процесу *ЕКЗ* може бути по-справжньому успішною.

Висновки до третього розділу

За результатами третього розділу сформульовано такі висновки.
1) друга гіпотеза дослідження емпірично не підтвердилася. У підгрупі жінок з невдалим досвідом *ЕКЗ* ($n=10$) виявлено чотири учасниці адаптивного типу та

шість частково адаптивного, дезадаптивного типу не виявлено. Цей результат пояснюється ефектом самовідбору вибірки та опосередкованим характером впливу невдачі, який реалізується через когнітивну оцінку та копінг-стратегії жінки;

2) за результатами аналізу інтерв'ю виокремлено основні механізми конструктивного опрацювання невдалого досвіду: переосмислення *ЕКЗ* як тривалого процесу, а не одноразової події; переосмислення цілі зі зміщенням фокуса з вузької вагітності у конкретному циклі на ширшу мету материнства; опора на підтримку партнера; збереження активної проблемно-орієнтованої позиції із продовженням планування подальших кроків;

3) проблемно-орієнтовані копінг-стратегії, передусім планування вирішення проблем (83.2%) та пошук соціальної підтримки (64.8%), є провідним психологічним механізмом адаптації жінок до лікувального циклу *ЕКЗ*. Їхня ефективність зумовлена діяльнісно насиченою природою лікування та функцією повернення жінці суб'єктивного відчуття контролю в умовах об'єктивної невизначеності;

4) проблемно-орієнтований копінг є центральним, проте не самодостатнім механізмом адаптації. Його ефективність повною мірою розкривається лише у взаємодії з якісною соціальною підтримкою, позитивною переоцінкою та реалістичним прийняттям меж власного контролю. Окремо суттєвий вплив на можливості реалізації проблемно-орієнтованого копіngu має фінансовий чинник;

5) розроблено організаційно-методичні рекомендації для розвитку адаптаційного потенціалу жінок до репродуктивних технологій, адресовані трьома категоріям: жінкам (формування реалістичних очікувань, активне планування у зоні власного впливу, виважений пошук якісної інформації, свідоме регулювання контакту з онлайн-спільнотами, підтримання життєвого балансу, звернення по професійну психологічну допомогу, переосмислення цілі); психологам (раннє превентивне залучення до супроводу, фокус на зміцненні конструктивних копінг-стратегій, робота зі звільнення жінки від

невиправданого почуття провини, цілеспрямована підтримка у період двотижневого очікування); медичним закладам (інтеграція психологічної служби у структуру репродуктивної допомоги, увага до якості комунікації лікаря з пацієнткою, виважене ставлення до фінансового навантаження, подальший розвиток державної програми НСЗУ); б) спільним знаменником усіх трьох груп рекомендацій є ідея комплексної підтримки, у якій жінка, психолог та медичний заклад утворюють єдину функціональну систему, узгоджена дія якої є умовою успішної психологічної адаптації жінок до процесу *ЕКЗ*.

ВИСНОВКИ

Магістерська робота присвячена дослідженню особливостей психологічної адаптації жінок до стресогенних чинників процесу екстракорпорального запліднення (*ЕКЗ*). Реалізовано мету і виконано всі поставлені завдання дослідження, що дозволяє сформулювати такі узагальнюючі висновки:

1) психологічна адаптація постає як активний, нелінійний та багатовимірний процес пристосування особистості до обставин, як результат суб'єктивної когнітивної оцінки людиною стресогенної ситуації та наявних у неї ресурсів. Теоретичною основою дослідження обрано трансакційну модель стресу та копінгу Р. Лазаруса та С. Фолкман, що дозволила розглядати адаптацію жінок до *ЕКЗ* як результат взаємодії між когнітивною оцінкою ситуації, копінг-стратегіями особистості та її внутрішніми ресурсами;

2) встановлено та систематизовано провідні стресогенні чинники процесу лікування безпліддя методом *ЕКЗ*. Виокремлено чотири взаємопов'язані групи стресорів: медичні (інвазивність процедур, гормональна терапія, ризик

ускладнень), психологічні (екзистенційна невизначеність, страх втрати контролю), соціальні (стигматизація безпліддя, тиск мікросоціального середовища, деформація партнерських стосунків) та фінансово-організаційні. Зазначено, що система стресорів суттєво ускладнюється тлом повномасштабної війни в Україні;

3) з'ясовано структурно-функціональний зміст типових психоемоційних станів жінок у процесі *ЕКЗ*. Емоційний шлях жінки описано як багатоетапний процес від шоку діагнозу і горювання за «природним» шляхом до материнства через виснажливе двотижневе очікування до моменту отримання результату. Центральним та найбільш психологічно напруженим етапом визначено період двотижневого очікування, психологічна напруженість якого зумовлена неможливістю впливу на результат, тривожним самостереженням, румінацією та надмірною концентрацією значення на результаті. Кількісний аналіз вираженості копінг-стратегій за методикою Р. Лазаруса засвідчив переважання у досліджуваній групі конструктивних, проблемно-орієнтованих стратегій (планування вирішення проблем — 83.2%, пошук соціальної підтримки — 64.8%, позитивна переоцінка — 61.6%). Синдромологічна інтерпретація дозволила виокремити три патерни копінгу — активного подолання (63.8% учасниць), напруженої адаптації (36.2%) та пасивного реагування, відсутність якого у вибірці пояснено ефектом самовідбору та активною за своєю природою сутністю самого рішення про звернення до *ЕКЗ*;

4) визначено взаємозв'язок між типовими психоемоційними станами та ефективністю психологічної адаптації до стресорів *ЕКЗ*. Він (взаємозв'язок) має складний, двоспрямований та опосередкований характер; ефективність адаптації визначається не відсутністю важких емоцій, які у процесі *ЕКЗ* є неминучими, а наявністю та доступністю ресурсів для їх опанування. На основі трьох незалежних ліній аналізу (кількісної, синдромологічної та якісної) підтверджено першу гіпотезу дослідження: ефективність психологічної адаптації жінок до стресорів *ЕКЗ* обумовлена типовими психоемоційними станами, спричиненими застосуванням проблемно-орієнтованих копінг-

стратегій. Друга гіпотеза дослідження про низький рівень адаптації у жінок з невдалим досвідом *ЕКЗ* не отримала емпіричного підтвердження: у відповідній підгрупі виявлено чотири учасниці адаптивного типу та шість частково адаптивного, дезадаптивного типу не виявлено. Цей результат пояснюється ефектом самовідбору вибірки та опосередкованим характером впливу невдачі, який реалізується через когнітивну оцінку та копінг-стратегії жінки;

5) розроблено організаційно-методичні рекомендації з використанням копінг-стратегій для розвитку адаптаційного потенціалу жінок до репродуктивних технологій, адресовані трьома категоріям: жінкам, що проходять *ЕКЗ*; психологам; медичним закладам;

6) спільним знаменником організаційно-методичних рекомендацій є ідея комплексної підтримки, у якій жінка, психолог та медичний заклад утворюють єдину функціональну систему, узгоджена дія якої є умовою успішної психологічної адаптації жінок до процесу *ЕКЗ*.

Проведене дослідження окреслило низку напрямів, які становлять перспективу для подальшої наукової роботи у сфері психологічної адаптації жінок до процесу *ЕКЗ*. До таких напрямів ми відносимо:

1) поглиблене вивчення психологічних особливостей жінок з невдалим досвідом *ЕКЗ* на більш репрезентативній вибірці;

2) дослідження ролі вольової регуляції та орієнтації особистості на дію або стан як можливих опосередковуючих чинників адаптації жінок у процесі *ЕКЗ*. Виявлений нами зв'язок між проблемно-орієнтованими копінг-стратегіями та ефективністю адаптації потребує подальшого розкриття на рівні глибинних особистісних механізмів, серед яких саме вольова регуляція може виявитися ключовою;

3) розробка та апробація програм психологічного супроводу пацієнток клінік допоміжних репродуктивних технологій. Сформульовані у роботі організаційно-методичні рекомендації потребують подальшого перетворення на конкретні програми психологічного супроводу — групові та індивідуальної форми — з подальшою емпіричною перевіркою їхньої ефективності;

- 4) дослідження психологічної адаптації подружжя як цілісної системи. У нашій роботі акцент свідомо було зроблено на жіночій перспективі, проте отримані дані переконливо свідчать, що партнерські стосунки виступають одним із ключових чинників адаптації. Подальші дослідження могли б охопити психологічний досвід обох партнерів та особливості їхньої спільної адаптації до процесу лікування;
- 5) лонгітюдне вивчення динаміки психоемоційних станів жінок упродовж лікувального циклу та після його завершення. Наше дослідження фіксує психологічну адаптацію у конкретний момент часу, проте перспективним є відстеження її змін у динаміці — від підготовки до циклу через період двотижневого очікування до моменту отримання результату та подальшого опрацювання досвіду;
- 6) поглиблений аналіз впливу соціокультурного та воєнного контексту на психологічну адаптацію жінок до *ЕКЗ* в Україні. Хронічний воєнний стрес, окреслений нами у першому розділі, заслуговує на окреме дослідження як специфічний чинник, що накладається на репродуктивний стрес і може суттєво модифікувати адаптаційні процеси.

Список використаних джерел:

1. Бацилєва, О. В. (2019). Психологічний супровід у клініці репродуктивної медицини: значення та перспективи. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я*, 16-19.
2. Герасименко, Л. О. (2018). Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). *Український вісник психоневрології*, (26, вип. 1), 62-65.
3. Гусак, Н., Чернобровкіна, В., Чернобровкін, В., Максименко, А., Богданов, С., & Бойко, О. (2017). *Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс* (Н. Гусак, Ред.). Національний університет «Києво-Могилянська академія».
4. Заїка, Є., & Зімовін, О. (2014). Рефлексивність особистості як предмет психологічного пізнання. <https://dspace.wunu.edu.ua/items/1da786f7-3be8-40e7-a2f8-4bb08e98cb43>
5. Кабінет Міністрів України. (2023, 22 грудня). *Постанова № 1394: Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1394-2023-%D0%BF#Text>
6. Карамушка, Л. М., & Снігур, Ю. С. (2024). *Психологія вибору копінг-стратегій керівниками освітніх організацій: монографія*. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
7. Коробка, Л. М. (2015). Соціально-психологічна адаптація спільноти до умов і наслідків воєнного конфлікту: теоретичні засади дослідження. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*, (4), 76–82. http://nbuv.gov.ua/UJRN/apspp_2015_4_15
8. Корольчук, В. М. (2013). Психологічні детермінанти стійкості особистості до дії стресогенних факторів. *Проблеми екстремальної та кризової психології*, 14(1), 153–162. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekp_2013_14\(1\)_22](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekp_2013_14(1)_22)

9. Копінг-поведінка у сучасних психологічних дослідженнях. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*, (39), 368-379. <https://problemps.kpnu.edu.ua/article/view/156720/156089>
10. Лазос, Г. П. (2018). Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології. Том 3: Консультативна психологія і психотерапія*, 14, 26–64. https://lib.iitta.gov.ua/716873/1/Lazos_APP_V3N14_2018.pdf
11. Міністерство охорони здоров'я України. (2013). *Наказ № 787: Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні* (зі змінами згідно з наказами № 165 від 06.03.2014, № 383 від 06.03.2024, № 2197 від 30.12.2024). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13#Text>
12. Моїсеєнко, Р. О., Жилка, Н. Я., Гойда, Н. Г., Дудіна, О. О., Голубчиков, М. В., & Октисюк, Ж. С. (2023). Стан репродуктивного здоров'я жінок України. *Україна. Здоров'я нації*, (1), 51-59. <https://journals.uzhnu.uz.ua/index.php/health/article/view/737>
13. Національна служба здоров'я України. (2024, 5 січня). *Лікування безпліддя у ПМГ*. <https://nszu.gov.ua/news/likuvannia-bezpliddia-u-pmg-1>
14. Національна служба здоров'я України. (2024, 9 серпня). *346 українок скористалися безоплатним лікуванням безпліддя за Програмою медичних гарантій*. <https://nszu.gov.ua/news/346-ukrayinok-skoristalisia-bezoplatnim-likuvanniam-b-1>
15. Осьодло, В. І. (2013). Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. *Проблеми екстремальної та кризової психології*, 14(1), 243–253. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekp_2013_14%281%29__33
16. Шебанова, В. І., & Діденко, Г. О. (2018). Копінг-поведінка у сучасних психологічних дослідженнях. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*, (39), 368-379. <https://philstudies.pnpu.edu.ua/index.php/2227-6246/article/view/156720>

- 17.ШПОРТУН, О., БРАНИЦЬКА, Т., ЧОПИК, Л., & КУНДЕНКО, І. (2025). ОСОБЛИВОСТІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія»*, (8), 260-267.. <https://journals.academ.vinnica.ua/index.php/ped-psyh/article/view/286>
- 18.«Юридична практика». (2024, 25 липня). *Зміни до наказу МОЗ України № 787 про Порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні: очікування та реальність*. <https://pravo.ua/zminy-do-nakazu-moz-ukrainy-787-poriadok-zastosuvannia-dopomizhnykh-reproduktyvnykh-tekhnologii-v-ukraini-ochikuvannia-ta-realnist/>
- 18.Affleck, G., Tennen, H., & Higgins, P. T. (1994). Person-environment fit, coping with daily life stressors, and emotional well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(6), 1109–1122. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.6.1109>
- 19.Alamin, S., Allahyari, T., Ghorbani, B., Sadeghitabar, A., & Karami, M. T. (2020). Failure in identity building as the main challenge of infertility: a qualitative study. *Journal of reproduction & infertility*, 21(1), 49.. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7048687/>
- 20.Benyamini, Y., Abramov, M. B. C., Dori, E., & Leichtentritt, R. D. (2025). "No strength to stop": Persevering in fertility treatment despite repeated failures – A qualitative investigation. *Women's Studies International Forum*, 112, 103176. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277539525001256>
- 21.Benyamini, Y., Gefen-Bardarian, Y., Gozlan, M., Tabiv, G., Shiloh, S., & Kokia, E. (2008). Coping specificity: The case of women coping with infertility treatments. *Psychology and Health*, 23(2), 221–241. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14768320601154706>
- 22.Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2004). On the self-regulation of a health threat: Cognitions, coping, and emotions among women undergoing

- treatment for infertility. *Cognitive Therapy and Research*, 28(5), 577–592.
<https://link.springer.com/article/10.1023/B:COTR.0000045566.97966.22>
23. Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2009). Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: A dyadic approach. *British Journal of Health Psychology*, 14(1), 1–16.
<https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1348/135910708X279288>
 24. Bielawska-Batorowicz, E. (2023). Bio-psycho-social approach to reproductive mental health and reproductive decisions. *Behavioral Sciences*, 13(1), 75
<https://www.mdpi.com/2076-328X/13/1/75>
 25. Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 349–364).
 26. Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591–612.
 27. Pinzon, M., & Rotoli, S. (2022). A qualitative exploration of social support in males and females experiencing issues with infertility. *Cureus*, 14(9).. *Cureus*.
<https://www.cureus.com/articles/115541#!/>
 28. Boryri, T., Navidian, A., & Marghzari, N. (2019). Comparison of the effect of muscle relaxation and guided imagery on happiness and fear of childbirth in primiparous women admitted to health care centers.
https://www.ijwhr.net/pdf/pdf_IJWHR_462.pdf
 29. Bouayed Abdelmoula, N. (2025). Mental health support in assisted reproductive technology centers. *European Psychiatry*, 68(Suppl. 1), S773.
 30. Cesta, C. E., Johansson, A. L., Hreinsson, J., Rodriguez-Wallberg, K. A., Olofsson, J. I., Holte, J., & Nyman Iliadou, A. (2018). A prospective investigation of perceived stress, infertility-related stress, and cortisol levels in women undergoing in vitro fertilization: Influence on embryo quality and

- clinical pregnancy rate. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 97(3), 258–268.
31. Cheng, C. (2001). Assessing coping flexibility: Relations to cognitive abilities, personality traits, and psychological well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(7), 814–827.
 32. Fernandez-Ferrera, C., Llaneza-Suarez, D., Fernandez-Garcia, D., Castañon, V., Llaneza-Suarez, C., & Llaneza, P. (2022). Resilience, perceived stress, and depressed mood in women under in vitro fertilization treatment. *Reproductive Sciences*, 29(3), 816-822.. *Reproductive Sciences*.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s43032-021-00685-1>
 33. Foyston, Z., Higgins, L. E., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2025). Life after medicalised conception: an interpretative phenomenological analysis study exploring the experiences of pregnancy and transition to parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 146. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
<https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-025-07226-7>
 34. Fullerton, D. J., Zhang, L. M., & Kleitman, S. (2021). An integrative process model of resilience in an academic context: Resilience resources, coping strategies, and positive adaptation. *Plos one*, 16(2), e0246000.
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0246000>
 35. Galvao Pinto Coelho, M. C., & Leite Galvao-Coelho, N. (2021). Success of in vitro fertilization and its association with the levels of psychophysiological stress before and during the treatment. *Health Care for Women International*, 42(4–6), 420–445.
 36. Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., ... & Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff. *Human reproduction*, 30(11), 2476-2485.
<https://academic.oup.com/humrep/article/30/11/2476/2384614?guestAccessKey=>

37. Gameiro, S., El Refaie, E., de Guevara, B. B., & Payson, A. (2019). Women from diverse minority ethnic or religious backgrounds desire more infertility education and more culturally and personally sensitive fertility care. *Human Reproduction*, 34(9), 1735-1745.
<https://academic.oup.com/humrep/article/34/9/1735/5549538?guestAccessKey=>
38. Boivin, J., & Gameiro, S. (2015). Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertility and sterility*, 104(2), 251-259.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028215003866>
39. Golmakani, N., Ebrahimzadeh, S., Esmaily, H., & Mohammadzadeh Vatanchi, A. (2019). The relationship of the psychological coping and adjustment strategies of infertile women with the success of assisted reproductive technology. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 17(2).
40. Gordon, J. L., Poulter, M. M., Balsom, A. A., & Campbell, T. S. (2024). Testing an evidence-based self-help program for infertility-related distress: protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 13(1), e52662. <https://www.researchprotocols.org/2024/1/e52662/>
41. Grammenou, M., Michou, V., Itziou, A., Tsiotsias, A., & Eskitzis, P. (2026, January). The Psychological Impact of In Vitro Fertilization (IVF): A Gender Systematic Review. In *Healthcare* (Vol. 14, No. 3, p. 375). Multidisciplinary Digital Publishing Institute. 14(3), 375. <https://www.mdpi.com/2227-9032/14/3/375>
42. Gupta, A., Lu, E., & Thayer, Z. (2024). The influence of assisted reproductive technologies-related stressors and social support on perceived stress and depression. *BMC women's health*, 24(1), 431
<https://link.springer.com/article/10.1186/s12905-024-03262-1>
43. Haimovici, F., Anderson, J. L., Bates, G. W., Racowsky, C., Ginsburg, E. S., Simovici, D., & Fichorova, R. N. (2018). Stress, anxiety, and depression of both partners in infertile couples are associated with cytokine levels and

- adverse IVF outcome. *American Journal of Reproductive Immunology*, 79(4), e12832.
44. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). The Guilford Press.
 45. Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513–524.
 46. Hu, L., Yuan, Y., Li, Y., Cai, M., Yin, J., & Zhu, L. (2025). Prevalence and risk factors of negative emotions in infertile women: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 13, 1701381
<https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2025.1701381/full>
 47. Jiang, P. (2007). Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertility and Sterility*, 87(4), 792–798.
 48. Kim, H., Doiron, K., Warren, M., & Donaldson, S. (2018). The international landscape of positive psychology research: A systematic review. *International Journal of Wellbeing*, 8(1).
 49. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
 50. Li, H., Sun, X., Yang, J., Li, L., Zhang, W., Lu, X., & Ng, E. H. Y. (2021). Immediate versus delayed frozen embryo transfer in patients following a stimulated IVF cycle: A randomised controlled trial. *Human Reproduction*, 36(7), 1832–1840.
 51. Li, Y., McLeish, J., Hardy, P., Cole, C., Carson, C., Alderdice, F., & Maheshwari, A. (2024). Anxiety in couples undergoing IVF: Evidence from E-Freeze randomised controlled trial. *Human Reproduction Open*, 2024(3), hoae037.
 52. Li, Y. Q., Shi, Y., Xu, C., & Zhou, H. (2021). Cognitive behavioural therapy improves pregnancy outcomes of in vitro fertilization-embryo transfer

- treatment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of International Medical Research*, 49(11), 03000605211050798.
- 53.Liu, D., Hu, S., Fu, B., Yang, Q., Huang, R., Huang, J., & Shen, Q. (2025). Perceived infertility-related stress, partner attachment, and psychological distress among women undergoing in-vitro fertilization treatment: a latent profile and mediation analysis. *BMC Women's Health.. BMC Women's Health*. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12905-025-04172-6>
 - 54.Londono, Y., & McMillan, D. E. (2015). Psychosocial adaptation: an evolutionary concept analysis exploring a common multidisciplinary language. *Journal of advanced nursing*, 71(11), 2504-2519.. *Journal of Advanced Nursing*, 71(11). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.12723>
 - 55.Lutkiewicz, K., Bieleninik, Ł., Kaloeti, D. V. S., & Bidzan, M. (2023). Reproductive health and well-being from a life span perspective. *Frontiers in Psychology*, 14, 1289603.. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1289603/full>
 - 56.Mirzaasgari, H., Momeni, F., Pourshahbaz, A., Keshavarzi, F., & Hatami, M. (2023). The role of psychological distress in the relationship between personality dimensions and pregnancy outcome of women undergoing assisted reproductive treatment (IVF/ICSI). *Iranian Journal of Psychiatry*, 18(2), 153.
 - 57.Mirzaasgari, H., Momeni, F., Pourshahbaz, A., Keshavarzi, F., & Hatami, M. (2022). The relationship between coping strategies and infertility self-efficacy with pregnancy outcomes of women undergoing in vitro fertilization: A prospective cohort study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 20(7), 539.*International Journal of Reproductive BioMedicine*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9446440/>
 - 58.Mitrović, M., Ćirović, N., Kostić, J. O., Janković, I., Guberinić, M., Šnele, M. S., & Trenkić, M. (2025). Psychological adjustment to infertility and its effect on mental health in women. *European Psychiatry*, 68(S1), S259-S260

- <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/psychological-adjustment-to-infertility-and-its-effect-on-mental-health-in-women/2FD372863061F06F4519247E69B823E0>
59. Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2–21. <https://doi.org/10.2307/2136319>
 60. Pinto, R. J., Correia-Santos, P., Levendosky, A., & Jongenelen, I. (2019). Psychological distress and posttraumatic stress symptoms: The role of maternal satisfaction, parenting stress, and social support among mothers and children exposed to intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*, 34(19), 4114–4136. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260516674199>
 61. Rujas Bracamonte, S., Serrano Gallardo, P., & Martínez Marcos, M. (б. д.). Dreaming of motherhood: Experiences of women who have undergone fertility treatment.
 62. Sahraian, K., Abdollahpour Ranjbar, H., Namavar Jahromi, B., Cheung, H. N., Ciarrochi, J., & Habibi Asgarabad, M. (2024). Effectiveness of mindful self-compassion therapy on psychopathology symptoms, psychological distress and life expectancy in infertile women treated with in vitro fertilization: a two-arm double-blind parallel randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 24(1), 174 <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-023-05411-6>
 63. Saltzman, L. Y., & Cross Hansel, T. (2024). Psychological and social determinants of adaptation: The impact of finances, loneliness, information access and chronic stress on resilience activation. *Frontiers in Psychology*, 15, 1245765.
 64. Scaravelli, G., Fedele, F., Spoletini, R., Monaco, S., Renzi, A., & Di Trani, M. (2022). Toward a personalized psychological counseling service in assisted reproductive technology centers: A qualitative analysis of couples' needs. *Journal of Personalized Medicine*, 13(1), 73. <https://www.mdpi.com/2075-4426/13/1/73>
 65. Sousa-Leite, M., & Boivin, J. (2025). Does IVF make people happy? *Reproductive BioMedicine Online*, 50(4), 104834.

- 66.Sousa-Leite, M., Costa, R., Figueiredo, B., & Gameiro, S. (2023). Discussing the possibility of fertility treatment being unsuccessful as part of routine care offered at clinics: Patients' experiences, willingness, and preferences. *Human Reproduction*, 38(7), 1332–1344.
- 67.Sousa-Leite, M., Costa, R., Figueiredo, B., Liu, J., Morey, R., & Gameiro, S. (2024). P-498 Multicentre two-arm randomised controlled trial of Beyond Fertility: A brief face-to-face psychosocial intervention to promote patients' healthy adjustment when ending unsuccessful fertility treatment. *Human Reproduction*, 39(Suppl. 1), deae108-126.
- 68.Sousa-Leite, M., et al. (2022). Feasibility and acceptability of psychosocial care for unsuccessful fertility treatment. *Health Expectations*, 25(6)
- 69.Taebi, M., Kariman, N., & Majd, H. A. (2021). Infertility stigma: A qualitative study on feelings and experiences of infertile women. *International Journal of Fertility & Sterility*, 15(3), 189.
- 70.Verhaak, C. M., Lintsen, A. M. E., Evers, A. W. M., & Braat, D. D. M. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*, 25(5), 1234–1240.
- 71.Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Eugster, A., Van Minnen, A., Kremer, J. A., & Kraaijmaat, F. W. (2001). Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertility and Sterility*, 76(3), 525–531.
- 72.Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., Kremer, J. A., Kraaijmaat, F. W., & Braat, D. D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27–36.
- 73.Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., van Minnen, A., Kremer, J. A., & Kraaijmaat, F. W. (2005). Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: A prospective study. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(2), 181–190.

74. Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Nahuis, M. J., Kremer, J. A., & Braat, D. D. M. (2007). Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Human Reproduction*, 22(1), 305–308.
75. Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Van Minnen, A., Kremer, J. A., & Kraaijmaat, F. W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 20(8), 2253–2260.
76. Wen, Y., Li, X., Shu, W., Zhang, H., Shen, Z., & Huang, Z. (2024). The effects of mindfulness therapy on infertile female patients: A meta-analysis. *Technology and Health Care*, 32(6), 4983-4997
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.3233/THC-240174>
77. Xie, Y., Ren, Y., Niu, C., Zheng, Y., Yu, P., & Li, L. (2023). The impact of stigma on mental health and quality of life of infertile women: A systematic review. *Frontiers in psychology*, <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2022.1093459/full>
78. Ying, X., Zhou, Y., Jin, Y., Wu, D., Kong, L., Dong, P., & Xu, X. (2024). An insurmountable obstacle: Experiences of Chinese women undergoing in vitro fertilization. *Plos one*, 19(10), e0311660
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0311660>
79. Zaami, S., Driul, L., Sansone, M., Scatena, E., Andersson, K. L., & Marinelli, E. (2021, November). ART innovations: fostering women's psychophysical health between bioethics precepts and human rights. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 11, p. 1486). MDPI. <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/11/1486>
80. Zheng, M., Wang, H., Li, C., Ouyang, Y., Yan, L., Gong, F., ... & Li, X. (2025). Marital Adjustment as a Mediator Between Emotional Suppression and Self-Compassion in Women Aged 35+ Undergoing In Vitro Fertilization-Embryo Transfer: A Cross-Sectional Observational Study. *Depression and Anxiety*, 2025(1), 2100969.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1155/da/2100969>

Додатки:

Додаток А

Індивідуальні показники вираженості копінг-стратегій
за методикою Р. Лазаруса і С. Фолкман (n=58, у балах)

№	Вік	Досвід ЕКЗ	НСЗ У	Сімейний стан	Освіта	Конф р.	Дист а.	Само к.	ПошС П	ПрВід п	ВтУ н	Плану в.	ПозПе р
1	45	минулий	Ні	шлюб	магістр	7	8	12	9	2	9	10	10
2	38	минулий	Ні	шлюб	магістр	14	7	18	14	9	15	15	12
3	39	минулий	Ні	шлюб	магістр	17	18	11	9	9	17	14	14
4	29	минулий	Ні	шлюб	магістр	13	14	16	15	5	10	14	14
5	30	минулий	Ні	шлюб	магістр	14	10	15	14	7	16	12	14
6	35	минулий	Так	шлюб	бакалавр	11	4	10	11	5	6	12	9
7	31	минулий	Так	шлюб	бакалавр	10	5	9	6	8	15	10	8
8	29	у процесі	Так	шлюб	бакалавр	13	7	16	18	9	13	14	14
9	29	у процесі	Так	шлюб	бакалавр	12	9	9	14	8	8	13	10
10	32	минулий	Так	шлюб	магістр	8	2	8	6	4	4	9	5
11	36	минулий	Так	шлюб	магістр	4	6	8	6	0	7	13	10
12		у процесі	Ні	шлюб	магістр	9	7	13	12	8	10	11	13
13	28	минулий	Так	шлюб	Незакінчене вища	10	7	12	14	6	8	14	11
14	30	у процесі	Ні	шлюб	магістр	8	5	15	14	4	9	13	9
15	37	у процесі	Так	шлюб	бакалавр	16	11	13	18	7	14	13	16
16	41	у процесі	Так	шлюб	бакалавр	4	9	10	8	4	9	11	10
17	33	у процесі	Так	шлюб	магістр	13	15	10	12	7	17	12	8
18	45	у процесі	Ні	шлюб	магістр	9	8	8	15	1	13	11	14
19	32	минулий	Ні	шлюб	середн.	7	9	10	6	5	10	10	8
20	43	у процесі	Ні	шлюб	магістр	8	12	11	11	4	15	13	10
21	35	у процесі	Ні	шлюб	магістр	11	4	13	12	6	10	13	12
22	33	у процесі	Так	шлюб	бакалавр	12	11	16	13	8	10	12	13
23	29	у процесі	Так	шлюб	бакалавр	11	8	18	11	10	7	15	13

24	44	у процесі	Ні	Вдова	бакалавр	10	4	7	13	3	10	9	7
25	29	у процесі	Так	шлюб	бакалавр	11	6	7	14	7	13	11	8
26	28	у процесі	Так	шлюб	Незакінчене на вища	8	12	14	5	9	14	14	11
27	42	у процесі	Ні	шлюб	магістр	10	11	20	13	5	12	12	14
28	38	у процесі	Ні	шлюб	бакалавр	10	7	5	14	1	7	15	10
29	37	у процесі	Так	шлюб	середн.	15	14	15	13	9	19	13	12
30	40	у процесі	Так	шлюб	магістр	7	7	11	12	6	8	12	11
31	47	у процесі	Ні	шлюб	магістр	11	5	17	13	6	9	14	11
32	29	у процесі	Ні	шлюб	магістр	8	4	8	12	4	12	6	9
33	37	у процесі	Так	шлюб	магістр	9	8	11	11	4	5	11	9
34	37	минулий	Ні	шлюб	магістр	12	7	17	14	8	8	13	12
35	35	у процесі	Так	шлюб	середн.	12	6	13	15	10	10	15	13
36	42	у процесі	Ні	цив. парт.	магістр	10	8	14	8	5	7	13	9
37	39 років	минулий	Так	шлюб	магістр	11	9	13	16	8	17	15	13
38	37	у процесі	Так	шлюб	магістр	7	8	12	6	3	10	15	10
39	35	у процесі	Так	шлюб	магістр	8	6	10	8	6	7	10	8
40	34	у процесі	Так	шлюб	магістр	10	10	9	13	6	12	14	8
41	38	минулий	Ні	цив. парт.	бакалавр	11	4	6	14	5	8	15	8
42	42	у процесі	Ні	цив. парт.	Науковий ступінь	8	8	15	14	7	15	12	10
43	32	у процесі	Так	шлюб	бакалавр	11	11	13	18	8	21	13	15
44	36	у процесі	Ні	шлюб	магістр	10	7	15	12	10	7	12	11
45	35	минулий	Так	шлюб	бакалавр	10	9	19	12	6	10	14	14
46	39	у процесі	Так	шлюб	магістр	9	4	12	10	8	11	14	15
47	29	минулий	Так	цив. парт.	середн.	9	7	18	8	5	18	15	13
48	37	минулий	Так	шлюб	магістр	5	7	10	7	7	10	5	11
49	44	минулий	Ні	шлюб	магістр	9	3	20	12	1	5	15	9
50	36	у процесі	Так	шлюб	середн.	8	10	9	9	5	12	10	11

		i											
5 1	33	у процес і	Ні	шлюб	магістр	12	3	9	15	8	13	10	8
5 2	35	минул ий	Ні	шлюб	магістр	11	10	20	11	7	16	15	16
5 3	42	у процес і	Ні	цив. парт.	магістр	7	2	9	10	1	8	10	3
5 4	40	у процес і	Так	шлюб	магістр	9	11	16	11	6	16	15	15
5 5	39	у процес і	Так	шлюб	магістр	13	4	12	14	5	12	15	14
5 6	34	у процес і	Так	шлюб	магістр	5	7	9	7	5	8	9	8
5 7	38	у процес і	Так	шлюб	магістр	11	10	15	10	8	11	15	14
5 8	41	минул ий	Ні	цив. парт.	магістр	11	16	17	15	5	14	14	16

Примітка. Скорочення назв шкал: Конфр. — конфронтація; Диста. — дистанціювання; Самок. — самоконтроль; ПошСП — пошук соціальної підтримки; ПрВідп — прийняття відповідальності; ВтУн — втеча-уникнення; Планув. — планування вирішення проблем; ПозПер — позитивна переоцінка.

Додаток Б

Показники копінг-стратегій у відсотках та визначення індивідуального типу психологічної адаптивності (n=58)

№	Вік	Досвід ЕКЗ	Конфр . %	Диста . %	Самок . %	ПошС П %	ПрВід п %	ВтУ н %	Планув . %	ПозПе р %	Сер . %	Тип адаптивності
1	45	минулий	38.9	44.4	57.1	50.0	16.7	42.9	66.7	55.6	46.5	Частково адаптивний
2	38	минулий	77.8	38.9	85.7	77.8	75.0	71.4	100.0	66.7	74.2	Адаптивний
3	39	минулий	94.4	100.0	52.4	50.0	75.0	81.0	93.3	77.8	78.0	Адаптивний
4	29	минулий	72.2	77.8	76.2	83.3	41.7	47.6	93.3	77.8	71.2	Адаптивний
5	30	минулий	77.8	55.6	71.4	77.8	58.3	76.2	80.0	77.8	71.9	Адаптивний
6	35	минулий	61.1	22.2	47.6	61.1	41.7	28.6	80.0	50.0	49.0	Частково адаптивний
7	31	минулий	55.6	27.8	42.9	33.3	66.7	71.4	66.7	44.4	51.1	Частково адаптивний
8	29	у процесі	72.2	38.9	76.2	100.0	75.0	61.9	93.3	77.8	74.4	Адаптивний
9	29	у процесі	66.7	50.0	42.9	77.8	66.7	38.1	86.7	55.6	60.6	Адаптивний
10	32	минулий	44.4	11.1	38.1	33.3	33.3	19.0	60.0	27.8	33.4	Частково адаптивний
11	36	минулий	22.2	33.3	38.1	33.3	0.0	33.3	86.7	55.6	37.8	Частково адаптивний
12		у процесі	50.0	38.9	61.9	66.7	66.7	47.6	73.3	72.2	59.7	Адаптивний
13	28	минулий	55.6	38.9	57.1	77.8	50.0	38.1	93.3	61.1	59.0	Адаптивний
14	30	у процесі	44.4	27.8	71.4	77.8	33.3	42.9	86.7	50.0	54.3	Адаптивний
15	37	у процесі	88.9	61.1	61.9	100.0	58.3	66.7	86.7	88.9	76.6	Адаптивний
16	41	у процесі	22.2	50.0	47.6	44.4	33.3	42.9	73.3	55.6	46.2	Частково адаптивний
17	33	у процесі	72.2	83.3	47.6	66.7	58.3	81.0	80.0	44.4	66.7	Адаптивний
18	45	у процесі	50.0	44.4	38.1	83.3	8.3	61.9	73.3	77.8	54.6	Адаптивний
19	32	минулий	38.9	50.0	47.6	33.3	41.7	47.6	66.7	44.4	46.3	Частково адаптивний
20	43	у процесі	44.4	66.7	52.4	61.1	33.3	71.4	86.7	55.6	59.0	Адаптивний
21	35	у процесі	61.1	22.2	61.9	66.7	50.0	47.6	86.7	66.7	57.9	Адаптивний
22	33	у процесі	66.7	61.1	76.2	72.2	66.7	47.6	80.0	72.2	67.8	Адаптивний
23	29	у процесі	61.1	44.4	85.7	61.1	83.3	33.3	100.0	72.2	67.6	Адаптивний
24	44	у процесі	55.6	22.2	33.3	72.2	25.0	47.6	60.0	38.9	44.3	Частково адаптивний
25	29	у процесі	61.1	33.3	33.3	77.8	58.3	61.9	73.3	44.4	55.4	Адаптивний
26	28	у процесі	44.4	66.7	66.7	27.8	75.0	66.7	93.3	61.1	62.7	Адаптивний
27	42	у процесі	55.6	61.1	95.2	72.2	41.7	57.1	80.0	77.8	67.6	Адаптивний
28	38	у процесі	55.6	38.9	23.8	77.8	8.3	33.3	100.0	55.6	49.2	Частково адаптивний
29	37	у процесі	83.3	77.8	71.4	72.2	75.0	90.5	86.7	66.7	78.0	Адаптивний
30	40	у процесі	38.9	38.9	52.4	66.7	50.0	38.1	80.0	61.1	53.3	Частково

0												адаптивний
3 1	47	у процесі	61.1	27.8	81.0	72.2	50.0	42.9	93.3	61.1	61.2	Адаптивний
3 2	29	у процесі	44.4	22.2	38.1	66.7	33.3	57.1	40.0	50.0	44.0	Частково адаптивний
3 3	37	у процесі	50.0	44.4	52.4	61.1	33.3	23.8	73.3	50.0	48.5	Частково адаптивний
3 4	37	минули й	66.7	38.9	81.0	77.8	66.7	38.1	86.7	66.7	65.3	Адаптивний
3 5	35	у процесі	66.7	33.3	61.9	83.3	83.3	47.6	100.0	72.2	68.5	Адаптивний
3 6	42	у процесі	55.6	44.4	66.7	44.4	41.7	33.3	86.7	50.0	52.8	Частково адаптивний
3 7	39 роки в	минули й	61.1	50.0	61.9	88.9	66.7	81.0	100.0	72.2	72.7	Адаптивний
3 8	37	у процесі	38.9	44.4	57.1	33.3	25.0	47.6	100.0	55.6	50.2	Частково адаптивний
3 9	35	у процесі	44.4	33.3	47.6	44.4	50.0	33.3	66.7	44.4	45.5	Частково адаптивний
4 0	34	у процесі	55.6	55.6	42.9	72.2	50.0	57.1	93.3	44.4	58.9	Адаптивний
4 1	38	минули й	61.1	22.2	28.6	77.8	41.7	38.1	100.0	44.4	51.7	Частково адаптивний
4 2	42	у процесі	44.4	44.4	71.4	77.8	58.3	71.4	80.0	55.6	62.9	Адаптивний
4 3	32	у процесі	61.1	61.1	61.9	100.0	66.7	100.0	86.7	83.3	77.6	Адаптивний
4 4	36	у процесі	55.6	38.9	71.4	66.7	83.3	33.3	80.0	61.1	61.3	Адаптивний
4 5	35	минули й	55.6	50.0	90.5	66.7	50.0	47.6	93.3	77.8	66.4	Адаптивний
4 6	39	у процесі	50.0	22.2	57.1	55.6	66.7	52.4	93.3	83.3	60.1	Адаптивний
4 7	29	минули й	50.0	38.9	85.7	44.4	41.7	85.7	100.0	72.2	64.8	Адаптивний
4 8	37	минули й	27.8	38.9	47.6	38.9	58.3	47.6	33.3	61.1	44.2	Частково адаптивний
4 9	44	минули й	50.0	16.7	95.2	66.7	8.3	23.8	100.0	50.0	51.3	Частково адаптивний
5 0	36	у процесі	44.4	55.6	42.9	50.0	41.7	57.1	66.7	61.1	52.4	Частково адаптивний
5 1	33	у процесі	66.7	16.7	42.9	83.3	66.7	61.9	66.7	44.4	56.2	Адаптивний
5 2	35	минули й	61.1	55.6	95.2	61.1	58.3	76.2	100.0	88.9	74.6	Адаптивний
5 3	42	у процесі	38.9	11.1	42.9	55.6	8.3	38.1	66.7	16.7	34.8	Частково адаптивний
5 4	40	у процесі	50.0	61.1	76.2	61.1	50.0	76.2	100.0	83.3	69.7	Адаптивний
5 5	39	у процесі	72.2	22.2	57.1	77.8	41.7	57.1	100.0	77.8	63.2	Адаптивний
5 6	34	у процесі	27.8	38.9	42.9	38.9	41.7	38.1	60.0	44.4	41.6	Частково адаптивний
5 7	38	у процесі	61.1	55.6	71.4	55.6	66.7	52.4	100.0	77.8	67.6	Адаптивний
5 8	41	минули й	61.1	88.9	81.0	83.3	41.7	66.7	93.3	88.9	75.6	Адаптивний

Примітка. Скорочення назв шкал — як у Додатку А. «Сер. %» — середній відсотковий показник за вісьмома шкалами копіngu. Тип адаптивності визначено на основі інтегрального показника та домінантних копінг-стратегій: адаптивний тип — стійке переважання проблемно-орієнтованих стратегій; частково адаптивний тип — змішаний профіль з ознаками напруженої адаптації; дезадаптивний тип у вибірці не виявлено.

**Транскрипт експертного інтерв'ю
з фахівчиною у сфері репродуктивної медицини**

Формат проведення: напівструктуроване глибинне експертне інтерв'ю онлайн

Професійний статус: лікар-репродуктолог із практичним досвідом, має власний досвід проходження ЕКЗ як пацієнтка

Форма анонімізації: імена осіб, назви закладів та онлайн-спільнот замінено

Інтерв'юер: Як би Ви описали, що для жінок, які до Вас звертаються, означає пройти через процес ЕКЗ з точки зору емоційного, психологічного та соціального досвіду? Поділіться, будь ласка, Вашим баченням внутрішнього світу пацієнток на тому етапі втручання, де працюєте Ви.

Найважче, звісно, працювати з тими жінками, яким доводиться тобі доносити інформацію, що воно йдеться на ЕКЗ. І мені це не так важко робити, тому що я сама проходила процедуру. Тобто, всю частину, яку проходить жінка.

І жінка вже не відчуває якихось фізіологічних, принаймні, фізичних неприємностей. Бо підготовка до трансферу, вона зазвичай досить лайтова, відповідає коротньому циклі. І сам трансфер, і анестезія відбувається і так далі.

І мені досить легко сказати, подивіться, вони переживають вагу набору, психувати сильно будуть, якийсь емоційний дисбаланс буде. Кажу, я вам зараз все розкажу, як зі мною це відбувалося і так далі. Мені це легко.

Набагато важче їм сказати, перше, що не можна вже зі своєю клітиною, що це має бути донорство, бо це щось таке, через що треба переступити. І вони, є пацієнти завжди такі, які з тобою до того мовлення подивляються, є пацієнти, які вже приходять до тебе з розумінням, що у них донорство, і вони просто хочуть з тобою пройти це лікування. Друга категорія пацієнтів досить важких, це пацієнти, які йдуть на суррогатне материнство.

По-перше, розуміння, що вона не така жінка, що не може виносити дитини, бо все-таки в нашому суспільстві досить сильно це відчуття, що про тебе подумують. Тобто вона в першу чергу думає не про те, що вона переживає, а що умовно. То, що донція, вона може це прийняти, але про це ніхто не дізнається і це влаштовує.

А от той варіант, що вона не буде виношувати, а потім з'явиться дитина, їй доведеться сказати, що це екз-шна дитина, що вона її не може сама виносити. Оце дуже сильно їх вбиває, оце така більш важка категорія людей. Ну, а найважча категорія людей, які, на жаль, не можуть там в принципі мати своїх дітей, такі теж є.

Тобто це або донція суррогатного материнства, або встановлення. Оце самі важкі категорії пацієнтів. Але, зазвичай, вони не, ну, там, вони припинені дізнатися в один день.

Оце, зазвичай, від всіх обставин їх лікування, їх доводить до розуміння, що, напевно, це не їх історія взагалі.

Інтерв'юер: Чи виокремлювали Ви для себе певні патерни, що впливають на успішність процесу ЕКЗ? Це можуть бути будь-які чинники — не тільки психологічні. Що Ви помітили щодо того, чому одні жінки досягають результату швидше, а інші проходять цей шлях роками?

Так, багато факторів на це можуть впливати, в принципі. Воно було б все простенько, бо якщо би, ну, умовно, були якісь бої, їх можна було розписати, списати в якийсь алгоритм, і прогнозувати, коли наступить вагітність. Так, як, нібито, тебе, ну, тобто, жодна пацієнтка не є лисою до цих пір, доки вона не народить дитину.

Тобто, вона може, умовно, там, легка вагітність, але не виношувати, або дуже важко навесити на її вагітність, або там інвалідизуватися протягом вагітності, бо це десь швидове пробування для ціла народити нездорову дитину. Тобто, це, ну, я завжди, щоб бачити свій позитивний тест. Тест, це ще не все.

Тобто, вони, інколи бекграунд після вже лікування, він набагато більш сильніший, ніж той, що проходить в лікуванні. Я, що помітила, ну, із принципів, це не тільки, напевно, про лікування, а це про, напевно, в цілому життя, що ті люди, які легше переймають, які через себе швидше пропускають, на собі не запиняються, на те, що не розбираються. Та всі намагаються розібратися, всі свідомі люди намагаються розібратися, що з ними відбувається.

Але хто психологічно легко до того приходить, які не ображаються, які не шукають обов'язних. Пацієнти, які таке моральне, психоемоційне, легше проходять цей процес, їм якось і легше воно дається. Бо чим така більш резистентна людина до всього, тим важче вона і фізично, і психологічно важко проходить, або воно чомусь і на фізичному, фізіологічному процесі не ображається.

Інтерв'юер: У ході нашого якісного дослідження респондентки розділилися на дві категорії щодо поради новачкам у процесі ЕКЗ. Одні радять не довіряти лікарям беззастережно, ретельно досліджувати медичні питання та підтримувати діалог із кількома фахівцями. Інші, навпаки, рекомендують повністю довіритися лікарю, що, на їхню думку, збільшує шанси на успіх. Як би Ви прокоментували ці протилежні позиції?

Я скажу так, що мати розумну пацієнтку, в принципі, аналізувати специфічне здання, здобути, не маючи медичної освіти, її правильно інтерпретувати досить твердо. Але аналізувати, споживати інформації і мати можливість до цього завжди легше працювати з такою пацієнткою. Дуже важко розрізнити на прийомі, яка перед тобою пацієнтка, яка тобі довіряє, але вона в курсі того, що з нею відбувається.

Збирайтеся в процесі, що це пацієнтка, яка, умовно, довіряє тобі якусь частину процесу, а все решта ще робить там поколи. Ти не знаєш, які вона медикаменти приймає, хто її консультує і так далі. Бо, по суді, тільки вона несе фінальну відповідальність за своє тіло, тільки вона приймає рішення приймати

її медикаменти з того протоколу чи не приймати, брати їй ще якісь консультації і так далі.

У мене, я все-таки хочу надіятися, може, це самопевність, що я, все-таки, більша частина моїх пацієнтів, це ті пацієнти, які мені довіряють. І я їх завжди закликаю, що я ніколи не буду на них ссоритися, ображатися, якщо вони ще десь були, ще щось чули, щось відбачили, але вони мусять до мене прийти і я їм так пояснюю, що я репродуктував. Це, по суті, менеджер.

Тобто він несе там, має своє якесь знання гінекологічного характеру і вміння. Але неможливо знати всіх поколу. Буває таке, що я їх відправляю на консультацію, буває таке, що вони хочуть самі, але вони мають мої тут все понести, я маю прийняти рішення, правильно скласти терапію.

Бо, зазвичай, безпліддя, яка не носить гінекологічний, або урологічний характер, яка не носить амінологічний характер, генетичний і так далі, воно все потребує уніфікації тої схеми терапії, на якій воно знаходиться. Вони не бачать мене ще з день, просто навіть між собою медикаментом навіть не можуть поєднати правильно, рознести її по часу і так далі. Ну, а солідність афіцієнтів, вони ніколи, тобто вони дають свої рекомендації, вони ніколи не коментують, мені ніколи не складуть речі, це може бути коротша співпраця, якщо в тебе ніхто себе не знає краще, ніж жінка.

Коли тобі пацієнтка звертає уваги, дивіться, цього треба прислухатися. Це по-любому якісь важливі речі вони відмічають, треба завжди взяти до уваги. І зазвичай пацієнти, вони коли розуміють, що ти їх чуєш, що ти звертаєш на підрібницю увагу, що ти стіксиш свою тактику відповідно до цього, вони розслабляться і починають довіряти.

Тобто, не бажаючи, щоб одна пацієнтка, яка відкрила два рекомендації і сказала, все, я вам довіряю, робіть зі мною, що хочете, то ту довіру їй доводиться виборювати. Вони вже коли в тебе фінально вірять, вони розслабляються, тоді от той варіант співпраці ідеальний.

Інтерв'юер: Дуже цікава відповідь. Чи правильно я Вас зрозуміла, що оптимальним є варіант, коли пацієнтка довіряє лікарю, але водночас залишається з ним у відкритому діалозі?

Коли пацієнтка, вона не вміє аналізувати інформацію, навіть ту, яка її стосується, от з такими пацієнтами важко. І вона може тобі повністю довірятися, але в своїй частині роботи вона не може виконувати міру IQ, міру інтелекту, ще якихось речей, високої інфантильності, бо є такі пацієнти, які просто залітають на тебе кабінет, і вони тішаться, що вони тут не мають прийняти рішення.

Ну, от з такими трошки важче, звісно.

Інтерв'юер: Завершальне питання. У ході нашого дослідження виявилася певна тенденція: жінки з високим рівнем фінансового достатку як стратегію подолання згадували подорожі та активний відпочинок. Натомість жінки, які зібрали останні кошти на лікування, у питанні підтримки покладалися переважно на віру, молитву, очікування. Що, на Вашу думку, могло б покращити підтримку жінок у процесі ЕКЗ — від клінічних практик до соціальних і культурних аспектів?

Я, як сказати, я завжди закликаю дівчат своїх, і я для того, щоб бути з ними в цій такій комунікації, мати з ними якась ком'юніція, я зробила телеграм-канал і додаю куди своїх пацієнтів, які я відчуваю, бо є ж такі пацієнти, які і тебе не хочуть відчувати, вони просто хочуть прийти зробити свою фолікулометрію, щоб ти їм зробив якісь процедури. Є і такі, їх небагато, але вони є. І ти розумієш, що їм це просто непотрібний паблік, і тобі, головне, буде десь комфортно, якщо вони там будуть, бо це для тебе чужородне ціло.

А для більшого, я у своїх пацієнтів паблікування, і я їх додаю в телеграм-канал, і я нікого там не видаляю, то вони або самі видаляються, або вони там йдуть від мене, наприклад, до іншого лікаря, і їм немає сенсу просто їх пробоювати, розчіпляти, бо ти їй пишеш одне, там щось паблікуєш, їхній лікар

каже щось інше, і я там, по-перше, медичну таку інформацію досить інтимного характеру публікую, наприклад, аптечка на кровотечу, щоб мої знали, що там має бути, або якщо я не на зв'язку, вона пішла собі, пошукала, або когось віддірнула, якусь там пацієнтку, і так далі.

Торіцько буває, але інколи таке буває. А не кожен лікар може користуватись цими препаратами, то воно йому, можна сказати, треба. Окрім того, я стараюся там публікувати фотографії дітей, бо рідко дівчата дозволяють в Інстаграмі публікувати, бо це ж, ну, діти, їхні дітеньки, як вони їх можуть там дати комусь взагалу, невідомо, хто там дивиться, хто там що там дивиться, і так далі.

Тобто дає, хтось не дає. Але всі дають фотографії дітей публікувати в тому Телеграм-каналі, тому що їх там є 120 чи скільки там людей поточно, але вони розуміють, що вони, ну, майхай щось таке стійне. Я їх отаким чином стараюся підтримуватися, щоб вони бачили, що діти постійно народжуються, і щоб були ті такі жінки, і щоб вони так само заходили в кабінет, і ніхто не давав гарантій, а ми справилися, через ті важкі ситуації пройшли, і так далі.

Окрім того, я інколи, в мене там буває такі якісь, хтось мене просто спонукає написати якісь пости, але то, наприклад, корисно там слухати і там почути всім, наприклад, що я спонукаю завжди не відкладати своє життя, тому що все таки за тобою йде контингент, майже завжди, плюс-мінус твоєї вікової категорії. У мене дуже мало категорій менше 30, і дуже мало більше 40, там, 42 років, це плюс-мінус це ж моя вікова категорія, і тобі добре, тому що ти ментально з ними одне покоління, і якісь такі речі, які... Вони тільки, розумієш, що в них висока дитина, я їм завжди кажу, що вони не відкладали життя, що вагітність, і дитина, і народиться дитина, і вона проживе своє життя, і їх життя вона не проживе.

Вони мусять жити своє життя, отримувати від чогось ще задоволення, сатисфакція від реалізації, від власної, не знаю, там, з того, що таке. Якщо, наприклад, починаються літні відпуски, вони мені кажуть, ну що, йдемо на перенос чи на море? Я кажу, звісно, на море.

Який перенос? Ми їм беремо на життєзаморожене, і на 2 метри від вас не дідуться за циклик. Тільки на море, тільки в ніяких варіантах.

Ну, і я маю таку собі мрію, я би хотіла, щоб була клініка, щоб я працювала в клініці на березі моря десь, щоб вони, коли вони збирають останнє гроші, і вони використовують тут свою єдину велику відпустку на лікування ДНК, щоб вони не тільки, як би, випоруднилися, а щоб вони там і мали можливість ще відпочити, щоб це все таки було максимально адаптивно, і щоб там розуміли люди, щоб не треба було ховатися, не треба було пояснювати, звідки ці уколи, там, і так далі. Тобто, ну, я в цих планах стараюся максимально підтримувати це.

Варто просто достукатися до кожної окремої людини, тому що не розумієш, чим вони живуть, так? Тобто, там, з допоміжним прикладом на духовних практиках люди за тим борються, а стосовно подорожування, так, і тут дуже сильно різний бюджет, і десь люди ледве останні гроші зводять, і думаю, чи їм комуналку платити, або відпласти на фіджет, або комуналку заплатити, а хтось, ну, там, собі більш легше себе почуває, тому важко так, глибоко залізти і в гаманецькому числі, тому що людина відчувається, що це за зоною твоєї, як повноваження твої полазити там в її кошельку, і тобі ніби некомфортно. Тобто, я стараюся їх підтримати в такому плані, і вони, це найцікавіше, підтримують один одного достатньо, там, якусь просто, там, якусь ідею там, закинути, там, дати це під обговорення, і все, там.

Починаються, там, перемовини, там, дітання, якісь споради. Одна пацієнтка, на мою прохання, наприклад, написала, як вона паралельно з ЕКЗ ще займалась медіумом, от, і як насправді, або це було співпадіння, або це їй допомогло, і вона їй, типу, сказала, що там, ту клініку лішай, там, не буде вагітності, вона за рік часу прийшла, і вона таки за вагітнім ті речі, які мені не посилюються примутувати, але люди мають досвід, і це дже ж окей.

Інтерв'юер: Тобто Ви наголошуєте, що ключовим є не конкретний спосіб, а сама практика стрес-менеджменту — будь то релігійні практики, подорожі чи інше?

І це онлайн, тобто, це не має бути на тому етапі, коли вони вже виснуті, це має бути паралельно. Ти починаєш, ти починаєш, ти не маєш на цьому сто відсотків фокусуватися.

Інтерв'юер: Ви згадали про свою спеціалізовану групу для пацієнток. Чи публікуєте у ній контент лише Ви, чи учасниці також діляться власними історіями?

У мене там є адміністратори, які самі активні такі. Це моя колишня медсестра, вже теж з дограуном безплідді. Це моя одна з дуже активних пацієнтів, яка там має групу, мала група, чого то не має, той групи пацієнтів з безпліддям, або з неї, коли вони кожна можуть до мене попроситися.

У мене просто є фікт, не можу адмінами зробити. Вони просили права, я давала, люди писали свої переживання, питали поради.

Тобто вони можуть там хто де у якого лікає, кому там що сказали. Там багато насамітниць, наприклад, є, але там принаймні люди активніше говорять. Тут вони так активно не говорять, скажімо так, але принаймні це то місце, де вони можуть прийти, почитатись, квітати, попросити.

Ну да, тут просто інший трохи рівень комунікації.

Інтерв'юер: Дякую щиро за участь у цьому інтерв'ю.

Прошу, я вам бажаю успіху, я дуже тішуся, що це теми, які, знаєте, стають популярними на рівні наук. Якщо там вам буде ще потрібна якась від мене допомога, якийсь там матеріал, я з радістю вам допоможу.

Тому що люди мають розуміти. І я десь 50% своїх пацієнтів, особливо, хто прифадить десь з психоемоційним висновленням, я їх прошу, щоб вони зробили хоча б пробну сесію з психологом, тому що це важливо. Вони не встані оцінити реально свій психоемоційний стан.

І я їх прям прошу просто говорити. Мені дуже не вистачає такого психолога, окліньшого, який буде просто, до якого можна направити, і людина її проголубить. В мене дуже багато хто вчиться, але ще ніхто не вивчився з тих людей, які реально в фокусі і можуть дико мати.